

**Ministerio de Salud Pública  
Escuela Nacional de Salud Pública**

**ADHERENCIA AL TRATAMIENTO EN HIPERTENSOS  
DE ÁREAS DE SALUD DEL NIVEL PRIMARIO.  
2003-2007**

**Tesis para optar por el Grado Científico de  
Doctora en Ciencias de la Salud**

**Autora: MSc. Libertad de los A. Martín Alfonso**

**Tutores: Dr. C. Jorge A. Grau Ábalo  
Dr. C. Héctor D. Bayarre Vea**

**La Habana, 2009**

# Índice

<b>Introducción</b>	.....	4
<b>Capítulo I</b>	<b>Fundamentos teóricos y metodológicos para el estudio de la adherencia al tratamiento en hipertensión arterial</b>	
	1.1 La adherencia al tratamiento en el marco de la Salud Pública.....	14
	1.2 Delimitación de factores influyentes en la adherencia al tratamiento utilizada en la investigación.....	16
	1.3 Delimitación conceptual de la adherencia al tratamiento para la investigación.....	25
	1.4 La evaluación de la adherencia terapéutica.....	32
	1.5 Particularidades de la adherencia al tratamiento en hipertensión arterial.....	33
	1.6 Consideraciones finales del capítulo 1.....	37
<b>Capítulo II</b>	<b>Estrategia de investigación. Materiales y métodos utilizados.</b>	
	2.1 Contexto general de la investigación.....	39
	2.2 Etapas de la investigación.....	40
	2.3 Definición de términos y variables utilizadas en la investigación.....	41
	2.4 Participantes en el estudio. Procedimientos para su selección.....	42
	2.5 Técnicas y procedimientos de recogida de información.....	45
	2.6 Procedimientos utilizados para el análisis de la información.....	55
	2.7 Técnicas y procedimientos estadísticos.....	58
	2.8. Regulaciones éticas.....	59
	2.9 Consideraciones finales del capítulo 2.....	60
<b>Capítulo III</b>	<b>Presentación, análisis y discusión de los resultados</b>	
	3.1 Descripción de los resultados según niveles de adherencia en las áreas de salud estudiadas.....	61
	3.2 Descripción de los resultados por componentes e ítems del cuestionario de evaluación de la adherencia terapéutica....	61

3.3 Resultados obtenidos sobre los factores que influyen en la adherencia terapéutica de personas hipertensas.....	63
3.3.1 Factores socioeconómicos y demográficos.....	63
3.3.2 Factores de la organización del servicio y del equipo de asistencia sanitaria.....	68
3.3.3 Factores de la red familiar y social.....	75
3.3.4 Factores de la enfermedad y el tratamiento.....	76
3.3.5 Factores del paciente.....	79
3.4 Triangulación de los resultados.....	81
3.5 Análisis integrativo de los aspectos funcionales de la personalidad según niveles de adherencia terapéutica.....	86
3.6 Análisis integrativo de los aspectos estructurales de la personalidad según niveles de adherencia terapéutica.....	90
3.7 Configuraciones psicológicas implicadas en la adherencia terapéutica.....	92
3.8 Marco aplicativo de los resultados de la investigación.....	96
3.8.1 Modelo teórico referencial utilizado para elaborar el marco aplicativo de los resultados.....	96
3.8.2 Componentes de la propuesta de modelo de atención para lograr la adherencia terapéutica.....	96
<b>Conclusiones</b> .....	103
<b>Recomendación</b> .....	104
<b>Referencias Bibliográficas</b>	
<b>Anexos</b>	

## Introducción

---

Las enfermedades crónicas se han convertido en un problema alarmante para la humanidad por la alta incidencia y prevalencia que presentan. En Cuba, el cuadro de mortalidad contempla desde los años 70 a las enfermedades del corazón, los tumores malignos y las cerebrovasculares entre las principales causas de muerte (MINSAP, 2007).

Los padecimientos crónicos requieren de tratamientos de larga duración o a largo plazo para su adecuada evolución y control (OMS, 2004). Estos deben ser mantenidos de manera sistemática durante toda la vida del paciente y exigen un comportamiento responsable y persistente. En la búsqueda de procedimientos y estrategias que contribuyan al control de las condiciones crónicas, el hecho de que la persona cumpla o no con las prescripciones médicas es de gran importancia.

La hipertensión arterial es, dentro de las enfermedades crónicas, una de las más frecuentes con importantes repercusiones en el orden personal, económico y sanitario. Está asociada a múltiples complicaciones degenerativas y es responsable directamente de un alto porcentaje de muertes.

En la I Encuesta Nacional de Factores de Riesgo y Actividades Preventivas de Cuba realizada en 1995, se registró una prevalencia de 30,6 % para zonas urbanas (MINSAP, 2006). Actualmente, se reporta una cifra de 2 190 080 de pacientes dispensarizados por hipertensión arterial (MINSAP, 2005), no obstante, se reconoce que una gran parte de ellos no están detectados, muchos no tratados y otros no controlados (MINSAP, 1998, 2005; Dotres, 1999). Según Burnier casi el 70 % de los hipertensos están mal controlados y una de las principales causas es el incumplimiento de los tratamientos prescritos pues los estudios clínicos sugieren que el control de la hipertensión es posible con los esquemas de tratamiento y los medicamentos disponibles (Burnier, 2005).

El tema del cumplimiento de las prescripciones médicas, en tanto comportamiento humano relacionado con la salud y la enfermedad, ha sido objeto de constante atención

por la Psicología de la Salud; se considera una de sus líneas actuales de investigación por ser un problema importante y no estar aún resuelta su definición e incidencia, los factores que la afectan, los procedimientos para su evaluación y las estrategias para su intervención (Macía y Méndez, 1999).

En la presente década el tema ha sido retomado por la Organización Mundial de la Salud (OMS). Esta organización reconoce la elevada magnitud que presentan las deficiencias en la adherencia terapéutica así como sus repercusiones para la salud de la población y considera que su atención debe ser una estrategia de trabajo priorizada por los sistemas de salud, los científicos e investigadores de las disciplinas de las ciencias de la salud (OMS, 2004). En Cuba, a su vez, han existido proyecciones sobre el tema. La “Guía cubana para la prevención, diagnóstico y tratamiento de la hipertensión arterial”, en su versión actualizada del 2008, recomienda la realización de *“formulaciones terapéuticas de fácil administración y óptima eficacia para garantizar una mejor adherencia terapéutica”* (MINSAP, 2008, p. 27).

En el terreno investigativo y en la práctica médica el tema del cumplimiento o no de las indicaciones médicas por parte de los pacientes ha sido abordado por profesionales de la salud e investigadores con diferentes términos. Entre estos se encuentran: cumplimiento, adherencia, observancia, seguimiento, alianza, adhesión (Martín, 2004) Es decir, un mismo problema ha sido designado con diferentes términos, aún cuando cada uno aporte matices diferentes al análisis del mismo.

La autora asume el término “adherencia al tratamiento o terapéutica” como constructo teórico que guía la investigación y considera que ésta es parte del comportamiento humano implicado en la salud y expresión de la responsabilidad de los individuos con el cuidado y mantenimiento de la misma. Este término, a diferencia de los otros, permite enfatizar el papel activo del paciente en el proceso de ejecución de las indicaciones dadas por su médico. También resalta la aprobación y participación del paciente en el proceso de instauración de las recomendaciones dadas por los profesionales de la salud en el momento de la atención médica, donde se considera como válida la hipótesis de que los resultados de una comunicación interactiva, de colaboración y acuerdo entre ambos, debe conducir a lograr mejores niveles de adherencia (Martín, 2004). Es este el

término acuñado por la OMS en el año 2004 para referirse al cumplimiento de los tratamientos de larga duración.

Las dificultades en la adherencia terapéutica se refieren no sólo al consumo de medicamentos. Sobre esta se describen conductas como dificultades para su inicio, suspensión prematura, cumplimiento incompleto o deficiente de las indicaciones expresadas en errores de omisión, de dosis, de tiempo, de propósito (equivocación en el uso de uno u otro medicamento). También incluye la ausencia a consultas de seguimiento e interconsultas, la modificación deficiente de hábitos y estilos de vida necesarios para el mejoramiento de la enfermedad y la práctica de la automedicación (Martín, 2003; Martín y Grau, 2005, Sánchez, 2006).

La literatura sobre el tema señala que los factores relacionados con la adherencia o no de los pacientes a los tratamientos médicos son múltiples y de distinta naturaleza (Ferrer, 1995; Rodríguez Marín, 1995; Macía y Méndez, 1999; Barra, 2003, Martín y Grau, 2004, OMS, 2004). Estos autores plantean que en este proceso influyen factores sociales, económicos, familiares, individuales, propios de las características de la enfermedad y el tratamiento, las particularidades de la organización de los servicios de salud, así como la calidad de la atención médica, en especial, lo referido al proceso de comunicación establecido entre profesionales y pacientes.

La diversidad de factores que influyen, así como la naturaleza diferente de los mismos, hacen de este un problema complejo, multifactorial y multidimensional y, por tanto, difícil de abordar tanto desde el punto de vista teórico, investigativo como práctico.

### **Antecedentes y justificación de la investigación**

Los aspectos subjetivos y del comportamiento humano relacionado con la salud y la enfermedad constituyen parte sustantiva y esencial del objeto de estudio de la Psicología de la Salud. En este sentido, la adherencia al tratamiento ha sido estudiada por esta disciplina desde los primeros años de su surgimiento como rama independiente. Ya en la década del 70 del siglo XX aparecieron en Estados Unidos las primeras revisiones generales sobre el tema (Rodríguez Marín, 1995).

Las revisiones efectuadas en Norteamérica y España estuvieron dirigidas básicamente a la discusión sobre la formulación teórica de los conceptos cumplimiento y adherencia y a

la sistematización de los factores determinantes del cumplimiento. En la década del 90 aparece en la revista "Health Psychology" un artículo de revisión, bajo la autoría de Victoria Ferrer, de la Universidad de Islas Baleares, España (Ferrer, 1995) que se puede considerar paradigmático en la sistematización de las definiciones y las polémicas teóricas existentes sobre el tema.

En los últimos años se aprecia un avance en los estudios sobre la adherencia a los tratamientos a nivel internacional, donde continúan destacados los trabajos de España y de algunos países latinoamericanos como Colombia, México y Chile. Se realizan investigaciones dirigidas fundamentalmente a la identificación de factores que están influyendo en el comportamiento de las personas hacia la adherencia o no a los tratamientos y a la determinación de su frecuencia a través de estudios cuantitativos y cualitativos realizados con pacientes que padecen diversas enfermedades crónicas como hipertensión arterial, diabetes mellitus, asma broquial, esquizofrenia e insuficiencia renal, entre otras. Se destaca de manera significativa la proliferación de trabajos realizados desde el año 2000 hasta la actualidad sobre la adherencia al tratamiento antirretroviral en personas con VIH (Martín, 2009).

En estas investigaciones, no se aprecia uniformidad con respecto al uso de los términos cumplimiento, adherencia y adhesión, los cuales se utilizan indistintamente y como sinónimos en la mayoría de los casos. Los diseños de investigación y la definición de categorías e instrumentos de recogida de datos no revelan las distinciones entre los términos que han sido señaladas en la literatura sobre el tema (Martín, 2009).

La OMS ha revelado la importancia de atender el problema de la adherencia a los tratamientos de larga duración en el marco de la salud pública. En el año 2001 el Grupo de Enfermedades No Transmisibles y Salud Mental de esta organización lanzó como iniciativa mundial un "Proyecto sobre adherencia terapéutica a largo plazo" encaminado a abordar este problema en varias enfermedades crónicas y se generó un informe técnico divulgado entre 2003 y 2004 dirigido básicamente a los formuladores de políticas y directivos de los sistemas de salud donde se hace un llamado a realizar acciones investigativas y de intervención en una dificultad de elevada magnitud y con efectos importantes para los resultados de salud de la población y la eficiencia económica del sector (OMS, 2004).

Las estimaciones realizadas sobre las tasas de incumplimiento han reportado que un 40 % de los pacientes no cumple con las recomendaciones terapéuticas de sus médicos con diferencias en dependencia del carácter de la dolencia (Di Matteo, 1989). En las enfermedades agudas la tasa de incumplimiento es aproximadamente un 20 %, mientras que en las enfermedades crónicas es del 45 %; en los regímenes terapéuticos que consisten en cambios de hábitos o estilos de vida la tasa de incumplimiento puede ser más alta (Martín y Grau, 2005).

Según el análisis realizado por la OMS, en los países desarrollados la adherencia terapéutica en pacientes que padecen enfermedades crónicas es sólo 50 % y se supone que esta deficiencia sea aún mayor en países en desarrollo, dada la escasez de recursos y las inequidades en el acceso a la atención sanitaria (OMS, 2004). Esta información permite suponer que sólo la mitad de las personas con padecimientos crónicos realizan correctamente el tratamiento necesario para el control de su enfermedad y que la otra parte se encuentra en riesgo registrado de sufrir complicaciones, secuelas o llegar a la muerte prematura.

Con independencia de los diferentes criterios y técnicas que se utilicen para evaluar el grado de adherencia se reportan datos sobre la frecuencia de ésta en algunas enfermedades crónicas, que ilustran la gravedad del problema. Por ejemplo, en hipertensión arterial, el porcentaje de pacientes que cumple su régimen terapéutico es sólo el 27 en Gambia, 43 en China y 51 en Estados Unidos (OMS, 2003b). En otras enfermedades se reportan cifras igualmente bajas. En Australia sólo 43 % de los pacientes con asma toman los medicamentos prescritos y el 28 % utilizan la medicación preventiva. En el tratamiento de la infección por el VIH y el sida, la adherencia a los antirretrovirales varía entre un 37 y 83 % según el medicamento y las características de las poblaciones en estudio y en el caso de los pacientes con depresión se revela entre un 40 y 70 % de adherencia a los tratamientos antidepresivos (OMS, 2004).

En Cuba, una investigación realizada en un área de salud del municipio Marianao, Ciudad de La Habana en el año 2000 encontró que sólo el 51 % de los pacientes incluidos en el estudio cumplen adecuadamente el tratamiento antihipertensivo (Martín, Sairo y Bayarre, 2003).



La falta de adherencia a los tratamientos es un problema con repercusiones desde el punto de vista médico, económico y psicosocial. Se puede mencionar la falta de respuesta terapéutica con expresión en cuestiones como retrasos en la curación, recaídas y aparición de complicaciones, la valoración errónea de la efectividad real del tratamiento con un aumento o disminución innecesario del número de dosis; el cambio de tratamiento con la introducción de otros medicamentos más potentes y tóxicos con el riesgo de la aparición de efectos secundarios agudos o la dependencia a largo plazo del uso del medicamento (Basterra, 1999; Nichols y Poirier, 2002).

Desde el punto de vista económico constituye un gasto en tiempo y recursos invertidos en la producción, así como en el estudio de la eficacia y seguridad de los medicamentos que el paciente no consume o no utiliza adecuadamente (Basterra, 1999). La Organización Mundial de la Salud asegura que *“el incumplimiento del tratamiento es la principal causa de que no se obtengan todos los beneficios que los medicamentos pueden proporcionar a los pacientes”* (OMS, 2003a, p.1).

Por otra parte, puede generar pérdidas desde el punto de vista personal, social y familiar. El paciente puede presentar complicaciones y secuelas que traigan consigo una carga de sufrimiento físico y psicológico, que pudiera evitarse, así como limitaciones irreversibles y progresivas que afectan de modo significativo su calidad de vida (Ginarte, 2001). En la esfera de la orientación vocacional y laboral del enfermo puede implicar un reajuste de metas y propósitos que afectan su vida económica e interferir en la comunicación con las otras personas o en los roles y responsabilidades que tiene en la familia (Martín y Grau, 2004, 2005).

Los problemas de la adherencia terapéutica han sido insuficientemente atendidos; se realizan pocas investigaciones y escasas intervenciones de modo directo y sistemático en este asunto (OMS, 2004). Se requiere de trabajos investigativos que permitan estimar las tasas de adherencia terapéutica en diferentes enfermedades y grupos poblacionales y que aporten evidencias científicamente fundamentadas acerca de las causas del incumplimiento, de manera que los recursos invertidos en la salud produzcan los resultados esperados (OMS, 2004).

En Cuba existen escasos estudios que fundamenten científicamente este problema y que aporten al sistema de salud y a la práctica médica herramientas para comprender las causas de las dificultades en la adherencia a los tratamientos por parte de los enfermos crónicos y para contribuir a disminuirlas. Investigaciones realizadas en la provincia de Cienfuegos sobre factores de riesgo asociados al control de la hipertensión arterial, con valiosos resultados, sólo abordan de manera indirecta este asunto (Orduñez, Bernal, Pedraza, Espinosa Brito, Silva y Cooper, 2006; Orduñez, Barceló, Bernal, Espinosa Brito, Silva y Cooper, 2008).

La mayoría de los profesionales que trabajan en la atención primaria de salud reconocen, de modo empírico y anecdótico, la existencia de grandes deficiencias en este proceso en todas las enfermedades crónicas y acentuadas de manera especial en los hipertensos. Situación que se corrobora en los resultados de algunas investigaciones sobre el tema realizadas en el país con personas que padecen esta enfermedad (Martín, Sairo y Bayarre, 2003; Vergel Rivera, 1995).

Lo anteriormente planteado permitió proponer y realizar una investigación que da respuesta a las siguientes interrogantes y objetivos:

- ¿Qué caracteriza la adherencia al tratamiento de personas hipertensas atendidas en áreas de salud del nivel primario?
- ¿Cuáles son los factores que influyen en la adherencia al tratamiento de personas hipertensas?
- ¿Cuáles son las configuraciones psicológicas individuales implicadas en la adherencia o no al tratamiento antihipertensivo?

**Objetivos:**

1. Describir la adherencia al tratamiento de personas hipertensas en áreas de salud seleccionadas del nivel primario de atención.
2. Identificar los factores que influyen en la adherencia al tratamiento antihipertensivo en personas de áreas de salud seleccionadas.
3. Caracterizar las configuraciones psicológicas implicadas en la adherencia o no al tratamiento en hipertensos de áreas de salud seleccionadas.

Para esto la autora de la tesis elaboró un proyecto de investigación que dirigió durante varios años, el cual formó parte del Programa Ramal de Investigaciones en Sistemas y Servicios de Salud del MINSAP. El mismo fue ejecutado por un equipo de investigación multidisciplinario.

Los antecedentes de investigación en el país condicionaron la propuesta de un estudio desarrollado en tres etapas, de corte transversal y realizado por criterio de factibilidad en dos provincias: Ciudad de La Habana y Granma. La aplicación de los instrumentos se efectuó en instituciones de salud del nivel primario de atención en el período comprendido entre los años 2003 y 2007. Se incluyeron en el estudio pacientes de ambos sexos de 20 años o más con diagnóstico de hipertensión arterial esencial bajo tratamiento médico en el momento de la investigación, residentes en los territorios seleccionados.

La **primera etapa** permitió describir la adherencia terapéutica en cuanto a sus niveles y componentes en las muestras seleccionadas. Se escogió el cuestionario de autorreporte como técnica de indagación, el cual fue necesario construir y validar en el transcurso de la investigación pues no se encontró un instrumento que se ajustara a la concepción teórica sobre el término que conduce este trabajo. Se utilizó la entrevista estructurada a profesionales de la salud considerados expertos.

La **segunda etapa** permitió la identificación de los factores influyentes en la adherencia terapéutica. La combinación de técnicas cuantitativas y cualitativas posibilitó realizar una triangulación según tipo de fuente de información y de informantes. Se aplicó un cuestionario de autorreporte y se realizaron grupos nominales, ambos con pacientes hipertensos.

Para la **tercera etapa** se diseñó un estudio de profundización mediante el empleo de las herramientas de la investigación cualitativa y la aplicación de técnicas psicológicas apropiadas para el estudio de la personalidad, con el objetivo de caracterizar las configuraciones psicológicas que movilizan el comportamiento de adherencia o no al tratamiento en personas hipertensas.

### **Actualidad y novedad de la investigación.**

La investigación explora una enfermedad crónica no transmisible que afecta el cuadro de salud del país y que forma parte de las áreas prioritarias de trabajo del Ministerio de Salud Pública planteada en el documento de “Proyecciones de la salud pública en Cuba para el 2015” (MINSAP, 2005). Diversos estudios realizados en el ámbito internacional muestran los problemas que existen con la adherencia al tratamiento en hipertensión arterial y como el logro de niveles eficaces de esta mejora el control de la presión arterial y reduce las complicaciones de la enfermedad (Ingaramo, Vita y Bendersky, 2005).

El tema estudiado se destaca como prioritario por la OMS en el año 2004 por las deficiencias que se presentan y las implicaciones que tiene este problema para el manejo y control de las enfermedades crónicas y para las acciones de intervención en salud pública.

La investigación se inserta en el estudio del comportamiento humano relacionado con la salud y la enfermedad y sus factores explicativos; ésta es una de las cuestiones más importantes para lograr la comprensión y modificación de los riesgos que afectan la salud de las personas en el mundo contemporáneo y en Cuba. Es un tema de gran interés para las ciencias de la salud y las ciencias médicas, sobre el que existen escasas investigaciones y publicaciones en el ámbito nacional y desarrolla un tema de la Psicología de la Salud reconocido pero poco atendido en nuestro contexto.

La tesis que se presenta es el primer trabajo de este tipo realizado en el país y constituye la construcción culminante, como ya se mencionó, de un proyecto de investigación aprobado y desarrollado en la Escuela Nacional de Salud Pública.

### **Aportes de la tesis**

- Se redimensiona la definición del concepto de adherencia al tratamiento (o terapéutica) con la distinción de componentes de la estructura y dinámica de este proceso. La autora utilizó como presupuesto teórico y metodológico para la investigación, la concepción de la adherencia terapéutica como una implicación activa del paciente en el comportamiento relacionado con el cumplimiento, así como la conformidad y acuerdo con respecto a las recomendaciones ofrecidas por el profesional de salud, lo cual se expresó en la distinción de tres componentes que constituyen su estructura: cumplimiento del tratamiento, implicación personal

y relación transaccional entre paciente y profesional.

- Se construyó y validó un cuestionario para evaluar la adherencia al tratamiento en hipertensión arterial y se diferenciaron tres niveles de esta: total, parcial y no adherencia. La autora condujo, durante la ejecución de la tesis, la construcción y validación de un cuestionario que permite evaluar el nivel de adherencia que presenta el paciente hipertenso y diferenciarlo en: adherido total, adherido parcial o no adherido. Es un cuestionario de autorreporte, corto, sencillo y de fácil administración que consta de afirmaciones las cuales recorren los componentes que integran su estructura. Puede ser aplicado con fines investigativos y en la práctica médica.
- Se determinó la magnitud del problema estudiado en áreas de salud del país. La investigación permitió describir la frecuencia de aparición de los niveles de adherencia al tratamiento médico en pacientes hipertensos esenciales atendidos en las áreas de salud seleccionadas para la investigación.
- Se identificaron los factores que están asociados a la adherencia terapéutica y los que favorecen u obstaculizan este proceso en las áreas de salud seleccionadas y se identificaron configuraciones psicológicas, con tendencia favorecedora o no para la adherencia. Estos resultados aportan un conocimiento científicamente fundamentado útil para elaborar estrategias de intervención.
- Se elaboró una propuesta de modelo para la proyección de intervenciones dirigidas a mejorar la adherencia. Los resultados de la investigación constituyeron evidencia científica para proponer un modelo de atención que permita lograr la adherencia terapéutica de personas hipertensas y se formula como herramienta metodológica orientadora en la proyección de intervenciones integrales.
- Se delimitaron fundamentos teóricos, metodológicos y resultados de investigación sobre el tema que pueden ser incorporados a los programas docentes de la formación de postgrado y pregrado en ciencias médicas y de la salud. La ejecución del proyecto contribuyó a la formación de recursos humanos en salud con título de master en Psicología de la Salud, en Promoción y Educación para la Salud y al desarrollo de una tesis de Doctorado en Ciencias de la Salud.

## **Capítulo I. Fundamentos teóricos y metodológicos para el estudio de la adherencia al tratamiento en hipertensión arterial.**

---

En el presente capítulo se aborda la problemática de la adherencia terapéutica en el marco de la salud pública; se realizan consideraciones sobre la delimitación conceptual de esta denominación a los efectos de la investigación, así como sobre los métodos utilizados para su evaluación. Se tratan sus particularidades en la hipertensión arterial.

### **1.1 La adherencia al tratamiento en el marco de la Salud Pública.**

La promoción de la salud y la prevención de la enfermedad constituyen estrategias de la salud pública contemporánea en las que el estilo de vida y los comportamientos individuales de las personas en relación con la salud son fundamentales.

El comportamiento humano y el estilo de vida tienen en la actualidad, destacada importancia como determinante del proceso salud enfermedad, en unión de otros factores de tipo biológico, ambientales y sociales (Flórez-Alarcón, 2005). Los comportamientos desempeñan un papel importante en el curso de las enfermedades y, en este contexto, el cumplimiento por parte del paciente de las prescripciones médicas es una manifestación de lo planteado. El control de las enfermedades crónicas y en consecuencia el incremento o la preservación de la calidad de vida depende mucho de que las personas logren adherirse adecuadamente a los regímenes terapéuticos que cada una exige para su buena evolución.

Desde una perspectiva general y sistémica se reconoce que la salud está determinada por una compleja interacción de factores que actúan desde diferentes niveles: el macro estructural, el nivel microestructural y el individual. En el nivel individual se incluye tanto el componente biológico como psicológico del sujeto y juega un rol decisivo la regulación personal sobre la instancia biológica, la macro y micro estructural. El resultado de esta regulación se constata en el estilo de vida y los comportamientos individuales (Díaz, 2006).

La concepción de la determinación de la salud por la interacción de tres niveles la desarrolló Pérez Lovelle quien consideró un nivel denominado macrosocial en el que se produce la determinación de la formación socioeconómica como un todo, un segundo nivel que denomina grupal, en el que interactúan las condiciones de vida de los grupos en que se inserta el individuo y un tercer nivel, el individual en el que interviene la regulación psicológica y se expresa en la relación entre el estilo de vida y el estado de salud individual (Pérez, 1989; Louro 2004).

Los modelos que pretenden explicar la relación entre salud y determinados factores, desde los primitivos hasta los recientes, ubican la salud como resultante de factores ambientales, biológicos, sociales, económicos, de la atención médica y del comportamiento del sujeto. En el de Blum, la salud psicosomática es la consecuencia de cuatro factores: el ambiente, la herencia, la conducta y los servicios de atención médica (Blum citado por De la Torre, López, Márquez, Gutiérrez y Rojas, 2005). En el modelo socioecológico de Morris, los problemas de salud se explican por tres tipos de factores: del huésped, ambientales externos y de conducta personal (Morris, 1964; Resik, 2003). El modelo de “campo de salud” de Lalonde identifica cuatro segmentos para explicar los niveles de salud y el accionar sanitario sobre estos: la biología humana, los estilos de vida, el medio ambiente y la organización de los servicios de salud (Lalonde, 1974; Álvarez, García y Bonet, 2007).

Castellanos plantea cuatro grandes dimensiones del proceso de reproducción social: la biológica, ecológica, económica y de conciencia y conducta, las que se expresan en las condiciones de vida y marcan diferencias en el proceso salud-enfermedad (Castellanos, 1998). Los nuevos determinantes de la salud de los canadienses ofrecen una perspectiva más amplia de todos los factores implicados en la salud de las poblaciones (Rojas, 2004; Álvarez, García y Bonet, 2007).

La concepción sobre los determinantes de la salud ha sido reflejada en la literatura revisada sobre el tema de la adherencia terapéutica. Kirscht y Rosenstock (citado por Rodríguez Marín, 1995) consideraron como determinantes del cumplimiento del régimen terapéutico: causas sociales, las disposiciones psicológicas, el contexto social, las demandas situacionales y las interacciones con el sistema de cuidado. Rodríguez Marín y Basterra plantearon cuatro grupos de factores determinantes de la conducta de

adhesión o no a las prescripciones médicas: la interacción con el profesional sanitario, las características del tratamiento, las características de la enfermedad y los aspectos psicosociales del paciente (Rodríguez Marín, 1995; Basterra, 1999). Ferrer, Martín y Grau expresan que es un proceso complejo modulado por la influencia de factores de diversa naturaleza: sociales, psicológicos, económicos, propios de la enfermedad y del tratamiento y de la organización de los servicios de salud (Ferrer, 1995; Martín y Grau, 2005).

La OMS plantea en su informe técnico cinco dimensiones interactuantes que influyen sobre la adherencia, las cuales están integradas por la acción recíproca de un conjunto de factores que afectan la capacidad de las personas de adherirse a su tratamiento. Estas son: factores socioeconómicos y demográficos, factores relacionados con la enfermedad, factores relacionados con el tratamiento, factores del sistema y el equipo de asistencia sanitaria y factores relacionados con el paciente (OMS, 2004).

La autora de la tesis toma como referente para el análisis de los factores que intervienen en la adherencia terapéutica, el planteamiento integrador realizado por la OMS sobre las dimensiones de la adherencia terapéutica, dado que, en estas se incluyen los que fueron ya considerados por investigadores precedentes (los relacionados con la enfermedad, el tratamiento y el paciente) y además se destaca con énfasis el papel de los factores sociales, los demográficos, los económicos y los relacionados con el sistema de salud y el equipo de asistencia sanitaria.

Reconocer esta diversidad presupone tenerlos en cuenta al explicar por qué las personas siguen o no una conducta de cumplimiento. Sin embargo, su incidencia no ocurre de manera lineal, entre ellos se producen complejas interacciones e integraciones que hacen muy difícil la interpretación de resultados de una investigación. Hay evidencias de que un mismo paciente no mantiene los mismos comportamientos a lo largo de distintas situaciones terapéuticas y que su conducta puede variar dependiendo de múltiples condiciones (Bialik, 2003).

La autora asume la importancia y la necesidad de identificar regularidades que apunten hacia la presencia o no de determinados factores que influyen sobre la adherencia al tratamiento y que actúan desde diferentes niveles de determinación de este comportamiento, las cuales permitan encaminar intervenciones con los grupos



poblacionales y con los individuos portadores de una enfermedad.

## **1.2 Delimitación de factores influyentes en la adherencia al tratamiento utilizada en la investigación.**

A partir del modelo de dimensiones de la adherencia de la OMS se consideró un esquema teórico orientador para el estudio de estos factores, compuesto por cinco grupos: los socioeconómicos y demográficos, los del sistema de salud y el equipo de salud, las características de la enfermedad y el tratamiento, los de la red familiar y social y los del paciente (Ver Figura 1).

Con respecto a los factores relacionados con el paciente, la literatura incluye dos aspectos: los sociales y psicológicos. Los sociales, por su naturaleza diferente fueron ubicados de manera independiente en la denominada red social y familiar. Los aspectos psicológicos se abordaron de dos formas: el análisis de las unidades psicológicas que la literatura (Rodríguez Marín, 1995; Ferrer, 1995; Basterra, 1999; Martín y Grau, 2005) señala como relevantes para la adherencia y el estudio de la personalidad, como instancia integradora y reguladora del comportamiento que permite revelar mecanismos explicativos, de las manifestaciones de los componentes del proceso de adherencia (Figura 1).

### **Factores socioeconómicos y demográficos**

La OMS señala que se presentan deficiencias en la adherencia a los tratamientos de larga duración tanto en países desarrollados como en países en vías de desarrollo. A algunos *aspectos socioeconómicos* tales como: la pobreza, el analfabetismo, el desempleo, la lejanía del centro de atención médica, el costo elevado del transporte y el alto costo de la medicación se les atribuye un efecto considerable sobre la adherencia terapéutica (OMS, 2004). El informe técnico de la OMS reporta las siguientes variables socioeconómicas como importantes en la adherencia para la hipertensión: analfabetismo, desempleo, suministro limitado de medicamentos y elevado costo de la medicación.

Los beneficios económicos para el sistema de salud y el estado de la buena adherencia terapéutica se expresan en los ahorros generados por la disminución del uso de servicios de salud complejos y costosos en caso de progresión de la enfermedad o crisis, en

atención médica aprovechada y la utilización adecuada de la producción de medicamentos (Gottlieb, 2000). Los ahorros indirectos tienen que ver con la mejoría del paciente, la preservación de su calidad de vida y de todas sus funciones sociales, laborales y personales (Gálvez, 1999). La OMS señala que la interrupción o abandono de una terapia encarece, en cálculos conservadores, al menos en un 20 % los costos de la salud pública (OMS, 2003b).

El gasto del paciente se puede traducir en pérdidas sensibles a la economía familiar relacionadas con la *capacidad adquisitiva disponible* para enfrentar la enfermedad en cuanto a adquisición de medicamentos, alimentos y la ejecución de otras indicaciones que pueden implicar gastos de recursos monetarios.

Sobre los *factores sociodemográficos*, Ferrer en su trabajo de revisión sobre el tema señala que muchos autores (Becker y Maiman, 1975; Becker y Rosenstok, 1984; Cluss y Epstein, 1985; Daniels, René y Daniels, 1994; DiMatteo y DiNicola, 1982; Dunbar y Stunkard, 1979; Funke y Nicholson, 1993; Haynes, 1976; King, 1983; Kirscht y Rosenstock, 1979; Meichenbaum y Turk, 1987; Turk y Meichenbaum, 1991) muestran su acuerdo en considerar que ni el sexo, ni la edad, ni el nivel socioeconómico, ni el nivel educativo, ni el estado civil, ni la raza, ni la religión han demostrado ser predictores adecuados en sí mismos de la adherencia o cumplimiento (Ferrer, 1995).

Lo que sí parece cierto es que la combinación de algunas variables incide sobre la adherencia y que algunas de ellas aparecen relacionadas con la adherencia terapéutica en unas circunstancias pero no en otras (Peterson y Way, 1993, Blom, 1998, Meichenbaum y Turk, 1978; Sarafino, 1990 citados por Ferrer). También se ha observado que el factor modulador no es la presencia de la característica demográfica en sí misma sino ciertos factores habitualmente asociados a ella. Ejemplo: en ancianos, el déficit cognitivo, el olvido, la incapacidad para leer etiquetas y prospectos (Ferrer, 1995; DiMatteo y DiNicola, 1982).

Según informe de la OMS, la edad es un factor que influye sobre la adherencia al tratamiento pero de manera irregular y su deficiencia puede afectar a todos los grupos etáreos; la adherencia en niños y adolescentes se presenta en un rango de 48 a 100 %, con un promedio de 58 % en los países desarrollados. También reporta que los adolescentes se adhieren menos que los niños pequeños; en estos depende de la

capacidad del padre o el tutor para comprender y seguir el tratamiento recomendado y a medida que la edad aumenta, se incrementa la capacidad de llevar las tareas del tratamiento pero siguen necesitando supervisión de los padres (OMS, 2004).

En los ancianos se presentan múltiples enfermedades crónicas que requieren tratamiento complejo y prolongado, además son ellos los mayores consumidores de medicamentos dispensados con prescripción. La adherencia en los pacientes ancianos es un componente muy importante de la atención médica pues de no adherirse aumenta la probabilidad de fracaso terapéutico, las complicaciones innecesarias, la discapacidad y la muerte. De otra parte, los trastornos relacionados con la edad hacen a esta población más vulnerable a los problemas secundarios a la falta de adherencia (OMS, 2004).

Con respecto al género, algunas publicaciones registran una mejor adherencia en las mujeres (Martín, Sairo y Bayarre, 2003) y otros no. En un estudio sobre el patrón de cumplimiento de antihipertensivos en pacientes hipertensos en atención primaria realizado en España no se encuentra relación entre cumplimiento y sexo femenino (Sicras, Fernández, Rejas, García, 2006). En un trabajo sobre factores que influyen en el cumplimiento terapéutico de adultos mayores hipertensos se reporta que los hombres alcanzan mayores puntajes respecto a las mujeres situación que podría ser explicada por los roles de género diferentes que se adoptan en el cuidado de la salud o en la pareja (Mendoza, Muñoz, Merino y Barriga, 2006).

### **Factores del sistema de salud y el equipo de asistencia sanitaria**

En cuanto a los factores relacionados con el *sistema de asistencia sanitaria*, la OMS plantea el efecto de los servicios de salud poco desarrollados, los sistemas deficientes de distribución de medicamentos, la falta de conocimientos y adiestramiento del personal de salud en el control de las enfermedades crónicas y la falta de incentivos para ello. También trata la necesidad de que en la formulación de políticas de salud y en la actuación de los directivos sanitarios se contemplen las consecuencias de la adherencia terapéutica deficiente, para evitarlas; esta demanda impone la necesidad de elevar, el diagnóstico y la intervención en la adherencia terapéutica, a estrategia prioritaria del sistema de salud lo cual puede ser reflejado en las propuestas de objetivos y acciones de los programas de atención, prevención y control de las enfermedades, sobre todo las crónicas (OMS, 2004). En este caso, la hipertensión arterial.

Dentro de la *organización de los servicios de salud*, son elementos a tener en cuenta, las dificultades en el acceso a los centros asistenciales, la falta de médico en el momento que el paciente lo requiere o los cambios sistemáticos del profesional de asistencia. El paciente tiende a desarrollar una relación de confianza y compromiso con el médico que le indicó el tratamiento que se ve afectada cuando tiene que recurrir a otro facultativo. Basterra señala que la reducción de los tiempos de espera, la planificación adecuada de las consultas de seguimiento o la atención en el propio domicilio del paciente han demostrado tener una influencia positiva en el grado de cumplimiento (Basterra, 1999).

La influencia de la relación con el equipo de asistencia sanitaria está representada por la *satisfacción del paciente* con el proceso de atención de salud y las *características de la comunicación* que establece con los profesionales sanitarios.

La satisfacción del paciente incluye un conjunto de evaluaciones de las diferentes dimensiones del cuidado del profesional, en la cual se distinguen la satisfacción específica y la global. Los pacientes más insatisfechos tienen mayores probabilidades de no llevar a cabo las instrucciones de tratamiento (Macía y Méndez, 1999).

La comunicación entre los profesionales sanitarios y pacientes es fundamental. Los profesionales con aptitudes y actitudes negativas para informar el tratamiento que exhiben torpeza, falta de empatía y desmotivación contribuyen a la falta de adherencia al mismo. De igual forma, la ausencia de instrucciones escritas o efectuadas de modo deficiente con lenguaje demasiado técnico o rasgos incomprensibles no favorecen la adhesión. Otro aspecto es el modo en que el médico estimula la cooperación del paciente en la instauración del régimen terapéutico, la colaboración, la discusión y el acuerdo entre ambos con respecto a todo lo que concierne al tratamiento.

La comunicación permite al paciente comprender la información que se está dando sobre la prescripción o recomendación, lo cual supone un primer paso para que pueda aceptarla y recordarla (Rodríguez Marín, 1995). Según Zaldívar la comunicación eficiente de las prescripciones, basada en principios básicos como atención, aceptación y comprensión, facilita su cumplimiento (Zaldívar, 2003). Morales señala en el proceso de comunicación la importancia del reconocimiento de la individualidad del paciente, la calificación profesional percibida y las características del lugar en que se produce la atención (Morales, 1999).

## **Factores relacionados con la enfermedad y el tratamiento**

Los factores del tratamiento tienen un carácter básicamente médico y se refiere a las características del régimen terapéutico. La *complejidad del tratamiento*, incluye el grado de cambio comportamental que exige el tratamiento, si implica cambios en los hábitos y estilos de vida o exige pautas nuevas de comportamiento. También son variables relacionadas con la complejidad el número, la frecuencia del consumo y la combinación de distintos tipos de medicamentos. Se reconoce que la medicación múltiple favorece el incumplimiento (Basterra, 1999, Zaldívar, 2003b).

Otra cuestión es *la duración del tratamiento*. Si es corto se fracasa menos en el cumplimiento, mientras que las prescripciones que requieren un plazo largo no son seguidas por el 50 % de los enfermos al momento de comenzarlas y este incumplimiento va incrementándose a medida que pasa el tiempo (Basterra, 1999). También se destaca la *presencia de efectos secundarios o indeseables*. Los regímenes terapéuticos que provocan efectos secundarios afectan las tasas de adherencia puesto que estos pueden llegar a ser más perturbadores que los propios síntomas de la enfermedad. Los posibles efectos colaterales de los medicamentos pueden actuar como estímulos aversivos, produciendo un descenso en la adherencia (Macía y Méndez, 1999).

Los factores de la enfermedad están referidos a la naturaleza de la misma y a las exigencias particulares derivadas de ella con que se enfrenta el paciente. Se ha reportado que las enfermedades agudas con *síntomas* de dolor o incomodidad producen mayor tasa de cumplimiento, mientras que en las enfermedades crónicas y sobre todo en las que tienen un carácter asintomático esta es menor (Macía y Méndez, 1999).

Los síntomas constantes facilitan la adaptación y en consecuencia pueden contribuir a bajar el cumplimiento, así como las características de los propios síntomas, como ser alarmantes o percibirse como peligrosos pueden estimular el cumplimiento de las prescripciones (Friedman y Di Matteo, 1989; Amigó, 1998). Al parecer resulta más difícil seguir las recomendaciones profilácticas, como modificaciones de estilos de vida o cambios de comportamiento que aquellas indicaciones terapéuticas que atenúan el efecto de los síntomas que están produciendo malestar (Macía y Méndez, 1999).

### **Factores relacionados con la red familiar y social**

En este grupo se destaca el papel del *apoyo social y familiar* en la ejecución de las prescripciones terapéuticas. Las personas que sienten que reciben apoyo de otros tienen más probabilidades de seguir las recomendaciones médicas que aquellos con menos apoyo social o con inestabilidad familiar o aislamiento. Este puede provenir de la familia, amigos, compañeros de trabajo o grupos de autoayuda, es decir, lazos sociales con otros individuos, grupos o con la comunidad y será más beneficioso en tanto incluya ayuda enfocada al problema de salud (Ferrer, 1995; Rodríguez Marín, 1995). Los grupos sociales y sus normas respecto al comportamiento preventivo pueden ejercer presión sobre sus miembros para que se ajusten a las indicaciones médicas.

La familia anima a mantener el régimen médico, apoya en la búsqueda de estrategias y recursos materiales que facilitan el cumplimiento y a veces asume una parte de la responsabilidad en este proceso, también contribuye a animar al enfermo a mantener el régimen y a volver a la vida normal. Por esto se señala que el apoyo familiar y los vínculos que se establecen en esta red puede contribuir tanto a incrementar como a disminuir la ejecución de recomendaciones de salud y (o) terapéuticas (Ferrer, 1995; Rodríguez Marín, 1995). Cuando las recomendaciones incluyen cambios en los estilos de vida el apoyo de otros puede ser especialmente necesario como refuerzo para iniciar y mantener los cambios (Ferrer, 1995; Rodríguez Marín, 1995; Barra, 2003).

### **Factores relacionados con el paciente**

La perspectiva teórica de partida para el estudio de la adherencia terapéutica como proceso psicosocial ha sido el enfoque histórico cultural desarrollado por L. S. Vigotsky el que considera como principios fundamentales: la naturaleza histórico social de la psiquis humana, la interrelación dialéctica entre lo biológico, lo social y lo psicológico, la unidad e interrelación entre la actividad y la comunicación, la enseñanza y el desarrollo y entre lo cognitivo y lo afectivo en las manifestaciones de las funciones psíquicas superiores (Valera, 2003; González Serra, 2008; Grau y Martínez, 2008). Por su valor explicativo se integran en la orientación tanto teórica como metodológica de la investigación postulados de la psicología cognitiva y del enfoque personal del estrés.

En el proceso de adherencia al tratamiento intervienen *aspectos psicológicos cognitivos*,

*motivacionales y volitivos*. Los *conocimientos* que han adquirido los enfermos acerca de la enfermedad y el tratamiento les permiten actuar de manera consciente, sobre bases claras y reales teniendo en cuenta las principales características, los efectos, los riesgos y los comportamientos adecuados para el manejo de la misma.

Las *creencias del paciente* relacionadas con la percepción de gravedad de la enfermedad, la estimación de su propio riesgo de enfermarse o vulnerabilidad percibida (Becker, 1974; Rosenstock, 1985; Rosenstock y Kirscht, 1982), la creencia de la persona de ser capaz de ejecutar la respuesta necesaria: autoeficacia percibida (Bandura, 1977, 1978, 1982, 1986, 1989), la creencia de que la respuesta será más eficaz que los costos ocasionados por la conducta: utilidad percibida y la motivación por la salud integradas en el Modelo de Creencias en Salud han sido utilizadas para explicar porqué las personas no se adhieren a conductas saludables y a las indicaciones médicas (Ortiz y Ortiz, 2007).

Si el paciente está motivado por mantener su salud, su comportamiento se dirige con mayor facilidad hacia la ejecución de acciones que la conserven. Es importante la motivación mantenida y sostenida en el tiempo, desde una óptica optimista y positiva como una vía para vivir más plenamente lo cual tiene un fuerte potencial incentivador en oposición a la motivación desde una óptica más pesimista cuyo componente fundamental es el miedo a la enfermedad y la muerte (Roca, 2000).

El padecimiento de una enfermedad es un evento estresante, que implica el uso por el paciente de determinadas *estrategias de afrontamiento* a la misma, dadas las complicaciones y secuelas que traen consigo sufrimiento físico y psicológico como dificultades en la autoimagen, la autoestima, miedos y peligros percibidos ante una posible amenaza a la vida laboral, familiar, social y la muerte (Martín y Grau, 2004).

Los pacientes pueden desarrollar modos de afrontamiento dirigidos a la solución del problema y también modos dirigidos al control de las emociones. El afrontamiento dirigido a la solución del problema está encaminado a su definición, a la búsqueda de soluciones y alternativas, a la consideración de estas en base a su costo y beneficio, a su elección y aplicación. Los dirigidos al control de las emociones tratan de controlar y reducir las que resultan desagradables y que aparecen como consecuencia del estrés. Agrupa estrategias que no resuelven el problema en sí pero hacen sentir mejor en momentos de peligro o amenaza (Lazarus citado por Grau, Hernández y Villarroel, 2005).

Zaldívar considera que se encuentran, entre otros, como factores moduladores más específicos de la adherencia terapéutica: *la representación de la enfermedad y el locus de control* (lugar del control). El locus de control expresa el modo en que el sujeto asume lo que le acontece. Puede ser interno o externo según la responsabilidad sea depositada en el propio sujeto o fuera de él (Zaldívar, 2003b).

Cuando el individuo es consciente de sus posibilidades de influir sobre sus acciones y es el responsable de las consecuencias de lo que le acontece se considera que su locus de control es interno. El locus de control externo se expresa cuando la persona considera que todo lo que le sucede depende de situaciones externas a él y hace recaer la responsabilidad en otros individuos o en fuerzas sobrenaturales, así los acontecimientos de la vida y su salud escapan a las posibilidades de control personal (Martín, González y Bravo, 2008). En relación con la adherencia se ha planteado que los sujetos con locus de control externo presentan menos posibilidades de adherirse que los sujetos con locus interno (Zaldívar, 2003b)

El modelo representacional que se tiene sobre una enfermedad brinda al individuo una explicación de las posibles causas, de la interpretación de los síntomas, de su curso y de su posible solución. Leventhal y sus colaboradores (citado por Zaldívar, 2003b) encontraron que la concordancia entre el modelo de representación mental de la enfermedad y las instrucciones recibidas puede ayudar a explicar la adherencia (Zaldívar, 2003b).

La *actividad y las cualidades volitivas* revisten especial importancia para la orientación del sujeto hacia un comportamiento saludable, dentro de este, el dirigido al cumplimiento de un tratamiento el que generalmente requiere de realizar determinados esfuerzos para mantener un régimen de alimentación, atención y rigor en los horarios de medicación y la modificación de hábitos de vida cotidiana lo cual implica el funcionamiento de cualidades personales relacionadas con la voluntad del individuo.

### ***La personalidad como instancia integradora y reguladora***

En la investigación se consideró importante el estudio de las formaciones psicológicas complejas de *la personalidad* que integran los constituyentes reguladores de la actuación del individuo, implicadas en el proceso de adherencia al tratamiento.



El papel mediatizador de la personalidad ha sido teóricamente desarrollado por Fernando González Rey, quien considera que en la personalidad se organizan múltiples contenidos psicológicos en *configuraciones psicológicas individualizadas* que integran, en la historia individual del sujeto, los aspectos estructurales y funcionales de la misma en distintas configuraciones sobre el comportamiento (González Rey, 1989,1994).

Este autor define tres formas esenciales de integración de los contenidos psicológicos, denominados *aspectos estructurales*: las unidades psicológicas primarias, que están representadas por contenidos psicológicos parciales portadores de un valor emocional y se expresan en formas concretas de comportamiento; las formaciones psicológicas como unidades estructurales complejas de la personalidad a través de las cuales se expresa la autorregulación de la actividad humana y representan un nivel estable y organizado de esta y las síntesis reguladoras que están presentes en los comportamientos más elaborados de la personalidad, resultado de las relaciones necesarias entre las distintas formaciones y mecanismos de esta; las posibilidades metodológicas para el estudio de estas últimas es aún muy limitado (González Rey, 1989,1994).

Los denominados *aspectos funcionales* son aquellos que expresan como un contenido concreto de la personalidad se manifiesta. Para su estudio se define un conjunto de indicadores, llamados indicadores funcionales, los cuales son: la rigidez o flexibilidad para valorar los contenidos de la personalidad, la estructuración temporal de un contenido psicológico, la capacidad de estructurar el campo de acción, la mediatización de las operaciones cognitivas y la estructuración consciente activa de la función reguladora de la personalidad (González Rey, 1989,1994).

La autora asume en la investigación los presupuestos teóricos antes expuestos para el estudio de las configuraciones psicológicas individualizadas que movilizan hacia la adherencia o no al tratamiento, por su valor explicativo y por los antecedentes existentes en el país acerca de estudios de personalidad de pacientes hipertensos con este fundamento.

En investigaciones realizadas con sujetos hipertensos e infartados se encuentra un conjunto de indicadores generales que los diferencian. Se observa la presencia generalizada en estos sujetos de los indicadores funcionales del nivel de normas, estereotipos y valores, unido a otros importantes indicadores psicológicos como son:

determinismo externo, orientación al perfeccionismo en su actividad, pobreza de intereses, desplazamiento de sus deseos y aspiraciones personales a los de otras personas, esencialmente sus hijos, en quienes expresan todos sus anhelos y proyecciones de su vida futura y pérdida del sentido de la vida (González Rey, 1994).

### **1.3 Delimitación conceptual de la adherencia terapéutica para la investigación.**

En la literatura sobre el tema que aborda la presente investigación se han empleado diversos términos para conceptualizarlo. Los más utilizados han sido “cumplimiento del tratamiento” y “adherencia al tratamiento” o “adherencia terapéutica” aunque se han propuesto muchos otros como: cooperación, colaboración, obediencia, observancia, alianza terapéutica, seguimiento, adhesión, concordancia (Basterra, 1999) y conformidad (Burnier, 2005).

La definición de “cumplimiento del tratamiento” de mayor aceptación es la propuesta por Haynes en 1976, como “el grado en que la conducta de un paciente, en relación con la toma de medicación, el seguimiento de una dieta o la modificación de hábitos de vida, coincide con las instrucciones proporcionadas por el médico o personal sanitario” (Haynes, 1976).

Este término generó grandes polémicas pues se le señala un alcance restringido en cuanto a la complejidad del fenómeno que pretende abarcar. Se considera que se refiere a la obediencia del paciente a seguir las instrucciones y recomendaciones del profesional de la salud, asumiendo un rol pasivo y sumiso que lo presupone incapaz de tomar sus propias decisiones al seguir las recomendaciones que se le proponen. Según esta conceptualización la conducta del paciente debe “coincidir” con la instrucción recibida (Ferrer, 1995).

También se ha señalado que se trata de una definición con importantes deficiencias en el sentido de que tiende a ser unidimensional: las personas son “cumplidoras” o no “cumplidoras”, 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, sólo tiene en cuenta el componente relacional y no

considera los aspectos subjetivos que intervienen en este proceso como, por ejemplo, las creencias y motivaciones del paciente (Karoly, 1993).

De otra parte, se plantea que en la práctica médica este concepto suele circunscribirse casi exclusivamente al uso de los medicamentos por parte del paciente de una forma determinada sin incluir aspectos higiénico-sanitarios, como seguir una dieta, no fumar, realizar ejercicios físicos regularmente, evitar el estrés, realizar visitas médicas periódicas o cumplir con las programadas para el seguimiento (Basterra, 1999).

Con el fin de superar estas limitaciones se introduce el término “adherencia terapéutica”, atribuido a Blacwell como una alternativa que permitiera expresar una relación más interactiva entre el profesional sanitario y el paciente, en la que se confiere un papel al profesional que da la indicación y una participación más activa del paciente en su cumplimiento. La conducta del paciente depende así de su propia responsabilidad y también de las acciones efectuadas por el médico, en cuanto a claridad de las indicaciones y uso adecuado de los recursos de la comunicación para lograr su implicación en el proceso (Basterra, 1999).

El término “adhesión” ha sido utilizado como sinónimo de “adherencia” para referirse a la acción de adherirse al tratamiento (Ferrer, 1995). También se considera que los comportamientos de adhesión constituyen la parte final de una cadena y no debe concebirse como una categoría de proceso ni de estado sino como de resultado (Piña y Sánchez, 2007).

Sobre los términos “conformidad”, “concordancia” y “seguimiento del tratamiento” se plantea que la “conformidad” se refiere al intento realizado por el paciente para tomar la medicación cada día tal y como se le ha prescrito y la “concordancia” es la toma de decisiones y un acuerdo entre la persona que proporciona el servicio y el paciente teniendo en cuenta las opiniones y deseos de este. Se reconocen diferencias entre “conformidad” y “persistencia”, esta última es un componente de la conformidad e implica continuar con la medicación prescrita durante un periodo prolongado. El “seguimiento del tratamiento” es un concepto más general que incluye la aceptación, la concordancia y la persistencia (Burnier, 2005).

Para Basterra, los términos “cumplimiento” o “incumplimiento” siguen siendo los más utilizados en la práctica médica y farmacéutica (Basterra, 1999). También es frecuente encontrar el uso de “cumplimiento” y “adherencia” como sinónimos. De este modo lo asume Ferrer, quien plantea que resulta difícil encontrar un término que recoja con exactitud el sentido que se pretende, en cuanto a seguimiento de las indicaciones del profesional de la salud y simultáneamente implicación activa del paciente a las mismas (Ferrer, 1995).

La autora de la tesis considera que a pesar de la falta de consenso sobre la definición de este concepto, la importancia del problema de la adherencia es tal, que se hace obligatoria la investigación y la intervención en el mismo. Por tanto se impone un abordaje teórico y metodológico que facilite la búsqueda de soluciones académicas y prácticas que contribuyan al alcance de un acuerdo definitivo o más generalizado.

En correspondencia con lo antes expuesto, el término que se asumió en la investigación fue “adherencia al tratamiento o terapéutica” dado que este permite reflejar el sentido psicológico del proceso estudiado, al sugerir la participación activa del paciente y la necesaria relación de comunicación, colaboración y acuerdo entre este y su médico para lograr el cumplimiento. Además, en la actualidad está ampliamente referido en las publicaciones sobre el tema, y es el término acuñado por la OMS y por la Red Mundial Interdisciplinaria de adherencia a los tratamientos de larga duración en sus documentos y directrices de trabajo.

La OMS plantea una definición de adherencia al tratamiento prolongado que hace hincapié en la necesidad de considerar la conformidad del paciente y el acuerdo respecto a las recomendaciones de un profesional de salud, las cuales incluyen además del consumo de medicamentos, las modificaciones comportamentales y la define como “el grado en que el comportamiento de la persona, como tomar medicamentos, seguir un régimen alimentario y ejecutar cambios en el estilo de vida, se corresponde con las recomendaciones acordadas de un prestador de asistencia sanitaria” además considera la necesidad de diferenciar la adherencia del cumplimiento u observancia (OMS, 2004, Lifshitz, 2007).

Al respecto Zaldívar plantea que la adherencia terapéutica hace referencia a un conjunto o repertorio de conductas, entre las que se incluyen: aceptar formar parte de un plan o

programa de tratamiento, poner en práctica de manera continuada las indicaciones del mismo, evitar comportamientos de riesgo e incorporar al estilo de vida comportamientos saludables (Zaldívar, 2003a).

El adecuado cumplimiento de cualquier prescripción terapéutica, involucra realizar una serie de tareas que requieren: saber qué hacer, cómo hacer y cuándo hacer; el paciente debe disponer de una serie de habilidades con diferente grado de complejidad (Amigó, 1998). Por otro lado, es importante para el médico conseguir que los pacientes adquieran y mantengan a lo largo del tiempo un hábito de adhesión estricto a los medicamentos y al cumplimiento de todas las indicaciones (Bayés, 2000). Las consideraciones anteriores de Zaldívar, Amigó y Bayés refuerzan el carácter bilateral de este proceso al hacer énfasis en el papel del paciente y el profesional de salud y también apuntan que la adherencia terapéutica es más que una conducta de cumplimiento.

Las tesis fundamentales del enfoque histórico cultural ofrecieron el marco teórico general para la comprensión de la adherencia al tratamiento al explicar el papel esencial de las relaciones sociales en el surgimiento de las funciones psíquicas y como estas se interiorizan desde lo social a lo individual intrapsicológico, se expresan en la actividad del individuo y en este sentido adquieren un carácter mediatizado (Grau y Martínez, 2008).

Por otra parte, se encontró en el campo de la Psicología de la Salud el referente teórico específico que permitió redimensionar la definición del concepto que se utiliza en la investigación, nos referimos a la definición de adherencia terapéutica como “una implicación activa y voluntaria del paciente en el curso de un comportamiento aceptado de mutuo acuerdo con su médico con el fin de producir un resultado terapéutico deseado” (DiMatteo y DiNicola, 1982).

Esta definición representa un avance en la comprensión de la naturaleza psicológica del problema discutido por las siguientes razones: el paciente participa de manera activa y voluntaria en un comportamiento, se compromete, se involucra, se responsabiliza, no es una simple conducta de respuesta y también se adhiere a un plan con el que está de acuerdo y se supone ha aceptado y a cuya elaboración ha podido contribuir. El plan terapéutico no lo elabora el paciente, lo elabora a propuesta y de conjunto con su médico, por tanto el profesional está presente, en interacción con el paciente, lo cual imprime otra dimensión psicológica a considerar.

De modo que la adherencia terapéutica no es un comportamiento aislado, ni un conjunto de comportamientos, es un comportamiento complejo que puede ser concebido como un proceso. Se tomó de referente lo planteado por Piña López y Sánchez Sosa quienes proponen el análisis de la adherencia y la adhesión, la primera como “categoría de proceso” y la segunda como “categoría de resultados” (Piña y Sánchez, 2007).

Las consideraciones y reflexiones anteriores y las limitaciones enunciadas al término cumplimiento permitieron a la autora de la tesis formular la siguiente definición: la adherencia al tratamiento es un comportamiento complejo con carácter de proceso conformado por una estructura y dinámica interna que integra un componente personal y uno comportamental propiamente dicho del paciente y un componente relacional en el que se encuentra implicado el profesional de salud, dirigidos al logro de un resultado beneficioso para la salud.

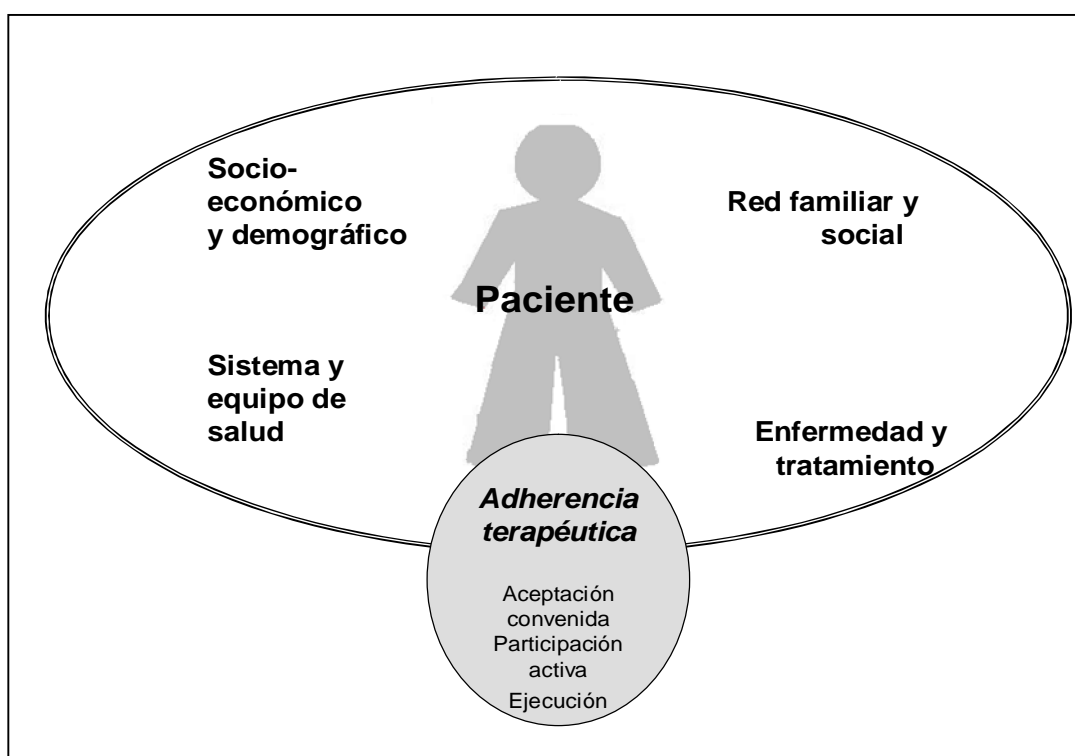
La estructura del proceso de adherencia se operacionalizó de la siguiente manera:

- Implicación personal (participación activa): se refiere al componente personal que se materializa en la búsqueda activa por parte del paciente de estrategias que permitan garantizar el cumplimiento, con la ejecución de los esfuerzos personales necesarios que requieren las acciones involucradas en este proceso.
- Relación transaccional entre paciente y profesional (aceptación convenida del comportamiento): se refiere al componente relacional que se manifiesta en la colaboración y acuerdo establecidos entre el paciente y su médico para organizar el tratamiento y elaborar la estrategia a seguir que garantiza el cumplimiento y la aceptación de estos por ambos.
- Cumplimiento del tratamiento (ejecución de las indicaciones): se refiere al componente comportamental propiamente dicho resultante de la intervención de los demás componentes, a través del cual la persona ejecuta las indicaciones médicas prescritas relacionadas tanto con el tratamiento medicamentoso como con las modificaciones en su estilo de vida (Ver Figura 1).

La dinámica del proceso se expresa en dos sentidos: en una dinámica estructural de interrelación entre los componentes. Ejemplo: la ejecución de las indicaciones puede ser

resultante de la aceptación convenida y la implicación personal, la implicación personal activar la aceptación convenida, la ejecución exitosa de las indicaciones fortalecer la implicación y la relación de negociación con el profesional. Y en una dinámica temporal en la que la adherencia se mueve con el transcurso del tiempo, en virtud de los factores que la influyen, desde adherencia total a parcial hasta no adherencia o viceversa.

**Figura 1. Esquema teórico integrador utilizado en la investigación para el estudio de la adherencia al tratamiento.**



En la tesis se consideró que las manifestaciones de la adherencia terapéutica se pueden diferenciar en tres niveles: total, parcial o no adherencia. El nivel expresa el estado en que se encuentra el proceso de la adherencia, en cuanto al alcance logrado por sus componentes en un momento y contexto determinado. Las tres categorías permiten hacer una diferenciación escalonada sin reducir el proceso sólo a sus extremos sino que permiten valorar estados intermedios que se pueden mover en un

sentido u otro y así también realizar el estudio de la dinámica del mismo y la intervención encaminada a favorecer la adherencia total.

Para la práctica médica habitual esta concepción ayuda a conocer en qué lugar se ubica el paciente para de esta forma conducir la intervención y el seguimiento; puede tener valor pronóstico de la evolución de la enfermedad y su tendencia al control. Desde el punto de vista cualitativo, diferencia el paciente adherido del cumplidor, pues permite valorar la participación del paciente en la ejecución de las indicaciones y en su vínculo con el profesional. La adherencia total no refleja a un paciente cumplidor u obediente sino a un individuo comprometido, responsabilizado e involucrado con su enfermedad y aliado con su médico para de conjunto garantizar su salud.

#### **1.4 La evaluación de la adherencia terapéutica.**

En la literatura sobre el tema se exponen diversos sistemas de métodos y técnicas para realizar la evaluación de la adherencia a los tratamientos. Entre estos tenemos: autoinformes de los pacientes y de los familiares, los autorregistros, la medición del consumo de medicamentos, el conteo de píldoras, mediciones bioquímicas, el uso de métodos electrónicos y las bases de datos de las farmacias (Ferrer, 1995; Vargas y Robles, 1996; Amigó, 1998; Basterra, 1999; Knobel, 2002; Nogués Salán, 2007).

También se han utilizado procedimientos directos como la observación por terceros y la evaluación bioquímica. Cuando terceras personas observan el cumplimiento (familiares, compañeros de trabajo, amigos) se han utilizado, a su vez, distintos tipos de registros: entrevistas, escalas de opinión, y protocolos de observación (Macía y Méndez, 1996). La evaluación bioquímica hace referencia a diferentes análisis, fundamentalmente en orina o sangre, que permiten detectar el agente terapéutico prescrito a través de sus productos metabólicos. También se han utilizado marcadores electrónicos situados en los frascos de medicamentos (Martins, Ferreira, Costa, Cabrita, 2006).

Muchas de estas vías no permiten explorar la verdadera esencia del fenómeno que se investiga en su dimensión psicológica y comportamental y no exploran la participación del paciente y del profesional de salud en este proceso. Son técnicas que evalúan exclusivamente el cumplimiento del tratamiento y casi siempre sólo su componente medicamentoso, no aquellas indicaciones que se refieren a cambios de hábitos o estilos



de vida. Además, la mayoría son procedimientos complicados, poco prácticos y costosos, casi imposibles de aplicar por los investigadores en determinados contextos.

Según algunos autores los instrumentos más útiles son aquellos llamados “indirectos” como la entrevista, el cuestionario y la estimación a partir de resultados clínicos (Macía y Méndez, 1996). La estimación subjetiva por parte del terapeuta ha sido un procedimiento utilizado para comprobar si el paciente cumple o no con las prescripciones. Tal estimación se realiza según los resultados terapéuticos, evaluando de forma indirecta la adherencia al considerar que la desaparición o mantenimiento de los síntomas constituye su indicador.

Las medidas de autorreporte recogidas a través de entrevistas o cuestionarios presentan el riesgo de estar sesgadas por las particularidades intrínsecas de estas técnicas. Se conoce que puede haber cuestiones que atentan contra la validez de estas medidas, como los errores en el cálculo de tiempo y de interpretación, reactividad, descenso en la precisión por fatiga, sesgos individuales por expectativas y demandas de los informantes.

Sin embargo, la literatura plantea que la información brindada por el paciente parece ser la más ajustada a la realidad y, en consecuencia, puede considerarse confiable a los fines de la investigación (Basterra, 1999; Barra, 2003). En esta investigación la autora, seleccionó como técnica para realizar la evaluación de la adherencia terapéutica el cuestionario de autorreporte aplicado a los pacientes.

### **1.5 Particularidades de la adherencia terapéutica en hipertensión arterial.**

Actualmente la hipertensión es un problema de salud de elevada magnitud a escala mundial. Su importancia para el cuadro de salud radica en las repercusiones personales, económicas y sanitarias asociadas a su atención y tratamiento y por las complicaciones degenerativas que puede acarrear, responsables directamente de un alto porcentaje de muertes. Tiene como elemento característico la carencia de síntomas en muchos de quienes padecen la enfermedad. Representa en sí misma una enfermedad y también es un factor de riesgo importante para otras enfermedades, fundamentalmente la cardiopatía isquémica, la insuficiencia cardíaca, la enfermedad cerebrovascular y la insuficiencia renal (García y Salcedo, 2002, MINSAP, 2006, Sánchez, 2006).

La hipertensión arterial (HTA) está distribuida en todas las regiones del mundo, con independencia de factores de índole económicos, sociales, culturales, ambientales y étnicos. Su prevalencia, aunque distinta en las diversas comunidades, ha estado en aumento, asociada a patrones alimentarios inadecuados, disminución de la actividad física y otros aspectos conductuales relacionados con hábitos tóxicos (MINSAP, 1998).

En la mayoría de los países la prevalencia se encuentra entre el 15 y el 30 %. Las tendencias mundiales al incremento de la expectativa de vida en la mayoría de los países, ha propiciado que gran cantidad de personas transite hacia el envejecimiento. La frecuencia de hipertensión arterial aumenta con la edad, demostrándose que después de los 50 años casi el 50 % de la población padece de hipertensión arterial. En muchos países es la causa más frecuente de consulta médica y de mayor demanda del uso de medicamentos (MINSAP, 1998; García y Salcedo, 2002, Sánchez, 2006).

La I Encuesta Nacional de Factores de Riesgo y Actividades Preventivas de Cuba, realizada en 1995 evidenció que del total de hipertensos detectados sólo el 60,8 % eran conocidos y de estos el 75 % tenían tratamiento, de los cuales un 12,3 % cumplía tratamiento no farmacológico, un 20,9 % lo hacía con medicamentos y el 42 % usaban ambos; del total de hipertensos conocidos, sólo el 45,2 % estaban controlados. (MINSAP, 1998). Se ha registrado una prevalencia de 30,6 % para zonas urbanas (MINSAP, 2006).

No obstante se reconoció que una gran parte de ellos no están detectados, muchos no tratados y otros no controlados, porque una porción importante de los hipertensos no está consciente de su estado y por otra parte, la dispensarización como método activo de control, incluye sólo a una parte de la población adulta del país. De este modo la verdadera magnitud de la población afectada por esta condición está subregistrada (MINSAP 1998; Dotres, 1999). Actualmente, se reporta una cifra de 2 190 080 pacientes dispensarizados con hipertensión arterial (MINSAP, 2005).

La hipertensión arterial se define como la presión arterial sistólica (PAS) de 140 mm de Hg o más, o una presión arterial diastólica (PAD) de 90 mm de Hg o más, o ambas cifras inclusive (MINSAP, 2006) en las condiciones requeridas para dichas tomas. La etiología de la hipertensión arterial es desconocida en el 95 % de los casos, esta se identifica

como esencial o primaria, el restante 5 % es debido a causas secundarias (MINSAP, 2004; Kaplan, 2005).

El tratamiento farmacológico incluye varios esquemas y tipos de medicamentos. En ocasiones se indican los fármacos combinados. Es reconocida la utilidad de las diferentes estrategias no farmacológicas y las modificaciones del estilo de vida en el tratamiento de la hipertensión como primer escalón del mismo. Dentro de ellas se consideran de gran relevancia las recomendaciones referidas a la dieta, la modificación en el consumo de sal, la práctica del ejercicio físico y la reducción del peso corporal, entre otras (MINSAP, 2006; Kaplan, 2005).

La prevención de la hipertensión arterial es la medida más importante, universal y menos costosa. El perfeccionamiento de la prevención y el control de la presión arterial es un desafío importante para todos los países, lo cual debe constituir una prioridad de las instituciones de salud, la población y los gobiernos. La adecuada percepción del riesgo que significa padecer de hipertensión arterial debe conducir a ejecutar una estrategia poblacional con medidas educativas dirigidas a la disminución de la presión arterial media de la población, impactando sobre otros factores de riesgo asociados a la esta, fundamentalmente la falta del ejercicio físico, niveles inadecuados de lípidos sanguíneos, elevada ingesta de sal, el tabaquismo y el alcoholismo (MINSAP, 2006).

De otra parte, es necesario desarrollar estrategias individuales, para detectar y controlar con medidas específicas de los servicios asistenciales, a los individuos que por estar expuestos a niveles elevados de uno o varios factores de riesgo tienen alta probabilidad de padecerla o la padecen así como fomentar la responsabilidad individual que deben observar aquellas personas ya diagnosticadas y con un tratamiento indicado (MINSAP, 2006).

La “Guía cubana para la prevención, diagnóstico y tratamiento de la hipertensión arterial” ubica las intervenciones sobre los estilos de vida en un lugar prioritario; la misma comienza con indicaciones para la prevención, las que son a la vez, acciones a tener en cuenta con los pacientes ya diagnosticados con la enfermedad. En este documento se hace un llamado a la realización de formulaciones terapéuticas de fácil administración y óptima eficacia para garantizar una mejor adherencia al tratamiento (MINSAP, 2008).

La adherencia terapéutica es fundamental para el control de esta enfermedad. Casi el 70 % de los pacientes hipertensos están mal controlados y parece ser que una de las principales causas del número de pacientes descontrolados es el incumplimiento de los tratamientos prescritos (Burnier, 2005). En el V Informe del Joint National Commiteé se señala que la principal causa del fracaso terapéutico en el control de la hipertensión arterial es el incumplimiento del tratamiento (Schmidt Río-Valle, Cruz Quintana y Villaverde, 2006). Algunos autores informan que alrededor del 50 % de los hipertensos están controlados (Silberman, Ruggero, Perruza, López, 2006).

Los reportes de estudios sobre adherencia al tratamiento o cumplimiento en hipertensión arterial ofrecen cifras poco alentadoras, con independencia de las diferencias en cuanto a métodos y vías empleados para su evaluación. Los resultados de una revisión realizada por Merino y Gil en el 2001, que abarca desde el año 1975 hasta 1997, arrojó porcentajes de incumplimiento de las prescripciones farmacológicas que oscilan entre el 15,7 y el 66 % (Ver Tabla I).

Tabla I. Incumplimiento del tratamiento farmacológico en HTA. Merino y Gil, 2001

Autor	Año	No. de pacientes	Método de evaluación	% de Incumplidores
Closson	1975	84	Entrevista	30
Sackett	1975	127	Recuento de comprimidos	49
Logan	1979	108	Recuento de comprimidos	51
Haynes	1980	131	Recuento de comprimidos	33
Wagner	1981	364	Entrevista	26
Enlug	1982	145	Recuento de comprimidos	33
Gehmacher	1982	156	Cuestionario	66
Morisky	1986	290	Cuestionario	57
Black	1987	551	Recuento de comprimidos	15,7
Weingarten	1988	246	Renovación de prescripción	20,7

Lin	1992	168	Recuento de comprimidos	26
Sharkness	1992	125	Renovación de prescripción	44
Balazoucyech	1993	124	Cuestionario	28
Rizzo	1997	7211	Datos administrativos	35

En estudios recientes realizados en España se reporta que en este país las cifras de no cumplidores alcanzan cerca del 40 % para el tratamiento farmacológico y entre el 60 y 90 % en las medidas higiénicas y dietéticas; en otros estudios que un tercio de los pacientes siempre toma la medicación, un tercio la toma a veces y un tercio nunca la toma (Schmidt-Rio Valle, et al 2006, Silberman, et al 2006). También se encuentra un cumplimiento de un 82,4 % utilizando como método el recuento de comprimidos (Sicras, Fernández, Rejas, García, 2006).

Un estudio nacional sobre adherencia terapéutica realizado en Argentina reporta que la falta de adherencia al tratamiento es una de las causas principales del pobre control de la presión arterial en hipertensos esenciales crónicos. Como resultado se obtiene que el 48,15 % fuera adherente y el 51,85 % no adherente. Las cifras de tensiones arteriales sistólica y diastólica aisladas muestran una mayor falta de control en el grupo no adherente. En los pacientes adherentes los valores de la presión arterial sistólicos y diastólicos aislados son menores y los porcentajes de control de las mismas significativamente mayores (Ingaramo, Vita y Bendersky, 2005).

En Cuba, una investigación realizada en un área de salud del municipio Marianao, encuentra que sólo el 52,4 % de los pacientes incluidos en el estudio cumplen completamente el tratamiento antihipertensivo y un 47,6 % lo cumple de manera incompleta (Martín, Sairo y Bayarre, 2003). También un estudio realizado en el Policlínico Corinthya encuentra que el 51,6 % de los hipertensos cumple siempre, un 45,4 % a veces, y un 3,0 % nunca (Acosta Glez, 2003).

## **1.6 Consideraciones finales del capítulo I.**

La delimitación conceptual totalmente aceptada y acabada de la adherencia al tratamiento es una condición aún no resuelta en los momentos actuales del desarrollo teórico de las ciencias de la salud.

En las investigaciones actuales sobre el tema, a nivel internacional, se encuentra una tendencia al uso del término “adherencia”; desde el punto de vista práctico muchos profesionales e investigadores lo emplean como sinónimo de “cumplimiento”.

Se han utilizado numerosos métodos y técnicas para la evaluación y (o) medición de este problema en las que ha prevalecido el estudio del “cumplimiento del tratamiento”, no de la adherencia tal como se discute en este trabajo.

Se dispone de suficientes investigaciones precedentes con resultados consistentes con relación a dificultades en la adherencia a la terapéutica antihipertensiva lo que ratifica la necesidad de profundizar el estudio de esta problemática en nuestro contexto, dado el impacto a largo plazo que puede tener en la morbilidad y mortalidad de estos pacientes.

## **Capítulo II. Estrategia de investigación. Materiales y métodos utilizados**

Este capítulo aborda la estrategia de investigación desarrollada para dar cumplimiento a los objetivos del trabajo, la cual fue llevada a cabo en tres etapas interrelacionadas. Se emplearon diferentes alternativas metodológicas, muestreos y escenarios, en diversas áreas de atención primaria de salud, en dos provincias del país durante varios años. Se muestran las formas de selección de los participantes, las técnicas de recogida de información, así como los procedimientos para su análisis, de cada una de las etapas.

### **2.1 Contexto general de la investigación.**

La investigación se realizó en dos provincias del país, Ciudad de La Habana y Granma. La aplicación de los instrumentos de recogida de información se ejecutó en instituciones del nivel primario de atención. Este fue escogido como marco propicio para la investigación por características como continuidad e integralidad y su posibilidad de hacer extensiva a toda la población las acciones preventivas sobre los factores y comportamientos relacionados con la adherencia al tratamiento.

Por un análisis de factibilidad del estudio fueron escogidas, entre todas las posibles, específicamente estas dos provincias, así como los municipios y áreas de salud incluidas en el trabajo por corresponder con los lugares de residencia y de desempeño laboral de algunos de los miembros del equipo de investigación, lo cual facilitó las coordinaciones con los directivos y equipos de salud que intervinieron tanto en el consentimiento de la investigación como en los procedimientos de recogida de información ofrecida por los pacientes. Las áreas de salud seleccionadas en la provincia Ciudad de La Habana fueron: los policlínicos “Plaza de la Revolución”, “Héroes del Moncada” y “Rampa” en el municipio Plaza de la Revolución; el “Van-Troi” en el municipio Centro Habana y el “Abel Santamaría” en el municipio Cerro. En la provincia Granma se trabajó en el policlínico “Edor de los Reyes Martínez Áreas” del municipio Jiguaní.

La hipertensión arterial fue escogida porque se encuentra relacionada con la mayoría de las muertes por enfermedades cerebrovasculares, de muchas enfermedades isquémicas del corazón, insuficiencia renal crónica y arteriopatías periféricas. Además es reconocida por la mayoría de los profesionales de la salud como una de las más afectadas por el

problema de la baja adherencia al tratamiento. Para garantizar su control es necesario mantener de modo permanente un régimen terapéutico adecuado.

La hipertensión arterial tiene la ventaja adicional que puede ser considerada como “condición trazadora” de la calidad de la asistencia médica a las enfermedades crónicas, por cumplir con los requisitos necesarios para alcanzar dicho calificativo, según propusieron Kessner y Singer: impacto funcional, esta enfermedad provoca un trastorno funcional severo, que puede modificarse si es tratada adecuadamente y así refleja la actividad de los profesionales de la salud, sus criterios diagnósticos están normados y muy bien definidos, su prevalencia alta permite la recolección de datos de una muestra limitada de la población, la historia natural de la enfermedad varía con la utilización y la efectividad del tratamiento, las técnicas de manejo médico están bien establecidas y la población en riesgo es fácil de identificar (Kessner y Singer, 1973). Su “condición trazadora” permite que al actuar sobre los factores involucrados en la aparición y evolución de la hipertensión favorezca la prevención de otros problemas de salud (Espinosa Brito, Ordúñez, Álvarez, Diez, Armas et al, 2000) y la mejora de la calidad de su atención puede incidir no sólo en esta enfermedad como tal sino en la atención médica en general (Ministerio de Salud / OPS, 2005).

## **2.2 Etapas de la investigación.**

Los escasos antecedentes de investigaciones realizadas en el país sobre el tema y la complejidad del mismo condicionaron el estudio que se desarrolló. Se diseñó una investigación realizada en tres etapas interrelacionadas durante el período comprendido entre los años 2003 y 2007. Se utilizó metodología cuantitativa y cualitativa.

La primera etapa y la fase de recogida de información por vía cuantitativa de la segunda se realizaron desde septiembre del 2003 hasta diciembre de 2004; la fase predominantemente cualitativa de la segunda etapa abarcó el periodo desde julio de 2005 a febrero de 2006 y la tercera etapa se desarrolló desde octubre de 2006 a julio de 2007.

**Etapas I:** Se realizó la descripción de la adherencia terapéutica según niveles y componentes a través de la aplicación de un cuestionario a pacientes seleccionados en las dos provincias escogidas y de una entrevista aplicada a profesionales de la salud



considerados como expertos. Se construyó y validó el cuestionario de evaluación de la adherencia (Ver Anexo A).

**Etapas II:** Se realizó la identificación de los factores que influyen en la adherencia al tratamiento a través de la aplicación, primero, de una técnica cuantitativa (cuestionario) y después de una técnica predominantemente cualitativa (grupos nominales) a pacientes seleccionados en las áreas de salud escogidas para la investigación. También se utilizaron los resultados de la entrevista a profesionales de salud.

**Etapas III:** Se diseñó un estudio de profundización que utilizó las herramientas de la investigación cualitativa y la aplicación de técnicas psicológicas apropiadas para el estudio de la personalidad con el objetivo de caracterizar las configuraciones psicológicas que movilizan la conducta de adherencia o no al tratamiento en personas hipertensas.

## **2.3 Definición de términos y variables utilizadas en la investigación.**

Componentes de la adherencia: se consideró que está conformada por tres componentes que fueron evaluados a partir de los resultados obtenidos en los ítems del cuestionario que integran cada uno de estos. Los componentes son: implicación personal (ítems: 5, 6, 8, 9, 10); relación transaccional entre profesionales y paciente (ítems: 7, 11, 12) y cumplimiento del tratamiento (ítems: 1, 2, 3, 4). Se consideraron como: ítems de bajos resultados aquellos que obtuvieron valores medios inferiores a 2, con resultados intermedios los que alcanzaron valores medios entre 2 y 3 y de mejores resultados los que lograron valores medios superiores a 3 a partir del cálculo de los valores medios y los intervalos de confianza, de cada uno.

Niveles de adherencia: se consideró que esta se diferencia en tres niveles: total, parcial y no adherencia. Se midieron a través de una escala cualitativa ordinal con tres categorías partir de la puntuación obtenida por el paciente en el cuestionario para su evaluación (Ver Anexo B).

Factores influyentes: se consideró a aquella variable relacionada de manera relevante con la adherencia a partir de la triangulación de la información obtenida sobre los factores con asociación estadística, los priorizados y los contribuyentes a esta según el criterio de los expertos y los pacientes, en las diferentes técnicas de indagación empleadas. Se asumió el término “influyentes” basado en el uso del mismo en la bibliografía sobre el tema, en especial el informe de la OMS del 2004, para indicar aquellos elementos que modifican en sentido favorecedor u obstaculizador las manifestaciones del proceso.

**2.3.1 Variables definidas para la exploración cuantitativa de los objetivos 1 y 2.** (Ver Anexo B).

## **2.4 Participantes en el estudio. Procedimientos para su selección.**

En la investigación se utilizó como informantes clave a personas hipertensas y profesionales de la salud considerados expertos en el conocimiento de la hipertensión arterial y en la atención a pacientes que la padecen.

### **Selección de expertos para responder entrevista y validación de instrumento.**

Se seleccionaron 7 profesionales de la salud de diferentes categorías ocupacionales y distintos niveles de atención para la recogida de información a través de una entrevista estructurada. Estos fueron: 1 enfermera con experiencia en nivel primario, 1 enfermera del nivel secundario de atención, 1 psicóloga de nivel primario, 1 psicóloga con experiencia en nivel terciario y en programas de educación al paciente hipertenso, 1 médico especialista en Medicina General Integral, 1 médico Especialista en Medicina Interna con experiencia en nivel primario y secundario de atención y 1 médico cardiólogo del Instituto Nacional de Cardiología (Jefe del Grupo Nacional de Cardiología).

Para la validación de instrumentos se seleccionaron 10 expertos, teniendo en consideración su experiencia profesional e investigativa en el ejercicio de las Ciencias Médicas y Psicológicas. Se incluyó profesionales de psicología, medicina interna, enfermería y medicina general integral, que ejercieran su actividad profesional en los tres niveles de atención y en las dos provincias del país donde se desarrolló la investigación, quienes respondieron el cuestionario de validación (Anexo C). Fueron: 2 psicólogos de la provincia Granma, uno de atención primaria de salud y otro del segundo nivel de atención, 1 psicóloga de tercer nivel de atención en la provincia Ciudad de La Habana, 1 psicólogo de un instituto nacional de investigaciones, 3 médicos de Ciudad de La Habana, 2 especialistas de Medicina General Integral y 1 especialista en Medicina Interna del segundo nivel de atención, 2 enfermeras de atención primaria de salud, una de Ciudad de La Habana y otra de la provincia Granma y 1 enfermera de tercer nivel de atención, trabajadora del Instituto Nacional de Cardiología y Cirugía Cardiovascular.

### **Criterios para la inclusión de los pacientes en el estudio.**

Se incluyeron en el estudio pacientes con diagnóstico de hipertensión arterial al momento de la investigación, en los territorios seleccionados. Se escogieron hipertensos esenciales, con 20 o más años porque se consideró excluir a los sujetos en la edad adolescente, en la que el comportamiento ante la enfermedad asume características diferentes a la etapa adulta y también personas que no tuvieran trastornos o deficiencias mentales o físicas que impidan la comprensión y respuesta de las técnicas de recogida de la información.

Los criterios de inclusión quedaron formulados de la siguiente manera:

- Tener diagnóstico de hipertensión arterial esencial.
- Estar bajo tratamiento médico por más de 1 año.
- Tener 20 años o más.
- No tener trastornos mentales o físicos que imposibilite contestar los instrumentos.
- Estar en el área de salud en el momento de aplicar los instrumentos.
- Desear colaborar con la investigación.

#### **2.4.1 Selección de los pacientes incluidos en el estudio.**

##### **Selección de la muestra para la fase cuantitativa de las etapas I y II.**

La fase cuantitativa de las etapas 1 y 2 de la investigación se realizó en tres áreas de salud: los policlínicos “Plaza de la Revolución” en el municipio Plaza y el policlínico “Van-Troi” del municipio Centro Habana, ambos en Ciudad de la Habana y en el policlínico “Edor de los Reyes Martínez” del municipio Jiguaní en la provincia Granma.

En el municipio Jiguaní el universo del estudio estuvo constituido por 1 671 pacientes dispensarizados como hipertensos esenciales en el área de salud “Edor de los Reyes Martínez Áreas” distribuidos por los 13 consultorios del médico de familia del Consejo Popular Sur del área urbana.

Se determinó, a través del empleo de la fórmula de cálculo para poblaciones finitas en estudios descriptivos (Silva, 2000) que la muestra a encuestar debía estar constituida por 313 pacientes. Se utilizó una prevalencia esperada de adherencia de un 50 % a partir de un estudio piloto y los resultados de un estudio anterior realizado por los autores del trabajo (Martín, Sairo, Bayarre, 2003) y un error absoluto del 10 % de la prevalencia.

La selección de la muestra se realizó a través de la aplicación de un Muestreo Aleatorio Estratificado. Se consideró cada consultorio como un estrato y se determinaron los tamaños  $n_i$  para la selección de las submuestras correspondientes con asignación proporcional. La selección definitiva se realizó por Muestreo Simple Aleatorio y para ella se empleó el paquete de programas Epidat 3.0.

No fue posible la aplicación de los instrumentos de recogida de información a 50 pacientes: 30 estaban fuera del área, 3 fallecidos y 17 no desearon colaborar con la

investigación, de este modo finalmente la muestra estuvo constituida por 263 pacientes hipertensos, para un 84,3 % de la cantidad estimada.

En el municipio Centro Habana el universo lo constituyeron 5 763 pacientes dispensarizados con diagnóstico de hipertensión arterial esencial quienes en el momento del estudio residían en el área de salud del policlínico Van– Troi. Se determinó un tamaño muestral de 400 hipertensos a través del empleo de la fórmula de cálculo para poblaciones finitas en estudios descriptivos (Silva, 2000). Se utilizó una prevalencia esperada de adherencia de un 60 % a partir de un estudio piloto y un error absoluto del 10 % de la prevalencia.

La selección de la muestra se realizó a través de un Muestreo por Conglomerado Bietápico con probabilidad proporcional al tamaño de los conglomerados. El marco muestral estuvo constituido por los 42 consultorios del médico de la familia pertenecientes al policlínico de referencia. De ellos se seleccionaron en una primera etapa 20 consultorios, luego se escogieron 20 pacientes de cada consultorio elegido, para ello se empleó el Muestreo Simple Aleatorio.

De los 400 cuestionarios a responder por los pacientes de acuerdo al cálculo muestral realizado se utilizaron 375 (93,75 %). No se aplicaron 18 por los siguientes motivos: 11 personas se encontraban fuera del territorio nacional en el momento del estudio, 4 fallecidos, 3 se negaron a contestar el cuestionario y 7 se consideraron no válidos por presentar respuestas incorrectas.

En el municipio Plaza de la Revolución la investigación tuvo lugar en el policlínico “Plaza de la Revolución”, el cual contaba con una población de 1 480 pacientes con diagnóstico de hipertensión arterial esencial residentes en el área de salud en el momento del estudio y que cumplieron con los criterios de inclusión definidos, distribuidos en los 32 consultorios del médico de familia.

El tamaño de muestra, determinado a través de una fórmula de cálculo para estudios descriptivos fue de 140 (n: 140). Se utilizó un Muestreo Aleatorio Estratificado (MAE) considerando cada consultorio como un estrato y se determinaron los tamaños  $n_i$  para la selección de las submuestras correspondientes con asignación proporcional. Se elaboró una lista de enfermos por cada consultorio constituyéndose así el marco muestral por

estratos, a fin de poder hacer una selección indicada de acuerdo a los números aleatorios tomados de la tabla correspondiente.

### **Selección de pacientes para la fase predominantemente cualitativa de la etapa II.**

Para esta fase se planificó realizar grupos nominales en áreas de salud y consultorios contenidos en la primera etapa de la investigación e incluir otras con el objetivo de ampliar y enriquecer la información. Por criterio de factibilidad se incluyeron el policlínico “Rampa” y “Héroes del Moncada” en el municipio Plaza de la Revolución y el policlínico “Abel Santamaría” del municipio Cerro.

En aquellas áreas de salud, que ya formaban parte del estudio se escogieron los pacientes, de la lista registrada en las bases de datos. En las áreas de salud incluidas se seleccionaron según los criterios de inclusión utilizados en la primera etapa del trabajo, con apoyo del equipo de salud. Seleccionados de esta forma se citaron para cada sesión 25 pacientes a los que se solicitaba su consentimiento de participar en los grupos nominales.

Para diferenciarlos y conformar los grupos nominales de adheridos y no adheridos, se aplicó a los participantes el cuestionario para evaluar su adherencia al tratamiento antihipertensivo. Los que puntuaron como adheridos parciales se incluyeron en el grupo de no adheridos. Se realizaron 3 sesiones de trabajo con grupos que se consideraron prueba piloto del procedimiento de selección y funcionamiento de la técnica referida.

En algunas áreas de salud, no se encontraron entre los participantes, suficientes personas no adheridas o adheridas (7 o más) como para conformar un grupo nominal; en otras, resultaron inexistentes los casos con uno u otro diagnóstico lo cual condicionó la conformación definitiva de los grupos nominales por área de salud, utilizados para la recogida de la información. Así se constituyó un total de 8 grupos: 4 grupos con pacientes adheridos al tratamiento con un total de 39 participantes de este tipo y 4 con no adheridos, los que incluyeron 34 personas. Las áreas de salud y la cantidad de participantes en cada grupo se presentan en la Tabla II.

Tabla II. Participantes en los grupos nominales por área de salud.

Grupos nominales con pacientes adheridos		Grupos nominales con pacientes no adheridos	
Policlínico	Cantidad	Policlínico	Cantidad
Plaza de la Revolución	11	Plaza de la Revolución	8
Rampa	8	Van-Troi	9
Héroes del Moncada	10	Abel Santamaría	10
Edor de los Reyes	10	Edor de los Reyes	7
Total	39	Total	34

### Etapa III.

El estudio de profundización, tal como se había planificado, se realizó en los consultorios del médico de la familia 19 del policlínico “Héroes del Moncada” en el municipio Plaza de la Revolución y en el consultorio 24 del policlínico “Edor de los Reyes Martínez” del municipio Jiguaní, ambos elegidos al azar. En Ciudad de La Habana se escogió el policlínico “Héroes del Moncada” por un análisis de factibilidad del estudio dentro de las áreas de salud comprendidas en la territorialidad demarcada para la investigación.

En el consultorio 19 se encontraban dispensarizados 214 hipertensos, cuyas historias clínicas fueron examinadas para escoger los hipertensos esenciales (182 para un 85% de los registrados). De estos sólo 22 cumplieron los criterios de inclusión. En el consultorio 24 con una población de 987 pacientes, se encontraban dispensarizados 196 hipertensos, fueron escogidos los hipertensos esenciales (85) y de estos sólo 9 cumplieron los criterios de inclusión definidos para esta etapa de la investigación. Finalmente fue necesario rechazar 2 casos.

En esta etapa se tuvieron en cuenta los criterios de inclusión definidos para la primera y segunda etapa de la investigación y se refinaron con la intención de tener la condición de hipertenso “pura”, sin ninguna otra enfermedad concomitante, de manera que el estudio de personalidad respondiera a la proyección del individuo con respecto sólo a la

hipertensión. Así se excluyó a los pacientes con otras enfermedades crónicas, con enfermedades psiquiátricas y también a los que padecían alcoholismo y tabaquismo.

Los sujetos con enfermedades psiquiátricas crónicas podían alterar los resultados del estudio de las configuraciones psicológicas implicadas en la adherencia o no adherencia a los tratamientos; los pacientes con otras enfermedades crónicas podían introducir el sesgo de medicación múltiple. 21 personas no dieron su consentimiento para participar en la recogida de información con las técnicas seleccionadas.

En esta etapa de la investigación, los criterios de inclusión tenidos en cuenta fueron:

- Tener diagnóstico de hipertensión arterial esencial bajo tratamiento médico por más de 1 año.
- Tener 20 años o más.
- No presentar enfermedades psiquiátricas crónicas.
- No padecer alcoholismo y (o) tabaquismo.
- No presentar otras enfermedades crónicas.
- Dar su consentimiento para participar en la investigación.

## **2.5 Técnicas y procedimientos de recogida de información:**

### **Técnicas utilizadas para el objetivo 1:**

#### **Entrevista estructurada**

Se diseñó una entrevista estructurada dirigida a profesionales de la salud considerados expertos en el conocimiento de la hipertensión y manejo de pacientes que la padecen, la cual permitió la exploración de los criterios que tienen acerca de lo que es adherencia terapéutica, sobre los niveles o tipos de adherencia y los factores que influyen en ésta.

Las categorías que fueron objetivo de exploración por la técnica y sirvieron de base para la elaboración de las preguntas de la guía de entrevista (Ver Anexo 1) y el análisis de contenido fueron: concepto de adherencia terapéutica, existencia de niveles de adherencia, definición de adherencia total, definición de adherencia parcial, definición de no adherencia al tratamiento, factores que contribuyen a la no adherencia al tratamiento y factores que contribuyen a la adherencia al tratamiento.



Las primeras 5 categorías tuvieron la intención de explorar los criterios de los expertos, sobre los presupuestos teóricos del concepto de adherencia terapéutica, la existencia de niveles de adherencia y cuando se puede considerar un paciente incluido en cada uno de estos. Las restantes permitieron explorar los criterios sobre los factores que contribuyen a la adherencia o no a las recomendaciones ofrecidas a los pacientes, desde la perspectiva de los prestadores de servicios de salud, información utilizada en el análisis del objetivo 2.

Aplicación de la entrevista: se estableció una coordinación previa con los participantes escogidos para solicitar su consentimiento de ser entrevistados, además de explicarles el objetivo de la misma. Se garantizaron los requisitos de privacidad, comodidad y empatía durante la sesión de trabajo. La información fue grabada (grabadora mecánica) si el entrevistado lo autorizaba o registrada en un relato escrito en hoja de papel por parte del entrevistador. Después de transcribir la información se procedió a realizar un análisis de contenido de acuerdo a las categorías antes expuestas (Anexo 2).

### **Cuestionario**

Se aplicó a la muestra de pacientes determinada en cada territorio, con el objetivo de identificar la frecuencia de adherencia terapéutica según los niveles total, parcial y no adherencia. El “Cuestionario para la evaluación de la adherencia terapéutica” está conformado por tres secciones. La Sección A recoge datos generales del paciente e información acerca del tratamiento higiénico- dietético y medicamentoso que está realizando el paciente. La sección B consta de 12 afirmaciones que recorren las categorías que se considera conforman la definición de adherencia terapéutica, y es la que tiene como objetivo específico determinar el nivel de adherencia al tratamiento del paciente hipertenso (Anexo 3). Este cuestionario fue construido y validado en el marco del proyecto de la investigación como una necesidad que emergió de la primera etapa del trabajo, dado que no se encontró en la literatura un instrumento que se ajustara a la concepción de adherencia que se utiliza en el mismo (Martín, Bayarre y Grau, 2008) (Anexo A).

## **Técnicas utilizadas para el objetivo 2**

Para dar solución a este objetivo se diseñó un abordaje metodológico que combinó varias técnicas de indagación con el fin de poder contar con una amplia información que permitiera analizar y fundamentar con solidez la presencia de factores influyentes.

### **Entrevista estructurada**

Se utilizaron los resultados de las preguntas 6, 7 y 8 (Anexos 1 y 2) de la entrevista realizada a los profesionales de la salud. Los procedimientos para su aplicación fueron explicados en las técnicas correspondientes al objetivo 1.

### **Cuestionario**

Se diseñó un “Cuestionario de factores influyentes en la adherencia terapéutica en hipertensión arterial” (Sección C del Anexo 3) que permitió recoger información de tipo cuantitativa sobre las variables asociadas al fenómeno investigado. Para su construcción se utilizó lo aportado por la literatura acerca de los factores que influyen en la adherencia terapéutica. Se confeccionó un conjunto de 10 preguntas cerradas con varios ítems cada una, las que el paciente debe responder según la consigna que se le indique, marcando con una cruz la respuesta que considere ajustada a su criterio. La posibilidad de respuesta de cada ítem adquiere el valor de un punto o cero. Esta sección, después de su análisis y discusión en varias sesiones de trabajo del equipo de investigación, fue evaluada por expertos quienes aprobaron las preguntas formuladas.

Aplicación del cuestionario: el cuestionario de evaluación de la adherencia terapéutica y el de factores influyentes (secciones A, B y C del Anexo 3) aunque confeccionados por separado, se aplicaron de manera conjunta conformando un solo documento para suministrar a los pacientes. Fue aplicado por las enfermeras y médicos del equipo de salud, quienes fueron entrenados previamente en sesión de trabajo con la participación de los investigadores. El contenido de la capacitación para todos los encuestadores incluyó la explicación de los objetivos de la investigación, los requisitos para la aplicación correcta del cuestionario y un entrenamiento práctico sobre éste. Se aplicó en el hogar de los pacientes de manera auto administrada y se controló la calidad a través de la revisión periódica del llenado por parte de un investigador del equipo, responsable del trabajo en cada área de salud.

## **Grupos nominales**

Esta técnica permite recoger información espontánea, clara y organizada referida por los sujetos de la investigación acerca de un tema específico con independencia de la edad y la escolaridad de los mismos. Es de fácil aplicación y manejo por el equipo de investigadores y arroja datos que se pueden sistematizar y solidificar a través de técnicas de priorización (Pineault, 1987; Álvarez Glez, 2007).

Procedimiento utilizado en los grupos nominales: fueron conducidos por los miembros del equipo de investigación. Se pidió a los pacientes expresar su conformidad de participar antes de comenzar las sesiones de trabajo grupal. Se designó un facilitador y un relator, quien registró por escrito las intervenciones, la lista definitiva de factores priorizados y otras observaciones de interés de la dinámica grupal. Al final de la sesión de trabajo se recogieron las hojas de trabajo donde cada participante plasmó sus reflexiones y se agradeció al grupo su colaboración. Se realizó sólo una sesión de trabajo grupal, en un local con las condiciones requeridas para el desarrollo adecuado de la actividad. Se elaboró y validó previamente la pregunta objeto de respuesta y discusión para el grupo de pacientes adheridos y de igual forma se procedió con la pregunta para el grupo de no adheridos.

En resumen, se siguieron los siguientes pasos en el desarrollo de las sesiones con cada grupo (Pineault, 1987; Álvarez Glez, 2007)

1. Se dio la consigna de redactar en silencio las ideas que dan respuesta a la pregunta que se formuló la cual estaba escrita en un pizarrón. Cada paciente contó con una hoja de papel blanco y lápiz para escribir.
2. El facilitador registró por escrito en una pizarra una a una, todas las ideas generadas por el grupo las cuales eran expresadas por los pacientes, y quedó conformada la lista total de ideas.
3. Se analizaron las ideas para reducirlas, eliminando aquellas que se repiten, con la participación y acuerdo del grupo en este análisis.
4. Se realizó una discusión colectiva de las ideas, en la que los pacientes fundamentaron por qué cada respuesta era explicativa de la pregunta. Se realizó un registro escrito de la discusión por parte del relator.

5. Se realizaron rondas de priorización de las ideas, en las que cada paciente daba un punto a las tres ideas que consideraba más importante. A partir de la suma se fueron eliminando las ideas de menor puntuación hasta llegar a conformar una lista definitiva con las ideas priorizadas.

Las ideas priorizadas, fruto del trabajo de todos los grupos, fueron integradas en una lista denominada: factores que contribuyen al cumplimiento del tratamiento referidas por los pacientes adheridos. De igual forma se elaboró una lista resumen de factores que no contribuyen al cumplimiento del tratamiento, referidas por los pacientes no adheridos. Se identificaron y se señalaron aquellos que fueron priorizados por varios grupos de pacientes (Ver Anexo 4).

### **Técnicas utilizadas para el objetivo 3**

Un estudio de la personalidad dinámico y personalizado requiere información proveniente de múltiples técnicas, construido desde cada caso individual. Se utilizaron técnicas abiertas y semiabiertas, siendo estas *“las vías que implican de forma activa al sujeto y que le permite construir y elaborar la información que expresa y en este proceso aparecen los contenidos psicológicos relevantes y las operaciones de la personalidad”* (González Rey, 1996, p.36). También se utilizaron técnicas cerradas de corte cuantitativo. Todas fueron aplicadas por los miembros del equipo de investigación.

### **Cuestionario de evaluación de la adherencia terapéutica**

Inicialmente se evaluaron los niveles de adherencia terapéutica en los pacientes seleccionados lo que permitió diferenciar un grupo de pacientes adheridos de manera total, otro grupo parcialmente adheridos y uno no adheridos. Para el análisis de los resultados de este objetivo se decidió conformar sólo dos grupos: adheridos y no adheridos al tratamiento (este último compuesto por los adheridos parciales y los no adheridos).

### **Entrevista semiestructurada**

Se aplicó a los sujetos participantes en dos momentos. Una al inicio y otra después que fueron aplicadas todas las técnicas (Anexos 5 y 6). La primera entrevista abarcó datos demográficos y las principales áreas de realización del individuo: familia, trabajo, estudios, sexualidad y amor, creatividad y realización, descanso y recreación, creencias

de salud, intenciones, actitudes hacia el proceso salud enfermedad, representación de la enfermedad, apoyo social, relación paciente terapeuta y características del régimen de tratamiento como complejidad, dosificación, duración y efectos secundarios (Anexo 5). La segunda entrevista se utilizó para profundizar en la individualización de los mecanismos que permitieron identificar y caracterizar configuraciones psicológicas específicas y sirvió de guía para integrar los indicadores y la interpretación de los resultados (Anexo 6).

### **Test de completamiento de frases**

Se utilizó la versión creada y validada por el Dr. Fernando González Rey. Consta de 70 frases incompletas que permiten el diagnóstico de los indicadores funcionales (Anexo 7). Se califica integrando unidades relevantes de información, de cuya interrelación saldrán los resultados constituyentes del diagnóstico. Se dividen los 70 ítems en 7 unidades de análisis (una cada 10 frases)) donde se identifican dichas unidades siguiendo la lógica de análisis de contenido y se diferencian los indicadores directos e indirectos de información. Al final se realiza una integración diagnóstica del instrumento y la interpretación de la expresión de los denominados “indicadores funcionales” de la personalidad (González Rey, 1989).

### **Composición**

Se utilizó una composición titulada “El sentido de mi vida” (Anexo 8). Esta técnica combina el análisis del contenido expresado, el vínculo afectivo y la elaboración personal lo que discrimina la información relevante y también ubica el contenido psicológico estudiado de acuerdo a un criterio de jerarquía y efectividad de su potencial regulador. La calificación y evaluación se realizó a través de un análisis de contenido y funcional teniendo en cuenta los indicadores propuestos para ello (González Rey, 1989).

Los indicadores de contenido: diferencian niveles de desarrollo de la motivación hacia diversas esferas de la actividad de la personalidad. Estos son:

Contenido expresado: este indicador centra la atención en el número de categorías utilizadas por el sujeto así como la amplitud y frecuencia de los conceptos expresados en la exposición. La elaboración personal se refiere al nivel de individualización que logra un sujeto sobre los contenidos que expresa, es cuando la expresión del sujeto adquiere un

carácter personalizado. El vínculo afectivo se refiere al tipo de tono emocional o vivencia que el sujeto asocia a los contenidos que expresa.

Los indicadores funcionales: evidencian particularidades que distinguen cualitativamente el ejercicio de la función reguladora de la personalidad. Indican cómo un contenido concreto de la personalidad se expresa. Los mismos se identifican a través del análisis de las expresiones del sujeto en las técnicas aplicadas (González Rey, 1989,1996). Estos son:

Rigidez –flexibilidad: es la flexibilidad o no del sujeto para reconceptualizar y revalorar los diferentes contenidos psicológicos de su personalidad. Su capacidad para cambiar decisiones y proyectos y adecuarlos a nuevas exigencias y situaciones, para cambiar alternativas y estrategias de comportamiento concretos.

Estructura temporal de un contenido (proyección futura): es la capacidad para organizar y estructurar los contenidos en una dimensión futura de forma tal que sean efectivos. En el ejercicio de las funciones reguladoras de la personalidad, en el presente, la organización futura de un contenido es un elemento esencial para lograr su potencialidad reguladora actual.

Mediatización de las operaciones cognitivas en las funciones reguladoras: es la capacidad del sujeto para utilizar de forma activa y conciente operaciones cognitivas en la regulación del comportamiento. Son esenciales la reflexión y procesos valorativos para una valoración personal compleja.

Capacidad para estructurar el campo de acción: es la capacidad para organizar alternativas diversas de comportamiento ante situaciones nuevas y ambiguas. El sujeto es capaz de configurar las situaciones e implicarse en ellas optimizando la información personalizada relevante de que dispone.

Estructuración conciente activa de la función reguladora de la personalidad: el sujeto realiza un esfuerzo volitivo estable, orientado a concientizar las principales cuestiones asociadas a la expresión de sus tendencias esenciales. Ante vivencias negativas o inexplicables el sujeto se esfuerza por establecer un criterio explicativo que le permita estructurar su campo de acción.

## **Cuestionario de locus de control de Rotter**

El inventario personal sobre algunas situaciones sociales de Rotter es conocido por el nombre de cuestionario de locus de control (Anexo 9). Fue creado con el objetivo de investigar como afectan las creencias sobre el control personal el estilo de actuación de cada persona (Martín, González y Bravo, 2008).

Consta de 23 ítems, cada uno presenta dos alternativas de respuesta, que responden a la creencia de la persona acerca de su locus de control. El sujeto debe escoger, entre ambas alternativas, aquella respuesta que se ajusta mejor en su caso particular. En cuanto al procedimiento de aplicación es importante que el examinando entienda correctamente las instrucciones de la prueba. Debe responder a cada ítem de modo independiente al anterior, y en caso de duda debe elegir aquella alternativa que más se acerca a su opinión. La calificación se realiza otorgando un punto por cada ítem.

El locus de control interno responde a los ítems:1b, 2a, 3a 4a, 5b, 6b, 7b, 8a,9a,10a,11a,12a,13b,14b,15b,16b,17b,18a,19b, 20b, 21a, 22a, 23b.

El locus de control externo responde a los ítems:1a, 2b, 3b, 4b, 5a, 6a, 7a, 8b, 9b, 10b, 11b, 12b, 13a, 14a, 15a, 16a, 17a, 18b, 19a, 20a, 21b, 22b, 23a.

Los puntos obtenidos se suman de forma independiente en cada grupo (control interno y control externo) y la interpretación de los puntajes finales se realiza siguiendo el criterio de la mayor puntuación alcanzada en uno de los dos grupos.

## **2.6 Procedimientos utilizados para el análisis de la información.**

### **Triangulación**

La triangulación es un procedimiento ampliamente usado que consiste en el uso de diferentes fuentes de datos, investigadores, perspectivas o metodologías para contrastar los datos e interpretaciones (Denzin, 1978 citado por Rodríguez, Gil y Jiménez, 2004; Álvarez Valdivia, 2004).

En la investigación se conjugaron datos de naturaleza cualitativa y cuantitativa obtenidos desde un mismo grupo de informantes (los pacientes), también se contrastaron puntos de vista ofrecidos por los principales informantes implicados en el fenómeno que se investiga (los pacientes y los profesionales de salud).

Los datos se obtuvieron a través de los grupos nominales, la entrevista y el cuestionario. Los factores que coincidieron por las tres fuentes de información se consideraron de Primer Grado de Consistencia (I), los que coincidieron en dos se denominaron de Segundo Grado de Consistencia (II) y aquellos que resultaron relevantes sólo en una fueron considerados de Tercer Grado de Consistencia (III).

De Grado I son los factores que resultaron asociados de manera significativa a la adherencia determinada por la prueba estadística utilizada en el análisis de los resultados del cuestionario de factores influyentes aplicado a los pacientes, coincidentes a su vez, con los referidos por los profesionales de salud en la entrevista como que contribuyen a la adherencia o no al tratamiento y con los priorizados por los pacientes en los grupos nominales (Ver Figura 2).

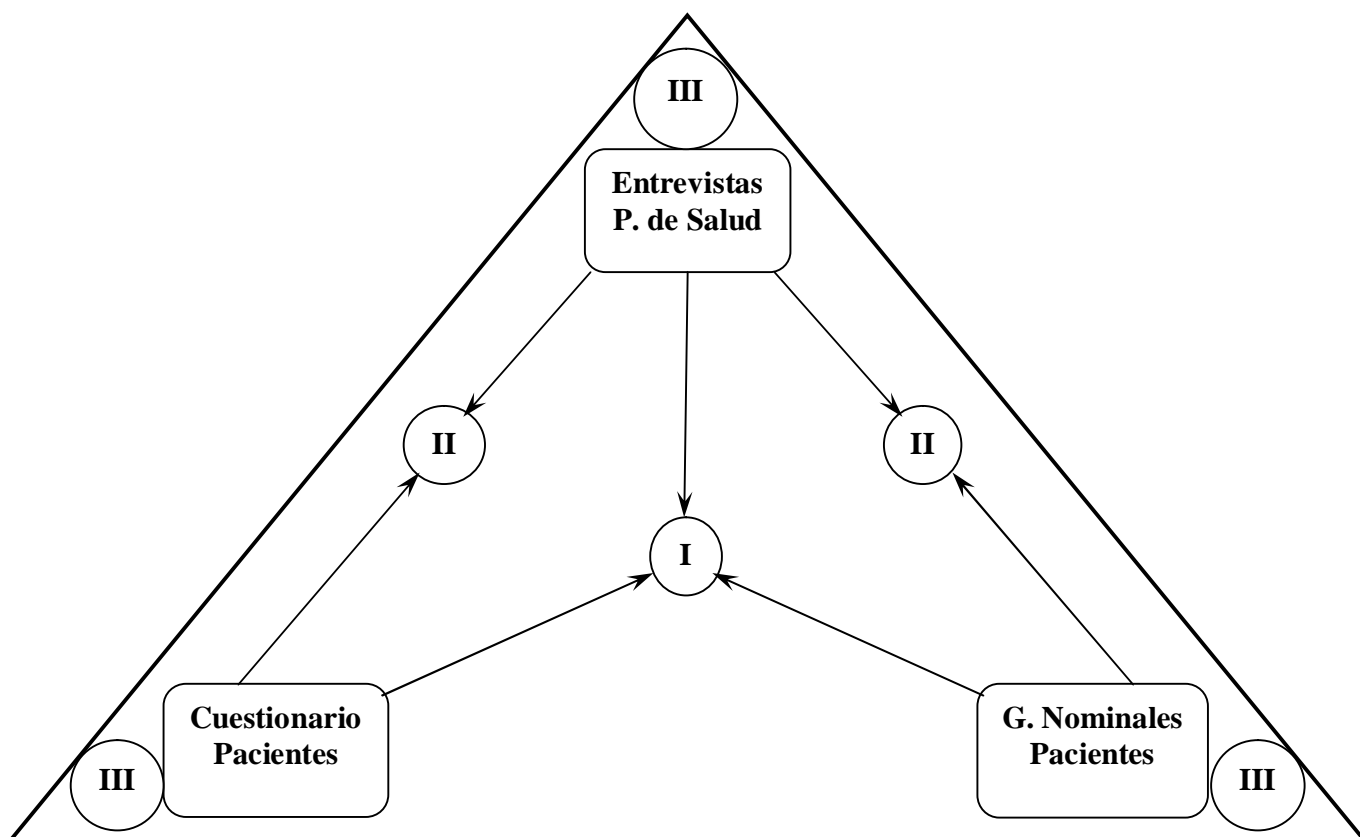
De Grado II son los factores asociados a la adherencia en los resultados del cuestionario aplicado a los pacientes, que coincidieron con los referidos por los profesionales en su entrevista (dos técnicas y dos informantes); también los factores asociados significativamente en dicha técnica coincidentes con los priorizados por los pacientes en los grupos nominales (dos técnicas y un solo tipo de informante) y los que coincidieron en los resultados de la entrevista a profesionales de salud y los grupos nominales con pacientes (dos técnicas y dos informantes). De Grado III como ya se expresó, fueron aquellos factores con resultado relevante obtenido por una vía de recogida de información y un solo tipo de informante (Figura 2).

### **Estudio de casos**

Se utilizó el estudio de caso como estrategia integradora para dar respuesta al objetivo 3. El estudio de casos implica “un proceso de indagación que se caracteriza por el examen detallado, comprensivo, sistemático y en profundidad del caso objeto de interés” (Rodríguez, Gil y Jiménez, 2004). La fuerza del estudio de casos radica en que permite al investigador concentrarse en un caso específico o situación e identificar los distintos procesos interactivos que lo conforman (Walter, 1982 citado por Álvarez Valdivia, 2004).



Figura 2: Proceso de obtención de los factores de Grado I, II y III de consistencia



La evaluación combinó los resultados de los análisis cuantitativos recogidos en el cuestionario de adherencia terapéutica y el cuestionario de locus de control con los resultados obtenidos en las entrevistas, el completamiento de frases y la composición. Estas técnicas tributaron la información necesaria para describir los indicadores de contenido, los indicadores funcionales, los aspectos estructurales de la personalidad así como todos los componentes psicológicos que permitieron integrar y caracterizar las configuraciones psicológicas individualizadas relevantes para la adherencia de cada paciente estudiado. En el Anexo 10 se presentan ejemplos del resumen de los casos según las principales unidades psicológicas encontrados (Ver Anexo 10).

### **Análisis integrativo de aspectos funcionales y estructurales de la personalidad de pacientes adheridos y no adheridos.**

Se realizó la integración de los aspectos funcionales (indicadores de contenido y funcionales) a través del análisis de los resultados obtenidos en las técnicas por cada

grupo de sujetos estudiados. Los indicadores de contenido fueron: contenido expresado, la elaboración personal y el vínculo afectivo y los indicadores funcionales: rigidez-flexibilidad, estructura temporal de un contenido, mediatización de las operaciones cognitivas en las funciones reguladoras, estructuración consciente activa de la función reguladora de la personalidad y capacidad para elaborar el campo de acción.

La integración de los aspectos estructurales se realizó a través del análisis de los resultados obtenidos en las técnicas aplicadas por cada grupo de sujetos, de la expresión de unidades psicológicas primarias como: necesidades, motivos, hábitos, actitudes, intereses y de formaciones motivacionales más complejas como: valores, proyectos, concepción del mundo, sentido de la vida y autovaloración.

Las configuraciones psicológicas integradoras se estructuraron a través de la integración cualitativa de las unidades psicológicas incluyendo los aspectos estructurales y funcionales de la personalidad, relevantes para la adherencia, presentes en las configuraciones psicológicas individuales de los sujetos adheridos; de igual modo se procedió con el grupo de los no adheridos.

En el grupo de adheridos se identificaron e integraron aspectos psicológicos favorecedores para la adherencia y en el grupo de los no adheridos aspectos no favorecedores de la misma. A partir de esto se generalizó la información que permitió distinguir en cada grupo de pacientes (adheridos y no adheridos) un tipo de configuración psicológica integradora caracterizada por las expresiones particulares en cada grupo de las principales unidades psicológicas identificadas como relevantes para la adherencia.

En esta etapa de la investigación se utilizó la triangulación de las fuentes de datos. Se encontraron resultados coherentes en la indagación obtenida por las diferentes técnicas.

## **2. 7 Técnicas y procedimientos estadísticos.**

Se aplicó el cuestionario de evaluación de la adherencia y de factores influyentes a los pacientes incluidos en las muestras seleccionadas en las áreas de salud estudiadas en las etapas 1 y 2 de la investigación. Ello permitió la elaboración de bases de datos, donde se recogieron las respuestas a las variables incluidas en el instrumento. El procesamiento de la información se realizó con el paquete de programas SPSS 11.5. Se estimaron medidas de resumen puntuales y por intervalo para variables cualitativas

(porcentajes) y para cuantitativas (media aritmética) (Bayarre, 2000) utilizadas en el análisis de los niveles y componentes de la adherencia. Los resultados se ilustran en tablas y gráficos.

Para identificar los factores que influyen en la adherencia al tratamiento se procedió a determinar, dentro de un conjunto de variables reconocidas por la literatura, las asociadas de manera significativa a la adherencia terapéutica. Dado el elevado número de variables se realizó inicialmente un análisis estadístico univariado a través de la aplicación de la prueba de independencia  $X^2$  (Ji Cuadrado) para las variables cualitativas y la comparación de medias (t de Student) para las variables cuantitativas. Los resultados de este análisis se ilustran en la Tabla 8. En caso de asociación significativa ( $p \leq 0,20$ ) se incluyó la variable explicativa en el análisis posterior.

La adherencia al tratamiento se describe como un fenómeno multifactorial, por lo que la identificación de los factores que influyen en sus manifestaciones requiere un análisis multivariado que tenga en cuenta la posible interacción entre las variables independientes, y el aporte de cada una de estas al resultado de la variable dependiente. Por esto se aplicó el modelo de Regresión Logística Múltiple (RLM) con respuesta dicotómica (Silva, 1994) que permite estimar la probabilidad de ocurrencia de la variable dependiente y evaluar el efecto puro de cada variable independiente controlando las restantes.

Se utilizó el método "ENTER" para la identificación de aquellas variables cuyos coeficientes resultaron diferentes de 0 ( $p \leq 0,05$ ). Se estimaron los valores puntuales y por intervalos de confianza para cada variable, los que fueron interpretados. Se comprobó la bondad de ajuste del modelo a los datos a través del estadígrafo Ji Cuadrado de Hosmer y Lemeshow. Si la probabilidad asociada al estadígrafo de prueba ( $p > 0,05$ ) se consideró que el modelo ajusta a los datos (Silva, 1994). Previamente se realizó un análisis de correlación entre las variables independientes (colinealidad) a través de la exploración de los coeficientes de correlación Phi, V de Cramer o Contingencia según tipo de variable (Tablas 9A, 9B y 9C).

## **2. 8 Regulaciones éticas.**

En esta investigación se cumplieron los principios éticos básicos del proceso investigativo. Se dio a conocer al equipo de dirección del policlínico al que pertenecen los consultorios médicos incluidos en el estudio en que consistía la investigación, se le explicó cuáles eran sus objetivos generales y se obtuvo su aprobación así como su compromiso de colaboración. Luego se realizó el mismo procedimiento en los consultorios del médico de la familia con todo el equipo de salud.

Para aplicar las técnicas de indagación se utilizó el apoyo del médico y la enfermera, quienes explicaron a los pacientes en qué consistía la investigación y los beneficios previsibles y se pidió que expresaran su consentimiento de participar en esta. Se protegió la salud, la intimidad y la dignidad de los pacientes.

Se aseguró la confidencialidad de los datos, la privacidad y anonimato y se permitió la libertad de retirarse de la investigación si lo deseaban sin que esta decisión repercutiera negativamente en su atención médica.

## **2. 9 Consideraciones finales del capítulo II.**

La adherencia al tratamiento es un problema complejo y sus manifestaciones están afectadas por factores de diversa naturaleza, lo cual impone retos en el orden metodológico a los investigadores interesados en su estudio.

El proyecto de investigación diseñado constituye una alternativa metodológica concebida para describir las principales manifestaciones del problema investigado e incluyó diferentes enfoques, técnicas, tipos de informantes y áreas de atención de salud.

En este marco se elaboró un cuestionario para la evaluación de la adherencia terapéutica el cual suple en alguna medida la carencia existente en el país y fuera de este de instrumentos, que permitan medir de manera rápida la adherencia al tratamiento, por parte tanto de investigadores como de profesionales en ejercicio de la asistencia médica. Se comprobó la validez de contenido del instrumento construido, así como se constató que presenta propiedades adecuadas de consistencia interna y de construcción lógica.

## **Capítulo III. Presentación, análisis y discusión de los resultados.**

---

En este capítulo se presentan los resultados obtenidos para cada uno de los objetivos de la investigación. Se realiza su análisis y discusión teniendo en cuenta los datos y hallazgos encontrados por otros investigadores y los criterios de la autora. Se utilizó lo reportado en la literatura revisada, aún cuando los métodos y técnicas empleadas fueron diferentes a las usadas en este estudio. Se tuvo en cuenta los resultados de investigaciones realizadas en otras enfermedades crónicas.

***Objetivo 1: Describir la adherencia al tratamiento de personas hipertensas atendidas en áreas de salud seleccionadas del nivel primario de atención.***

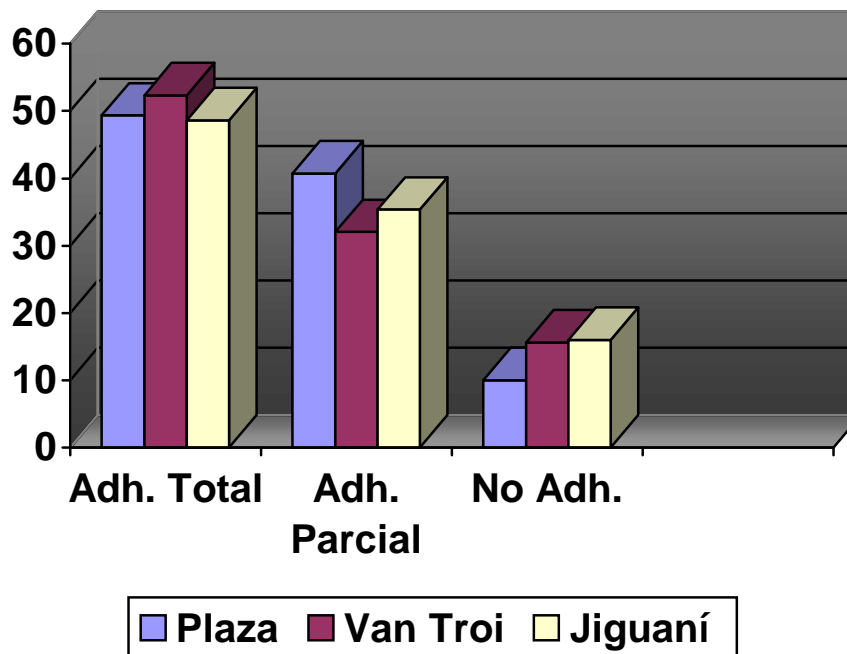
### **3.1 Descripción de los resultados según niveles de adherencia en las áreas de salud estudiadas.**

Los porcentajes encontrados de adherencia total, parcial y no adherencia fueron muy parecidos en las áreas de salud estudiadas. Predominó la adherencia total con aproximadamente un 50 % en los tres casos, la adherencia parcial alcanzó porcentajes más bajos que la total y la no adherencia obtuvo los inferiores (Tabla 1 y Gráfico 1).

Los resultados obtenidos en cada área de salud mostraron algunas diferencias. En las personas investigadas en el policlínico Van-Troi se encontró la mayor contribución a la adherencia total (52,3 %). En el policlínico Plaza de la Revolución se obtuvo el mayor porcentaje de adherencia parcial (40,7 %) y el menor de no adheridos (10 %), mientras que el mayor aporte a la no adherencia se encontró compartida por las personas incluidas en el estudio de los policlínicos Van-Troi y Jiguaní. Esta área de salud (Jiguaní) no se diferenció de modo evidente de las de Ciudad de La Habana en ninguno de los niveles de adherencia (Ver en Anexos Tabla1).

Los resultados permitieron constatar dificultades en la adherencia a la terapéutica antihipertensiva en las áreas de salud estudiadas. Aproximadamente sólo la mitad de los pacientes estaban adheridos de manera total al tratamiento indicado. El resto lo hizo de forma parcial o no se adhirió, si bien estos últimos, en menor proporción que los demás.

Gráfico 1: Distribución de pacientes hipertensos según áreas de salud y nivel de adherencia terapéutica.



Las opiniones del personal de salud entrevistado (expertos) coincidieron con la frecuencia general de adherencia al tratamiento encontrada. Refirieron que la mayoría de los hipertensos son incumplidores y que la adherencia en esta enfermedad es baja (utilizaron como sinónimos los términos “adherencia y cumplimiento”) (Anexo 2).

También expresaron que en la práctica el paciente puede exhibir diferentes modalidades o tipos de adherencia y que puede ser parcial, total o no adherencia. Consideraron la adherencia total cuando el paciente asume de manera completa el seguimiento de las recomendaciones médicas y participa activamente en este; la parcial cuando sigue una parte de las recomendaciones, generalmente las indicaciones que se refieren al tratamiento farmacológico, o las sigue todas sólo durante algún tiempo y la no adherencia se refiere al no cumplimiento de las indicaciones o hacerlo en una medida tan baja que no es efectiva para incidir en la enfermedad (Anexo 2).

La frecuencia de adherencia total encontrada en la investigación, coincide de manera similar o superior a lo reportado por la literatura a nivel internacional y en el país, aunque su evaluación difiere desde el punto de vista teórico y metodológico de los enfoques

utilizados por otros investigadores. Así tenemos que según V. Ferrer sólo la mitad de los pacientes crónicos cumplen el tratamiento médico (Ferrer, 1995). Una revisión llevada a cabo por Merino y Gil, que abarca desde el año 1975 hasta 1997, arrojó porcentajes de incumplimiento de las prescripciones farmacológicas en hipertensos que oscilan en un rango amplio de valores (Ver Tabla I).

E. Sabaté, experto de la OMS, señala que *"en EE. UU solo el 51 % de los hipertensos cumple su terapia, en China lo hace el 43 % de los enfermos y en Gambia el 27 %"*, también refiere que en países en desarrollo las tasas de cumplimiento pueden ser menores, dada la escasez de recursos y las inequidades en el acceso a la atención sanitaria (OMS, 2003b p.2). En el informe de la OMS sobre "Adherencia a los tratamientos de larga duración" se plantea que: *"los cálculos del grado en que los pacientes se adhieren a la farmacoterapia para la hipertensión varía entre 50 y 70 % y que esta variación se relaciona con los métodos de evaluación y los regímenes medicamentosos empleados en los diferentes estudios"* (OMS, 2004 p.112)

Schmidt-Rio et al, plantea que en el caso de la hipertensión arterial las cifras de no cumplidores alcanzan valores preocupantes, cerca de la mitad incumple el tratamiento farmacológico y la mayoría las medidas higiénico-dietéticas (Schmidt-Rio, et al 2006). En el contexto español la adherencia terapéutica en hipertensión arterial se encuentra en un rango entre el 40 y el 71 % (Schmidt-Rio Valle, 2006, Silberman, 2006).

Un estudio realizado en Argentina reporta un 48,15% de hipertensos adherentes y un 51,85 % de no-adherentes, así como tampoco la adherencia al tratamiento a los seis meses de iniciado el tratamiento superó estas cifras (Ingaramo, 2005). Una investigación realizada en un área de salud del municipio Marianao, Ciudad de La Habana encuentra que alrededor de la mitad de los pacientes incluidos en el estudio refieren cumplir completamente el tratamiento antihipertensivo y la otra parte lo cumple de manera incompleta (Martín, Sairo y Bayarre, 2003).

Las deficiencias en la adherencia terapéutica de los hipertensos pueden constituir un grave problema por sus repercusiones para el control adecuado de la enfermedad, las consecuencias clínicas o complicaciones que pueden aparecer, así como las implicaciones de tipo económicas y psicosociales para el paciente y el sistema de salud (Martín, 2006). Por esto es muy importante identificar los factores que están afectando

negativamente las posibilidades de las personas hipertensas de asumir adecuadamente los regímenes terapéuticos indicados para contribuir a disminuirlas.

### **3.2 Descripción de los resultados por componentes e ítems del cuestionario de evaluación de la adherencia terapéutica.**

Los resultados obtenidos a partir del cálculo de los valores medios e intervalos de confianza, por cada componente e ítem del cuestionario para la evaluación de la adherencia terapéutica según las áreas de salud seleccionadas se ilustran en las Tablas 2, 3 y 4 y en los Gráficos 3, 4 y 5 (Ver Anexos). Los resultados de las tres áreas de salud se presentan integrados en el Gráfico 2.

En el policlínico Plaza de la Revolución (Tabla 2 y Gráfico 3) se observó que el componente: Implicación Personal presentó ítems con altos y bajos valores promedios. “La utilización de recordatorios” (3,6) y “llevar el tratamiento sin esfuerzo” (3,35) fueron los de mejores resultados. “Cumplir sin supervisión” (1,44), “realizar los ejercicios físicos indicados” (1,75) y “acomodar sus horarios de medicación” (1,84) los peores. El ítem “cumplir sin supervisión” fue, de todos, el de más bajo valor. Su interpretación puede indicar que las personas tienen dificultades para asumir de manera independiente y con autonomía el seguimiento de las indicaciones médicas.

Todos los ítems que integran el Componente Relacional obtuvieron valores promedios intermedios (entre 2 y 3). Esto pudiera expresar que el componente relacional no está favoreciendo plenamente la adherencia al tratamiento aunque no sea el de peor resultado. Los ítems del componente Cumplimiento del Tratamiento obtuvieron resultados bajos y medios. Los más bajos son “la toma de medicamentos en el horario establecido” (1,78) y en “las dosis indicadas” (1,64).

En resumen, en esta área de salud los ítems de peores resultados fueron: “cumplir el tratamiento sin supervisión de su familia o amigos”, “la toma de medicamentos en el horario establecido” y en “las dosis indicadas”, “acomodar los horarios de medicación” y “realizar ejercicios físicos”. Los últimos expresan falta de responsabilidad en el cumplimiento del tratamiento y de implicación personal del paciente en el proceso de adherencia.



En el policlínico “Edor de los Reyes Martínez” de Jiguaní (Tabla 3 y Gráfico 4) se encontró que el componente Implicación Personal presenta ítems de altos, intermedios y bajos valores promedios. El resultado más bajo fue “realizar ejercicios físicos” (1,69) seguido de “utilizar recordatorios” (1,75). El ítem de mayor valor fue “llevar a cabo el tratamiento sin esfuerzo” (3,35), esto pudiera indicar que las personas se perciben capaces de realizar su tratamiento sin muchas dificultades pero sólo las indicaciones farmacológicas como “tomar medicamentos en el horario y dosis indicadas”, las que obtuvieron altos valores medios en el componente Cumplimiento del Tratamiento.

Todos los ítems que se refieren al Componente Relacional obtuvieron valores medios entre 2 y 3, lo que pudiera expresar que este componente no está favoreciendo en toda su potencialidad la adherencia. Algunos ítems del componente Cumplimiento del tratamiento obtuvieron valores intermedios, el “cumplimiento de la dieta” (2,35) y la “asistencia a las consultas de seguimiento” (2,73) y los referidos al cumplimiento de las prescripciones farmacológicas alcanzaron altos valores. En resumen, en esta área de salud los componentes que más contribuyeron a la adherencia son Implicación Personal y Cumplimiento de las indicaciones médicas con algunos de sus ítems.

En el policlínico Van-Troi (Tabla 4 y Gráfico 5) se encontró que el componente Implicación Personal presenta ítems de altos (6, 8 y 9) y bajos valores promedios. Los bajos resultados los obtuvo “utilizar recordatorios que apoyen el cumplimiento” (el más bajo de todos con 1,63) y “realizar ejercicios físicos” con 1,83. El componente Cumplimiento del Tratamiento obtuvo medias altas en 3 de sus ítems (1, 2 y 3) lo que puede expresar que las personas investigadas en esta área de salud pueden tomar los medicamentos en el horario establecido, hacerlo con las dosis indicadas y realizar la dieta sin esfuerzo, sin supervisión de los amigos o familiares y acomodando los horarios de medicación a las actividades de la vida. Se puede inferir que estos pacientes se implican y participan buscando recursos que garantizan el cumplimiento. De igual modo que en el resto de las áreas de salud, en esta el Componente Relacional obtuvo valores promedios intermedios en todos sus ítems.

Al comparar los resultados para cada componente de la adherencia terapéutica (Gráfico 2) se encontró que todos los que describen la “relación transaccional” establecida entre el paciente y el profesional se situaron con valores intermedios, quiere decir que este

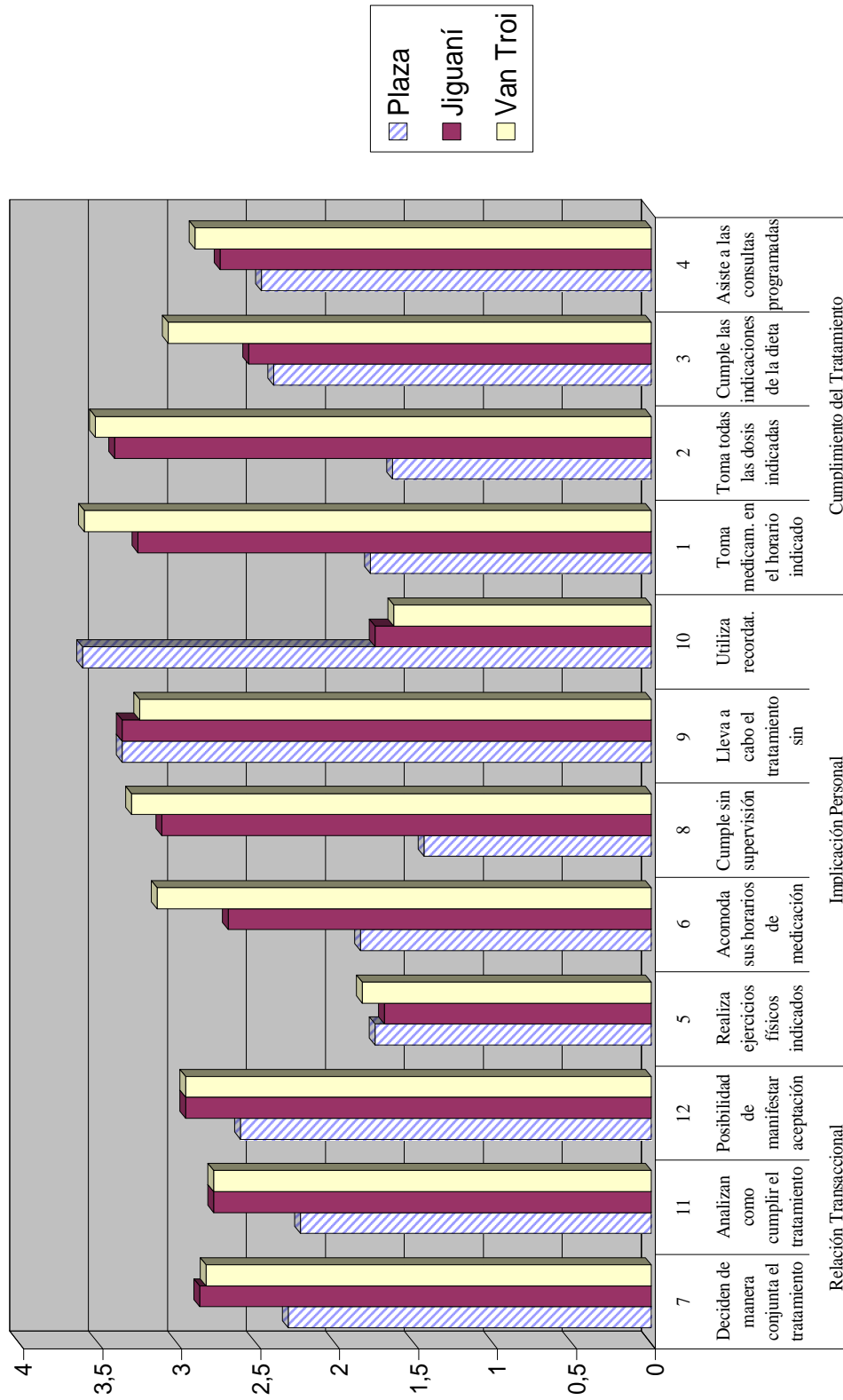
componente puede favorecer más la adherencia en todos sus aspectos y se puede inferir que requiere de mayor atención en el proceso de adherencia al tratamiento de los hipertensos. El componente Implicación Personal en el cumplimiento, favoreció la adherencia con la mayoría de sus ítems, de igual modo ocurrió con el componente Cumplimiento de las indicaciones, sobre todo las medicamentosas.

El análisis de los valores promedios por ítem en las áreas de salud estudiadas, arrojó que “realizar los ejercicios físicos indicados” es el de más bajo resultado en las tres, seguido del “uso de recordatorios” en dos de estas. Así se constató que existen dificultades con la práctica de ejercicios por parte de las personas hipertensas, la cual constituye una recomendación importante para el mejoramiento del cuadro de la enfermedad.

El uso de recordatorios, al parecer, no fue un recurso acostumbrado que apoya la toma de medicamentos en los horarios establecidos, tal vez por falta de hábito o porque no es necesario, dado que los pacientes reportaron “realizar el tratamiento sin esfuerzo”, el cual resultó el ítem de mejor resultado al tener valor promedio alto, en las tres áreas de salud estudiadas. Los resultados apuntaron a que la percepción de que se puede “llevar a cabo el tratamiento sin esfuerzo” se refiere a la realización con mayor facilidad de las indicaciones de tipo farmacológica, no a las que implican modificaciones o incremento de actividades en el estilo de vida de la persona hipertensa.

El “cumplimiento de la dieta” y la “asistencia a las consultas programadas” presentaron valores promedios intermedios, quiere decir que, también son indicaciones con ciertas dificultades para su seguimiento, aunque no en la misma medida que “la práctica de ejercicios físicos” ya comentada. Esto coincide con un estudio sobre factores relacionados con el incumplimiento a citas concertadas en un grupo de hipertensos donde se reporta que el 51,6% falta a alguna de estas (Orueta, Gómez, Redondo, Soto et al 2001).

**Gráfico 2: Valores medios por componentes de la adherencia terapéutica e ítems del cuestionario según áreas de salud**



***Objetivo 2: Identificar los factores que influyen en la adherencia al tratamiento antihipertensivo en personas de áreas de salud seleccionadas.***

### **3.3 Resultados obtenidos sobre los factores que influyen en la adherencia terapéutica de personas hipertensas.**

A continuación se presentan los factores que resultaron asociados de manera significativa a la adherencia, los que fueron explorados y priorizados en la técnica de grupos nominales y los que revelaron los profesionales de la salud (expertos) en la entrevista, integrados según los grupos de factores influyentes que sirvieron de referente teórico para realizar la exploración de los mismos en la investigación.

Se encontraron coincidencias en los resultados del cuestionario con independencia de la provincia y el área de salud estudiada. Estas también aparecieron en el resumen de factores priorizados de varios grupos nominales en los que emergieron con fuerza cualitativa aspectos que no fueron incluidos en la técnica de cuestionario.

Las similitudes de los resultados obtenidos en este objetivo, por la vía cuantitativa y cualitativa y en las diferentes áreas de salud, condicionaron su presentación de manera integrada, no obstante se destacan las especificidades que fueron encontradas.

#### **3.3.1 Factores socioeconómicos y demográficos**

##### ***Posibilidades económicas***

Con respecto a los aspectos económicos que dificultan la adherencia se obtuvo, como cuestión priorizada, por los pacientes no adheridos la falta de suficientes recursos monetarios para poder asumir la dieta recomendada como parte del tratamiento. Este aspecto se destacó de modo muy consistente, pues se priorizó como factor influyente en los cuatro grupos nominales de hipertensos con dificultades para la adherencia y se planteó como un factor estrictamente financiero, es decir, la falta de poder adquisitivo para consumir abundantes frutas y vegetales dados sus elevados precios en el mercado (Anexo 4).

La falta de recursos (dinero) para comprar los medicamentos resultó ser una variable con asociación significativa a la adherencia en el área de salud del policlínico de Jiguaní. Se obtuvo un OR de 4,7 lo que pudiera indicar que es aproximadamente 5 veces más

probable que no se adhieran al tratamiento las personas con insuficiente dinero para comprar los medicamentos que aquellas que si lo tienen (Tabla 5). En las restantes áreas de salud no se obtuvo este resultado.

En la investigación se detectó que existen posibilidades económicas insuficientes para llevar a cabo el tratamiento para la hipertensión tanto el farmacológico como el higiénico dietético. Las dificultades para adquirir los medicamentos se presentó sólo en el área de salud de Jiguaní, lo que pudiera explicarse por el inferior nivel adquisitivo de los residentes en este contexto en relación con los otros, de manera que aunque el costo de los medicamentos puede ser asequible para la mayoría de la población, estas personas perciben que no disponen de suficientes recursos para comprarlos.

Estos resultados coinciden con un estudio realizado para determinar los factores socioeconómicos determinantes del cumplimiento de un tratamiento a largo plazo, en este caso el antirretroviral en países en vías de desarrollo el cual concluye que el cumplimiento a largo plazo es parcialmente dependiente de la capacidad financiera e incluye una fuerte influencia de las condiciones de vida y de actividad del enfermo (Commeyras, Rey y Badre-Sentenac, 2006).

#### ***Disponibilidad del medicamento***

La disponibilidad de medicamentos en la farmacia como factor que contribuye al cumplimiento del tratamiento fue planteado como un factor priorizado para la buena adherencia en cuatro grupos nominales de pacientes adheridos. Sólo un grupo de los no adheridos señaló que existen dificultades para conseguirlos y en otro se registró la carencia de un medicamento durante un periodo corto, en una farmacia comunitaria (Anexo 4). El análisis realizado no encontró asociación significativa entre adherencia y falta de medicamentos en ninguna de las áreas de salud estudiadas. El personal de salud entrevistado señaló como factores que favorecen la adherencia la disponibilidad de medicamentos y el acceso de los pacientes a estos (Anexo 2).

La variable suministro de medicamentos, influyente en la adherencia para la hipertensión, según reporte de la OMS en el Informe Técnico del 2004 se comportó en esta investigación en sentido favorable. Se puede considerar que el sistema de salud y la red de farmacias comunitarias garantizan la disponibilidad adecuada de medicamentos para

el tratamiento de la hipertensión y que los pacientes pueden acceder a estos.

Resultados similares encuentra un estudio realizado en la provincia de Cienfuegos, Cuba, sobre el control de la hipertensión en personas de 15 a 74 años. En este la mayoría de los participantes reportan poca o ninguna dificultad para encontrar en las farmacias los medicamentos antihipertensivos prescritos y casi todos tienen poca o ninguna dificultad para comprarlos (Ordúñez, Bernal, Pedraza, Espinosa-Brito, Silva, Cooper, 2006).

### **Sexo**

En el policlínico Plaza de la Revolución se encontró que la adherencia se asocia significativamente con el sexo. En este caso el valor del OR es inferior a 1 (0,21) (Tabla 6), por lo que el sexo masculino se comportó como un factor protector, es decir su presencia reduce la probabilidad de no adherirse al tratamiento. En las áreas de salud Van-Troi y Jiguaní la adherencia no se asoció de manera significativa a esta variable (Tablas 5 y 7).

La literatura revisada que relaciona el sexo y la adherencia no ofrece resultados de investigaciones concordantes en todos los casos. Por ejemplo un trabajo realizado en el municipio Marianao de Ciudad de La Habana encuentra que el mayor porcentaje de los pacientes con cumplimiento completo de su tratamiento (68,5) corresponde al sexo femenino y entre las personas que incumplen no se aprecian diferencias entre hombres y mujeres ( Martín, Sairo y Bayarre, 2003) mientras que un estudio sobre el patrón de cumplimiento de antihipertensivos en pacientes hipertensos en atención primaria realizado en España no encuentra relación entre cumplimiento y sexo femenino (Sicras et al, 2006).

Coincide con los resultados obtenidos en el área de salud Plaza un trabajo realizado en Chile sobre factores que influyen en el cumplimiento terapéutico de adultos mayores hipertensos, donde se encontró que los hombres alcanzaron mayores puntajes respecto a las mujeres (Mendoza, Muñoz, Merino y Barriga, 2006). Este resultado pudiera explicarse por los roles de género diferentes que se adoptan en el cuidado de la salud en la pareja, donde las mujeres asumen mejor el rol de cuidadoras de sus familiares y esposos lo que garantiza apoyo al seguimiento de indicaciones médicas.

La literatura señala que el género influye en las diferentes tendencias observadas en la búsqueda de ayuda médica profesional. Brannon y Feist señalan que las mujeres suelen estar más dispuestas a utilizar los servicios de salud que los hombres (Brannon y Feist, 2001) y Pennebaker (citado por Brannon y Feist, 2001) describe que las mujeres se muestran más sensibles a las señales internas de su cuerpo y comunican más acerca de su percepción de los mismos. En consecuencia, también pudieran ser más sistemáticas y responsables en el seguimiento de las indicaciones médicas recibidas que contribuyen al alivio de la percepción de malestar y lograr así mejores niveles de adherencia total.

### ***Edad***

La variable edad no presentó asociación significativa con la adherencia terapéutica en ninguna de las áreas de salud estudiadas. El informe de la OMS señala que la edad se ha informado como un factor que puede influir sobre la adherencia terapéutica pero de manera irregular (OMS, 2004).

### ***Ocupación***

En el policlínico Plaza de la Revolución y en el policlínico de Jiguaní se encontró asociación significativa entre la adherencia y la ocupación del paciente (Tablas 5 y 6). En el policlínico Plaza el OR fue 3 lo que pudiese indicar que es 3 veces más probable que no se adhieran al tratamiento las personas trabajadoras y los estudiantes que los pacientes jubilados y las mujeres amas de casa. En el policlínico de Jiguaní el valor de OR indica es aproximadamente 2 veces más probable que ocurra lo antes expuesto. Los expertos se refirieron a la necesidad de tener en cuenta el tipo de ocupación que desempeña el paciente para ajustar los horarios de medicación (ejemplo ser chofer).

Se puede suponer que las personas jubiladas y amas de casa tienen mayores posibilidades de realizar el tratamiento pues disponen de más tiempo y no tienen otras responsabilidades que interfieran el seguimiento del tratamiento o favorezcan el olvido mientras que la multiplicidad de roles si puede ser un factor que afecta de manera importante a las personas trabajadoras.

Los resultados desfavorables obtenidos en los estudiantes quizás pudieran expresar la dependencia de los adultos, como modo peculiar en que los jóvenes afrontan una

enfermedad y un escaso desarrollo de la autorresponsabilidad ante la salud logrado en esta etapa de la vida.

### ***Escolaridad***

Se encontró asociación significativa entre la adherencia terapéutica y la escolaridad en las tres áreas de salud incluidas en el análisis (Tablas 5, 6 y 7).

En el policlínico Plaza de la Revolución el valor del OR fue inferior a 1 (0,52) de este modo la variable se comportó como un factor protector lo que significa que en la medida que el nivel escolar es menor la probabilidad de no adherencia al tratamiento disminuye. En las otras áreas de salud ocurrió lo contrario, la baja escolaridad se comportó como un factor que incrementa la probabilidad de no adherencia. Así para las personas del policlínico de Jiguaní por cada nivel de escolaridad inferior al universitario la probabilidad de no adherencia se incrementó en 1,5 veces y en los pacientes del policlínico Van-Troi aproximadamente 2 veces.

Los expertos en la entrevista señalaron la importancia no sólo del nivel de instrucción o escolaridad sino también del nivel de cultura general del paciente como condiciones contribuyentes para lograr responsabilidad con la salud y en consecuencia cumplir con las indicaciones médicas (Anexo 2).

Como se observa, en la investigación la variable escolaridad se comportó con resultados disímiles como factor influyente en la adherencia en las distintas áreas de salud. En una (Policlínico Plaza) la baja escolaridad disminuye la probabilidad de no adherencia y en las otras la incrementa.

La peor adherencia en personas de alto nivel escolar pudiera explicarse por las responsabilidades y ocupaciones de quienes pueden ejercer desempeños profesionales que requieren mucho tiempo y atención y esto interfiera la adherencia a su tratamiento, aunque el análisis de colinealidad no encontró correlaciones importantes entre las variables escolaridad y ocupación.

La tendencia a encontrar mejores niveles de adherencia en universitarios con respecto a las personas de menor nivel escolar quizás esté relacionado con el grado más bajo de implicación en el cuidado de la salud que podrían tener las menos escolarizadas, dado



por escasos conocimientos acerca de la enfermedad y el tratamiento y menor percepción de su gravedad y sus riesgos.

Los universitarios pueden mostrar mayor capacidad de desempeño, competencias y conocimientos, lo que podría beneficiar el grado de responsabilidad con el cuidado de su salud y en consecuencia adherirse mejor a los tratamientos mientras que el nivel educacional bajo puede ser un factor que favorece el incumplimiento terapéutico (Basterra, 1999). Vergel reporta que la mayoría de los que pueden cumplir adecuadamente el tratamiento sobrepasa la enseñanza media superior (Vergel, 1995).

### **3.3.2 Factores de la organización del servicio y del equipo de asistencia sanitaria**

#### ***Organización de los servicios de salud y calidad de la atención***

Los pacientes adheridos plantearon en los grupos nominales que existe garantía de asistencia médica cuando la necesitan y que el equipo de salud realiza visitas de terreno. Valoraron como buena la atención recibida, así como la importancia de la consulta de chequeo o seguimiento. Los que no se adhieren al tratamiento consideraron como prioritarios algunos aspectos deficientes de la organización del servicio de salud. Refirieron que interfiere la conducta de cumplimiento el que no se puedan atender siempre con el mismo médico. Los cambios en el profesional de asistencia genera la necesidad de repetir la historia de la enfermedad cada vez que requieren atención, establecer de nuevo una relación empática o no con este y recibir orientaciones diferentes (Anexo 4).

Los profesionales de la salud expresaron la necesidad de educación al hipertenso y de realizar de manera sistemática programas educativos dirigidos a mejorar la adherencia y el control de la hipertensión como parte del sistema de atención integral al paciente con esta enfermedad, los que deben incluir la intervención psicológica (Anexo 2).

Así, con respecto a la organización de los servicios de salud los pacientes destacaron que influye en la adherencia la accesibilidad y la estabilidad del equipo que atiende al paciente hipertenso. También se señaló el papel de la calidad de la atención integral y la necesidad de incrementar el componente educativo en este proceso.

Un estudio prospectivo multivariado realizado en Belo Horizonte con personas con VIH durante los 12 meses después de la primera prescripción constata que incrementa el

riesgo de no adherencia el uso de más de un servicio de salud, factor que indica una asociación negativa entre inestabilidad de la asistencia médica y adherencia (Bonolo, 2003; Bonolo, Acurcio, Cibebe, Ceccato, Menesez de Padua, 2005).

### ***Comunicación profesional de salud- paciente***

La adherencia no presentó asociación significativa con la variable comunicación entre profesionales y pacientes en ninguna de las áreas de salud estudiadas.

Sin embargo, por las otras fuentes se encontró información a considerar. En los grupos nominales con pacientes que se adhieren al tratamiento se priorizó como factor que incide en el cumplimiento del tratamiento la relación positiva con su médico y enfermera y la buena valoración del trato recibido. El trato agradable del profesional y el profesional de salud receptivo ante las dudas resultaron aspectos de la comunicación primordiales para lograr la adherencia según opinión de los pacientes (Anexo 4). En los grupos nominales con no adheridos se señalaron limitaciones a este proceso. Los pacientes plantearon que no siempre el médico orienta adecuadamente el tratamiento, a veces les falta explicación e información detallada de la conducta a seguir, así como de las características de la enfermedad y del tratamiento.

Las características de la comunicación también fue un criterio destacado como contribuyente a la adherencia en la entrevista realizada a personal de salud. Los rasgos positivos de la comunicación del médico, la empatía con el paciente y el uso de recursos comunicativos favorecen la comprensión del tratamiento, entre estos, las buenas explicaciones dadas con énfasis en la importancia del cumplimiento y el reforzamiento verbal de las indicaciones escritas ofrecidas de manera pausada (Anexo 2).

Según Guerrero, una buena información sobre la hipertensión arterial, sus riesgos y pronóstico, los beneficios esperados del tratamiento y los riesgos de efectos adversos será esencial para un control satisfactorio a largo plazo; además apunta, que la OMS señala el fallo en establecer una comunicación eficaz como condición para una baja adherencia al tratamiento antihipertensivo y un control no satisfactorio de la presión arterial (Guerrero, 2003).

Un estudio acerca de los factores pronósticos del abandono del tratamiento antituberculoso realizado en Perú identifica como factor principal que el paciente

considera insuficiente la información proporcionada por el personal de salud sobre el tratamiento (Culqui, Grijalva, Reategui, Cajo, Suárez, 2005).

La mejora de la comunicación entre profesional de salud y paciente se ha relacionado con aspectos de la calidad del proceso de atención. Una mayor participación de éste en las decisiones y mejor cumplimiento de sus expectativas incide en la satisfacción del profesional y el paciente y mejora la adherencia a los tratamientos. Se ha demostrado que existe relación entre la evolución clínica, la satisfacción del paciente, el uso apropiado de los recursos sanitarios, la sensación de bienestar y la adherencia al tratamiento (Serra, 2003).

### ***Satisfacción con la atención recibida***

La adherencia resultó asociada de manera significativa a la satisfacción con la atención recibida en el área de salud Plaza de la Revolución (Tabla 6). El OR de 5,15 pudiese indicar que es aproximadamente 5 veces más probable que no se adhieran al tratamiento las personas que se sienten insatisfechas con la atención que reciben que aquellas que si lo están. En las restantes áreas de salud no se obtuvo este resultado. La diferencia pudiera estar relacionada con las expectativas que generan las características específicas de la calidad de la atención percibida por las personas atendidas en esta área de salud la cual es un Centro Nacional de Referencia en Atención Primaria con tradición y prestigio en este sentido para su población, de modo que un comportamiento no esperado puede ser fuente de insatisfacción e incidir en la adherencia.

La satisfacción con el cuidado ofrecido por el profesional de la salud es una condición de vital importancia para la adherencia terapéutica, también la percepción de satisfacción con la atención puede estar condicionada por la calidad de la comunicación con el equipo de salud.

Una investigación realizada en España que tuvo como objetivo identificar por qué los pacientes hipertensos no cumplen el tratamiento encuentra como un factor importante la insatisfacción con la atención clínica, la poca duración de esta, la pobreza de explicaciones y la escasa interacción con el paciente (Gascón, Sánchez-Ortuño, Llord, Skidmore y Saturno, 2004).

### **3.3.3 Factores de la red familiar y social**

#### ***Apoyo familiar y social***

La adherencia terapéutica se asoció de manera significativa a la percepción de suficientes redes de apoyo familiar, en el área de salud de Jiguaní (Tabla 5). Sin embargo, el valor del OR es inferior a 1 (0,37) de este modo la variable se comportó como un factor protector, cuya presencia (insuficientes redes) incrementa la probabilidad de adherirse al tratamiento, lo cual puede parecer contradictorio. En las áreas de salud Van-Troi y Plaza la adherencia no se asoció de manera significativa con la percepción de suficiente apoyo familiar (Tablas 6 y 7).

En los grupos nominales de adheridos se destacó el papel positivo de la familia como red de apoyo que favorece el cumplimiento, tanto desde el punto de vista afectivo como material y se señaló la valoración del paciente de su papel dentro del grupo familiar y cómo con su buena salud puede proteger la integridad y funcionamiento de la misma. En los grupos de no adheridos se manifestó por parte de los pacientes que la sobrecarga de responsabilidades en el marco de la vida familiar, laboral y social dificulta o interfiere la atención sobre la enfermedad y el cumplimiento del tratamiento. Se expresaron como personas que priorizan otras obligaciones antes del cuidado de su salud (Anexo 4).

El personal de salud señaló al apoyo familiar como factor contribuyente muy importante para lograr una buena adherencia. Reconocieron el papel de la familia como proveedora de recursos materiales, afectivos y comunicativos para garantizar la adherencia del paciente (Anexo 2).

Así, la influencia de la percepción de suficiente apoyo familiar en la adherencia se comportó de manera desigual en los resultados obtenidos a partir de las diferentes fuentes de información. Según Ferrer y Rodríguez Marín el papel protector de la familia y su propia dinámica de funcionamiento pudieran ejercer una influencia poco favorecedora de la adherencia al suplir la autorresponsabilidad del paciente en este proceso (Ferrer, 1995, Rodríguez Marín, 1995). De este modo quizás se pudiera explicar el resultado obtenido en el policlínico de Jiguaní donde por características culturales propias del territorio la familia tiende a desempeñar un papel sobreprotector del individuo enfermo o incentivar la autoprotección de las personas que se perciben poco apoyadas.

Un estudio realizado en España con el objetivo de determinar los factores condicionantes de cumplimiento de la dieta en pacientes con insuficiencia renal crónica encuentra que el apoyo familiar adecuado se relaciona con la adhesión, pero también el período vacacional en familia, las celebraciones y las reuniones familiares influyen en las transgresiones (Orzáes, Rodríguez, Morales, 2006).

Louro señala el papel favorecedor de la familia en el proceso salud enfermedad. Considera que la familia constituye la primera red de apoyo social que posee el individuo y ejerce función protectora ante las tensiones que genera la vida cotidiana. El apoyo que ofrece la familia es el principal recurso de promoción de salud y prevención de la enfermedad y sus daños, así como el más eficaz que siente y percibe el individuo frente a todos los cambios y contingencias a lo largo del ciclo vital en el contexto social (Louro, 2004). Ferrer afirma que la presencia de otras personas en el ámbito familiar que estimulen, inciten y contribuyan con apoyo afectivo o material es fundamental para la adherencia al tratamiento (Ferrer, 1995). Estos argumentos pueden fundamentar los resultados de los grupos nominales de adheridos y las opiniones de los expertos.

Con respecto al apoyo social percibido los pacientes no adheridos informaron no sentirse atendidos como un grupo que padece una enfermedad, es decir como “grupo de hipertensos”, por el personal de salud en las acciones de trabajo comunitario ni por los medios de comunicación social de nuestro país, los que dedican numerosos espacios informativos y educativos a otras enfermedades, ejemplo el VIH y escasos a la hipertensión. Los expertos expresaron las posibilidades de asistencia social existentes para afrontar la enfermedad y la importancia de la integración social del individuo para su salud y atención a los problemas de la adherencia (Anexo 2).

### **3.3.4 Factores de la enfermedad y el tratamiento**

#### ***Características de la enfermedad***

La adherencia terapéutica resultó asociada a la presencia de síntomas que pueden percibirse como señales que ponen en peligro la vida de la persona tales como: dolor en el pecho, mareos y zumbido en los oídos entre otros, en las áreas de salud Van-Troi y Plaza de la Revolución (Tablas 6 y 7). No se obtuvo este resultado en el policlínico de Jiguaní. Los resultados en el policlínico Plaza parecen indicar que es aproximadamente 8

veces más probable que no se adhieran al tratamiento las personas que sienten estos síntomas con respecto a las que no los sienten. En el Van-Troi es aproximadamente 2 veces más probable que no se adhieren al tratamiento las personas que sienten síntomas.

La hipertensión arterial es una enfermedad que puede transcurrir de manera asintomática por lo que es importante que los pacientes realicen las indicaciones médicas sin presencia de estos, es decir, no esperar por eventos médicos que los impresionen para adherirse correctamente a su tratamiento y ser capaces de hacerlo de manera consciente y autorregulada.

Un estudio realizado en España que analiza el impacto de las creencias en síntomas relacionados con la elevación de la tensión arterial sobre la adherencia terapéutica en pacientes hipertensos encuentra asociación entre informes de creencias en forma de síntomas y falta de adherencia y recomienda incorporar la evaluación de las creencias sobre estos, a los protocolos de control de adherencia en esta enfermedad. Los pacientes manifiestan percibir “síntomas” que señalan su nivel de tensión arterial lo cual sirve de guía para la toma o no de medicación (Granados, Roales, Moreno, Ibarra, 2007).

Por otra parte Hernández señala la importancia de los síntomas como “claves” para la acción reforzadora de la adherencia terapéutica. El paciente que experimenta un conjunto particular de síntomas perturbadores y un alivio inmediato de estos al adherirse a las prescripciones médicas, puede desarrollar un buen nivel de adherencia, mientras que aquel que presenta una enfermedad asintomática y no dispone de “claves internas” para la acción, no recibe refuerzos para el seguimiento de las mismas (Hernández, 1998).

### ***Características del tratamiento***

En las áreas de salud Van-Troi y Jiguaní (Tablas 5 y 7) se encontró asociación significativa entre la adherencia y la presencia de efectos indeseables del tratamiento. No se obtuvo este resultado en el policlínico Plaza. En el policlínico Van-Troi los resultados apuntan que es aproximadamente 6 veces más probable que no se adhieran al tratamiento las personas que presentan efectos indeseables de los medicamentos con

respecto a aquellas que no los sienten y en Jiguaní es aproximadamente 3 veces más probable que ocurra lo antes expuesto.

La adherencia también se asoció a la complejidad del tratamiento en dos áreas de salud, en este caso Plaza y Jiguaní (Tablas 5 y 6). En el policlínico Plaza al parecer es 2 veces más probable que no se adhieran al tratamiento las personas que lo perciben como complejo que aquellas que consideran que es fácil de cumplir y en Jiguaní es aproximadamente 5, 5 veces más probable. Sin embargo, las características del diseño transversal de la investigación, limitan la interpretación de los resultados de la asociación obtenidos para los factores complejidad del tratamiento y efectos de los medicamentos.

En la entrevista a personal de salud se encontró coincidencia con lo expuesto. Se planteó como factores contribuyentes a la no adherencia las características del tratamiento como la complejidad del mismo, los efectos adversos de los medicamentos y la no incorporación al tratamiento de la intervención psicológica (Anexo 2).

En los grupos de no adheridos se priorizó como factor que interfiere el cumplimiento los efectos secundarios que se manifiestan como síntomas molestos que causan temor e incomodidad incluso depresión. Expresaron que la parte farmacológica es relativamente fácil de cumplir pero que es difícil seguir las medidas higiénico dietéticas recomendadas (dieta muy rigurosa) de modo que prevaleció la percepción de complejidad argumentada además por ser la hipertensión una enfermedad crónica a medida que pasa el tiempo el paciente siente el tratamiento como una carga, se cansa y no cumple o lo abandona.

La adherencia no se asoció de manera significativa con la resolutivez del tratamiento en ninguna de las áreas de salud. En los grupos nominales los pacientes adheridos expresaron que el tratamiento si resuelve su problema de salud cuando se realiza correctamente.

Sobre la influencia de las características del tratamiento un trabajo realizado en España con el objetivo de determinar los factores condicionantes de la adhesión a la dieta en pacientes con insuficiencia renal crónica encuentra que es importante la percepción que tenga el paciente de la efectividad del tratamiento y el beneficio que le reporta y que la apreciación subjetiva en cuanto a dificultad para ajustarse a las recomendaciones influirá en el grado de adhesión (Orzaez, et al, 2006).

Una investigación sobre el patrón de cumplimiento de antihipertensivos en pacientes hipertensos en atención primaria realizado en España encuentra que la simplicidad del tratamiento se asocia al cumplimiento (Sicras et al, 2006) y un estudio prospectivo realizado en Belo Horizonte con pacientes infectados con VIH halla como factor asociado a la adherencia en análisis multivariado, reportar tres o más reacciones adversas a los medicamentos (Bonolo, 2003; Bonolo et al, 2005).

### **3.3.5 Factores del paciente**

#### ***Conocimientos y creencias sobre la enfermedad y el tratamiento***

La adherencia terapéutica sólo resultó asociada de manera significativa con los conocimientos sobre la enfermedad en el área de salud Van-Troi (Tabla 7). Los resultados parecen indicar que es aproximadamente 2 veces más probable que se incremente la no adherencia en las personas que no tienen conocimientos adecuados de su enfermedad que en aquellas que si los tienen. No se obtuvo este resultado en las áreas de salud de Plaza y Jiguaní.

El personal de salud entrevistado destacó la cuestión del conocimiento de la enfermedad a través de la educación como una condición para la percepción de su gravedad y como un aspecto fundamental para lograr la adherencia y el control de la misma (Anexo 2).

El conocimiento de la enfermedad y la gravedad de esta descontrolada se subrayaron como factores priorizados en los grupos nominales, lo cual apunta la importancia de los conocimientos y las creencias del paciente acerca de la enfermedad como un aspecto favorecedor del cumplimiento. Se expresó la creencia de que cuando la presión arterial está controlada no es necesario realizar el tratamiento, aunque también se proyectaron por la necesidad de hacerlo para garantizar el control de la hipertensión (Anexo 4). La adherencia no resultó asociada de manera significativa a la variable creencias sobre el tratamiento percibido como barrera o beneficio.

Con respecto al contenido de los conocimientos se incluyó un conjunto de informaciones acerca de la misma, como el hecho de que es una enfermedad que se padece toda la vida con independencia del tratamiento y que este incluye elementos de carácter farmacológico e higiénico dietético. Los que expresaron conocimientos errados o insuficientes como que el tratamiento se realiza cuando las cifras de tensión arterial



están elevadas y que solo es importante seguir el tratamiento medicamentoso estuvieron en desventaja para adherirse a su tratamiento.

Un estudio cualitativo realizado en Argentina con adultos hipertensos y médicos con el objetivo de explorar los saberes previos de la población sobre la hipertensión y la terapia antihipertensiva llega a la conclusión de que la enfermedad del paciente no coincide plenamente con el concepto de enfermedad que tiene el médico y en esto intervienen las ideas preestablecidas de ambos. Respecto al tratamiento se destaca que casi todos los casos tenían un amplio conocimiento de “lo que hay que hacer” para controlar la hipertensión, sin embargo existe cierto divorcio entre este saber y las prácticas concretas llevadas a cabo por los pacientes, debido en su mayoría a dificultades de la vida cotidiana (Silberman, et al, 2006).

Un estudio sobre modelos de cognición social y adherencia terapéutica en mujeres con cáncer mide la adherencia a través del autorreporte de las pacientes del seguimiento de las indicaciones y encuentra que las barreras percibidas se relacionan con bajo puntaje para llevar a cabo la adherencia (Ehrenzweig, 2007). Los modelos de creencias sobre la salud incluyen la percepción de gravedad de la enfermedad, la susceptibilidad personal percibida y las barreras percibidas para incorporar los comportamientos de adherencia en el estilo de vida personal (Brannon y Feist, 2001).

### ***Motivación por la salud y el bienestar***

En los grupos nominales emergió un conjunto de aspectos motivacionales relacionados con la salud como deseos de mejorar la salud (priorizado en dos grupos), de vivir más y con buena calidad de vida, deseos de sentirse bien y la necesidad de tener controlada la hipertensión como estímulos para la adherencia. Es decir, refirieron necesidades de salud y de bienestar físico destacados como valores importantes para la persona. También refirieron como factor para la no adherencia la ausencia de motivación por el tratamiento (Anexo 4).

### ***Olvido del tratamiento***

En las áreas de salud Jiguaní y Van Troi, se obtuvo asociación significativa entre la adherencia al tratamiento y el olvido de este (Tablas 5 y 7). En el policlínico Van-Troi al parecer es 7,6 veces más probable que no se adhieran al tratamiento las personas que lo

olvidan con respecto a aquellas que lo recuerdan y en Jiguaní 2,8 veces más probable que ocurra lo antes expuesto. Sin embargo, en este caso las características del diseño transversal de la investigación limitan la interpretación del resultado.

Fue referido como un factor que contribuye a la no adherencia en los grupos nominales (Anexo 4). La importancia de este factor se corrobora en intervenciones donde el uso de estrategias de recuerdo para tomar la medicación aparece como una alternativa altamente adaptativa para seguir las prescripciones del régimen terapéutico, sobre todo cuando este implica una alta exigencia comportamental y complejidad como es el caso del TARGA. Las anotaciones, pastilleros, alarmas de aviso, entre otros, son recursos que disminuyen el olvido del tratamiento (Landro, Orejudo, Carrobles, 2005).

#### ***Afrontamientos ante la enfermedad y comprensión de las indicaciones***

Se ha reportado que el estrés y los estilos de afrontamiento se asocian a la adherencia (Ortiz, 2006). Sin embargo, los afrontamientos a la enfermedad basados en la autoeficacia que se formularon en el cuestionario no resultaron asociados a la adherencia terapéutica en el estudio. Tampoco fueron significativos los afrontamientos activos o evasivos ante la información de padecer la enfermedad, ni expresiones de la valoración primaria del evento, como temor a la pérdida de roles importantes en la vida y percepción de peligro o amenaza. De igual modo, la adherencia no presentó asociación significativa con la variable comprensión de las indicaciones en ninguna de las áreas de salud estudiadas.

#### ***Características psicológicas (cualidades volitivas, rasgos del carácter, hábitos y habilidades)***

Numerosos factores expresados y priorizados por los pacientes adheridos en los grupos nominales como contribuyentes o no a la buena adherencia tienen carácter psicológico. Son contenidos que los pacientes formulan y expresan desde la perspectiva de un lenguaje cotidiano que se pueden traducir como características psicológicas que modulan el comportamiento del individuo hacia una conducta salutogénica o no en relación con su enfermedad.

Las ideas referidas por los pacientes apuntaron hacia la implicación personal y la participación activa consciente y voluntaria del paciente en el cumplimiento a partir de un

conjunto de predisposiciones personales como son: ser disciplinado (factor muy consistente al ser priorizado en 4 grupos nominales), tener voluntad, el interés, la organización de la persona, las disposiciones hacia el cumplimiento así como la capacidad de autocontrol personal. Por otra parte se expusieron ideas que tienen que ver con comportamientos específicos y con algunas habilidades que lo favorecen, por ejemplo la facilidad para hacer ejercicios o hacerlos por hábito supuestamente adquiridos antes del padecimiento de la hipertensión (Anexo 4).

En los grupos con pacientes no adheridos se destacó con gran consistencia (priorizado en 3 grupos nominales) como factor que interfiere el cumplimiento la falta de responsabilidad individual con respecto a la salud expresada en la ausencia de compromiso con las obligaciones que emanan del rol de enfermo y la falta de voluntad.

En las entrevistas al personal de salud se señaló como factores de no adherencia la poca o nula disposición de los pacientes para asimilar las modificaciones en el estilo de vida que requiere su padecimiento. También características psicológicas del paciente con énfasis en ausencia de rasgos volitivos, disciplina y responsabilidad y la presencia de comportamientos poco favorecedores como falta de preocupación de los pacientes por el control sistemático de la tensión arterial en sus consultorios o áreas de salud (Anexo 2).

Este hallazgo, que emergió de las técnicas de investigación cualitativa, se integró con marcada relevancia en los resultados del trabajo y corroboró la propuesta del estudio de los aspectos de la personalidad implicados en la adherencia a los tratamientos concebido para el objetivo 3 de la investigación. Al respecto un trabajo de revisión sobre variables psicológicas asociadas a la adherencia terapéutica en pacientes con VIH/sida encuentra con peso importante factores psicológicos que actúan como protectores y / o de riesgo para la adherencia (Villa y Vinaccia, 2006).

### **3. 4 Triangulación de los resultados.**

En el Cuadro 1 que se presenta a continuación se muestran los resultados de la triangulación de los factores influyentes en la adherencia al tratamiento que se obtuvieron de modo coincidente, a través de las diferentes fuentes de información tanto cuantitativa como cualitativa. Los factores que pertenecen a cada grado de consistencia no tienen relación de prioridad entre sí mismos.

**Cuadro 1: Factores influyentes en la adherencia al tratamiento según grado de consistencia**

<b>Consistencia I</b>	<b>Consistencia II</b>	<b>Consistencia III</b>
Disponibilidad de los medicamentos	Falta de recursos económicos para hacer el tratamiento	Multiplicidad de roles del paciente
Percepción de apoyo de la red familiar	Apoyo social percibido	Satisfacción con la atención recibida
Efectos indeseables y complejidad del tratamiento	Calidad de la atención recibida	Síntomas que estimulan el tratamiento.
Conocimientos acerca de la enfermedad y el tratamiento	Características de la comunicación profesional paciente	Necesidad de control de la enfermedad
Características psicológicas del paciente	Percepción de gravedad de la enfermedad	Motivación por el bienestar y la salud
	Olvido del tratamiento	Sexo
	Ocupación y escolaridad	Resolutividad del tratamiento

El análisis integral de los factores encontrados como influyentes en la adherencia al tratamiento para la hipertensión permite considerar que la posibilidad de adquirir los medicamentos necesarios para el tratamiento de la enfermedad garantizados en las farmacias por gestión del sistema de salud, la presencia de una red de apoyo familiar y social suficiente que garantice los recursos materiales, afectivos e instrumentales necesarios para la adherencia, unido a una relación de comunicación e interacción positiva entre los pacientes y los profesionales de salud caracterizada por el trato empático, la explicación pausada, clara y comprensible de las indicaciones y el estímulo a la participación activa del paciente en todo el proceso son factores que actúan desde la dimensión social, familiar y desde la red de asistencia de salud.

En este sentido también influye la calidad de la atención que recibe el paciente y su satisfacción con la misma en la que se pueden fomentar los conocimientos acerca de la enfermedad y el tratamiento, en relación con el nivel de preparación y escolaridad de este y así contribuir a atenuar la apreciación de los efectos indeseables que puedan

generar los medicamentos y fomentar una adecuada percepción de la gravedad de esta enfermedad no controlada. Relacionado con la calidad de la atención se encontró como un factor influyente a tener en cuenta, la accesibilidad que garantiza el sistema de salud pero interferida por la inestabilidad de la misma en las condiciones actuales de reorganización de la atención primaria.

La falta de recursos económicos para hacer la dieta que requiere el tratamiento de esta enfermedad se manifestó con fuerza cualitativa como una necesidad muy sentida por los pacientes lo cual debe motivar un análisis por los decisores correspondientes. Esto se vincula con la percepción de que el tratamiento es complejo, sobre todo el higiénico dietético, el cual requiere además modificaciones comportamentales apreciadas como difíciles de establecer. La multiplicidad de roles, sobre todo de las personas con vida laboral activa, atenta contra el autocuidado de la salud y debe ser valorada por pacientes y profesionales sanitarios de un modo objetivo y educativo.

Las posibilidades reales de llevar a cabo el tratamiento deben ser respaldadas por el fomento en el sujeto de características actitudinales como disciplina, organización, voluntad, responsabilidad y por motivos hacia la salud. Se requiere estimular las características del recuerdo y la necesidad de tener la enfermedad controlada percibida como un riesgo que puede poner en peligro la vida del individuo.

Similares resultados encuentra un estudio cualitativo realizado en España el que identifica como factores que influyen en la adherencia de personas hipertensas, el desconocimiento de la hipertensión y sus riesgos, el olvido, los efectos indeseables de los medicamentos, las reacciones ante la notificación de la enfermedad, las dificultades en creencias y actitudes sobre el tratamiento, dificultades en el cambio de estilos de vida y la no explicación clara de las medidas. Concluye que son tres los de mayor fuerza: falta de conocimiento y conciencia de la enfermedad, no percibir su gravedad y considerar la dieta y ejercicios como prescripciones difíciles de cumplir (Schmidt Rio-Valle, Cruz Quintana et al, 2006).

Una intervención biopsicosocial realizada en Colombia, en adherencia al tratamiento en hipertensión arterial logra cambios a favor de altos niveles de adherencia post intervención, con un programa dirigido a influir en factores como: la información sobre la hipertensión, el control biomédico de esta, la relación profesional de salud y paciente, los

hábitos alimentarios, la actividad física y deporte del paciente, el apoyo social percibido, las creencias sobre la enfermedad y el consumo de alcohol y cigarrillo (Holguín, Correa, Arrivillaga, Cáceres, Varela, 2006).

En la investigación se encontró que actúan como factores favorecedores de la adherencia al tratamiento antihipertensivo en las áreas de salud estudiadas: la posibilidad de obtener los medicamentos, la comunicación empática y reforzadora del profesional con el paciente, la satisfacción con la atención médica recibida y garantía de esta, la necesidad de control de la enfermedad, la suficiencia percibida de redes de apoyo familiar, los conocimientos adecuados acerca de la enfermedad y el tratamiento y la percepción de gravedad de la misma, la motivación por la salud y el bienestar y la presencia de rasgos caracterológicos y cualidades volitivas del paciente.

Se puede considerar que actúan como factores obstaculizadores la falta de recursos económicos para hacer la dieta y adquirir medicamentos, la presencia de efectos indeseables de los medicamentos y la espera de síntomas para realizar el tratamiento, el olvido, la percepción de complejidad del tratamiento, la multiplicidad de roles del paciente en la familia, trabajo y profesión, la poca estabilidad de la atención médica, la comunicación del profesional con deficiente orientación y el escaso apoyo social percibido por los pacientes en la atención integral a su condición de salud.

***Objetivo 3: Caracterizar las configuraciones psicológicas implicadas en la adherencia o no al tratamiento en hipertensos de áreas de salud seleccionadas.***

A continuación se muestran los resultados del estudio de la personalidad realizado a pacientes adheridos y no adheridos al tratamiento con el objetivo de caracterizar configuraciones individuales de la personalidad que movilizan al sujeto hacia la adherencia a las indicaciones médicas.

En los Cuadros 2 y 3 se presenta una descripción de los aspectos funcionales de la personalidad (a través de sus indicadores de contenido y funcionales) y en los Cuadros 4 y 5 la descripción de los aspectos estructurales, encontrados en cada uno de los grupos de pacientes. El Cuadro 6 presenta la configuración psicológica integradora que se identificó como favorecedora para la adherencia encontrada en los pacientes adheridos y la que se consideró no favorecedora en los no adheridos.

### 3.5 Análisis integrativo de los aspectos funcionales de la personalidad según niveles de adherencia terapéutica

**Cuadro 2. Aspectos funcionales de la personalidad. Indicadores de contenido y funcionales. Consultorio 19. Policlínico “Héroes del Moncada”**

		Adheridos	No adheridos
<b>Indicadores de contenido</b>	Elaboración personal	Adecuada elaboración personal	Pobre elaboración personal
	Vínculo afectivo	Marcado vínculo afectivo	Pobre vínculo afectivo
	Contenido expresado	Amplitud de contenido	Se expresan en lemas y frases cliché
<b>Indicadores funcionales</b>	Rigidez-flexibilidad	Poca flexibilidad para cambiar decisiones y adecuarse a nuevos comportamientos	Poca flexibilidad para cambiar decisiones y adecuarse a nuevos comportamientos
	Estructura temporal	Proyección futura a corto y mediano plazo, pero no a largo plazo	No proyección futura
	Mediatización de operaciones cognitivas	Utilizan reflexiones y valoraciones	Poca elaboración cognitiva de los contenidos
	Estructuración conciente activa	Se esfuerzan por establecer un criterio explicativo que les permita estructurar su campo de acción	No establecen un criterio explicativo, asumen los eventos de forma conformista
	Capacidad para estructurar el campo de acción	Estructuran su campo de acción para desarrollar sus objetivos y proyectos	Poca capacidad para estructurar el campo, se subvaloran y perciben los obstáculos como insuperables

Con respecto a los indicadores de contenido, en los sujetos adheridos del policlínico Héroes del Moncada, se observó una adecuada elaboración personal matizada por un vínculo afectivo y en los no adheridos se expresó una pobre elaboración personal en la expresión de sus contenidos con la utilización de lemas y frases “cliches”, un pobre vínculo afectivo sin proyección futura. Mostraron un manejo estereotipado de los

contenidos de la personalidad, conceptualizando las principales normas y actitudes en escalas de valores extremos, con dificultad para encontrar alternativas diferentes ante las demandas reales, por ejemplo expresaron en el test de frases incompletas “la vida: es dura”, “una madre: es lo más grande”.

Los indicadores funcionales expresan las posibilidades de la función reguladora de la personalidad de estos sujetos. Ambos grupos mostraron rigidez y poca flexibilidad para cambiar decisiones y adecuarse a nuevos comportamientos. Se manifestaron muy resistentes al cambio, con poca tolerancia a las contradicciones y a las frustraciones, y valoraron negativamente todo lo que no es similar a sus concepciones lo cual se manifiesta en expresiones tales como “odio: que me contradigan”.

En los no adheridos las operaciones cognitivas de la personalidad tuvieron un papel secundario en la regulación del comportamiento, al subordinarse a la fuerte carga emocional que expresan los elementos normativos de su conducta y pobre elaboración de los contenidos. Expresaron por ejemplo “yo: no resisto las mentiras”.

En la orientación temporal de los sujetos no adheridos predominaron elementos inmediatos que limitan la adecuada estructuración de la proyección futura. Por ejemplo, escribieron en el test de frases incompletas “el futuro: es incierto”, “el futuro: solo pienso en hoy”, “el futuro: no sé”. Los sujetos adheridos presentaron una estructuración temporal a mediano y corto plazo pero ninguno a largo plazo.

Los sujetos no adheridos expresaron una posición pasiva en su sistema de interrelaciones con la realidad. Se orientan por elementos de su sistema normativo, no establecen un criterio explicativo y asumen los eventos de la vida cotidiana de modo conformista, por ejemplo: “yo cumplo: con mi deber”, “yo secretamente: no hago nada”. Mientras que los pacientes adheridos se esforzaron por establecer un criterio explicativo que les permita estructurar su campo de acción. Por ejemplo expresaron: “yo siempre: pregunto al médico lo que hay que hacer y qué pasa cuando no puedo hacerlo”

Los pacientes adheridos estructuraron su campo de acción para desarrollar sus objetivos y proyectos de vida. Así, si van de viaje llevan sus medicamentos o planifican sus horarios de modo tal que puedan asistir a sus consultas de seguimiento. Los no



adheridos mostraron poca capacidad para estructurar su campo de acción, se subvaloran y perciben los obstáculos de la vida cotidiana como insuperables.

**Cuadro 3. Aspectos funcionales de la personalidad. Indicadores de contenido y funcionales. Consultorio 24. Policlínico “Edor de los Reyes Martínez”**

		<b>Adheridos</b>		<b>No adheridos</b>	
<b>Indicadores de contenido</b>	Elaboración personal	Contenidos personalizados	Pobre elaboración personal		
	Vínculo afectivo	Vínculo afectivo expresado en sentido positivo	No se expresa vínculo emocional con el contenido expresado		
	Contenido expresado	En unos casos amplitud y frecuencia de conceptos, en otros no.	Pobreza de contenido		
<b>Indicadores funcionales</b>	Rigidez-flexibilidad	Tendencia a la rigidez	Tendencia a la rigidez		
	Estructura temporal	Proyectos profesionales y culturales. En otros no se estructura proyección futura.	Pobreza de proyectos a largo y corto plazo. No estructuración de cómo lograrlos		
	Mediatización de operaciones cognitivas	Presencia de procesos valorativos y reflexiones. Valoraciones extremas	Poca capacidad para reflexiones sobre la vida. En algunos casos inexistentes		
	Estructuración conciente activa	Esfuerzos dirigidos a mantener la salud y ausencia de esfuerzo volitivo.	Poca capacidad para realizar esfuerzos volitivos conscientes		
	Capacidad para estructurar el campo de acción	No se expresa capacidad para organización de alternativas de reestructuración de campo.	No se expresa capacidad de organización del campo y alternativas		

En los sujetos adheridos del policlínico “Edor de los Reyes Martínez” se observó en algunos casos amplitud y profundidad de contenidos expresados con elaboración personal y vínculo emocional, en otros no. En los no adheridos se apreció pobreza de contenidos sin elaboración personal ni vínculo afectivo en sus expresiones.

En los indicadores funcionales se observó que ambos grupos mostraron rigidez y poca flexibilidad para cambiar decisiones y adecuarse a nuevas exigencias así como pocas posibilidades para organizar alternativas y reestructurar el campo de actuación. Por ejemplo el caso 1 expresó “me cuesta trabajo: cambiar” y el caso 5 “me cuesta trabajo: organizar las cosas”. En una parte de los sujetos la estructuración temporal de los contenidos personales se encuentra proyectada hacia el futuro profesional; se expresaron con riqueza de valoraciones y la organización consciente de sus esfuerzos se dirigió a mantener la salud. El resto de los indicadores funcionales presentaron una tendencia hacia un buen desenvolvimiento. Sin embargo, esto no se apreció en todos los casos estudiados.

Los sujetos no adheridos presentaron pobreza en la elaboración de la estructura temporal de sus proyectos de vida, por ejemplo: “mi vida futura: junto a mis padres y mi bebé” y “no tengo futuro” expresó el caso 4; las valoraciones y reflexiones carecen de profundidad y contenido así como manifestaron poca capacidad para realizar esfuerzos conscientes. Por ejemplo el caso 7 expresó “mi mayor tiempo: lo dedico a no hacer nada”, “mi mayor placer: es dormir”.

### **3.6 Análisis integrativo de los aspectos estructurales de la personalidad según niveles de adherencia terapéutica.**

**Cuadro 4: Aspectos estructurales de la personalidad. Consultorio 19. Policlínico “Héroes del Moncada”**

	<b>Adheridos</b>	<b>No adheridos</b>
<b>Unidades psicológicas primarias</b>	<p>Contenido emocional positivo hacia la búsqueda de la salud.</p> <p>Motivados hacia el cumplimiento de las indicaciones terapéutica.</p> <p>Hábitos de vida sedentarios</p> <p>Interesados en la búsqueda de información relevante sobre su enfermedad. Actitud de cooperación y aceptación activa.</p>	<p>Contenido emocional negativo hacia la búsqueda de la salud. No mostraron motivación hacia el cumplimiento de las indicaciones terapéuticas</p> <p>Hábitos de vida sedentarios, no mostraron interés en buscar información relevante sobre su enfermedad. No se perciben en riesgo. Actitud poco cooperativa y pasiva</p>

<b>Formaciones motivacionales</b>	<p>Autovaloración adecuada.</p> <p>La concepción y valoración del mundo elaborada y estructurada en objetivos concretos y proyectos de vida orientados al desarrollo profesional y la familia.</p> <p>El sentido de la vida orientado al crecimiento personal y de su familia, otorgan a la salud un valor relevante, por lo que al adherirse a las indicaciones terapéutica adquiere sentido personal.</p>	<p>Autovaloración inadecuada (por subvaloración)</p> <p>Las concepciones del mundo poco elaboradas sin proyectos concretos, en general orientados al cuidado de la familia (hijos)</p> <p>El sentido de la vida orientado hacia la familia y el cumplimiento de sus funciones no otorgan a la salud un valor pues no se perciben enfermos ni en riesgo.</p>
-----------------------------------	---	---

Los aspectos estructurales de la personalidad son los llamados sentidos psicológicos y se diversifican en unidades psicológicas primarias y formaciones motivacionales. Se observaron motivaciones por la salud en los pacientes adheridos cuando expresan un contenido emocional positivo hacia la búsqueda de la salud. Por ejemplo el caso 1 refiere “yo: necesito sentirme bien, y hago todo por lograrlo” así también expresó su motivación hacia el cumplimiento de las indicaciones terapéuticas, con compromiso personal. El caso 2 planteó “desde que me atiendo y tengo mi tratamiento me siento bien, estoy atento para no olvidar la medicina y no pasarme en la dieta, quiero sentirme bien” (está sobrepeso).

El interés en la búsqueda de información relevante sobre su enfermedad se manifestó por ejemplo en el caso 3 cuando expresa “siempre: estoy leyendo libros y artículos sobre salud y sobre la hipertensión, es bueno saber y estar preparados para saber qué hacer” y una actitud de cooperación y aceptación activa en este mismo caso: “yo: sé que debo cuidarme y hacer lo que me indica el médico, todo lo hago al pie de la letra”.

Los no adheridos expresaron un contenido emocional negativo hacia la búsqueda de soluciones para su salud. Por ejemplo el caso 22 cuando dice “yo: siempre he sido así y ahora estoy muy viejo para cambiar”. No demostraron interés en la búsqueda de información sobre la enfermedad al no percibirse en riesgo.

En las formaciones motivacionales de los adheridos se manifestó una tendencia positiva hacia todas las dimensiones de este constructo. Por ejemplo la autovaloración adecuada

en el caso 1: “Yo creo que la salud es lo máspreciado que uno tiene, y la debo cuidar yo misma, antes me irritaba mucho, ahora me regulo porque sé que nada es perfecto, y en definitiva siempre se encuentra una solución adecuada, y yo hago lo que está a mi alcance para encontrar soluciones”.

Los no adheridos mostraron una tendencia a expresar estos constructos en una dimensión negativa, por ejemplo la autovaloración inadecuada con tendencia a la subvaloración. La concepción del mundo elaborada pobremente. El sentido de la vida se encuentra orientado básicamente al cuidado de la familia y los hijos y no otorgan alto valor a si mismos, a su desarrollo personal y al mantenimiento de su salud y su vida.

**Cuadro 5: Aspectos estructurales de la personalidad. Consultorio 24. Policlínico “Edor de los Reyes Martínez”**

	<b>Adheridos</b>	<b>No adheridos</b>
<b>Unidades psicológicas primarias</b>	<p>En algunos casos motivos profesionales y culturales. Intereses centrados en la salud, la familia y el bienestar material.</p> <p>Se perciben enfermos y en riesgo. Expresan capacidad de realizar esfuerzos conscientes dirigidos a enfrentar su problema de salud.</p>	<p>Motivos estrechos dirigidos al bienestar de la familia y la vida material. Intereses centrados en las distracciones y el descanso.</p> <p>Se perciben saludables y no en riesgo. La enfermedad no constituye una dificultad para la vida, no reconocen la necesidad de realizar acciones dirigidas a mantener la salud. Esfuerzos encaminados al trabajo y las satisfacciones materiales.</p>
<b>Formaciones motivacionales</b>	<p>Tendencia a la autovaloración adecuada.</p> <p>Concepción del mundo integrada a la familia y el trabajo. Limitada en algunos casos.</p> <p>Proyectos de vida dirigidos a la superación profesional y la atención de la familia con estrecha elaboración y alcance visible.</p> <p>Sentido de la vida en función de la familia. Le asignan un valor importante a la salud.</p>	<p>Tendencia a la autovaloración inadecuada por subvaloración.</p> <p>Concepción del mundo no estructurada o limitada en contenidos.</p> <p>Proyectos de vida no definidos en contenido o dirigidos al desarrollo de los miembros de la familia sobre todo los hijos.</p> <p>Sentido de la vida centrado en la familia, el trabajo y la tranquilidad. Poco vinculado a las necesidades de salud.</p>

Con respecto a los sujetos adheridos de esta área de salud se observó que la esfera motivacional se encuentra orientada fundamentalmente hacia la familia, la salud y la satisfacción de necesidades materiales con escasos intereses hacia el crecimiento profesional y otras esferas de actividad. Por ejemplo expresaron “yo deseo: tener dinero”, “mi mayor placer: cuando recibo un regalo”. Se perciben en riesgo y con autoeficacia para resolver su problema de salud lo que se integra con una tendencia a autovalorarse adecuadamente. La concepción del mundo, los proyectos y el sentido de la vida giraron básicamente alrededor de la familia y la vida laboral los que se encuentran estructurados pero con escasa amplitud de contenidos y proyecciones personales. Por ejemplo el caso 2 expresó “me esfuerzo: diariamente por mi hijo” y “siempre: he querido trabajar”.

En los sujetos no adheridos se destacaron las motivaciones por mejorar la vida material y las actividades de recreación. Por ejemplo el caso 5 expresó “mi mayor ambición: es tener todo lo que me gusta”. No se perciben enfermos ni en riesgo y las formaciones motivacionales más complejas están poco estructuradas y desarrolladas. La autovaloración en estos sujetos presentó una tendencia a la subvaloración. Se manifestaron expresiones como “lamento: no haber estudiado y ser alguien”, “trataré: de ser mejor”.

En los sujetos estudiados pertenecientes a las dos áreas de salud (Héroes del Moncada y Edor de los Reyes) tanto adheridos como no adheridos se observó la expresión de los aspectos estructurales y funcionales de la personalidad en cuanto a manifestaciones de contenido, funcionamiento y estructura de manera análoga en sentido general. Se apreciaron diferencias de tipo cualitativa en cuanto a riqueza de elaboración y expresiones de estos aspectos en sentido desfavorable para el policlínico “Edor de los Reyes Martínez”. Este resultado pudiera explicarse por características desiguales del contexto social, económico y cultural en que viven las personas en cada uno de los territorios estudiados.

### **3.7 Configuraciones psicológicas implicadas en la adherencia terapéutica.**

El Cuadro 6 muestra las dos configuraciones psicológicas que se delimitaron en la investigación, las cuales agrupan de manera cualitativa las unidades psicológicas tanto estructurales como de dinámica y funcionamiento presentes en las configuraciones individualizadas de cada sujeto estudiado, que se identificaron como relevantes para la

no adherencia al tratamiento o para favorecer la misma. La configuración psicológica no favorecedora para la adherencia se denominó convencionalmente: “resistencia a la salud” y la favorecedora: “persistencia en la salud”.

**Cuadro 6: Configuraciones psicológicas integradoras.**

<b>Configuración denominada: “resistencia a la salud”</b>	<b>Configuración denominada: “persistencia en la salud”</b>
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Falta de organización individual de un proyecto de vida</li> <li>• Poca o ausencia de capacidad para estructurar la dimensión futura</li> <li>• Autovaloración inadecuada con tendencia a la subvaloración</li> <li>• Rigidez en los procesos de pensamiento y acción</li> <li>• Representación inadecuada del proceso salud enfermedad</li> <li>• Creencias de salud inadecuadas. No percibir la enfermedad como amenazante y no tener percepción de autoeficacia</li> <li>• Falta de autorresponsabilidad en el proceso salud enfermedad (locus de control externo, no estructurada la voluntad )</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Organización individual de un proyecto de vida</li> <li>• Capacidad para estructurar la dimensión futura</li> <li>• Autovaloración adecuada</li> <li>• Esfuerzo volitivo orientado a la búsqueda de soluciones</li> <li>• Representación adecuada del proceso salud enfermedad</li> <li>• Creencias de salud adecuadas. Percibir la enfermedad como amenazante y tener percepción de autoeficacia</li> <li>• Autorresponsabilidad en el proceso salud enfermedad (locus de control interno, fortalecida la voluntad)</li> </ul>

En estas se integran de manera dinámica unidades psicológicas de distinto grado de complejidad, así como aspectos funcionales de la personalidad que movilizan el comportamiento del individuo hacia la expresión de los componentes integrativos de la estructura y dinámica de la adherencia al tratamiento, en sentido favorecedor del comportamiento esperado o para colocarlo en riesgo de no asumirlo.

La configuración “resistencia a la salud”, no favorecedora para la adherencia se caracteriza por la presencia de autovaloración inadecuada con tendencia a la

subvaloración que estimula la percepción de baja autoeficacia personal, la falta de organización individual de un proyecto de vida con poca o ausencia de capacidad para estructurar la dimensión futura con base en la rigidez de los procesos cognitivos que permitan las búsquedas de alternativas y soluciones productivas, una representación inadecuada de la enfermedad que hace al sujeto no percibirse en riesgo ni vulnerable y en consecuencia presentar falta de autorresponsabilidad en el proceso salud-enfermedad expresado en el predominio de un locus de control externo y poca estructuración de la voluntad.

La configuración “persistencia en la salud” favorecedora de la adherencia se caracteriza por similares unidades psicológicas estructurales y funcionales que la anterior, pero en este caso se especifican hacia su dimensión positiva. Se aprecia organización individual de un proyecto de vida con capacidad para estructurar la dimensión futura y una representación adecuada de la enfermedad con una percepción de esta como amenazante que genera en el individuo la autorresponsabilidad en el proceso salud-enfermedad expresado en un locus de control interno, fortalecida la voluntad con esfuerzo volitivo orientado a la búsqueda de soluciones. La autovaloración adecuada o inadecuada con tendencia a la sobrevaloración estimula la percepción de autoeficacia de las acciones realizadas con vistas a mantener la salud.

Un estudio cualitativo sobre configuraciones comportamentales relacionadas con estilo de vida en hipertensos realizado por Gutiérrez encuentra tres configuraciones. Dos relacionadas con el riesgo de enfermar, una denominada de “confluencia crítica”, la cual se expresa en un estilo de vida estructuralmente estrecho, centrado en un contexto de la vida y otra llamada “punto crítico” que se expresa en un estilo de vida estructuralmente amplio donde adquieren relevancia varios contextos que pueden ser fuentes generadores de las principales fuentes de autorrealización y marcan el punto de desequilibrio donde sobreviene la enfermedad. La tercera configuración la caracteriza como “oportunidades de salud” y se distingue por facilitar el mantenimiento de la salud, basado en tres elementos: ausencia de conflictos en los contextos relevantes para el sujeto, particularmente en el dominante, elevada autorrealización y auto cuidado del rol personal (Gutiérrez, 2003). Podría suponerse que en las configuraciones del estilo de vida de riesgo para enfermar se identifiquen elementos que no favorecen la adherencia al

tratamiento y en la denominada “oportunidades de salud”, la cual integra protectores y de autocuidado aspectos favorecedores para esta.

### **3.8 Marco aplicativo de los resultados de la investigación.**

Como marco aplicativo de los resultados de la investigación se realiza una propuesta de un modelo de atención para lograr la adherencia terapéutica. Se elaboró con el objetivo de ofrecer una herramienta metodológica que permita enriquecer las acciones encaminadas al logro de la misma, vinculadas al sistema de atención integral al paciente hipertenso y una alternativa orientadora para proyectar intervenciones dirigidas a mejorar los niveles de adherencia.

La propuesta incluye todos los aspectos que influyen en las manifestaciones de este proceso: las políticas del sector salud, el trabajo comunitario y los grupos sociales, la familia, el papel de la organización del servicio de salud, la relación entre profesionales y pacientes y el rol del individuo como sujeto autoresponsable del manejo de su condición de enfermedad. De este modo fue abordado el propio desarrollo de la investigación, de manera que los resultados obtenidos constituyen evidencias que fundamentan la propuesta que se presenta.

Se consideró como “componentes del modelo de atención” a aquellas esferas en las que es necesario intervenir para obtener mejores resultados, a través de una relación dinámica entre estos. También se ofrecen algunas “sugerencias”, emanadas de vivencias del proceso investigativo, las que pueden constituir procedimientos de aplicación práctica susceptibles de ser utilizadas como apoyo a la fase de ejecución de las intervenciones.

#### **3.8.1 Modelo teórico referencial utilizado para elaborar el marco aplicativo.**

El marco teórico que se tomó como referencia para elaborar la propuesta metodológica de atención integral a la adherencia terapéutica fue el “Modelo de atención crónica” de E. Wagner y colaboradores. Este modelo ofrece una visión integradora y salubrista de los diferentes componentes que se deben tener en cuenta para la atención a las enfermedades crónicas y ha sido utilizado como guía para realizar numerosas intervenciones dirigidas al mejoramiento de la calidad de la misma (Wagner y Davis, 2000; Wagner, Glasgow, Davis, Bonomi, Provost, McCulloch, Carver, Sixta, 2001; Oates, Tracey, 2005).



### **3.8.2 Componentes de la propuesta de modelo de atención para lograr la adherencia terapéutica** (Ver Figura 3).

I. Sistema de salud: el informe de la OMS trata la necesidad de que en la formulación de políticas de salud y en la actuación de los gerentes sanitarios se contemplen las consecuencias de la adherencia terapéutica deficiente, para evitarlas. En este se plantea que *“los problemas de la adherencia terapéutica han sido en general pasados por alto y, como resultado, esta ha recibido escasa intervención directa y sistemática”* (OMS, 2004, p.11) y que *“aumentar la efectividad de las intervenciones que la abordan puede tener una repercusión mucho mayor sobre la salud de la población que cualquier mejora en los tratamientos específicos”*(OMS, 2004, p.23) Esta demanda impone la necesidad de elevar el diagnóstico y la intervención en la adherencia terapéutica a estrategia prioritaria del sistema de salud lo cual debe ser reflejado en las propuestas de objetivos y acciones de los programas de atención, prevención y control de las enfermedades, sobre todo las crónicas y en este caso, la hipertensión arterial.

Se sugiere: valorar incluir en el “Programa Nacional de prevención, diagnóstico, evaluación y control de la hipertensión arterial” y la “Guía para su prevención, diagnóstico y tratamiento” acciones y sugerencias en diferentes niveles de trabajo en los que se atiendan los factores que influyen en la adherencia terapéutica con vistas a mejorarla.

II. Participación de la comunidad e intersectorialidad: la utilización de los recursos que están disponibles en las estrategias de trabajo comunitarios son fundamentales para la atención a las enfermedades crónicas. La participación social permite la identificación de los recursos comunitarios que colaboren en las acciones preventivas y en la mejoría de la calidad de vida de las personas (Castell-Florit, 2007).

El respaldo social recibido por los pacientes de otros miembros de la comunidad, de sus compañeros de trabajo y personal de asistencia es un factor importante que influye en los resultados de salud y puede mejorar la adherencia. En la investigación se constató que la indicación médica menos ejecutada por los hipertensos fue la realización de ejercicios físicos, además expresaron presentar dificultades para cumplir el régimen dietético. También los pacientes refirieron la percepción de no sentirse atendidos como “grupo que padece una enfermedad” de manera específica por el sistema de atención a la salud ni en los medios de comunicación social.

Se sugiere: fomentar el desarrollo sistemático de actividades sobre educación sanitaria con grupos de personas hipertensas en la comunidad y un sistema de cuidados a la persona hipertensa en el lugar de trabajo en el que se estimule por la adherencia y el control de la hipertensión.

III. Red de apoyo familiar: las redes de apoyo familiar cumplen una función de retroalimentación, refuerzo y estímulo para la adopción de conductas saludables, así en este sentido el informe de la OMS plantea “*los pacientes necesitan apoyo, no ser culpados*” (OMS, 2004, p.19). Los resultados de la investigación arrojaron que la percepción de apoyo de la red familiar constituye un factor muy importante para la adherencia al tratamiento antihipertensivo.

Se sugiere: involucrar a la familia o amigos cercanos en el proceso de atención al hipertenso, desde la instauración del tratamiento hasta su seguimiento donde se evalúe sistemáticamente su adherencia al tratamiento.

IV. Organización de los servicios de salud: la organización del sistema de asistencia sanitaria tiene el potencial para influir en el comportamiento de la adherencia terapéutica de los pacientes. Este sistema organiza y controla la planificación, acceso y continuidad de la asistencia, la asignación de personal sanitario, sus horarios y lugar de trabajo, la duración de las consultas, la asignación de recursos, los sistemas de comunicación e información y las prioridades de la organización (OMS, 2004). En la investigación se constató que la falta de estabilidad del médico que atiende al hipertenso es un factor que influye en los resultados de la adherencia. Además que la asistencia a la consulta de seguimiento es una recomendación que se cumple pobremente.

Se sugiere: llevar a la práctica el programa de atención integral al hipertenso que asegure la evaluación de su adherencia y retroalimentación sobre esta. La monitorización de manera sistemática, por el equipo de salud, de cada paciente ayudaría a adoptar en cada situación las decisiones más adecuadas. Se puede utilizar el “Cuestionario de evaluación de la adherencia terapéutica en hipertensión arterial”, elaborado en el curso de esta investigación el cual diagnóstica de manera rápida y sencilla el nivel de adherencia que presenta el paciente en el momento que se evalúa.

También hacer énfasis en la utilidad de la dispensarización, la citación a la consulta de seguimiento y garantizar la atención por el mismo equipo de salud, sin cambios innecesarios, en la medida de lo posible.

V. Formación integral de recursos humanos: la preparación del equipo de salud es una condición importante para obtener resultados en la intervención. Según informe de la OMS, *“los profesionales deben tener acceso al adiestramiento específico en la atención de la adherencia, se necesitan herramientas de orientación sobre la adherencia terapéutica adaptable a los diferentes entornos y tal adiestramiento debe abordar tres temas: el conocimiento sobre la adherencia, el razonamiento clínico de toma de decisiones y las acciones (herramientas comportamentales para los profesionales “.* (OMS, 2004, p.33).

Una investigación en la que se realizó un diagnóstico educativo sobre adherencia terapéutica en hipertensión arterial, en médicos y enfermeras del Policlínico “Mártires del Corintya” en Ciudad de La Habana constató que los proveedores no identifican a la adherencia como un problema que afecta el control de la enfermedad, no se consideraron debidamente capacitados para intervenir y ejecutar prácticas profesionales que influyan sobre la adherencia de los pacientes (Acosta González, 2003).

Se sugiere: elaborar programas de capacitación que preparen el equipo de salud en aspectos teóricos esenciales sobre el conocimiento y manejo de la adherencia terapéutica así como en la formación de habilidades profesionales para su atención. Por ejemplo, preparación en estrategias de consejería para conseguir establecer una relación empática entre estos y el paciente.

VI. Relación equipo de salud-paciente: una condición imprescindible para mejorar la adherencia terapéutica es lograr una buena relación de comunicación entre profesionales de salud y pacientes. Los recursos comunicativos que se movilicen cumplen un rol importante en todo el proceso de adherencia desde el momento de la instauración del tratamiento y durante el seguimiento del curso de la enfermedad. La implicación del paciente en la toma de decisiones y su participación activa en todo lo concerniente al cumplimiento de las indicaciones es fundamental, así como también es decisivo el rol del profesional y su capacidad para involucrar al paciente en el proceso.

En la investigación se obtuvo como resultado, valores promedios intermedios en los indicadores del componente de la adherencia que expresa la relación transaccional entre profesionales y pacientes, además las características positivas de la comunicación se comportaron como un factor que influye en los resultados de la adherencia de las personas hipertensas.

Se sugiere: tomar como base desde el primer momento de la atención de salud, las principales características demográficas del paciente que pueden marcar diferentes estrategias en su manejo; informar al paciente, con amplitud prudencial las características de la enfermedad y el tratamiento (ejemplo: efectos indeseables más frecuentes de los medicamentos, así como explicación detallada de las medidas higiénicas y dietéticas recomendables para cada caso) (Orueta, 2005).

También hacer partícipe al paciente de la decisión del plan terapéutico a seguir tratando de simplificar lo más posible el tratamiento elegido, confeccionar de manera conjunta con el paciente, de modo detallado y claro, un régimen de cumplimiento que se ajuste a los hábitos y rutinas diarias de su vida para evitar que la multiplicación de roles interfiera la adherencia y elaborar convenio explícito entre el profesional y el paciente, si es posible escrito, que garantice el compromiso de ambos, dirigido al logro de la adherencia.

VII. Apoyo al auto cuidado y fomento de autorregulación: la mayor parte de la atención necesaria para las enfermedades crónicas se basa en el autocuidado de los pacientes, es decir, el empeño, la ocupación e implicación con respecto al uso adecuado de la terapia medicamentosa y los cambios necesarios en el estilo de vida, lo cual evita riesgos potencialmente graves relacionados con esta enfermedad. Por esto las estrategias de trabajo deben conducir al desarrollo en el paciente de competencias para la autorregulación, de la capacidad para dirigir su comportamiento de manera autónoma, independiente y responsable con respecto a su rol de enfermo y todos los aspectos que este incluye.

Se sugiere: recomendar el uso de recordatorios escritos o de otro tipo que apoye la toma de medicamentos en el horario establecido, aconsejar la toma de medicamento asociada a una actividad diaria habitual, recomendar la solicitud de apoyo de otras personas: compañeros, amigos y familia en el seguimiento del régimen indicado, sobre todo la dieta

y la práctica de ejercicios físicos y sugerir que se retire el apoyo de terceras personas a medida que se adquiera mayor control sobre el comportamiento (Orueta,2005).

Asimismo, implementar la realización de intervenciones psicológicas individualizadas, por el personal de salud especializado para ello con aquellos pacientes que presenten resistencia en la adopción de los comportamientos recomendados y que exhiban pocas habilidades para establecer de manera proactiva una relación de negociación con los profesionales de salud y elaborar programas de atención psicológica dirigido a las personas no adheridas al tratamiento con vistas a modificar los componentes de las configuraciones psicológicas que no favorecen la adherencia al tratamiento.

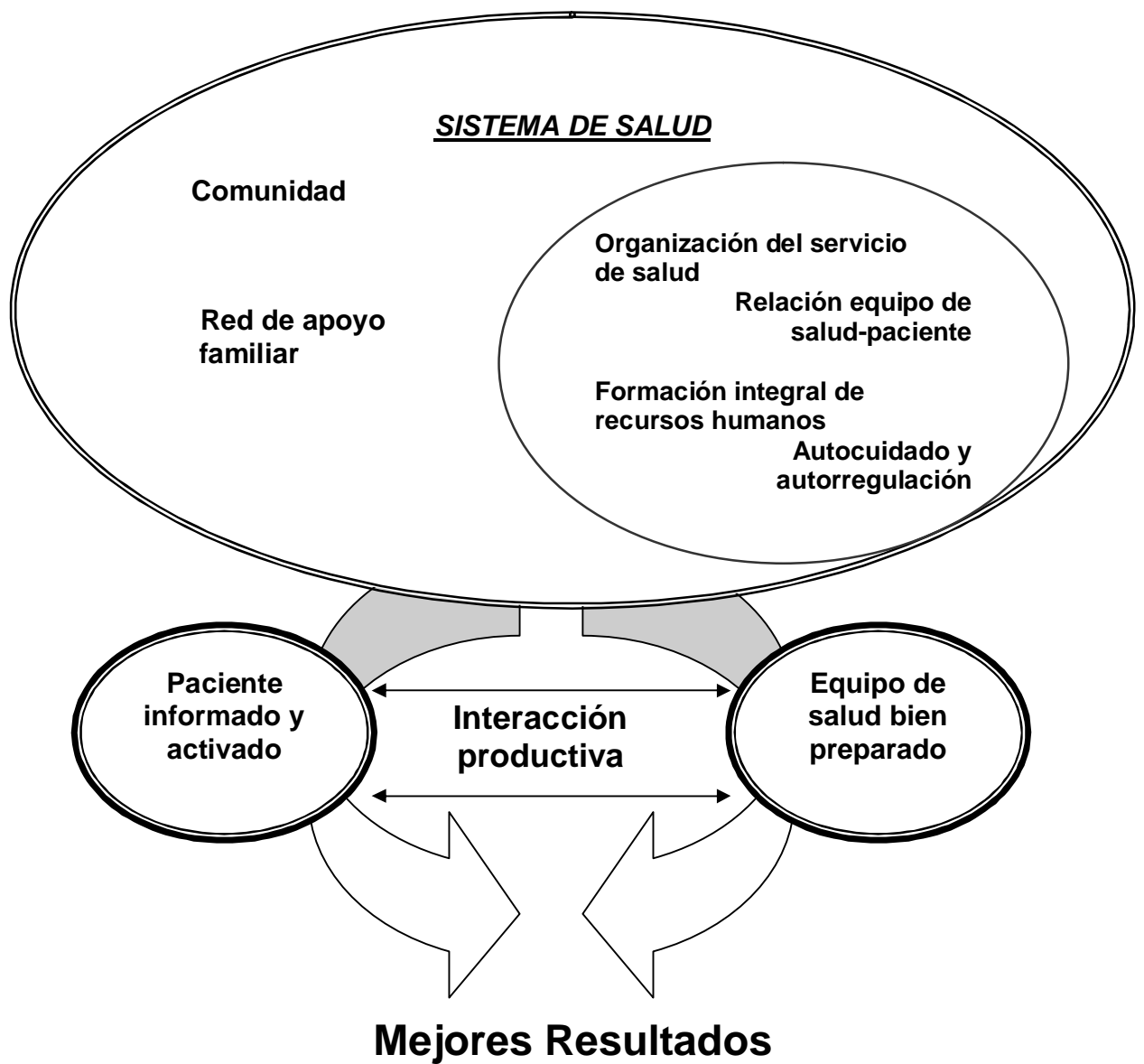


Figura 3: Propuesta de modelo de atención para lograr la adherencia terapéutica de personas hipertensas.

## Conclusiones

---

- La adherencia al tratamiento antihipertensivo se manifestó en tres niveles: total, parcial y no adherencia, los cuales expresan los diferentes grados alcanzados por la misma; aunque predominó el nivel de adherencia total con respecto a los demás su magnitud se considera insuficiente en relación con su importancia para esta enfermedad.
- La adherencia al tratamiento en hipertensos es un proceso conformado por tres componentes que reflejan su estructura: relación transaccional entre el paciente y el profesional, la implicación personal y el cumplimiento del tratamiento. El componente que presentó mayor dificultad resultó ser la relación transaccional entre profesionales y pacientes el cual expresa la posibilidad de negociar la estrategia del tratamiento.
- En la adherencia al tratamiento antihipertensivo influyen factores de diferente naturaleza: socioeconómicos, características demográficas, psicológicas y de la red familiar y social del paciente, la organización del servicio de salud, el funcionamiento del equipo de asistencia sanitaria, así como particularidades de la enfermedad y el tratamiento los que deben ser considerados de manera integral en las intervenciones encaminadas a la reducción de este problema.
- Los factores que favorecen u obstaculizan el proceso de adherencia al tratamiento, según integración de fuentes y tipos de información, presentan diferentes grados de consistencia. La disponibilidad de medicamentos antihipertensivos, la percepción de apoyo de la red familiar, la presencia de efectos indeseables de los medicamentos, la complejidad del tratamiento, características actitudinales del paciente y sus conocimientos acerca de la enfermedad y el tratamiento, resultaron los de mayor consistencia.
- Las manifestaciones de la autovaloración del sujeto, la capacidad para estructurar la dimensión futura y organizar un proyecto de vida, la realización de esfuerzos volitivos en la solución de problemas, las creencias de salud y la representación de la enfermedad, la utilización de operaciones cognitivas

en la función reguladora del comportamiento y la autorresponsabilidad en el proceso salud enfermedad permitieron caracterizar configuraciones psicológicas implicadas en el proceso de adherencia al tratamiento antihipertensivo.

- En las personas investigadas se identificaron dos configuraciones psicológicas integradoras: una con tendencia favorecedora para la adherencia denominada “persistencia en la salud” y otra con tendencia no favorecedora denominada “resistencia a la salud”, las cuales están caracterizadas por la expresión en dimensiones diferentes de las unidades psicológicas antes mencionadas.



## Recomendaciones

---

- Continuar el desarrollo de esta línea de investigación dirigida a perfeccionar y validar el instrumento de evaluación de la adherencia al tratamiento para responder a la demanda de su investigación en otras enfermedades crónicas, así como reproducir el estudio en poblaciones más amplias y en otros contextos.
- Establecer vínculos con diferentes instancias administrativas y asesoras del Sistema Nacional de Salud con el fin de apoyar el desarrollo de acciones dirigidas a mejorar la adherencia al tratamiento en hipertensión arterial, sobre la base de los resultados de la investigación.
- Establecer vínculos con las direcciones de las modalidades formativas de recursos humanos en Psicología de Salud y las disciplinas de las Ciencias Médicas y de la Salud en las que imparte este tema. Continuar su impartición en la formación de postgrado en programas de maestría.
- Diseñar un proyecto de intervención basado en la propuesta de modelo de atención que se presenta en la tesis y los resultados de la investigación de manera que se contribuya a mejorar los niveles de adherencia en personas hipertensas y en consecuencia al control de la enfermedad.

## Referencias bibliográficas

---

1. Acosta, M. (2003). *Diagnóstico educativo sobre adherencia terapéutica en hipertensión arterial*. Policlínico docente "Mártires de Corinthya". Municipio Plaza. ENSAP. Tesis para optar por el Título de Master en Promoción de Salud (tutoría de L. Martín).
2. Álvarez González, A. (2007). *Investigación cualitativa. Selección de lecturas*. La Habana: Editorial de Ciencias Médicas.
3. Álvarez Pérez, A., García, A., Bonet, M. (2007). Pautas conceptuales y metodológicas para explicar los determinantes de los niveles de salud en Cuba. *Revista Cubana de Salud Pública*. 33(2):1-1
4. Álvarez Valdivia, I. M. (2004). *Investigación cualitativa Diseños Humanísticos Interpretativos*. Universidad Central de Las Villas: Facultad de Ciencias Sociales y Humanísticas. Dpto. de Psicología
5. Amigó, I., Fernández, C., Pérez M. (1998). La adhesión a los tratamientos terapéuticos. En: Amigó I. (Ed.) *Manual de Psicología de la Salud*. Madrid: Pirámide, cap. 13, 229-70.
6. Bandura, A. (1989). Lifestyle and Health. Some remarks on different viewpoints. *Social Science and Medicine*, 19, 341-47.
7. Barra, E. (2003). *Psicología de la Salud*. Santiago de Chile: Mediterráneo, Editora Ltda.
8. Basterra, M. (1999) El cumplimiento terapéutico. *Pharmaceutical Care* 1,97-106.
9. Bayarre Vea, H. (2000) *Metodología de la investigación científica para la APS*. Publicación interna. La Habana: ENSAP.
10. Bayés, R. (2000). Aspectos psicológicos de la adherencia terapéutica. En: Yubero, S., Larrañaga, E. (Eds.) *SIDA: Una visión multidisciplinar*. Ediciones de la Universidad de Castilla- La Mancha, 95-103.
11. Becker, M.H. (1974). The Health Belief Model and personal health behavior. *Health Education Monographs*, 2, 324-473.

12. Bialik de Shkurovich R. (2003). La adherencia terapéutica desde una perspectiva antropológica. *México. Arch. Neurociencias* 8 (1), 46-51
13. Bonolo, P. (2003). Terapia anti-retroviral em individuos vivendo com HIV/AIDS, Belo Horizonte 2001-2003: o desafio da adesao. Tesis de Doctorado. Universidade Federal de Minas Gerais. Programa pos-graduação em Saúde Pública. Belo Horizonte-MG
14. Bonolo, P., Acurcio, F., Cibele, C., Ceccato, M., Menesez de Padua, C.C. (2005). Non-adherence among patients iniciating antirretroviral therapy: a challange for health professionals in Brazil. *AIDS* 19 (suppl 4), 500-507
15. Brannon, L., Feist, J. (2001). *Psicología de la Salud*. Madrid: Thomson Editores Spain Paraninfo, S.A.
16. Burnier, M. (2005). Conformidad con el tratamiento para la hipertensión arterial. *EDTNA/ERCA Journal*,157-161
17. Castell-Florit, P. (2007) *La intersectorialidad en la práctica social*. La Habana. Editorial Ciencias Médicas.
18. Castellanos, P. L. (1998). Los modelos explicativos del proceso salud-enfermedad: Los determinantes sociales. En: McGraw Hill Interamericana. Madrid. *Salud Pública*: 81-102 cap.5
19. Commeyras, C., Rey, L.J., Badre-Sentenac, S. (2006). Factores determinantes en el cumplimiento del tratamiento antirretroviral en Camerún durante el período inicial (2000-2002) Granada. *Pharmacy practice* 4(3),117-122
20. Costa Rica, Ministerio de Salud, Organización Panamericana de la Salud, Caja Costarricense de Seguro Social. (2005). Metodología para evaluar la calidad de la atención de la hipertensión: trazadora de hipertensión arterial. San José: autores.
21. Cuba, Ministerio de Salud Pública. (2004). Hipertensión arterial. Programa Nacional de prevención, diagnóstico evaluación y control de la hipertensión arterial. Guía para la atención médica. La Habana: autores.
22. Cuba, Ministerio de Salud Pública. (2005). Proyecciones de la salud pública en Cuba para el 2015. La Habana: autor.

23. Cuba, Ministerio de Salud Pública. (2006). Anuario Estadístico. Tablas de Mortalidad. La Habana: autor
24. Cuba, Ministerio de Salud Pública. (2006). Guía cubana para la prevención, diagnóstico y tratamiento de la hipertensión arterial. La Habana: autores.
25. Cuba, Ministerio de Salud Pública. (2008). Anuario Estadístico. Tablas de Mortalidad. La Habana: autor
26. Cuba, Ministerio de Salud Pública. (2008). Guía cubana para la prevención, diagnóstico y tratamiento de la hipertensión arterial. La Habana: autores.
27. Cuba, Ministerio de Salud Pública. (2008). Información sobre pacientes dispensarizados y población de Cuba 2005. Disponible:3-4-2008 <http://www.sld.cu/servicios/hta>
28. Culqui, R., Grijalva C.G., Reategui, S., Cajo, J.M., Suárez, L.A. (2005) Factores pronósticos del abandono del tratamiento antituberculoso en una región endémica del Perú. Washington. *Revista Panamericana de Salud Pública* 18(1)
29. De la Torre, E., López, C., Márquez, M., Gutiérrez, J. A., Rojas, F. (2005) Análisis de la eficiencia, la eficacia y la equidad en salud en Cuba. En: Ed. La Habana: Sociedad Cubana de Salud Pública. *Salud para todos sí es posible* : 171-231
30. Díaz Llanes, G. (2006). Introducción a la salud como sistema. Módulo Subjetividad y comportamientos en salud. En: CD-ROM Maestría en Psicología de la Salud. ISBN: 959 7158 42 6
31. Díaz Romero, R., Mendoza M. E., Padilla, J. B. (2004) Validación de un instrumento para evaluar la adherencia terapéutica en diabéticos durante el embarazo. *Perinatología. Reproducción humana*. 18(4):217-224
32. DiMatteo, M.R., DiNicola, D.D. (1982). *Achieving patient compliance: the psychology of the medical practitioner's role*. NY: Pergamon Press.
33. Dotres, C. (1999). Programa Nacional de Prevención, Diagnóstico, Evaluación y Control de la Hipertensión Arterial. *Revista Cubana de Medicina General Integral* 15(1), 46-87.
34. Ehrenzweig Sánchez Y. (2007). Modelos de cognición social y adherencia terapéutica en pacientes con cáncer. Bogotá. *Avances en Psicología*

*Latinoamericana* 25(1),7-21

35. El problema de la adherencia terapéutica en hipertensión arterial. Disponible: en [http:// psicología.sociales.uclv.edu.cu/3er%simposio/ponencia9.htm](http://psicología.sociales.uclv.edu.cu/3er%simposio/ponencia9.htm) 4-3-06
36. Espinosa Brito, A., Ordúñez, P., Álvarez, F., Vázquez, L., Armas, Y., Diez, E., Espinosa, A., Marrero, R. (2000) El Proyecto Global de Cienfuegos. Diez años después. *Revista de la Federación Argentina de Cardiología*: 29:524-526
37. Ferrer, V. A. (1995). Adherencia o cumplimiento de las prescripciones terapéuticas. Conceptos y factores implicados. *Revista de Psicología de la Salud* 7(1), 35-61.
38. Flórez-Alarcón L. (2005). La dimensión psicológica de la prevención y la promoción en salud. Manuscrito en preparación. Bogotá: Universidad de Bogotá. Departamento de Psicología. Facultad de Ciencias Humanas
39. Friedman, H.S., DiMatteo, M.R. (1989). Adherence and practitioner patient relationship. In: Friedman, H.S., DiMatteo, M.R. (Eds.). *Health Psychology*. NY: Prentice Hall, 68- 100.
40. Gálvez González, A. M. (1999). La farmacoeconomía en la eficiencia de la salud pública. *Revista Cubana de Salud Pública* 25 (11), 81-85
41. García de Alba, J., Salcedo Rocha, A. (2002). La hipertensión arterial esencial como problema de la salud pública. En: Universidad de Guadalajara (Ed) México: Hipertensión arterial en la Clínica. Centro de Ciencias de la Salud
42. Gascón, J., Sánchez-Ortuño, M., Llord, B., Skidmore, D., Saturno, P. (2004). Why hypertensive patients do not comply with the treatment. Results from a qualitative study. *Family Practice*. 21(2): 125-130
43. Ginarte, Y. (2001). La adherencia terapéutica. *Revista Cubana de Medicina General Integral* 17(5), 502-505.
44. González, F., Mitjans, A. (1989). *La personalidad. Su educación y desarrollo*. La Habana: Editorial Pueblo y Educación.
45. González Rey, F. (1994). *Personalidad, Salud y Modo de vida*. México DF: UNAM.
46. González Rey F. (1996). *Problemas Epistemológicos de la Psicología*. México D. F: Universidad Autónoma de México.

47. González Serra, D. (2008). *Psicología de la motivación*. La Habana: Editorial Ciencias Médicas.
48. Gottlieb, H. (2000). Medication non adherence: finding solutions to a costly medical problem. *Drug benefit trends* 12(6), 57-62
49. Granados, G., Roales, J.G., Moreno, E., Ibarra, J.L. (2007). Creencias en síntomas y adherencia al tratamiento farmacológico en pacientes con hipertensión. Granada. *International Journal of clinical and health psychology* 7(3), 697-707
50. Grau, J. A. (2002). Estrés, salud y enfermedad. En: CD-ROM Maestría en Psicología de la Salud. ISBN: 959 7158 42 6
51. Grau, Hernández y Villarroel (2005). Estrés, salutogénesis y vulnerabilidad. En: (Ed) Universidad de Guadalajara. México *Psicología de la salud. Fundamentos y aplicaciones*: 113-177.
52. Grau, J., Martínez, G. (2008). La concepción histórico cultural de Vigotsky y su impacto en la Psicología de la Salud. Conferencia impartida en Seminario sobre la obra de Vigostky. Universidad Autónoma de Sinaloa, México.
53. Guerrero Llamas, L. (2003.) Programa de intervención mixta sobre cumplimiento y calidad de vida en pacientes hipertensos. Disponible 12-07-08 en: [http:// www.fisterra.com/guias2/hipertension-arterial.asp.html](http://www.fisterra.com/guias2/hipertension-arterial.asp.html)
54. Gutiérrez, A. K. (2003). Las configuraciones comportamentales de riesgo en sujetos hipertensos. Trabajo para optar por el título de Master en Psicología de la Salud. Escuela Nacional de Salud Pública. La Habana.
55. Haynes, R.B. (1979). Introduction. In: Haynes R.B., Taylor D.W., Sackett D.L. (Eds.) *Compliance in health care*. Baltimore: John Hopkins University Press, 1-7.
56. Haynes, R.B., Montague, P., Oliver, T., McKibbin, K.A., Brouwers, M.C., Kanani, R. (2001). Interventions for helping patients to follow prescriptions for medications. *Cochrane Review*). In: *The Cochrane Library*, 4, 2001. Oxford: Updates Software.
57. Hernández, R. (1998). Missing doses have major impact on success of antiretroviral therapy. New York: AIDS Institute, 12-28.

58. Holguín, L., Correa, D., Arrivillaga, M., Cáceres, D., Varela, M. (2006). Adherencia al tratamiento de hipertensión arterial: efectividad de un programa de intervención biopsicosocial. Bogotá. *Universitas Psicológica*. 5(3) 535- 547
59. Ingaramo A., Vita, N., Bendersky, M. (2005). Estudio Nacional sobre Adherencia al Tratamiento. *Revista de la Federación Argentina de Cardiología* 34, 104-111
60. Kaplan, N. (2005). Tratamiento de la hipertensión. Los Angeles: Universidad de California. Escuela de Medicina
61. Karoly, P. (1993). Enlarging the scope of the compliance construct: toward developmental and motivational relevance. In: Krasnegor N.A., Epstein L., Bennett-Johnson S., Yaffe S.J., (Eds.) *Developmental aspect of health compliance*. Hillsdale, N.J: LEA, 11-27.
62. Kessner, M., Singer, C. (1973). Assessing health quality. The cases for tracers. *N. Engl. J. Med*; 288(4):189-194
63. Knobel, H. (2002). Cómo y por qué debe monitorizarse la adherencia al tratamiento antirretroviral en la actualidad. Hospital del Mar, Barcelona. *Interna, infecciosas, microbiol, clín.* 20(10) 481-3
64. Lalonde, M. (1974). A new perspective on the health of the Canadians. A working document, Minister of National Health and Welfare. Canadá: Ottawa.
65. Landero, L., Orejudo, S., Carroble, JA. (2005). Variables psicosociales en la adherencia al tratamiento antirretroviral en pacientes adscritos a un programa de mantenimiento con metadona. Oviedo. *Psicothema*, 17 (4): 0-0
66. Lifshitz, A. (2007). Importancia y complejidad de la adherencia terapéutica. *Revista Médica Instituto Mexicano de Seguro Social*, 45(4) :309-310
67. Louro, I. (2003). La familia en la determinación de la salud. *Revista Cubana de Salud Pública*, 29(1), 48-51.
68. Macía, D., Méndez, F.X. (1996). Evaluación de la adherencia al tratamiento. En: Buela-Casal, G., Caballo, V.E., Sierra, J.C. (Eds.) *Manual de Evaluación en Psicología Clínica y de la Salud*. Madrid: Siglo XXI.
69. Macía, D., Méndez, F.X. (1999). Líneas actuales de investigación en Psicología de la Salud. En: Simón, M.A. (Ed.). *Manual de Psicología de la Salud. Fundamentos, Metodología y Aplicaciones*. Madrid: Biblioteca Nueva,

cap. VII, 217-58.

70. Martín Alfonso, L. (2003). Aplicaciones de la psicología en el proceso salud enfermedad. *Revista Cubana de Salud Pública* 29(3), 275-281
71. Martín, L., Sairo, M., Bayarre, H. (2003). Frecuencia de cumplimiento del tratamiento médico en pacientes hipertensos. *Revista Cubana de Medicina General Integral*, 19(2):0-0
72. Martín, L., Grau, J. (2004). La investigación de la adherencia terapéutica como un problema de la psicología de la salud. En: *Psicología y Salud*. Instituto de investigaciones psicológicas. Universidad Veracruzana 14(1),89-99
73. Martín Alfonso, L. (2004). Acerca del concepto de adherencia terapéutica; *Revista Cubana de Salud Pública* 30(4), 0-0
74. Martín, L., Grau, J. (2005). La adherencia terapéutica como un problema de la psicología de la salud. En: En: (Ed) Universidad de Guadalajara. México *Psicología de la salud. Fundamentos y aplicaciones* :567-590
75. Martín Alfonso, L. (2006). Repercusiones para la salud pública de la adherencia terapéutica deficiente. *Revista Cubana Salud Pública* 32(3), 0-0
76. Martín, L. Bayarre, H., Grau, J. (2008). Validación del cuestionario MBG para evaluar la adherencia terapéutica en hipertensión arterial. *Revista Cubana de Salud Pública* 34(1),0-0
77. Martín Alfonso, L. (2009). Estado actual de la investigación de la adherencia al tratamiento: revisión de trabajos publicados entre 2003 y 2007. Manuscrito en preparación. La Habana. Escuela Nacional de Salud Pública.
78. Martins, AP., Ferreira, AP., Costa, FA., Cabrita, J. (2006). Como medir (o no medir) la adhesión en el tratamiento de erradicación. *Pharmacy Practice* (Granada) 4(2), 0-0
79. Martín, M., González, M., Bravo, M (2008). Inventario sobre algunas situaciones sociales. Escala de Rotter. En: CD-ROM Especialización en Psicología de la Salud. Facultad de Psicología. Universidad de La Habana (pendiente de ISBN).
80. Mendoza, P., Muñoz, M., Merino, J., Barriga, O. (2006). Factores determinantes de cumplimiento terapéutico en adultos mayores hipertensos. *Revista Médica Chile* 134, 65-71.



81. Morales, F. (1999). *Psicología de la Salud. Conceptos básicos y proyecciones de trabajo*. La Habana: Editorial Científico-Técnica.
82. Moriyama, I.M. (1968). *Indicador of social change. Problems in the measurements of health status*. New York: Ed. Rusell Sage Foundation. 593
83. Morris, H. (1964). *Uses of epidemiology*. Edinburgh and London: E. and S. Livingstone, Ltd.
84. Nichols-English, G., Poirier, S. (2002). Optimizing adherence to pharmaceutical care plans. *Journal American Pharmaceutical Assoc.* 40(4), 475-485
85. Nogués, X. Sarli, M.L., Villar, J. (2007). Instrumentos de medida de adherencia al tratamiento. *Anales de Medicina Interna ( Madrid)* 24 (3), 138-141
86. Oates, K., Tracey, D. (2005). Chronic disease management. Highland NHS Board. Item 4 [http:// www2.nhshighland.scot.nhs.uk/](http://www2.nhshighland.scot.nhs.uk/)
87. Organización Mundial de la Salud. (2003a). La OMS alerta del bajo seguimiento de los tratamientos por parte de pacientes con enfermedades crónicas. Ediciones Doyma S .L. Jano-Online y agencias. 1-7-2003
88. Organización Mundial de la Salud. (2003b). La OMS alerta sobre riesgos de incumplimiento del tratamiento médico. Disponible en [www.infomed.sld.cu](http://www.infomed.sld.cu) 7-7-2003
89. Organización Mundial de la Salud. (2004). *Adherencia a los tratamientos a largo plazo. Pruebas para la acción*. Washington, DC: Traductor.
90. Orduñez, P., Bernal, J. L., Pedraza, D., Espinosa Brito, A., Silva, L. C., Cooper, R. (2006). Success in control of hypertension in a low-resource setting: the Cuban experience. *Journal of Hypertension*, 24:845-849
91. Orduñez, P., Barceló, A., Bernal, J.L, Espinosa Brito, A., Silva, L.C., Cooper, R. (2008). Risk factors associated with uncontrolled hypertension: findings from the baseline CARMEN survey in Cienfuegos, Cuba. *Journal of hypertension*,26:663-671
92. Ortiz, M. (2006). Estrés, estilo de afrontamiento y adherencia al tratamiento de adolescentes diabéticos Tipo I. Chile. *Terapia psicológica* 24 (2): 2-12

93. Ortiz, M., Ortiz, E. (2007). Psicología de la Salud: Una clave para comprender el fenómeno de la adherencia terapéutica. *Revista Médica de Chile* 135:647-652
94. Orueta, R., Gómez, R.M., Redondo, S., Soto, M., Alejandre, G., López, J. (2001) Factores relacionados con el incumplimiento a citas concertadas de un grupo de pacientes hipertensos. *Medifam.* 11(3):
95. Orueta Sánchez, R. (2005). Estrategias para mejorar la adherencia terapéutica en patologías crónicas. España. *Información terapéutica del Sistema Nacional de Salud.* 29(2), 40-48
96. Orzáes, M. T, Rodríguez, A., Morales, E. (2006). Determinación de los factores condicionantes en la adhesión y cumplimiento de la dieta en pacientes con IRC: Estudio previo para elaborar guía dietética. Madrid. *Nutrición hospitalaria* 21(2), 145-154
97. Pérez Lovelle, R. (1989). *La psiquis en la determinación de la salud.* La Habana: Editorial Científico-Técnica.
98. Piña López, J., Sánchez Sosa, J. (2007). Modelo psicológico para la investigación de los comportamientos de adhesión en personas con VHI Bogotá. *Universitas Psychologica* 6(2), 399-407
99. Pineaul, R; Daveluy, C. (1987). *La planificación sanitaria. Conceptos, métodos y estrategias.* Barcelona: Masson SA.
100. Resik Habib, P. (2003). *La causalidad en epidemiología.* La Habana: Editorial Científico-Técnica.
101. Roca, M. (2000). *Apoyo Social: su significación para la Salud Humana.* La Habana: Editorial Félix Varela.
102. Rodríguez G., Gil J., Jiménez G. (2004). Metodología de la Investigación Cualitativa. La Habana: Editorial Félix Varela.
103. Rodríguez Marín, J. (1995). Efectos de la interacción entre el profesional sanitario y el paciente. Satisfacción del paciente. Cumplimiento de las prescripciones terapéuticas. En: Rodríguez Marín, J. (Ed.) *Psicología Social de la Salud.* Madrid: Síntesis, 151-60.
104. Rojas Ochoa, F. (2004). El componente social de la salud. *Revista Cubana de Salud Pública* 30(4), 0-0

105. Rosenstock, I.M. (1985). Understanding and enhancing patient compliance with diabetic regimens. *Diabetes Care*, 8, 610-616.
106. Rosenstock, I.M., Kirscht, J.P. (1982). Why people seek health care? In: Stone, G.C. et al. (Dir.). *Health Psychology Handbook*. San Francisco, Ca: Jossey-Bass, 118-25.
107. Sánchez Cisneros, N. (2006). Adherencia terapéutica en hipertensión arterial sistémica. *Revista Mexicana de Enfermería Cardiológica* 14(3), 96-101
108. Schmidt Río-Valle, J., Cruz Quintana, F., Villaverde, C. (2006). Adherencia terapéutica en hipertensos. Estudio cualitativo. *Granada. Index Enfermería* 15 (54), 25-29
109. Serra, J. A. (2003). Comunicación entre el paciente anciano y el médico. *Anales de Medicina Interna (Madrid)* 20, 51-58.
110. Sicras, A., Fernández, J., Rejas, J., García, M. (2006). Patrón de cumplimiento terapéutico de antihipertensivos y/o hipolipemiantes en pacientes hipertensos y/o dislipémicos en Atención Primaria. *Anales de Medicina Interna ( Madrid)* 23, 361-368
111. Silberman, P., Ruggero, S., Perruza, F., López, S., Polla, S., Speronia, V., Bugatti, F., Príncipe, F., Urriaga, G. (2006). Saberes previos y adherencia terapéutica en hipertensión arterial. Argentina. *Revista Científica de la AMBB* 16 ( 2), 46-50
112. Silva Aycaguer, L. C. (1994). *Excursión a la regresión logística en ciencias de la salud*. Madrid. Editorial: Díaz de Santos
113. Silva Aycaguer, L. C. (2000). *Diseño razonado de muestras y captación de datos para la investigación sanitaria*. Madrid: Editorial: Díaz de Santos
114. Valera Alfonso, O. (2003). *Las corrientes de la psicología contemporánea*. La Habana: Editorial Pueblo y Educación.
115. Vargas, P., Robles, E. (1996). La adherencia a las recomendaciones para el cuidado de la salud: una perspectiva psicológica. En: Ortiz Viveros, G. (coord.) *Psicología y salud. La experiencia mexicana*. Xalapa: Universidad Veracruzana, 97-115

116. Vergel, G. (1995). Cumplimiento del tratamiento antihipertensivo por pacientes hipertensos dispensarizados en dos municipios de Ciudad de La Habana. *Revista Cubana de Medicina General Integral* 11(29),150-156.
117. Villa, I. Vinaccia, S. (2006). Adhesión terapéutica y variables asociadas en pacientes con diagnóstico de VIH/Sida. México. Universidad Veracruzana. *Psicología y salud* 16(1): 16-62.
118. Wagner, E., Davis, R. (2000). Advances in managing chronic disease. *BMJ*,320:525-529
119. Wagner, E., Glasgow, R., Davis, C., Bonomi, A., Provost, L., McCulloch, D., Carver, P., Sixta, C. (2001). Quality improvement in Chronic Illness Care: a collaborative approach. *Journal on quality improvement.* (27)2:63-80
120. Zaldívar, D. (2003a). Adherencia terapéutica y modelos explicativos. *Salud para la vida.* Disponible en: <http://www.infomed.sld.cu>, 4-4-03.
121. Zaldívar, D. (2003b). Factores psicosociales y adherencia terapéutica. *Salud para la vida.* Disponible en: <http://www.infomed.sld.cu>, 4-4-03.

## Anexos

---

### ANEXO 1

#### Guía de entrevista a expertos

Nombre: \_\_\_\_\_

Profesión: \_\_\_\_\_ Cargo: \_\_\_\_\_

Institución de Salud: \_\_\_\_\_

#### **Introducción:**

Estamos realizando una investigación sobre el comportamiento de las personas con hipertensión arterial, especialmente acerca de la adherencia de los pacientes al tratamiento médico indicado. Sabemos que existen criterios diferentes entre los profesionales de la salud acerca del concepto de adherencia terapéutica y muchas suposiciones acerca de las causas de la adhesión o no al tratamiento, en estos enfermos.

Por sus conocimientos y experiencia con pacientes hipertensos lo hemos seleccionado como experto para realizar esta entrevista que tiene como objetivo recoger información acerca de la adherencia al tratamiento antihipertensivo y los factores que influyen en que los pacientes se adhieran o no al mismo. Por otra parte deseamos tener información directa de profesionales de distintas categorías ocupacionales (médicos, enfermeras, psicólogos) y diferentes niveles de atención.

Queremos saber si usted ¿está de acuerdo en participar de esta entrevista?

#### **Preguntas:**

1. ¿Qué es para usted adherencia terapéutica?
2. ¿Cuándo podemos decir que el paciente hipertenso está adherido al tratamiento?
3. ¿Usted cree que podemos hablar de diferentes niveles de adherencia al tratamiento?  
Explique su idea.
4. ¿Cuándo usted cree que un paciente hipertenso está adherido parcialmente?
5. ¿Cuándo lo consideraría no adherido al tratamiento?
6. ¿Cuáles serían los factores que contribuyen a la no adherencia?
7. ¿Cuáles serían los factores que hacen que los pacientes si se adhieran al tratamiento indicado por el médico?
8. Otros criterios o experiencias que desee expresar.

## ANEXO 2

### Análisis de contenido de la entrevista a personal de salud

#### Criterios sobre adherencia al tratamiento

<ul style="list-style-type: none"><li>• La adherencia terapéutica es el cumplimiento de las indicaciones médicas de manera consciente y activa</li></ul>
<ul style="list-style-type: none"><li>• La adherencia total es el seguimiento de todas las indicaciones médicas</li></ul>
<ul style="list-style-type: none"><li>• La adherencia puede tener diferentes tipos o modalidades</li></ul>
<ul style="list-style-type: none"><li>• Es parcial cuando el paciente sigue una parte de las indicaciones, sobre todo las farmacológicas.</li></ul>
<ul style="list-style-type: none"><li>• No está adherido cuando no cumple o lo hace de una manera tan baja que no es efectiva para la enfermedad</li></ul>

#### Factores que favorecen la no adherencia en la HTA según personal de salud

<ul style="list-style-type: none"><li>• Desconocimiento de la enfermedad.</li></ul>
<ul style="list-style-type: none"><li>• Efectos indeseables de los medicamentos.</li></ul>
<ul style="list-style-type: none"><li>• Resistencia al cambio de estilo de vida.</li></ul>
<ul style="list-style-type: none"><li>• Complejidad del tratamiento.</li></ul>
<ul style="list-style-type: none"><li>• Baja percepción de la gravedad de la enfermedad.</li></ul>
<ul style="list-style-type: none"><li>• Ocupación del paciente.</li></ul>
<ul style="list-style-type: none"><li>• Necesidad de educación al paciente.</li></ul>
<ul style="list-style-type: none"><li>• No incorporación al tratamiento de intervención psicológica.</li></ul>

#### Factores que favorecen la adherencia en la HTA según personal de salud

<ul style="list-style-type: none"><li>• Nivel de escolaridad y cultural general del paciente.</li></ul>
---

<ul style="list-style-type: none"> <li>• Percepción de la gravedad de la enfermedad por experiencias personales o con familiares.</li> </ul>
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Conocimiento de la enfermedad.</li> </ul>
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Factibilidad de medicamentos.</li> </ul>
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Relación estable y empática entre el médico y el paciente.</li> </ul>
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Apoyo social y familiar</li> </ul>
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Características psicológicas del paciente.</li> </ul>
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Programas de educación al paciente hipertenso.</li> </ul>

### ANEXO 3

#### **Cuestionario para la evaluación de la adherencia terapéutica en hipertensión arterial.**

Estimado paciente:

Para estudiar cómo se comporta el cumplimiento de las indicaciones orientadas a los pacientes con Hipertensión Arterial, solicitamos su colaboración, dando respuesta a las preguntas que aparecen a continuación. La garantizamos la mayor discreción con los datos que pueda aportarnos, los cuales son de gran valor para nuestro estudio. Muchas gracias.

Edad: \_\_\_\_\_ Sexo: \_\_\_\_\_ Ocupación: \_\_\_\_\_

Nivel de escolaridad: \_\_\_\_\_ Consultorio: \_\_\_\_\_

Años de diagnosticada la enfermedad: \_\_\_\_\_

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 ejercicios físicos \_\_\_\_\_

B) A continuación usted encontrará un conjunto de afirmaciones. Por favor, no se preocupe en pensar si otras personas están 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:

<b>AFIRMACIONES</b>	<b>SIEMPRE</b>	<b>CASI SIEMPRE</b>	<b>A VECES</b>	<b>CASI NUNCA</b>	<b>NUNCA</b>
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.					

**C) RESPONDA LAS SIGUIENTES PREGUNTAS SEGÚN SE LE SOLICITE.**

**1. De las siguientes afirmaciones marque con una X, la que corresponda con su criterio:**

- a)  Siento las orientaciones médicas como una barrera para el desenvolvimiento adecuado de mi vida.
- b)  Mantener el tratamiento es un impedimento para sentirme feliz.
- c)  Veo que el tratamiento es una necesidad para sentirme mejor.
- d)  Siento que las indicaciones médicas son una modificación de mi conducta necesaria para sentirme bien.
- e)  Muchas veces he considerado que vivo para tomar medicamentos.

**2. Según sus conocimientos conteste marcando con una X lo que considere verdadero.**

- a)  La hipertensión es una enfermedad que se padece toda la vida con cualquier tipo de tratamiento.
- b)  La hipertensión puede controlarse con dieta, ejercicios y medicación.
- c)  En la hipertensión, los tratamientos sólo se realizan si las cifras de tensión son elevadas.
- d)  En la hipertensión sólo es importante mantener el tratamiento medicamentoso.



**3. De no realizar el tratamiento o realizarlo parcialmente, esto se debe a: (Marque las alternativas que considere).**

- a)  El tratamiento es complejo (más de un medicamento, varias veces en el día).
- b)  Existe frecuente falta de medicamento en la farmacia.
- c)  No tengo suficiente dinero para pagar los medicamentos.
- d)  Por efectos indeseables que producen los medicamentos.
- e)  Considero que el tratamiento no resuelve mi problema de salud.
- f)  Se me olvida hacer el tratamiento correcto.

**4. De acuerdo a su disposición de enfrentar su enfermedad usted se siente capaz de:**

- a)  Llevar a cabo el tratamiento medicamentoso.
- b)  Modificar sus hábitos de vida.
- c)  Llevar a cabo todas las indicaciones que le hace su médico.

**5. Cuando le informaron que era hipertenso:**

- a)  Sintió que peligraban sus proyectos de trabajo.
- b)  Sintió que cambiaban sus relaciones con la familia y los amigos.
- c)  Pensó que era un error.
- d)  Sintió que su vida acabaría rápidamente.
- e)  Se acentuó su dependencia de cuidado y afecto de su familia.
- f)  Sintió que perdía oportunidades laborales.
- g)  Buscó información en libros de medicina.
- h)  Hizo preguntas a otras personas acerca de la enfermedad.
- i)  Buscó ayuda económica de la familia
- j)  Se sintió culpable por padecer una enfermedad crónica.
- k)  Continuó su vida como si nada hubiera pasado.

**6. Considera que el apoyo recibido por las personas significativas para usted para garantizar el cumplimiento del tratamiento es: (Marque sólo una alternativa)**

- a)  Suficiente.
- b)  Medianamente suficiente.
- c)  Insuficiente.

**7. Usted hace el tratamiento cuando siente algunos de los siguientes síntomas:**

- a)  Mareos.
- b)  Dolor en el pecho.
- c)  Sudoración.
- d)  Frialdad.
- e)  Zumbido en los oídos.
- f)  Dolor de cabeza
- g)  Dolor en los ojos.
- h)  Lo realizo siempre aunque no tenga los síntomas anteriores.

**8. Marque con una X según corresponda:**

- a)  Entiendo las indicaciones médicas dadas verbalmente
- b)  Entiendo las indicaciones médicas que me dan por escrito
- c)  No entiendo las indicaciones médicas
- d)  Entiendo poco las indicaciones médicas

**9. En la consulta, usted percibe que su médico:**

- a)  Le explica con énfasis la importancia de realizar el tratamiento.
- b)  Lo consulta sin mostrar interés.
- c)  Se manifiesta impaciente por concluir.
- d)  Se muestra receptivo ante sus dudas.
- e)  Es agradable en el trato.
- f)  Es desagradable en el trato.
- g)  Le explica y refuerza la indicación escrita en el método.
- h)  Le indica el tratamiento poco a poco.

**10. Como se siente con la atención que recibe de su médico: (Marque sólo una alternativa)**

- a)  Insatisfecho.
- b)  Satisfecho.
- c)  Muy satisfecho.

## ANEXO 4

### Resumen de ideas priorizadas en los grupos nominales

Factores que contribuyen al cumplimiento del tratamiento referidas por los pacientes  
ADHERIDOS al tratamiento.

<ol style="list-style-type: none"><li>1. Hay medicinas en la farmacia. (4 grupos nominales)</li><li>2. Por ser disciplinado (4 grupos )</li><li>3. Por mejorar la salud ( 2 grupos)</li><li>4. Tener interés en el cumplimiento.</li><li>5. Por tener controlada la HTA.</li><li>6. La organización de la persona.</li><li>7. Sentirse bien y no tener preocupación.</li><li>8. Desear vivir más y con mejor calidad de vida.</li><li>9. El tratamiento no es tan complejo.</li><li>10. Hay médico en el consultorio.</li><li>11. No causarle problemas ni preocupaciones a la familia</li><li>12. La salud es lo más importante.</li><li>13. Buena atención médica.</li><li>14. Buen trato del medico y enfermera de la familia.</li><li>15. Interés por sentirme bien.</li><li>16. Hay que cuidarse.</li><li>17. El tratamiento es bueno.</li><li>18. Conocer la gravedad de la HTA descontrolada.</li><li>19. Asistir a la consulta, al chequeo.</li></ol>	<ol style="list-style-type: none"><li>20. Cumplir el tratamiento con exactitud.</li><li>21. Cumplir las orientaciones del médico.</li><li>22. Tener control de la dieta orientada.</li><li>23. No automedicarse.</li><li>24. Tener voluntad.</li><li>25. Ayuda de la familia.</li><li>26. Disposición de hacer el tratamiento.</li><li>27. Evitar los disgustos.</li><li>28. Tomar los medicamentos a la misma hora.</li><li>29. Visita del médico y la enfermera al hogar si el paciente no acude.</li><li>30. Conocimiento de la enfermedad.</li><li>31. Garantizar calidad de vida.</li><li>32. Relación excelente con los médicos.</li><li>33. Facilidad para hacer ejercicios.</li><li>34. Alimentación garantizada.</li><li>35. Mantener la salud.</li><li>36. No es difícil cumplirlo.</li><li>37. Hacer ejercicios por hábito.</li></ol>
---	--

Factores que contribuyen al incumplimiento del tratamiento referidas por los pacientes NO ADHERIDOS al tratamiento.

<ol style="list-style-type: none"> <li>1. No tiene dinero suficiente para hacer la dieta ( 4 grupos nominales)</li> <li>2. Son irresponsables (3 grupos nominales)</li> <li>3. No hay seguimiento por el médico. (2)</li> <li>4. Tiene muchos problemas que resolver en el hogar. (2)</li> <li>5. Porque está controlada (2)</li> <li>6. Aparecen síntomas molestos que dan miedo (2)</li> <li>7. Falta de voluntad (2)</li> <li>8. Problemas en la familia y el trabajo olvida tomar las pastillas ( 2)</li> <li>9. Dificultad para conseguir el medicamento</li> <li>10. El medicamento lo deprime.</li> <li>11. No tener médico fijo.</li> </ol>	<ol style="list-style-type: none"> <li>12. Falta en la farmacia de un medicamento</li> <li>13. Despreocupación de cumplir el tratamiento cuando se siente bien.</li> <li>14. La no asistencia a los controles por parte de los enfermos.</li> <li>15. Dieta muy estricta.</li> <li>16. Se le olvida.</li> <li>17. Falta de interés por cumplir el tratamiento.</li> <li>18. El trabajo es muy complicado y no recuerda tomar las medicinas.</li> <li>19. Está cansada de tomar tantas pastillas.</li> <li>20. Falta de disciplina.</li> <li>21. No siempre el médico orienta adecuadamente</li> <li>22. Poca atención social al hipertenso</li> </ol>
---	---

## ANEXO 5

### Entrevista semiestructurada (1ra. parte)

Estimado paciente:

Con el objetivo de conocer información sobre los pacientes que padecen hipertensión arterial, y como asumen el cumplimiento de las indicaciones médicas, necesitamos su colaboración. Garantizamos que la información que nos brinde será mantenida en el anonimato respetando al máximo su privacidad. Tiene usted la absoluta libertad de colaborar o no, pero si decide hacerlo sus opiniones serán muy apreciadas y ayudarán a crear salud para todos.

Gracias.

Datos generales:

Nombre y apellidos \_\_\_\_\_

Edad: \_\_\_\_ Sexo: \_\_\_\_ Escolaridad: \_\_\_\_\_ Ocupación: \_\_\_\_\_

Estado civil: \_\_\_\_\_ Número de hijos: \_\_\_\_\_

Hábitos Tóxicos \_\_\_\_\_

Enfermedades que padece: \_\_\_\_\_

APF

APP

Estado actual:

Las siguientes preguntas solo son un guía general que orienta la entrevista para lograr uniformidad en la recogida de datos pero puede cambiar en dependencia del caso, según este lo requiera.

Área familiar:

- ¿Cuál es su lugar en la familia, tiene hermanos, cómo es su relación con ellos y otros familiares?
- ¿Cómo se sintió en su infancia?
- Principales recuerdos.
- ¿Cuando las cosas no salían como usted esperaba?

Área escolar:

- Cómo fue su etapa escolar, éxitos fracasos, principales recuerdos.
- Sus estudios superiores.

Área profesional y laboral:

- Se dedica a lo que estudió
- Se siente satisfecho
- Éxitos y fracasos.

Familia actual, pareja y sexualidad:

- Cómo son las relaciones con su familia actual
- Cómo se siente en su relación de pareja
- En el desempeño de su sexualidad.

Hijos:

- Cómo es su relación con ellos
- Cómo se siente en su comunicación con ellos

Redes de apoyo:

- ¿Tiene usted amigos, como se relaciona con ellos?

Creencias en salud:

- Qué cree que hace falta para tener salud
- Se considera usted saludable
- Cree que la HTA es un problema para su vida
- Cumple usted con las indicaciones que le da su médico.
- Por que lo hace

Apoyo familiar, voluntad:

- Se siente apoyado por su familia en lo relacionado con su salud.
- Cuando toma una decisión relacionada con su salud, ¿la mantiene o la abandona?
- Para otras decisiones en su vida, se desanima o se mantiene en su decisión.

Proyección Futura:

- ¿Tiene planes para el futuro, cuales son?
- ¿Desea expresar algo que considere importante para esta investigación que no haya preguntado?

## ANEXO 6

### Entrevista semiestructurada (2da. parte)

Se integra al desarrollo de la entrevista la profundización en los aspectos que se considere necesario a partir de la información relevante obtenida con la aplicación de las diferentes técnicas, en cada caso estudiado. Se profundiza además, en las áreas fundamentales ya exploradas en la primera entrevista.

## ANEXO 7

### Test de completamiento de frases. F. González Rey.

1. Me gusta \_\_\_\_\_
2. El tiempo más feliz \_\_\_\_\_
3. Quisiera saber \_\_\_\_\_
4. Lamento \_\_\_\_\_
5. Mi mayor temor \_\_\_\_\_
6. En la escuela \_\_\_\_\_
7. NO puedo \_\_\_\_\_
8. Sufro \_\_\_\_\_
9. Fracasé \_\_\_\_\_
10. La lectura \_\_\_\_\_
11. Mi futuro \_\_\_\_\_
12. El matrimonio \_\_\_\_\_
13. Estoy mejor \_\_\_\_\_
14. Algunas veces \_\_\_\_\_
15. Este lugar \_\_\_\_\_

16. La preocupación principal \_\_\_\_\_
17. Deseo \_\_\_\_\_
18. Yo secretamente \_\_\_\_\_
19. Yo \_\_\_\_\_
20. Mi mayor problema es \_\_\_\_\_
21. El trabajo \_\_\_\_\_
22. Amo \_\_\_\_\_
23. Mi principal ambición \_\_\_\_\_
24. Yo prefiero \_\_\_\_\_
25. Mi problema principal \_\_\_\_\_
26. Quisiera ser \_\_\_\_\_
27. Creo que mis mejores actitudes son \_\_\_\_\_
28. La felicidad \_\_\_\_\_
29. Considero que puedo \_\_\_\_\_
30. Me esfuerzo diariamente por \_\_\_\_\_
31. Me cuesta trabajo \_\_\_\_\_
32. Mi mayor deseo \_\_\_\_\_
33. Siempre he querido \_\_\_\_\_
34. Me gusta mucho \_\_\_\_\_
35. Mis aspiraciones son \_\_\_\_\_
36. Mis estudios \_\_\_\_\_
37. Mi vida futura \_\_\_\_\_
38. Trataré de lograr \_\_\_\_\_
39. A menudo reflexiono sobre \_\_\_\_\_
40. Me he propuesto \_\_\_\_\_
41. Mi mayor tiempo lo dedico a \_\_\_\_\_
42. Siempre que puedo \_\_\_\_\_
43. Lucho \_\_\_\_\_
44. A menudo siento \_\_\_\_\_
45. El pasado \_\_\_\_\_
46. Me esfuerzo \_\_\_\_\_
47. Las contradicciones \_\_\_\_\_
48. Mi opinión \_\_\_\_\_
49. Pienso que los demás \_\_\_\_\_
50. El hogar \_\_\_\_\_
51. Me fastidian \_\_\_\_\_
52. Al acostarme \_\_\_\_\_
53. Los hombres \_\_\_\_\_
54. La gente \_\_\_\_\_
55. Una madre \_\_\_\_\_
56. Siento \_\_\_\_\_
57. Los hijos \_\_\_\_\_
58. Cuando era niño (a) \_\_\_\_\_
59. Cuando tengo dudas \_\_\_\_\_
60. En el futuro \_\_\_\_\_
61. Necesito \_\_\_\_\_
62. Mi mayor placer \_\_\_\_\_
63. Odio \_\_\_\_\_
64. Cuando estoy solo \_\_\_\_\_
65. Mi mayor temor \_\_\_\_\_
66. Si trabajo \_\_\_\_\_

67. Me deprimó cuando \_\_\_\_\_  
68. El estudio \_\_\_\_\_  
69. Mis amigos \_\_\_\_\_  
70. Mi grupo \_\_\_\_\_

## ANEXO 8

Redacte una composición con el título: "El sentido de mi vida".

## ANEXO 9

### Inventario Personal Sobre Algunas Situaciones Sociales de Rotter (Locus de Control)

Nombre \_\_\_\_\_

Edad \_\_\_\_\_

Sexo \_\_\_\_\_

Este es un cuestionario para determinar cómo ciertos acontecimientos en nuestra sociedad afectan a distintas personas. Cada ítem consiste de dos oraciones denominadas **a** y **b**. escoja entre las alternativas, la que más fuertemente usted crea (en su opinión) que describa la situación expuesta. Marque la alternativa (**a** o **b**) que indique su opinión en la hoja de respuestas. Cerciorase de escoger la alternativa en que verdaderamente crea, en vez de la que piensa que deba escoger o la que quisiera que fuese verdad. El presente cuestionario es una medida de las creencias personales y por lo tanto no hay respuestas correctas o incorrectas.

Por favor conteste con cuidado pero sin detenerse particularmente en ningún ítem. Tal vez descubra que en algunos casos usted crea en ambas alternativas o que no cree en ninguna de las dos. En esos casos escoja la alternativa que más se acerque a lo que usted cree y en lo que a usted respecta. Trate de contestar a cada ítem independientemente al hacer su selección, no se deje afectar por sus selecciones anteriores.

#### RECUERDE:

Escoja la alternativa que usted personalmente crea que sea la más verdadera.

- 1- a) Muchas de las desdichas (cosas malas) que le pasan a la gente se deben a la mala suerte.  
b) Las desdichas (desgracias) de la gente se deben a equivocaciones que cometen.
- 2- a) Una de las razones principales de por qué hay guerras es porque la gente no se interesa lo suficiente en política.  
b) Siempre habrá guerra, no importa cuánto trate la gente para evitarlas.
- 3- a) A la larga en este mundo la gente recibe el respeto que se merecen.  
b) Por desgracia, el valor de un individuo a menudo pasa inadvertido, a pesar



del esfuerzo que haga.

- 4- a) No tiene sentido la idea de que los maestros sean injustos con los estudiantes.  
b) La mayoría de los estudiantes no se dan cuenta del grado en que la casualidad influye en sus notas (calificaciones).
- 5- a) No se puede ser un dirigente eficaz sin haber tenido las oportunidades adecuadas.  
b) Las personas capacitadas que fracasan en hacerse dirigentes no han aprovechado bien las oportunidades que han tenido.
- 6- a) No importa cuánto se esfuerce uno, uno no le va a caer bien a alguna gente.  
b) Las personas que no pueden hacerse simpáticas a otras, no saben llevarse bien con los demás.
- 7- a) A menudo me he encontrado que lo que va a pasar pasa.  
b) A mi me ha ido mejor decidiendo el camino a seguir que confiando en el destino.
- 8- a) Para un estudiante bien preparado es muy raro que haya un examen injusto.  
b) Muchas veces las preguntas de los exámenes tienen tan poca relación con lo estudiado en el curso que es inútil estudiar.
- 9- a) Para tener éxito hay que trabajar mucho, la suerte tienen poco o nada que ver.  
b) El conseguir un empleo depende principalmente de estar a mano en el momento justo (tener la suerte de estar en el lugar preciso, en el momento preciso).
- 10- a) El ciudadano promedio puede influir en las decisiones del gobierno.  
b) Unos pocos que están en el poder dirigen el mundo y no hay mucho que un infeliz ciudadano pueda hacer.
- 11- a) Cuando hago planes (proyecto algo), casi siempre puedo llevarlo(s) a cabo.  
b) No siempre es prudente planear con mucho adelanto porque muchas cosas salen bien o mal según la suerte.
- 12- a) En mi caso, el conseguir lo que quiero tiene poco o nada que ver con la suerte.  
b) Muchas veces pudiéramos tomar decisiones tirando una moneda.
- 13- a) El llegar a ser jefe depende a menudo de tener la suerte de estar en el lugar preciso primero.  
b) El llegar a ser jefe depende de tener habilidad y destreza, la suerte tiene poco o nada que ver.
- 14- a) En cuanto a los asuntos mundiales, la mayoría de nosotros somos las víctimas de fuerzas que no podemos entender ni dominar.  
b) Tomando parte activa en los asuntos políticos y sociales, la gente puede controlar los acontecimientos mundiales.
- 15- a) La mayoría de la gente no se da cuenta del punto hasta el cual sus vidas resultan controladas por acontecimientos accidentales.  
b) La suerte en realidad no existe.
- 16- a) Es difícil saber si uno le cae bien a otra persona o no.  
b) El número de amigos que uno tiene depende de lo simpático que uno es.
- 17- a) A la larga lo malo que nos ocurre se equilibra con lo bueno.  
b) La mayor parte de las desdichas son el resultado de la falta de habilidad, la ignorancia, la pereza o las tres a la vez.
- 18- a) Si nos esforzamos bastante podemos eliminar la corrupción política.  
b) Es muy difícil que la gente tenga el control de lo que hacen los políticos en sus cargos.

- 19- a) A veces no comprendo cómo los maestros deciden las notas que dan.  
b) Hay relación directa entre las notas que me dan y cuánto he estudiado.
- 20- a) Muchas veces me parece que tengo poca influencia en lo que me pasa.  
b) Me es imposible creer que la casualidad o la suerte tienen un papel de importancia en mi vida.
- 21- a) Una persona que se sienta sola es porque no trata de hacer amigos.  
b) No vale la pena esforzarse en complacer a otras personas, si uno les cae bien.
- 22- a) Lo que me pasa es obra mía.  
b) A veces me siento como si no tuviera suficiente control en cuanto al rumbo que está tomando mi vida.
- 23- a) La mayoría de las veces no comprendo por qué los políticos se comportan como lo hacen.  
b) A la larga la gente es responsable del mal gobierno tanto a nivel nacional como local.

## ANEXO 10. Resúmenes de los casos

CASO 6 Consultorio 19		ADHERIDO TOTAL		
Masculino	46 años	Casado	Universitario	Dirigente
<b>Antecedentes patológicos familiares.</b>	Padre fallecido y madre viva, obesa e hipertensa. Hermano vivo sano.			
<b>Antecedentes patológicos personales.</b>	Hipertensión desde hace 6 años.			
<b>Estado actual.</b>	Actualmente descompensado por alto estrés laboral.			
<b>Área familiar.</b>	Familia de origen funcional. Familia actual adecuada, no refiere conflictos.			
<b>Área escolar.</b>	Fue una etapa feliz, con rendimiento académico medio. Estudios universitarios con rendimiento adecuado.			
<b>Área profesional y laboral.</b>	Buen desempeño con reconocimiento social. Se siente sobrecargado por alto estrés laboral.			
<b>Esfera sexual y de pareja.</b>	Dos matrimonios. El matrimonio actual data de 10 años, mantiene buenas relaciones.			
<b>Hijos.</b>	Dos hijos. Uno del primer matrimonio, en EU, con quien se comunica con regularidad y otro con la esposa actual. Mantiene buenas relaciones.			
<b>Redes de apoyo.</b>	Suficientes de sus amigos y su familia.			
<b>Creencias de salud.</b>	Considera que hay que cuidarse y seguir las indicaciones del medico, se percibe enfermo. Considera que esto puede amenazar su vida y trata de solucionarlo. Percibe su enfermedad como amenazante y regula su Autoeficacia			
<b>Planes futuros.</b>	Centrados en el desarrollo personal, profesional y en la vida familiar.			
<b>Sentido de la vida.</b>	Orientado a la realización personal y profesional, y a la atención familiar.			
<b>Locus de control</b>	Interno.			

<b>Representación de la enfermedad</b>	Percibe la enfermedad como limitante, reestructura su campo de acción para cumplir las indicaciones de salud.
<b>Año de evolución de la enfermedad</b>	Seis años con episodios recurrentes de salud-enfermedad.

CASO 14 Consultorio 19		ADHERIDA PARCIAL		
<b>Femenina</b>	<b>43 años</b>	<b>Casada</b>	<b>Universitaria</b>	<b>Especialista de programación</b>
<b>Antecedentes patológicos familiares.</b>	Ambos padres vivos sanos. Tres hermanos vivos y sanos.			
<b>Antecedentes patológicos personales.</b>	Hipertensa desde hace 4 años.			
<b>Estado actual.</b>	Controlada con medicamentos.			
<b>Área familiar.</b>	Familia de procedencia funcional. Familia actual funcional, vive con su esposo y dos hijos varones de 13 y 19 años, ambos sonámbulos con tratamiento.			
<b>Área escolar.</b>	Referida como una etapa normal. No se destacaba.			
<b>Área profesional Y laboral.</b>	Buen desempeño con reconocidos logros y satisfacción. Refiere alto estrés laboral.			
<b>Esfera sexual Y de pareja.</b>	Casada desde hace 20 años. Refiere dificultades de comunicación, aunque no refiere conflictos.			
<b>Hijos.</b>	Dos hijos varones adolescentes. Buenas relaciones. Le preocupa el estado de salud de ellos.			
<b>Redes de apoyo.</b>	Suficientes de Familiares y de amigos.			
<b>Creencias de salud.</b>	No se percibe en riesgo. No percibe su enfermedad como amenazante y no muestra autoeficacia.			
<b>Planes futuros.</b>	Centrados en recuperar su salud y cuidar de la familia.			
<b>Sentido de la vida.</b>	Orientado a su vida en familia.			

<b>Locus de control</b>	Externo.
<b>Representación de la enfermedad</b>	No se representa la enfermedad como amenazante. No tiene percepción de riesgo.
<b>Años de evolución de la enfermedad</b>	Cuatro años, con episodios recurrentes de salud-enfermedad.

CASO 5 Consultorio 24		NO ADHERIDA		
<b>Femenina</b>	<b>42 años</b>	<b>Casada</b>	<b>Secundaria</b>	<b>Aux. de limpieza</b>
<b>Antecedentes patológicos familiares.</b>	Padres vivos. Madre y hermano hipertensos. Padre asmático.			
<b>Antecedentes patológicos personales.</b>	Hipertensa desde hace 20 años. Controlada.			
<b>Área familiar.</b>	Familia de siete hermanos, cinco mujeres y dos varones. Ella es la penúltima. Buenos recuerdos de la infancia, se sentía querida y atendida por sus padres. Muy buenas relaciones familiares.			
<b>Área escolar.</b>	Realizó solo hasta la secundaria. Refiere que no aprendía bien y que no tuvo buenos maestros.			
<b>Área profesional y laboral.</b>	No realizó estudios específicos. Le gusta su trabajo y se siente satisfecha, en este tiene buenos amigos y compañeros y eso lo considera un éxito.			
<b>Esfera sexual y de pareja.</b>	Buenas relaciones con su familia y su pareja. Vida sexual satisfecha.			
<b>Hijos.</b>	Tiene dos hijos con los que tiene buenas relaciones. Refiere que son preocupados por sus padres.			
<b>Redes de apoyo.</b>	Refiere tener muchos compañeros de trabajo con los que se lleva bien y se ayudan.			
<b>Creencias de salud.</b>	No se percibe enferma ni en riesgo, considera que es saludable y que para tener salud sólo se necesita "suerte". Piensa que la HTA no es un problema para su vida y cumple las indicaciones médicas. Se percibe autoeficaz para la vida en general no lo relaciona con la salud.			

<b>Planes futuros.</b>	No plantea proyecto de vida. Desea visitar a su familia cuando se jubile pues el trabajo le impide hacerlo.
<b>Sentido de la vida.</b>	Su familia y su trabajo.
<b>Locus de control</b>	Externo
<b>Representación de la enfermedad</b>	No se representa la enfermedad como limitante.
<b>Año de evolución de la enfermedad</b>	Veinte años de evolución.

<b>CASO 6</b> Consultorio 24	<b>ADHERIDA TOTAL</b>			
<b>Femenina</b>	<b>42 años</b>	<b>Soltera</b>	<b>Universitario</b>	<b>Médico (MGI)</b>
<b>Antecedentes patológicos familiares.</b>	Padre hipertenso. Madre hipertensa y cardiópata.			
<b>Antecedentes patológicos personales.</b>	Hipertensa desde hace 12 años. Controlada.			
<b>Área familiar.</b>	Mayor de cuatro hermanos, con buenas relaciones y recuerdos agradables de su infancia tanto de la familia como del lugar donde vivía.			
<b>Área escolar.</b>	Buen desempeño de su vida escolar.			
<b>Área profesional y laboral.</b>	Ejerce su profesión de médico y se siente satisfecha. Ha tenido éxitos laborales.			
<b>Esfera sexual y de pareja.</b>	Buenas relaciones con su familia. No tiene pareja y tiene una hija de meses. Se siente bien en esta área			
<b>Hijos.</b>	Tiene una hija pequeña.			
<b>Redes de apoyo.</b>	Considera que tiene muchos amigos y mantiene buenas relaciones con estos.			
<b>Creencias de salud.</b>	Se percibe enferma, su principal preocupación es su salud. Se perciba en riesgo. Piensa que para tener salud es necesaria la			

	tranquilidad. Se percibe autoeficaz
<b>Planes futuros.</b>	Su superación profesional.
<b>Sentido de la vida.</b>	El amor a la vida.
<b>Locus de control</b>	Interno
<b>Representación de la enfermedad</b>	Se representa la enfermedad como limitante para la vida y sufre los síntomas que le produce. Regula su comportamiento hacia su control.
<b>Año de evolución de la enfermedad</b>	Doce años de evolución.

Tabla 1. Distribución de pacientes hipertensos según áreas de salud y adherencia terapéutica. 2003-2004

Área de salud	Adherencia					
	Total		Parcial		No adherencia	
	No.	%	No.	%	No.	%
Plaza	69	49,3	57	40,7	14	10,0
Van Troi	196	52,3	120	32,0	59	15,7
Jiguaní	128	48,6	93	35,4	42	16,0
Total	393	50,54	270	34,7	115	14,8

Tabla 2: Valores medios e intervalos de confianza de ítems del cuestionario para evaluar la adherencia terapéutica. Policlínico Plaza de la Revolución.

Ítems	Media (X)	I. C. (95 %)
Toma medicamentos en el horario establecido	1,78	(1,62 - 1,94)
Toma las dosis indicadas	1,64	(1,48 - 1,80)
Cumple indicaciones de la dieta	2,39	(2,19 - 2,58)
Asiste a las consultas de seguimiento	2,47	(2, 25 - 2,69)
Realiza los ejercicios físicos indicados	1,75	(1,57 -1,92)
Acomoda sus horarios de medicación	1,84	(1,66 -2,01)
Usted y su médico, deciden de manera conjunta el tratamiento a seguir	2,30	(2,18 - 2,42)
Cumple sin supervisión de su familia o amigos	1,44	(1,30 -1, 58)
Lleva el tratamiento sin esfuerzos	3,35	(3,22 - 3,60)
Utiliza recordatorios que facilitan el tratamiento	3,60	(3,34 - 3, 85)
Usted y su médico, analizan cómo cumplir el tratamiento	2,22	(2,00 - 2,44)
Tiene la posibilidad de manifestar aceptación del tratamiento	2,60	(2,33 - 2, 87)



Tabla 3: Valores medios e intervalos de confianza de ítems del cuestionario de evaluación de la adherencia terapéutica. Policlínico Jiguaní.

<b>Ítems</b>	<b>Media (X)</b>	<b>I. C. (95 %)</b>
Toma medicamentos en el horario establecido	3,25	(3,12 - 3,38)
Toma las dosis indicadas	3,40	(3,28 - 3,51)
Cumple indicaciones de la dieta	2,55	(2,37 - 2,72)
Asiste a las consultas de seguimiento	2,73	(2,54 - 2,92)
Realiza los ejercicios físicos indicados	1,69	(1,50 - 1,88)
Acomoda sus horarios de medicación	2,68	(2,49 - 2,86)
Usted y su médico, deciden de manera conjunta el tratamiento a seguir	2,86	(2,68 - 3,04)
Cumple sin supervisión de su familia o amigos	3,10	(2,93 - 3,29)
Lleva el tratamiento sin esfuerzos	3,35	(3,19 - 3,51)
Utiliza recordatorios que facilitan el tratamiento	1,75	(1,55 - 1,95)
Usted y su médico, analizan cómo cumplir el tratamiento	2,77	(2,55 - 2,99)
Tiene la posibilidad de manifestar aceptación del tratamiento	2,95	(2,76 - 3,14)

Tabla 4: Valores medios e intervalos de confianza de ítems del cuestionario de evaluación de la adherencia terapéutica. Policlínico Van- Troi.

<b>Ítems</b>	<b>Media (X)</b>	<b>I. C. (95 %)</b>
Toma medicamentos en el horario establecido	3,59	(3,51 – 3,67)
Toma las dosis indicadas	3,52	(3,49 – 3,61)
Cumple indicaciones de la dieta	3,06	(2,94 – 3,18)
Asiste a las consultas de seguimiento	2,89	(2,75 – 3,03)
Realiza los ejercicios físicos indicados	1,83	(1,68 – 1,97)
Acomoda sus horarios de medicación	3,13	(3,00 – 3,26)
Usted y su médico, deciden de manera conjunta el tratamiento a seguir	2,82	(2,66 – 2,98)
Cumple sin supervisión de su familia o amigos	3,29	(3, 22 – 3,42)
Lleva el tratamiento sin esfuerzos	3,24	(3,12 – 3,36)
Utiliza recordatorios que facilitan el tratamiento	1,63	(1,47- 1,79)
Usted y su médico, analizan cómo cumplir el tratamiento	2,77	(2,61 – 2,93)
Tiene la posibilidad de manifestar aceptación del tratamiento	2,95	(2,79 – 3,11)

Tabla 5: Resultados de la Regresión Logística Múltiple. Jiguaní.

Variable	Coeficiente (bi)	ODDS RATIO	Intervalo de confianza	
			Límite Inferior	Límite Superior
Sexo	0,540	1,21	,65	2,24
Ocupación	<b>0,007</b>	<b>2,12</b>	1,22	3,66
Escolaridad	<b>0,029</b>	<b>1,45</b>	1,04	2,03
Insuficiente din.	<b>0,000</b>	<b>4,68</b>	2,11	10,36
Complejidad	<b>0,006</b>	<b>5,45</b>	1,62	18,31
Efectos indes.	<b>0,007</b>	<b>2,71</b>	2,30	22,38
Olvido	<b>0,016</b>	<b>2,77</b>	1,20	6,35
Síntomas que estimulan	0,809	0,91	,46	1,82
Apoyo familiar percibido	<b>0,033</b>	<b>0,37</b>	,15	,92
Comunicación	0,549	0,76	,31	1,85
Satisfacción con la atención	0,136	2,24	,77	6,45
Comprensión de las indicac.	0,280	0,54	,18	1,63

Tabla 6: Resultados de la Regresión Logística Múltiple  
Policlínico Plaza de la Revolución.

Variable	Coeficiente (bi)	ODDS RATIO	Intervalo de confianza	
			Límite Inferior	Límite Superior
Sexo	<b>0,004</b>	<b>0,21</b>	,074	,59
Ocupación	<b>0,000</b>	<b>3,04</b>	1,63	5,69
Escolaridad	<b>0,049</b>	<b>0,52</b>	,27	,99
Complejidad del tratamiento	<b>0,011</b>	<b>2,15</b>	2,00	2,30
Olvido	0,971	1,02	,26	3,93
Síntomas que estimulan	<b>0,001</b>	<b>8,88</b>	2,36	28,98
Apoyo familiar percibido	0,089	1,40	,66	2,98
Satisfacción con la atención	<b>0,007</b>	<b>5,15</b>	1,57	16,83

Tabla 7: Resultados de la Regresión Logística Múltiple.  
Policlínico Van-Troi.

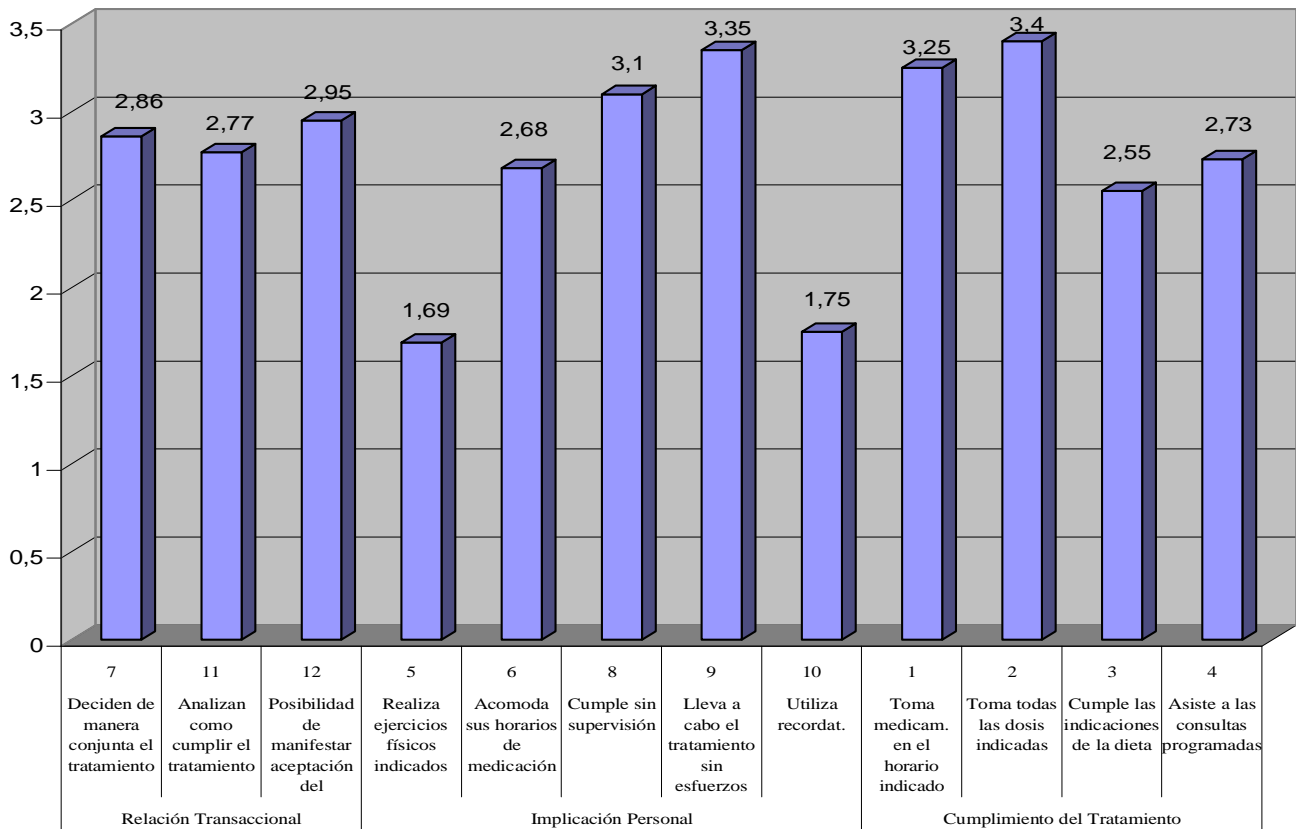
Variable	Coeficiente (bi)	ODDS RATIO	Intervalo de confianza	
			Límite Inferior	Límite Superior
Ocupación	0,383	1,12	,86	1,44
Escolaridad	<b>0,016</b>	<b>1,66</b>	,03	7,14
Conocimientos	<b>0,033</b>	<b>2,14</b>	1,06	4,32
Creencias	0,669	1,14	,62	2,10
Insuficiente din.	0,356	1,35	,71	2,57
Complejidad	0,197	1,65	,77	3,55
Efectos indes.	<b>0,002</b>	<b>5,95</b>	1,93	18,38
Resolutividad	0,882	0,92	0,31	2,72
Olvido	<b>0,000</b>	<b>7,56</b>	3,65	15,65
Auto eficacia	0,999	0,00	,00	2,13
Afrontamientos	0,498	1,19	,71	1,97
Síntomas que estimulan	<b>0,019</b>	<b>1,85</b>	1,10	3,10
Apoyo familiar percibido	0,223	1,75	,71	4,30
Satisfacción con la atención	0,400	1,42	,62	3,25
Comprensión de las indicac.	0,354	1,61	,58	4,43

Tabla 8. Resultados del análisis univariado para los factores influyentes en la adherencia terapéutica según áreas de salud.

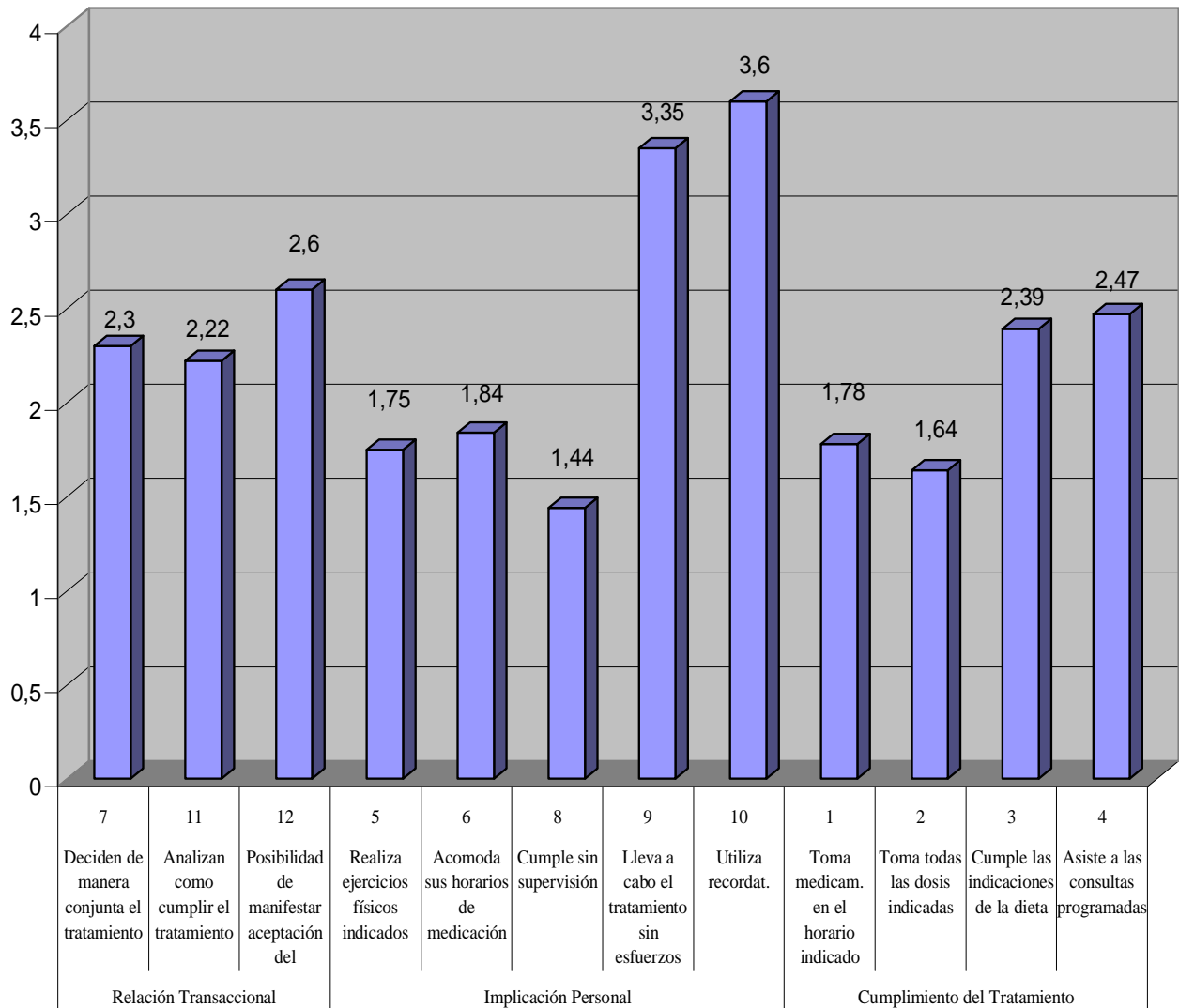
Variables	Policlínico Jiguaní		Policlínico Plaza		Policlínico Van-Troi	
	$\chi^2$	$p$	$\chi^2$	$p$	$\chi^2$	$p$
Sexo	1,90	0,17	2,31	0,12	0,08	0,77
Edad	*0,99	0,36	*-1,19	0,23	*-0,35	0,72
Ocupación	10,39	0,00	12,90	0,00	9,46	0,05
Escolaridad	9,83	0,00	3,09	0,19	15,96	0,00
Conocimientos	0,00	1,00	0,47	0,49	13,68	0,00
Creencias	1,25	0,26	0,56	0,44	11,3	0,00
Falta de medic.	0,66	0,42	0,00	1,00	0,95	0,32
Insuficiente din.	7,95	0,00	Const.	Const.	2,12	0,14
Complejidad	10,56	0,00	5,19	0,02	10,47	0,00
Efectos indes.	6,88	0,00	0,00	0,93	21,95	0,00
Resolutividad	0,75	0,38	0,00	1,00	5,35	0,02
Olvido	5,84	0,01	1,89	0,17	52,11	0,00
Autoeficacia	0,10	0,75	Const.	Const.	2,71	0,10
Afrontamientos	0,00	1,00	Const.	Const.	5,48	0,06
Síntomas que estimulan	4,20	0,00	10,82	0,00	2,30	0,12
Apoyo familiar percibido	7,96	0,00	1,48	0,20	10,27	0,01
Comunicación	1,83	0,17	0,59	0,45	0,35	0,55
Satisfacción con la atención	2,58	0,10	7,03	0,03	4,29	0,00
Comprensión de indicaciones	2,35	0,12	0,43	0,46	5,43	0,06

Significativa  $p \leq 0,20$  \* Estadígrafo T

**Gráfico 4: Valores medios por componentes de la adherencia terapéutica e ítems del cuestionario. Policlínico Jiguaní.**



**Gráfico 3: Valores medios por componentes de la adherencia terapéutica e ítems del cuestionario. Policlínico Plaza de la Revolución.**





**Gráfico 5: Valores medios por componentes de la adherencia terapéutica e ítems del cuestionario. Policlínico Van-Troi.**

