



UNIVERSIDAD NACIONAL DE COLOMBIA

Apoyo social y adherencia a tratamiento farmacológico y no farmacológico en pacientes con síndrome coronario agudo

Juana Borja González

Universidad Nacional de Colombia
Facultad de Enfermería
Programa de Maestría en Enfermería
Bogotá, Colombia
2013

Apoyo social y adherencia a tratamiento farmacológico y no farmacológico en pacientes con síndrome coronario agudo

Juana Borja González

Tesis de investigación presentada como requisito para optar al título de:
Magister en Enfermería

Directora: María Mercedes Duran de Villalobos
Profesora Emérita Facultad de Enfermería
Universidad Nacional de Colombia

Universidad Nacional de Colombia
Facultad de Enfermería
Bogotá, Colombia
2013

Dedicatoria

A mis, hijos Merys y Jaime, a mi esposo y a mi padre, los cuales me han impulsado al logro de todas las metas alcanzadas hasta ahora, ustedes han sido parte fundamental para que así sea; el esfuerzo, dedicación, y vocación estuvo determinada por los momentos que he vivido a su lado y me han dejado ver que existen seres humanos que lo único que buscan es el bienestar de sus seres queridos y que no esperan nada a cambio.

Agradecimientos

A Dios nuestro señor por darme esta oportunidad de vivir esta nueva experiencia.

A todas las personas que han sido partícipes de este trabajo

A la Profesora María Mercedes Duran de Villalobos quien ha guiado cada uno de los pasos de este recorrido.

A la Doctora Viviana Céspedes quien contribuyó para alcanzar muchas metas en esta nueva etapa.

A la Doctora Lorena Chaparro, que ha contribuido con sus apreciaciones tan acertada en los momentos de confusión.

Al Profesor Jorge Humberto Mayorga, por su valiosa colaboración y orientación en el proceso de obtención de resultados y análisis estadístico.

A las autoras de los instrumentos: Doctoras Hilbert, Bonilla y de Reales quienes autorizaron la utilización de sus instrumentos para el desarrollo de la presente investigación.

A las directivas del Hospital Universidad del Norte, Clínica de la Costa, ESE CARI, alta complejidad, quienes autorizaron a la investigadora para la aplicación del instrumentos de apoyo social y adherencia a tratamientos, en pacientes con síndrome coronario agudo.

Al grupo de profesoras de la Maestría en Enfermería de la Universidad Nacional de Colombia, por la disposición para compartir sus experiencias y conocimientos.

Especial agradecimientos para los pacientes que permitieron ser partícipes en esta investigación.

Resumen

El apoyo social representa una herramienta que favorece a la adherencia a tratamientos en personas que padecen síndrome coronario agudo, enfermedad discapacitante la cual continúa siendo un problema importante de salud pública en todo el mundo; En España, es la primera causa de muerte en varones y la segunda en mujeres. La incidencia de síndrome coronario agudo para la población española se ha estimado en 194 casos/100.000 habitantes/año en varones y de 38 casos/100.000 habitantes por año en mujeres. En Estados Unidos se estima una cifra de 650.000 nuevos infartos al año de igual forma en Colombia, de acuerdo con las estadísticas publicadas por el Ministerio de la Protección Social en el informe sobre la Situación de salud en Colombia -indicadores de salud 2007, la enfermedad isquémica del corazón es la principal causa de muerte tanto en hombres como en mujeres mayores de 45 años o más; e incluso supera las muertes violentas o los cánceres combinados. La tasa de mortalidad atribuible a esta enfermedad fue de 107,3 por 100.000 habitantes en personas de 45 a 64 años, y de 867,1 por 100.000 habitantes para personas de 65 años o más por su alta morbi-mortalidad y los altos costos directos e indirectos derivados de ello representa un fenómeno que influye de manera importante en la calidad de vida de las personas.

Objetivo: Determinar la relación entre el apoyo social y el grado de adherencia a tratamiento farmacológico y no farmacológico en pacientes con síndrome coronario agudo.

Metodología: El presente estudio planteó un abordaje cuantitativo, de tipo descriptivo de correlación, de corte transversal, con el cual se determinó el grado de correlación entre apoyo social y la adherencia farmacológica y no farmacológica en pacientes con síndrome coronario agudo; en se entrevistaron a 150 pacientes con diagnóstico de síndrome coronario agudo en fase crónica de su enfermedad. Se utilizó fundamentalmente la prueba T para muestras independientes con el objeto de llevar a cabo la comparación de los niveles medios de adherencia y apoyo en relación al género. Los resultados de la prueba Kolmogorov – Smirnov, licenciaron el uso de la prueba T.. Igualmente se hizo uso de herramientas no paramétricas tales como: Mann-Whitney con el propósito de reconfirmar los resultados obtenidos con la prueba T.

El análisis de la información se realizó, utilizando el paquete estadístico SPSS, licenciada por la facultad de enfermería de la Universidad Nacional de Colombia, se dispuso de la versión 15 y del programa de Microsoft office Excel para la sistematización y revisión de los datos recogidos.

Resultados: Se encontró que el apoyo social es una variable que se correlaciona con la adherencia a tratamientos farmacológicos y no farmacológicos con un grado de correlación de: **0,287963** en personas con síndrome coronario agudo en su fase crónica de la enfermedad.

Conclusiones: El apoyo social puede verse como potencializador positivo de la adherencia a los tratamientos y el autocuidado en pacientes con síndrome coronario agudo en el contexto crónico de su enfermedad, en tanto que el apoyo social y la adherencia son variables que se correlacionan. De la misma manera que la interacción personal la guía y retroalimentación por parte de la enfermera influye de manera importante en la adherencia a tratamientos en el paciente.

Palabras clave: apoyo social, adherencia a tratamientos, enfermería, síndrome coronario agudo

Abstract

Social support is a tool that promotes adherence to treatment in people with acute coronary syndrome, disabling disease which remains a major public health problem worldwide, in Spain, is the leading cause of death in men and the second in women. The incidence of acute coronary syndrome for the Spanish population has been estimated at 194 cases per 100,000 inhabitants / year in men and 38 cases per 100,000 population per year in women in the United States is estimated a figure of 650,000 new strokes per year in the same way in Colombia, according to statistics released by the Ministry of Social Protection in the report on the health situation in Colombia-health indicators 2007, ischemic heart disease is the leading cause of death for both men and women over 45 years or more, and even surpasses the violent deaths or cancers combined. The mortality rate attributable to this disease was 107.3 per 100,000 in persons 45 to 64 years, and 867.1 per 100,000 for people 65 years or older by high morbidity and high direct and indirect costs arising from this is a phenomenon which significantly influences the quality of life of people

Purpose: To determine the relationship between social support and the degree of adherence to pharmacological and non pharmacological treatment in patients with acute coronary syndrome.

Methodology: This study raised a quantitative correlation of descriptive, cross-sectional, which was determined by the degree of correlation between social support and adherence to pharmacological and no pharmacological patients with acute coronary syndrome, in 150 patients were interviewed diagnosed with acute coronary syndrome in chronic phase of their disease. Was used primarily for independent samples T test in order to carry out the comparison of the mean levels of adherence and support in relation to gender. The results of the Kolmogorov - Smirnov, licensed using a T-test. Similarly was made using nonparametric tools such as: Mann-Whitney for the purpose of reconfirming the test results obtained with T

The data analysis was performed using SPSS, a graduate of the nursing school of the National University of Colombia, was available for version 15 and Microsoft Office Excel program to systematize and review of the data collected.

Results: found that social support is a variable that is correlated with adherence to pharmacological and no pharmacological treatments in people with acute coronary syndrome in the chronic phase of the disease.

Conclusions: Social support can be seen as positive potentiator of adherence to treatment and self-care in patients with acute coronary syndrome in the context of chronic disease, while social support and adherence are variables that are correlated. Personal interaction guidance and feedback from the enfermera significantly influences on adherence to treatment in the patient.

Keywords: Social support, adherence to treatment, nursing.

Contenido

Pág.

Resumen

Lista de Figuras

Lista de Tablas

Introducción

1. Capítulo 1. Marco de Referencia	19
1.1 Área problema y justificación del estudio	19
1.1.1 Área temática	19
1.1.2 Fenómenos de estudio	19
1.1.3 Línea de investigación	19
1.1.4 Planteamiento del problema	19
1.1.5 Relevancia social	21
1.1.6 Relevancia teórico – empírica	24
1.1.7 Relevancia disciplinar	27
1.2 Objetivos	30
1.2.1 Objetivo general	30
1.2.2 Objetivos específicos	30
1.3 Variables	30
1.3.1 Apoyo social	30
1.3.2 Adherencia al tratamiento farmacológico y no farmacológico	31
1.3.3 Paciente con síndrome coronario agudo	31
1.4 Hipótesis estadísticas	31
2. Capítulo 2. Marco Teórico	33
3. Capítulo 3. Marco del Diseño	68
3.1 Características generales del diseño	68
3.2 Materiales y métodos para la recolección de la información	73
3.3 Consideraciones éticas	76
4. Capítulo 4. Marco de Análisis. Presentación de Resultados	81

5. Capítulo 5. Conclusiones y Recomendaciones	91
5.1 Conclusiones	91
5.2 Recomendaciones	94
Anexos	97
Bibliografía	115

Lista de figuras

	Pág.
Figura 2-1: Relación entre el apoyo social y la adherencia a tratamientos farmacológicos y no farmacológicos	64
Figura 2-2. Relación entre las variables de apoyo social y la salud, el bienestar y la adherencia terapéutica	65
Figura 4-1. Distribución Epidemiológica de acuerdo al Género	81
Figura 4-2. Comparación gráfica de apoyo social y adherencia	83
Figura 4-3. Correlación de la adherencia con la subescala de apoyo social guía, interacción social, retroalimentación según el género	88

Lista de tablas

	Pág.
Tabla 3-1. Tamaño de muestra según errores I y II, basados en el coeficiente de correlación en la muestra piloto de 0,343437	71
Tabla 3-2. Categorías de apoyo social y sus definiciones	74
Tabla 4-1. Comparación entre géneros del apoyo y la adherencia prueba T	82
Tabla 4-2. Prueba de Kolmogorov-Smirnov para dos muestras	84
Tabla 4-3. Prueba de Mann-Whitney agrupación de apoyo social y adherencia de acuerdo al género	84
Tabla 4-4. Prueba de Mann-Whitney agrupación de apoyo social y adherencia de acuerdo al género	85
Tabla 4-5. Correlación entre adherencia y cada subescala de apoyo social según género	86
Tabla 4-6. Correlación entre adherencia y cada subescala guía según el género	87

Introducción

Se presenta la propuesta de investigación del área temática cuidado de enfermería cardiovascular, en pacientes con síndrome coronario agudo, enmarcado en aspectos relacionados con el auto cuidado de la salud cardiovascular, y concretamente en los fenómenos relacionados con el apoyo social y la adherencia a tratamientos farmacológicos y no farmacológicos.

A partir del análisis de la literatura científica de enfermería y de otras disciplinas de la salud y sociales se discute el significado social que para los pacientes y la sociedad, puede aportar este trabajo, teniendo en cuenta que tanto el apoyo social como la adherencia a tratamientos repercute de manera importante, no solo en los pacientes quienes, desde los diversos ámbitos de su vida cotidiana ven afectada su situación personal, familiar, social y laboral, sino en aspectos relacionados con las Instituciones prestadoras de servicios de salud, ya que éstas de manera directa o indirecta son las que deben hacerse cargo de los reingresos hospitalarios y de las largas estancias de los pacientes crónicos con problemas cardiovasculares, hechos que generan carga social de consideración.

Dentro de la literatura revisada se pudo evidenciar que los fenómenos de apoyo social y adherencia a tratamientos farmacológicos y no farmacológicos se encuentran descritos, pero igualmente son varias las opiniones y posturas que desde las diferentes disciplinas se pueden apreciar, sin llegar a ser concluyentes, debido a los enfoques y a la complejidad de los conceptos. De igual forma, y en el medio colombiano se carece de explicaciones más profundas y puntuales que señalen las asociaciones y relaciones entre las dimensiones que sugieren los constructos sobre el apoyo social y la adherencia a los tratamientos farmacológicos y no farmacológicos en pacientes con síndrome coronario agudo.

Se espera que con este estudio se pueda determinar la relación entre las dimensiones del apoyo social y de la adherencia al tratamiento farmacológico y no farmacológico y así poder derivar sugerencias y estrategias que puedan apoyar propuestas para el cuidado de enfermería.

En el presente trabajo se describen los siguientes aspectos: en el primer capítulo, marco de referencia, se construye el área problema, justificación del estudio, en el que se

plantea la importancia disciplinar, social y empírica, objetivos general, y específico, definición conceptual y operativa de las variables e hipótesis del estudio.

En el segundo capítulo se encuentra el desarrollo del marco teórico explicado de la siguiente forma: conceptualización de los fenómenos de apoyo social, sus atributos desde otras disciplinas, desde enfermería y del propio proyecto, de la misma forma la adherencia, desde otras disciplinas, desde enfermería y desde el propio trabajo; se incluyó el auto cuidado desde otras disciplinas y desde enfermería. También se incluye la revisión del arte y la instrumentación revisada para medir apoyo social y adherencia.

En el capítulo tres se incluye el marco de diseño, instrumentación que se utilizará para recolectar la información, análisis de la información y por último las consideraciones éticas y el marco de análisis para el estudio.

1. Marco de referencia

1.1 Área problema y justificación del estudio

El área problemática y la justificación del estudio se enmarcaron en los siguientes tópicos: A nivel disciplinar se exponen las mayores dificultades encontradas en el abordaje de la adherencia a los tratamientos farmacológicos y no farmacológicos en pacientes con síndrome coronario agudo. A nivel de la producción del conocimiento se evidencia lo que se sabe y los vacíos percibidos en relación al fenómeno de interés. A nivel social se presenta la mortalidad por enfermedad coronaria en el mundo y su impacto en la calidad de vida

1.1.1 Área temática

Cuidado de enfermería cardiovascular

1.1.2 Fenómenos de estudio

Apoyo social y adherencia a tratamiento farmacológico y no farmacológico

1.1.3 Línea de investigación

Auto cuidado de la salud cardiovascular

1.1.4 Planteamiento del problema

El fenómeno de la adherencia representa un tema de interés a nivel local, nacional e internacional debido a las tendencias con respecto al aumento en la morbi mortalidad ya que, aproximadamente el 50% de todos los pacientes abandonan sus tratamientos, llevando de este modo a reconocer que el problema de la no adherencia requiere un

manejo diferenciado en los diversos escenarios de salud¹. El grado de adherencia al tratamiento farmacológico y no farmacológico es un tema de trascendencia debido a su importancia, sobre todo, en las enfermedades crónicas, pues el incumplimiento de los tratamientos, no solo es grave porque hace ineficaz el tratamiento prescrito produciendo un aumento de la morbilidad y mortalidad, sino también porque aumenta los costos de la asistencia sanitaria. De la misma forma, desde el punto de vista social significa un enorme costo para los pacientes, las familias y las instituciones de salud, ya que cuando se utilizan los servicios, de forma inadecuada, se prolongan innecesariamente los tratamientos y se presentan recaídas y readmisiones que podrían evitarse.

Cabe señalar que la enfermería que se practica y enseña en nuestro país, ayuda a enfrentar los problemas de salud y en particular a la enfermedad cardiovascular coronaria y se ha continuado la misma tendencia que la de la medicina: es decir, se maneja un enfoque curativo, antes que preventivo o de promoción de salud, por lo cual las enfermeras y enfermeros han desplegado gran cantidad de energía para convertirse en colaboradores idóneos, convirtiendo los escenarios de cuidado intensivo en lugares que generan un estatus muy destacado en donde la labor de enfermería se convierte en práctica compleja muy paralela al componente biomédico.²; éste hecho puede dejar de lado los aspectos preventivos y de promoción tan necesarios para tratar a los pacientes con síndrome coronario, aún cuando éstos se encuentren hospitalizados, y desde los primeros momentos de esa hospitalización; siendo así que las prioridades para la promoción y protección de la salud deben ser los cuidados preventivos y el auto cuidado del paciente, ya mejoran el cuidado y brindan importantes directrices para la investigación sobre la promoción de la salud, contribuyendo así con el diseño de intervenciones para un estilo de vida saludable.

Alrededor de esta temática Cassiani,³ ratifica que los síndromes coronarios agudos continúan siendo un problema importante de salud pública en todo el mundo, por su alta morbi mortalidad y los altos costos directos e indirectos derivados de ello, así como un reto diagnóstico para los clínicos. El término síndrome coronario agudo (SCA) fue introducido en 1985 por Fuster⁴. Este término operacional es útil en la evaluación de los pacientes con dolor torácico con el que se designa a cualquier conjunto de síntomas clínicos, compatibles con isquemia miocárdica aguda. Incluye cualquier tipo de infarto agudo de miocardio (IAM), con o sin elevación del segmento T (ST) del electrocardiograma, así como la angina inestable. En la práctica, el SCA clasifica a los

¹ BONILLA, Claudia P. Diseño de un instrumento para evaluar factores que influyen en la adherencia a tratamientos, en personas que presentan factores de riesgo de enfermedad cardiovascular. En: Av. Enferm. 2007, vol. 25 no. 1, p. 46-55.

² GUTIÉRREZ de REALES, Edilma. Autocuidado como estrategia para la prevención de la enfermedad y promoción de la salud cardiovascular. Bogotá: Universidad Nacional de Colombia, Facultad de enfermería.

³ CASSIANI M, Carlos A y CABRERA G, Armando. Síndrome coronario agudo: epidemiología y diagnóstico. En: Salud, Barranquilla. Jan./June 2009, vol. 25 no.1, p.118-134. ISSN 0120-5552.

⁴ FUSTER, Valentin; STEELE, Peter and CHESEBRO, James. Role of platelets and thrombosis in coronary atherosclerotic disease and sudden death. In: J. Am Coll Cardiol. 1985, vol. 5 no. 6, p. 175-84.

pacientes en dos grupos: aquellos que presentan un IAM con elevación del ST, candidatos a reperfusión inmediata, y los que no presentan elevación del ST entre los que se incluyen el infarto agudo del miocardio sin elevación del ST y la angina inestable⁵.

1.1.5 Relevancia social

En Colombia, la enfermedad isquémica del corazón es la principal causa de muerte tanto en hombres como en mujeres mayores de 45 años, e incluso supera las muertes violentas o los cánceres combinados; la tasa de mortalidad atribuible a esta enfermedad fue de 107,3 por 100.000 habitantes para personas de 45 a 64 años, y de 867,1 por 100.000 habitantes para personas de 65 años o más.⁶ Así los pacientes con enfermedades cardiovasculares constituyen un problema de salud de primer orden.

En este sentido en todo el mundo 16.7 millones de muertes se deben a dicha enfermedad, además cinco de las diez principales causas de amenaza mundial para la salud se relacionan con las enfermedades no transmisibles, como la hipertensión arterial, tabaquismo, consumo de alcohol, la hipercolesterolemia y la obesidad de reposo, todas asociadas a problemas cardiovasculares.⁷ De la misma forma El estudio INTERHEART⁸ ha demostrado que los factores de riesgo clásicos, como la dislipemia, el tabaquismo, la hipertensión, la diabetes mellitus (DM), la obesidad abdominal, los factores psicosociales, el consumo de frutas, verduras y alcohol y la actividad física regular explican la mayor parte del riesgo de infarto de miocardio en todo el mundo, en ambos sexos, para todas las edades y en todas las regiones

Por lo anteriormente descrito es fundamental esclarecer que el comportamiento epidemiológico de los fenómenos que afectan la salud de las personas con problemas cardiovasculares, se constituye según las predicciones de la Organización Mundial de la Salud para el 2015⁹, en la primera causa de muerte por lo que este fenómeno, y en particular, la enfermedad coronaria tipo isquémica, se visiona como la pandemia más importante del siglo XXI.

⁵ ANTMAN, Elliott et al. ACC/ AHA guidelines for the management of patients with ST-elevation myocardial infarction; a report of the American College of Cardiology/American Heart Association Task Force on Practice Guidelines (Committee to Revise the 1999 Guidelines for the Management of patients with acute myocardial infarction). In: J Am Coll Cardiol. 2004, vol. 44 no. 3, p. E1-E211.

⁶ COLOMBIA. Ministerio de la Protección Social. Informe sobre la situación de salud en Colombia - Indicadores de salud 2007 [en línea]. Disponible en Internet: <http://mps.minproteccionsocial.gov.co/vbecontent/NewsDetail.asp?ID=15895&IDCompany=3>

⁷ OMS. Organización Mundial de la Salud. Informe sobre la salud en el mundo 2003: Forjemos el futuro. Ginebra: OMS; 2003 [en línea]. Disponible en Internet: <http://www.paho.org/Spanish/AD/DPC/NC>.

⁸ YUSUF, Salim et al. Effect of potentially modifiable risk factors associated with myocardial infarction in 52 countries (the INTERHEART study): case-control study. In: Lancet. 2004, vol. 364, p. 937-52.

⁹ Ibid.

En 1996 fallecieron en el mundo 15 millones de personas por alguna enfermedad cardiovascular, lo que representa 29% de la mortalidad total, y la cardiopatía isquémica fue responsable de la muerte de 7 millones de personas.¹⁰ Igualmente, la Organización Mundial de la Salud, estima que las enfermedades cardiovasculares causan 17.5 millones de muertes en el mundo cada año y representan la mitad de todas las muertes en los Estados Unidos y otros países desarrollados.¹¹ Esta situación no excluye a países en vías de desarrollo, ya que representan, en conjunto, la primera causa de muerte de los adultos. Así mismo la enfermedad arteria coronaria, el tipo más común de enfermedad cardiovascular, es la primera causa de muerte en los Estados Unidos actualmente.¹²

Proyecciones epidemiológicas¹³ muestran que en el 2030 la enfermedad cardiovascular será responsable de 25 millones de muertes al año; y que será seguida en su orden por la enfermedad cerebro vascular, el VIH/SIDA y la enfermedad pulmonar obstructiva crónica.

En efecto el comportamiento del síndrome coronario en la ciudad de Barranquilla conserva el mismo comportamiento epidemiológico registrado a nivel internacional y nacional en el cual la enfermedad coronaria, corresponde a una de las principales causas de consulta a los servicios de urgencias siendo la principal causa de mortalidad en Barranquilla entre el 2005 y 2006, años en los que se notificaron casos de paro cardíaco especificado. Por este motivo fallecieron 1222 y 899 personas respectivamente. La Secretaría de Salud registra que en 2007 hasta septiembre, se presentaron 921 pacientes quienes consultaron en la red pública y privada por distintos tipos de complicaciones cardiovasculares.¹⁴ Por lo tanto, el presente trabajo es un insumo importante que aporta al conocimiento sobre esta temática en esta región del Caribe.

De acuerdo con estos datos los tratamientos a pacientes con síndrome coronario se tornan en situaciones de interés no solo disciplinar, sino de interés para las programas de salud debido a que cada vez se requieren mayor número de estrategias de promoción que disminuyan los riesgos y las complicaciones derivados de las dificultades para la adherencia a tratamientos y los problemas recurrentes de falta de apoyo social y

¹⁰ BELTRÁN, Fernán. Op. cit., p. 150.

¹¹ ORGANIZACIÓN MUNDIAL de la Salud, Informe sobre la salud en el mundo 2003: Forjemos el futuro [en línea]. Ginebra: OMS; 2003. Disponible en Internet: <http://www.paho.org/Spanish/AD/DPC/NC>

¹² USA. HIH. Enfermedades del corazón [en línea]. En: Med line plus: Temas de salud. Disponible en Internet: www.nlm.nih.gov/medlineplus/spanish/heartdiseases.html

¹³ USA. HIH. Enfermedades del corazón. Op. cit., p 145.

¹⁴ COLOMBIA. Alcaldía de Barranquilla. Secretaria de salud pública distrital. Plan de salud territorial del Distrito de Barranquilla, 2008 -2011: salud para todos [en línea]. Barranquilla, año 2008, 82 p. Disponible en Internet: http://www.asivamosensalud.org/descargas/plan_local_salud_barranquilla_art75.pdf

colaboración que registran este tipo de pacientes, con lo cual se empeora su estado y se llega aún a la muerte. Cuando por el contrario, el comportamiento adecuado de los pacientes acompañados con permanencia, podría desempeñar un papel importante en su evolución e incluso alargar su vida.¹⁵ Lo contrario, el incumplimiento de los tratamientos farmacológicos y recomendaciones es la mayor causa de que no se obtengan todos los beneficios que el medicamento puede proporcionar a los pacientes y se presentan complicaciones medicas y biosicosociales de la enfermedad, se reduce la calidad de vida de los pacientes, aumenta la aparición de resistencia a los fármacos y hay inadecuada utilización de los recursos asistenciales.¹⁶

De acuerdo con el estudio de casos y controles desarrollados en 52 países (INTERHEART), 9 factores de riesgo, fácilmente mensurables y modificables, dieron cuenta de más del 90% del riesgo de un IAM inicial. El efecto de estos factores de riesgo es consistente en hombres y mujeres a través de las diferentes regiones geográficas y por grupos étnicos, gracias a lo cual es aplicable mundialmente. Esos nueve factores incluyeron: tabaquismo, niveles elevados de lípidos séricos, hipertensión arterial, diabetes mellitus, obesidad mórbida, sedentarismo, bajo consumo diario de frutas y vegetales, consumo problemático de alcohol e índice psicosocial¹⁷. En concordancia con este aspecto Fuster¹⁸ predice que una persona con dos factores de riesgo tendrá en una proyección de diez años, la tendencia a sufrir un infarto coronario. De la misma forma, describe como alarmante la expansión de los malos hábitos nutricionales, la obesidad y la hipertensión contribuyen cada vez más a un desarrollo epidémico de las enfermedades cardiovasculares. En este contexto, la capacidad de los organismos nacionales e internacionales y de las agencias reguladoras para actuar sobre los intereses de la industria es muy limitada y es necesario buscar vías alternativas para reducir la carga de enfermedad. Los estudios publicados en los últimos años sobre las tasas de cumplimiento de los cambios en el estilo de vida por parte de los pacientes y de su adherencia a la medicación prescrita arrojan datos alarmantes. Más del 50% de los enfermos, como promedio, deciden abandonar el tratamiento que se les había prescrito, y los objetivos propuestos para mejorar sus hábitos (dejar de fumar, perder peso o realizar mayor actividad física) se cumplen en un porcentaje igual o menor. Es necesario buscar soluciones a este problema que, más allá de las consecuencias que tiene para la salud individual, cuestiona seriamente la relevancia de los resultados de los estudios clínicos y acarrea un enorme gasto económico, ya que se asocia a fracaso en la consecución de los objetivos terapéuticos y mayor tasa de hospitalizaciones y muerte. La

¹⁵ VLASNIK, Jon and ALIOTTA, Sherry. Medication de adherence: factors influencing compliance with prescribed medication plans. *In: Case Manager*. 2005 Mar-Apr, vol. 16 no. 2, p. 47-51.

¹⁶ OMS, Organización Mundial de la Salud. Informe sobre la salud en el mundo 2002: Reducir los riesgos y promover una vida sana [en línea]. Ginebra: OMS; 2002. 165 p. [Consultado el 1 julio del 2010]. Disponible en Internet: <http://www.who.int/whr/2002/es/>

¹⁷ YUSUF, Salim et al. Effect of potentially modifiable risk factors associated with myocardial infarction in 52 countries. *Op. cit.*, p. 937-952

¹⁸ FUSTER, Valentín. Un problema alarmante en prevención secundaria: bajo cumplimiento (estilo de vida) y baja adherencia (farmacológica) [en línea]. *En: Rev Esp Cardiol*. 2012, vol. 65 Supl. 2m p. 10-6 – Disponible en Internet: <http://www.revespcardiol.org/es/un-problema-alarmante-prevencion-secundaria/articulo/90151726/>

mejora de la comunicación entre médicos y enfermos, la participación activa de otros profesionales de la salud y el desarrollo de formulaciones farmacológicas combinadas (polipastillas) se perfilan como estrategias capaces de mejorar la adherencia al tratamiento y reducir los costos económicos.

Ante este contexto alarmante nos encontramos, frente a un reto clínico de gran relevancia que nos brinda la oportunidad de poner en marcha mecanismos encaminados a mejorar el estado de salud y la calidad de vida de los personas con síndrome coronario agudo, que corresponde el grupo de pacientes a estudiar, mediante el aumento de la eficiencia de nuestro sistema sanitario, en particular para la Costa Atlántica este trabajo representa una propuesta diferente, innovadora e importante ya que los fenómenos que se pretenden estudiar no han se han investigado desde el punto de vista de enfermería en esta área del país.

1.1.6 Relevancia teórico – empírica

El apoyo social y la adherencia a tratamientos son conceptos que han tenido un desarrollo teórico de tiempo atrás, en relación con varios fenómenos de interés que afectan a las personas o a los pacientes susceptibles del cuidado de enfermería.

En primer lugar, Schaffer¹⁹ expresa que el interés sobre el concepto de apoyo social se inicio a mediados de 1970 con la publicación de los artículos de Kaplan²⁰, Cassel²¹ y Cobb.²² Estos autores describieron los efectos perjudiciales que tienen el aislamiento social o la baja integración social sobre el estado de salud en animales y posteriormente, sobre los procesos relacionados con el estrés. Otros autores de las ciencias sociales, citados por Schaffer²³ y Hilbert²⁴ también muestran que el soporte social y el apoyo de las redes sociales hacia las personas con problemas de salud son aspectos facilitadores para lo promoción y prevención de problemas asociados con la cronicidad, cambios de

¹⁹ SHAFFER, Marjorie. Range theory nursing research. Application to nursing research. Part V, 2d^o ed. Walters Kluwer/Lippincott. 2009, p. 164-184.

²⁰ CAPLAN, Gerald. Support Systems and community Mental Health. Nueva York: Behavioral Publications. 1974, p. 4-5.

²¹ CASSEL, John. The contribution of the social environment to host resistance. En: American Journal of Epidemiology. 1976, vol. 104 no. 2, p. 107-123.

²² COBB, Sidney. Social support as a moderator of life stress. En: Psychosomatic Medicine. 1976, vol. 38 no. 5, p. 300-314.

²³ SHAFFER, Marjorie. Op. cit., p. 164-184.

²⁴ HILBERT, Gail. Social support in chronic illness. Cited by: STRICKLAND, Ora and WALTZ, Carolyn. Measurement of nursing outcomes: Measuring client self-care and coping skills. Volume Four. New York: Springer. 1990, p. 79-95.

vida súbitos, y además describen los determinantes para tener en cuenta cómo se relacionan los proveedores de soporte social, sin embargo, se aprecia a través de la literatura, disciplinar de enfermería, también existen muestras de desarrollos teóricos relacionados con el tema; los estudios investigativos internacionales datan de 1985, cuando el modelo básico conceptual que se relaciona con la investigación de apoyo social y demuestra que el estrés está relacionado al estado de salud, y de igual forma el apoyo social también tiene efectos sobre el estrés y en el estado de salud.²⁵ De esta forma el apoyo social se ha convertido en una variable ambiental principal, de particular importancia para las enfermeras investigadoras quienes han demostrado que el apoyo social tiene profundo efecto en la restauración de la salud y su promoción. Aunque la definición de apoyo social varía, las diferentes investigaciones indican que éste puede ayudar en la recuperación y disminuir los días de hospitalizaciones, cirugías y enfermedades y que puede reducir las complicaciones durante el embarazo en mujeres bajo estrés y protege en contra de la angustia a nivel psicológico en situaciones adversas.²⁶

Bajo esta perspectiva, se ha informado sistemáticamente que el respaldo social, es decir, el apoyo informal o formal recibido por los pacientes de los cuidadores y de otros miembros de la familia y de su comunidad, es un factor importante que influye en los resultados de salud y los comportamientos de promoción. Perles²⁷, afirma que los grupos de apoyo social aportan beneficios sobre la salud y el bienestar de las personas que participan en los mismos, que sus principales efectos se dirigen a la percepción de apoyo social, y que su utilización no es únicamente eficaz en la recuperación de crisis vitales sino también en una mejoría y adaptación a la enfermedad, así como en la promoción de la salud.

De acuerdo con la descripción de los fenómenos es importante esclarecer: ¿Cómo se relacionan teóricamente la adherencia al tratamiento farmacológico y no farmacológico con el apoyo social? Uno de los factores que influyen en la adherencia al tratamiento es el apoyo social²⁸, por ello es que uno de los soportes que buscan los pacientes es la familia, y en menor proporción programas de apoyo social extra familiares. Achury²⁹, describe que algunas barreras de acercamiento a estos grupos de pacientes crónicos, tales como la no existencia de redes consolidadas y suficientes y la falta de motivación del paciente afectan la adherencia; por ello es necesario hacer énfasis y estimular a la persona en la búsqueda de apoyo social dado que el apoyo externo genera en el

²⁵ HUPCEY Judith and MORSE, J.M. Can a professional relationship be considered social support? *Nursing Outlook*. 1997, vol. 45, p. 270-276.

²⁶ HUPCEY Judith and MORSE, J.M. Op. cit., p. 270-276.

²⁷ PERLES, Novas y GÓMEZ, Jacinto. Grupos de apoyo social dirigidos a personas diabéticas. *En: Journal of Health Psychology*. 2000, vol. 12 no. 1, p. 37-50.

²⁸ ACHURY, S., Diana M. Autocuidado y adherencia en pacientes con falla cardiaca. *En: AQUICHAN*. OCTUBRE 2007, vol. 7 no. 2, p. 139-160.

²⁹ Ibid

paciente mayor motivación sintiéndose importante y capaz para desarrollar sus actividades, lo que consecuentemente aumenta la necesidad de comprometerse en un manejo adecuado del tratamiento. Por lo expuesto anteriormente el enfoque de auto cuidado en el plan educativo planteado por Achury para pacientes en falla cardíaca, se consideró como una estrategia que mejora la adherencia al tratamiento, permitiendo un cambio en los comportamientos de los pacientes, convirtiéndose en una directriz para el manejo adecuado de la enfermedad, guiando, orientando y apoyando al paciente en los cambios de su estilo de vida, y en el mejoramiento de la calidad de la misma.³⁰ Así, se describe teóricamente que el apoyo social puede relacionarse con la adherencia al tratamiento farmacológico y no farmacológico en paciente con padecimientos cardiovasculares; es una temática que correlaciona diferentes variables que permite establecer el apoyo que reciben estas personas con síndrome coronario agudo y de igual forma aportan elementos importantes a la recuperación de la salud, al conocimiento y práctica de cuidado de enfermería.

En este mismo sentido Flórez³¹, concluyó en su estudio realizado en pacientes con factores de riesgos de enfermedad cardiovascular en la Caja de Previsión de la Universidad de Cartagena, que los factores que favorecieron la adherencia, fueron la disponibilidad de recursos económicos para la satisfacción de las necesidades básicas, redes de apoyo familiares y un sistema de equipo de salud organizado, y describió que el riesgo moderado de no adherencia se relaciona con las intervenciones del equipo de salud, señalando además que las intervenciones de cuidado se dificultaban por la falta de orientación sobre la forma en cómo ajustar los horarios de los medicamentos, carencia de recomendaciones escritas sobre el tratamiento, confusión por parte del médico y percepción de la gravedad de la enfermedad. Estos elementos ponen en riesgo a capacidad e adherir a los tratamientos de los pacientes.³² Lo anterior es un indicador claro de la importancia del apoyo que se requiere brindar a las personas por parte del profesional de enfermería y otros trabajadores de salud, para contribuir a la adherencia a los tratamientos, sobre todo en el fenómeno de la salud cardiovascular.

Igualmente Vinaccia³³, menciona en su investigación realizada con 152 personas con diagnóstico de hipertensión arterial del E. S. E. Hospital San Juan de Dios del municipio del Carmen de Viboral, que distintos factores psicosociales pueden tener un grado significativo de influencia en la adherencia al tratamiento antihipertensivo en los pacientes con este diagnóstico. Bajo esta misma perspectiva Holguín³⁴, demuestra que

³⁰ ACHURY, S., Diana M. Op. cit., p. 139-160.

³¹ FLOREZ TORRES, Inna. Adherencia a Tratamientos en pacientes con Factores de riesgo Cardiovascular. En: Av. enferm. 2009, vol. 26 no. 2, p. 31-32.

³² HERRERA LIAN, Arleth. Factores que influyen en la adherencia a tratamientos en pacientes con riesgo de enfermedad cardiovascular. En: av. enfermería. 2008, 26 no. 1, p. 36-42.

³³ VINACCIA, Stefano y QUICENO, Japcy. Apoyo social y adherencia al tratamiento antihipertensivo en pacientes con diagnóstico de hipertensión arterial. En: Informes psicológicos. Ene-Dic. de 2006, no. 8, p. 89 – 106.

los niveles de adherencia al tratamiento, las diferencias pre y post intervención en una institución de salud de la ciudad de Cali, Colombia, fueron estadísticamente significativas ya que los puntajes señalaron diversos niveles de adherencia al tratamiento, porque antes de la intervención ninguna de las personas del grupo se ubicaba en el nivel bajo, el 43,2% del grupo estaba en niveles medios y el 56,8% en niveles altos. Esta situación mejoró después de la intervención biopsicosocial, en donde se observó que de los 19 participantes que al principio de la intervención estaban en el nivel medio, el 73,7 % subieron al nivel alto; y los 25 participantes que estaban en el nivel alto antes de la intervención se mantuvieron en este nivel.

En contraste con los resultados antes mencionados, cabe anotar que el incumplimiento de los tratamientos farmacológicos y recomendaciones, es la mayor causa para no obtener todos los beneficios de las intervenciones propuestas porque esta falencia puede generar en los pacientes complicaciones medicas y biosicosociales reduciendo la calidad de vida de los pacientes, aumentando de esta forma la aparición de resistencia a los fármacos lo cual produce inadecuada utilización de los recursos asistenciales de apoyo.³⁵

Se puede entonces sugerir que la adherencia a tratamientos farmacológico y no farmacológico es uno de los aspectos críticos en el mejoramiento de la salud señalando entonces, que al conocer el tipo de apoyo social con que cuenta el paciente con síndrome coronario, se puede identificar los aspectos positivos y negativos aportados o surgidos de la interacción del paciente con su fuente de apoyo social y que finalmente influyen en la forma en que el paciente realiza los ajustes en sus hábitos de vida, se incorpora y se adhiere al tratamiento y busca la ayuda tangible y emocional para disminuir los niveles de estrés generados por los cambios emocionales, físicos y sociales que presenta a causa de la enfermedad³⁶.

Consecuentemente, el apoyo social podría relacionarse con la adherencia al tratamiento farmacológico y no farmacológico en paciente con síndrome coronario agudo; y es precisamente este aspecto el que se busca indagar, con el fin de aportar elementos importantes al conocimiento y a la recuperación de la salud, al conocimiento y práctica de cuidado de enfermería.

1.1.7 Relevancia disciplinar

Como se mencionó anteriormente, comprender la relación de adherencia a tratamiento farmacológico y no farmacológico y el apoyo social es un fenómeno de enfermería porque tiene que ver con las dimensiones del cuidado de enfermería, si éste se entiende

³⁴ HOLGUÍN, Lyda et al. Adherencia al tratamiento de hipertensión arterial: efectividad de un programa de intervención biopsicosocial. *En*: Univ Psychol. octubre-diciembre de 2006, vol. 5 no. 3, p. 535-547.

³⁵ OMS, Organización Mundial de la Salud. Informe sobre la salud en el mundo 2002. *Op. cit.*, p. 42.

³⁶ SARASON, Irwin and SARASON, Barbara. Social support: Mapping the construct. *In*: Journal of Social and Personal Relationships. *In*: SAGE Publications. 2009, vol. 26 no. 1, p. 113-120.

como la comprensión de las vivencias de los procesos de salud³⁷. Por esto es oportuno comprender que el profesional de enfermería al interactuar con el paciente en situación de enfermedad coronaria debe valorar la cultura, los valores, los factores socioeconómicos, personales, la capacidad intelectual y el apoyo de la familia, amigos, vecinos y compañeros de trabajo, elementos que están entrelazados y determinan la respuesta y la adaptación del individuo a la enfermedad y al régimen terapéutico impuesto por su condición crónica. Ésta información es útil para la asignación de recursos y servicios en las instituciones de salud, así como plantear programas educativos que garanticen apoyo a la familia y al paciente, lo cual conducirá a la obtención de una mejor calidad de vida.³⁸ De igual forma es importante tener en cuenta el conocimiento de la percepción del paciente ante el apoyo recibido por el profesional de enfermería, de modo que este aspecto permitirá generar nuevas propuestas teóricas que contribuyan a mejorar el entendimiento de los fenómenos y de esta forma brindar un cuidado más humanizado e integral.

Así la literatura revisada no mostró investigaciones de otras disciplinas o de enfermería, que indaguen, con especificidad, el estudio de este fenómeno en pacientes con síndrome coronario agudo en población colombiana. La propuesta de Bonilla³⁹ muestra de forma descriptiva su constructo sobre adherencia a tratamiento farmacológico y no farmacológico y la relaciona con la teoría de autocuidado de Orem. Para la disciplina de enfermería, la teoría del autocuidado de Orem, es la que expresa de forma concreta las actividades que los individuos realizan por sí y para sí mismos, para mantener la vida, la salud y el bienestar, y por ello sugiere que es necesario dar respuesta a una serie de requisitos de auto cuidado que pueden ser universales (satisfacen necesidades de agua, aire, alimentos, eliminación/excreción, actividad y reposo, soledad e interacción social, prevención de peligros y promoción del funcionamiento y desarrollo humano); requisitos de desarrollo (garantizan el crecimiento y desarrollo normal, desde la concepción hasta la senectud y el enfrentar situaciones que pueden afectarlo); y los requisitos ante alteraciones o desvíos en el estado de salud (llevan a la persona a buscar asistencia médica segura, a atender los resultados molestos de una enfermedad; a seguir una terapia medicamentosa; a atender los efectos molestos de la alteración en el estado de salud; a aceptar una nueva imagen corporal y los cuidados necesarios para fortalecer el auto concepto o a aprender a vivir con la patología.⁴⁰

³⁷ NEWMAN, MA. et al. The focus of the discipline of nursing. En: *Advances in nursing science*. 1991, vol. 14 no. 1, p. 1-6. Traducción M. M. de Villalobos.

³⁸ FUENTES GONZÁLEZ N. y OJEDA MEDINA, AA. Soporte y red social en el adulto maduro con Hipertensión Arterial y/o Diabetes Mellitus tipo II en riesgo de insuficiencia renal [en línea]. En: *Biblioteca Las casas*. 2007, vol. 3 no. 3, 20 p. Disponible en Internet: <http://www.index-f.com/lascasas/documentos/lc0261.php>

³⁹ BONILLA, Claudia P. Op. cit., p. 46-55.

⁴⁰ OREM, Dorothea. The form of nursing science. In: *Nurs Sci Q*. 1998, vol. 1 no. 2, p. 75-79.

Los planteamientos previos sugieren que la promoción de la salud, la prevención de complicaciones de la cronicidad y el mantenimiento de las situaciones de salud en un nivel estable para la persona y en términos más amplios para los grupos requieren complejas selecciones de estilo de vida personal; hechas en un contexto de inciertos ambientales económicos, culturales, físicos y sociales; por este motivo el liderazgo de la enfermera fundamentado en el cuidado, se convierte en pilar fundamental para colaborar con los pacientes en el logro de sus metas de adherencia y mejoramiento de sus condiciones de salud, esto busca a su vez el surgimiento de acciones de promoción de salud para los pacientes críticos cardiovasculares, y garantiza la oportunidad y la calidad del cuidado requerido, al menor costo posible para los individuos y colectivos⁴¹. Los programas de promoción de la salud y prevención de la enfermedad que manejan los profesionales de enfermería deben tener presente cuáles son los factores que influyen para la no adherencia a los tratamientos y así mismo buscar estrategias de mejoramiento en los que se promuevan estilos de vida saludables, fomentando la adherencia a los mismos en las personas que presentan factores de riesgo cardiovascular, teniendo en cuenta el individuo como ser integral.⁴²

Generalizando, en el momento actual el grado de adherencia al tratamiento farmacológico y no farmacológico es un tema que tiene gran trascendencia debido a su importancia sobre todo en las enfermedades crónicas, pues el incumplimiento no solo es grave porque hace ineficaz el tratamiento prescrito produciendo un aumento de la morbilidad y mortalidad, sino porque también aumenta los costos de la asistencia sanitaria, sumado a esto la falta de apego genera grandes pérdida en lo personal, familiar y social.

Para la disciplina de enfermería, son importantes los aportes que hará este trabajo de investigación, ya que contribuirá a una mejor comprensión del fenómeno de la adherencia a tratamientos farmacológicos y no farmacológicos en personas con enfermedad coronaria y su relación con el apoyo social, ya que los resultados permitirán clarificar elementos de relación que contengan las dimensiones requeridas, de conocimientos específicos de cuidado y su manejo para aplicación en la práctica, a partir de los requerimientos de cuidado de este tipo de pacientes.

Del mismo modo, permite aportar al conocimiento mediante la utilización de instrumentos desarrollados por enfermeras que miden el apoyo social y la adherencia.

Con los aspectos presentados a partir de la utilización de técnicas de organización y crítica de literatura, se puede afirmar que hasta el momento se conoce la descripción del fenómeno de la adherencia a tratamiento farmacológico y no farmacológico y el apoyo

⁴¹ GAVIRIA NOREÑA, Dora Lucía. Modelo de participación de enfermería en promoción de la salud y prevención de la enfermedad. En: Invest. educ. enferm. mar. 2000, vol. 18 no. 1, p. 103-112.

⁴² ORTIZ SUAREZ, Consuelo. Instrumento para evaluar la adherencia a tratamientos en pacientes con factores de riesgo cardiovascular. In: Avances de enfermería. Julio-Diciembre 2010, vol. 27 no. 2, p. 76-87.

social y se cuenta con una sospecha empírica de relación entre ambos conceptos, por lo que se plantea en el actual proyecto la siguiente pregunta de investigación: ¿Cómo se correlaciona el apoyo social y el grado de adherencia al tratamiento farmacológico y no farmacológico en pacientes con síndrome coronario agudo?

1.2 Objetivos

1.2.1 Objetivo general

Determinar la relación entre el apoyo social y el grado de adherencia a tratamiento farmacológico y no farmacológico en pacientes con síndrome coronario agudo.

1.2.2 Objetivos específicos

- ✓ Describir el grado de adherencia al tratamiento farmacológico y no farmacológico en pacientes con síndrome coronario agudo.
- ✓ Describir el grado de apoyo social de los pacientes con síndrome coronario agudo.
- ✓ Correlacionar el apoyo y el grado de adherencia farmacológico y no farmacológico en pacientes con síndrome coronario agudo.

1.3 Variables

Las variables del estudio son: apoyo social adherencia a tratamiento farmacológico y no farmacológico.

Definición conceptual y operativa de las variables

1.3.1 Apoyo social

Definición conceptual. Para el presente estudio se considera el apoyo social definido como apoyo instrumental desde la visión de Schaffer⁴³ que conceptúa que “apoyo social es un intercambio de recursos entre el proveedor y el recipiente de cuidado para reforzar el bienestar del recipiente. Es una acción intencional que se da de forma deliberada al paciente, entablando una relación interpersonal, que produce una respuesta positiva de parte de éste de manera inmediata o a mediano plazo”.

⁴³ SHAFFER, Marjorie. Op. cit., p. 164-184.

Definición operativa. El apoyo social instrumental será operacionalizado a través del Instrumento de Soporte Social en la enfermedad Crónica (SSCII) de Gail Hilbert⁴⁴ que propone las siguientes dimensiones de medición: interacciones personales, guía, retroalimentación, e interacción social (Anexo 4).

1.3.2 Adherencia al tratamiento farmacológico y no farmacológico

Definición conceptual. “Grado de comportamiento de un paciente con factores de riesgos de enfermedad cardiovascular que corresponden a las recomendaciones hechas por un proveedor del cuidado de la salud, sea medico o personal de enfermería. Estas recomendaciones se relacionan con medicamentos: tipo, dosis, frecuencia duración del tratamiento y recomendaciones sobre su administración en relación con horario de comidas, horarios diurnos, regulación del ejercicio físico, disminución o supresión del hábito de fumar o consumo de alcohol.”⁴⁵

Definición operativa. La adherencia se medirá, con el instrumento diseñado por Bonilla y Reales⁴⁶, versión cuarta, en el cual se evalúan los factores que influyen en la adherencia a tratamientos, en personas que presentan factores de riesgo de enfermedad cardiovascular. Los riesgos que mide el instrumento están determinados en cuatro categorías: factores socios económicos, relacionados con el proveedor, con la terapia del paciente y factores asociados al paciente (Anexo 5).

1.3.3 Paciente con síndrome coronario agudo

Paciente adulto, hombre o mujer en edades de 40 a 75 años que tengan diagnóstico médico de síndrome coronario agudo, confirmado en la historia clínica teniendo en cuenta las siguientes consideraciones documentales: angina que se incrementa en frecuencia duración y severidad. Angina provocada a un bajo umbral. Angina de nuevo inicio dentro de 2 semanas a 2 meses previos a la presentación.

1.4 Hipótesis estadísticas

H1: El grado de adherencia al tratamiento farmacológico y no farmacológico en pacientes con síndrome coronario agudo se correlaciona con el apoyo social

⁴⁴ HILBERT, Gail. Op. cit., p. 79-95.

⁴⁵ BONILLA, Claudia P. Op. cit., p. 46-55.

⁴⁶ Ibid.

Ho El grado de adherencia al tratamiento farmacológico y no farmacológico en pacientes con síndrome coronario agudo no se correlaciona significativamente con el apoyo social⁴⁷

⁴⁷ Ibid

·Termino desarrollado para este estudio a partir de la definición de perspectiva tomada del diccionario de la lengua española y referida para este estudio.

2. Marco Teórico

En el presente capítulo se presenta la descripción conceptual del apoyo social desde otras disciplinas, desde enfermería y desde el presente proyecto en el que se referencia a Marjorie Shaffer como teórica de mediano rango que describe el apoyo social instrumental percibido; de la misma manera se desarrolla desde el fenómeno de adherencia, en el que se conceptualiza. Este constructo se mira desde otras disciplinas, desde enfermería y del propio proyecto tomando como base el déficit de autocuidado descrito por Dorothea Orem. También se analiza las visiones de mundo de ambos teóricos, la significancia social, congruencia lógica, significancia teórica y consistencia interna. Para la revisión del estado del arte se utilizó la estructura de revisión conceptual, teórica y empírica, propuesta por Fawcett cuyas siglas son CTE⁴⁸.

Conceptualización de apoyo social o soporte social. Apoyo social. En las décadas pasadas, el concepto de soporte social ha emergido como un una variable importante en las investigaciones sobre salud. Muchas de las investigaciones en enfermería se han originado a partir de la premisa teórica de que la desconexión social (separación, muerte o traslado de residencia) trae como consecuencia una adaptación y superación pobre de los problemas que generan estrés.

Cobb⁴⁹ define el apoyo social como: “Información dada al sujeto para que crea que es cuidado, amado, estimado y miembro de una red de obligaciones mutuas.” Según Kaplan⁵⁰, también ha sido definido en forma menos personal como “Cualquier insumo previsto por un individuo o grupo, el cual mueve al receptor a lograr metas propuestas por el mismo.” Definiciones más complejas tienden a enumerar las actividades que aporta el soporte social asume que el soporte social “Ayuda a la movilización individual se recursos sociológicos, ayudando a sobrepasar los agobios emocionales compartiendo las metas del individuo y proveyendo elementos extra como dinero, materiales, guía, conocimientos, con el fin de incrementar la posibilidad de sobrepasar la situación”.

⁴⁸ FAWCETT, Jacqueline and GARITY, Joan. Evaluation of Middle Range Theories. In: Evaluating Research for Evidence-Based nursing, FA Davis. 2009, p. 73-88.

⁴⁹ COBB, Sidney. Op. cit., p. 300-314.

⁵⁰ KAPLAN, Jay et al. Social stress and atherosclerosis in normocholesterolemic monkeys. In: Science. 1983, vol. 220, p. 733-735.

House⁵¹, definió el soporte social como "Diferentes clases de conductas o actos que incluyen el soporte emocional, soporte apreciativo, soporte informacional y soporte instrumental". Esta definición y sus aplicaciones han dado significativas luces al entendimiento del soporte social, sin embargo se han hecho argumentaciones sobre como la red social es también muy importante para reconocer la conducta social del individuo.

El apoyo o soporte social es un concepto multifacético que ha sido difícil de conceptualizar, definir y medir, aunque éste ha sido ampliamente estudiado, hay poco acuerdo entre los teóricos e investigadores en cuanto a su definición teórica y operativa. Como resultado, el concepto sigue siendo difuso y casi todo lo que infiere una interacción social se puede considerar el apoyo social. Los investigadores sociales de apoyo han ignorado la complejidad del concepto y han medido la variable de una manera simplista⁵²; sin embargo a continuación se esbozan algunas definiciones tales como:

- ✓ "El apoyo o soporte social es definido por la presencia o ausencia relativa de recursos de apoyo psicológico provenientes de otras personas significativas".
- ✓ "La información que permite a las personas creer que: a) se preocupan de ellos y les quieren, b) son estimados y valorados y c) pertenecen a una red de comunicación y de obligaciones mutuas".
- ✓ "Transacciones interpersonales que implican la expresión de afecto positivo, la afirmación o respaldo de los valores y creencias de la persona y/o la provisión de ayuda o asistencia".
- ✓ "La disponibilidad de ayuda proveniente de otras personas".⁵³
- ✓ "El grado en que las necesidades sociales básicas se satisfacen a través de la interacción con los otros".

A continuación se señalan las cuatro perspectivas principales, teóricas y empíricas, que sobre el apoyo social se han desarrollado. Estas perspectivas o aproximaciones han de considerarse no como excluyentes sino como complementarias: cada perspectiva representa diversos niveles de análisis y se presenta como una precondition del siguiente nivel.

⁵¹ HOUSE, James; UMBERSON, Debra and LANDIS, Karl. Structures and processes of social support. In: Annual Review of Sociology. 1988, vol. 14, p. 293-318.

⁵² HUPCEY, Judith. Op. cit., p. 1231 -1241.

⁵³ DUCHARME, F.; STEVENS, B, and ROWAT, K. Social support: conceptual and methodological issues for research in mental health nursing. In: Issues mental health nursing. 1994, vol. 15, p. 373-392.

Nivel I: El nivel más básico en la conceptualización del apoyo social es aquel que lo aborda como "Integración social". Este nivel de análisis se centra en el número y fuerza de las asociaciones de una persona con los otros significativos. No se hace relación a la calidad de las relaciones sino a las características estructurales de la red social de una persona (número de contactos, clase de los mismos; matrimonio, amistad...). Este nivel no es capaz de explicar la relación entre salud y apoyo social.

Nivel II: La perspectiva del apoyo social como "relaciones de calidad" añade una importante cuestión al nivel anterior. Desde este punto de vista se atiende a la calidad de las relaciones aunque éstas no sean muy numerosas. Son varias las vías por las que pueden influir unas relaciones de calidad sobre la salud y bienestar psicológico: contribuyen a satisfacer las necesidades de afiliación, cubren las necesidades de afecto, proporcionan un sentimiento de identidad y pertenencia, son fuente de evaluación positiva, proporcionan sentimientos de control de la situación, etc.

Nivel III: Un tercer nivel es el apoyo social como "ayuda percibida". En este caso se hace referencia a la percepción de que en situaciones problemáticas hay en quien confiar y a quien pedir apoyo. La percepción de que existe ayuda disponible por parte de otros, puede hacer que la magnitud estresora de un evento aversivo se perciba reducida.

Nivel IV: El último nivel consistiría, no ya en tener asociaciones con otros o que sean de calidad o que se perciba la posibilidad de ayuda, sino en la "actualización de tales conductas de apoyo". Es decir, se hace referencia en las conductas reales, al despliegue efectivo y concreto de tal apoyo⁵⁴.

El soporte social es definido por Walker⁵⁵ como el conjunto de contactos personales, que permiten a una persona mantener su identidad social y recibir soporte emocional, ayuda material o instrumental, servicios e información. Barrera⁵⁶ hace referencia a los lazos que se establecen con las personas del entorno inmediato por que puede proporcionar ayuda en caso de necesidad, Stewart⁵⁷ propone que el soporte social puede ser comprendido mejor si se conceptualiza como una meta construcción que comprende tres construcciones subsidiarias: los recursos de la red de soporte, los comportamientos de soporte, y las evaluaciones subjetivas en torno a él.

⁵⁴ CAZALS, Marie and ALMUDEVERA, Brighith. Social support, coping strategies and psychological well-being among young people awaiting employment. *In: European Work and Organizational Psychologist*. 1993, vol. 3 no. 3, p. 205-216.

⁵⁵ WALKER, KN; McBRIDE, A. and VACHON, M. Social support network and the crisis of Bereavement. *In: Social Science and Medicine*. 1977, vol. 11, p. 35-41.

⁵⁶ BARRERA, Manuel Jr. Distinction between social support concepts, measures and models. *In: American Journal of community Psychology*. 1986, vol. 14 no. 4, p. 413-445.

⁵⁷ VAUX, Alan; REIDEL, Sharon and STEWART, Doreen. Modes of social support: The social Support behaviors (SS-B) scale. *In: American Journal of community Psychology*. 1989, vol. 15 no. 2, p. 209.

Para Cohen y Symme⁵⁸ “Mientras la red social se puede definir como la estructura de la relación, el soporte social es la función de la relación.”

Llevando el análisis hacia un nivel mayor de abstracción, existen supuestos que se derivan de las definiciones teóricas sobre soporte social:

1. El soporte social se refiere a interacciones interpersonales y relaciones.
2. Estas interacciones proveen soporte emocional o ayuda para solucionar los problemas.
3. Esta ayuda es provista por miembros de la red social, no por extraños o profesionales
4. El soporte social es tanto recibido como ofrecido por los miembros de la red social de tal forma que sea equitativo. Norbeck⁵⁹,
5. Se asume que la conceptualización de soporte social debe basarse en una teoría claramente expuesta y especificada. Tilden⁶⁰
6. Por mucho tiempo se consideró el soporte social como positivo o benéfico, Antonucci y Depner⁶¹, no siendo siempre así.

El soporte que intenta ser positivo puede ser negativo porque su fin es negativo o por que quien lo recibe lo percibe como negativo. Vaux (1988) reportó que el soporte social puede tener efectos tanto positivos como negativos, o incluso no tener ningún efecto sobre el nivel de estrés de los cuidadores. Gottlieb en 1988 comentó sobre los aspectos negativos del soporte, diciendo que este puede victimizar a algún miembro de la red, también puede generar demasiado control y generar incapacidad para solicitar ayuda.

Un supuesto encontrado en la literatura describe que las necesidades de apoyo social dependen de las condiciones del individuo y de la situación en particular (Norbeck, 1981). También la cultura, el desarrollo personal, la estructura familiar, el nivel socioeconómico y

⁵⁸ COHEN, Sheldon and SYME, Leonard. Issues in the study and Applications of social support., In S Cohen & S.L. Syme (eds) Social support and Health (pp3-22). Orlando, F.L: Academy Press. 1985

⁵⁹ NORBECK, Jane. Apoyo Social.

⁶⁰ PETERSON TILDEN, Virginia. Issues of Conceptualization and measurement of social support in the construction of nursing theory. In: Research in Nursing and Health. 1985b, vol. 8, p. 199-206.

⁶¹ ANTONUCCI, Toni. And DEPNER, C. Social Support and informal, helping relationships. New York: Academy Press. 1982, p. 233-254.

el nivel de salud, son considerados como elementos importantes en la determinación del soporte social. (Tilden, 1985), por lo tanto se puede considerar el apoyo social como un concepto multidimensional, que involucra a la persona, la familia, la sociedad, es decir el entorno en el cual el individuo interactúa, y del cual depende en muchos aspectos.

También se pueden citar a Barrera y Ainlay (1983), quienes lo describen como una variedad de comportamientos de ayuda natural de los cuales los individuos son receptores a través de las interacciones sociales: ayuda tangible, (ayuda material, asistencia comportamental) interacciones personales, guía, retroalimentación, e interacciones sociales, cuya definición se adopta en este estudio, debido a que Hilbert (autor del instrumento que se utilizó en este trabajo), usó como base de teórica, los conceptos de los autores antes mencionados.

De esta forma el apoyo social se considera como un constructo importante en la vida de las personas, sin embargo, Martos sugiere necesario intervenir en los aspectos clave que influyen en la adherencia a los tratamientos, ya que puede ser necesario reforzar distintas particularidades, del apoyo social, en función de si el incumplimiento se produce en un sentido u otro⁶².

El interés por el concepto de soporte o apoyo social, se originó en los años 70 como una variable primordial en estudios del área de la salud, especialmente en el afrontamiento al estrés en situaciones de crisis. Broadhead y Kaplan⁶³ sugieren que el concepto proviene de diversas fuentes:

Kaplan,⁶⁴ lo define en términos de lazos perdurables que desempeñan un papel importante en la integración psicológica y física de una persona y representa los factores existentes en el ambiente que promueven el curso favorable de la enfermedad. Para Coob⁶⁵, representa la "información dada al sujeto para que crea que es cuidado, amado, estimado y miembro de una red de obligaciones mutuas". Según Saranson⁶⁶, el apoyo social es un término referido a la existencia o disponibilidad de personas con las cuales se puede confiar o contar en periodos de necesidad; quienes proveen al individuo de preocupación, amor y valor personal.

⁶² MARTOS M., María José; POZO M., Carmen y ALONSO M., Enrique. Influencia De Las Relaciones Interpersonales sobre la salud y la conducta de adherencia en una muestra de pacientes crónicos. En: Boletín de Psicología. Julio 2008, no. 93, p. 59-77.

⁶³ KAPLAN, Jay et al. Op. cit., p. 733-735.

⁶⁴ Ibid.

⁶⁵ COOB, Sidney. Social support as a moderator of life stress. In: Psychosomatic Medici. 1976, vol. 38 no. 5, p. 300-314.

⁶⁶ SARANSON, Irwin et al. Concomitants of social support: Social skills, physical attractiveness and gender. In: Journal of personality and social psychology. 1985, vol. 49, p. 469-480.

Alvarado⁶⁷ define apoyo social como la ayuda importante que proviene de personas o instituciones con las que un sujeto se relaciona y que se actualiza en situaciones de pérdida o de crisis por efecto de estresores psicosociales. Por su parte Barrera⁶⁸ trabajó el concepto, refiriéndose a él como “las conexiones que las personas establecen con otros miembros que le son significativos porque le proveen ayuda en tiempos de necesidad, permitiéndole enfrentar situaciones de estrés”.

Muñoz⁶⁹ plantea que el apoyo social es una práctica de cuidado que se da en el intercambio de relaciones entre las personas y se caracteriza por expresiones de afecto, afirmación o respaldo de los comportamientos de otra persona, entrega de ayuda simbólica o material a otra persona por tal razón, el apoyo social se expresa como la transacción interpersonal que incluye tres aspectos: la expresión de afecto de una persona hacia otra (apoyo afectivo), la aprobación de la conducta, pensamientos o puntos de vista de la otra persona (apoyo confidencial) y la prestación de ayuda de tipo material (apoyo instrumental).

En los conceptos planteados anteriormente existe cierto acuerdo al expresar, de una u otra forma, que el apoyo social posee una estructura que está definida por las características cuantitativas u objetivas de la red de apoyo social, tales como el tamaño, densidad, dispersión geográfica, así como por las características de los contactos y los vínculos sociales que tienen lugar dentro de ella (homogeneidad, reciprocidad o multiplicidad de contactos). Por todo esto, el estudio del apoyo social se está convirtiendo en una importante variable de análisis en la práctica de enfermería, especialmente en la búsqueda de estrategias de intervención ante problemas de salud con implicaciones tan complejas como las enfermedades crónicas⁷⁰.

Teniendo en cuenta la relación del apoyo social con la salud, Rosengren⁷¹, presenta evidencia en sus investigaciones relacionadas con este fenómeno, de que el apoyo social protege a hombres de mediana edad por un largo período de 15 años, de manera tal, que la falta de integración social predice enfermedades del corazón, más allá de los efectos de factores de riesgo coronario y confirma aún más su papel como núcleo y

⁶⁷ ALVARADO M., Rubén, MEDINA L, Ernesto y ARANDA, CH, Waldo. El efecto de variables psicosociales durante el embarazo, en el peso y la edad gestacional del recién nacido. En: Rev. Méd. Chile, mayo 2002, vol. 130 no. 5, p. 561.

⁶⁸ BARRERA O., Lucy et al. La habilidad de cuidado de los cuidadores familiares de personas con enfermedad crónica. En: Invest. educ. enferm. 2006, vol. 24 no. 1, p. 36

⁶⁹ MUÑOZ De RODRÍGUEZ, Lucy. El apoyo social y el cuidado de la salud humana. Bogotá: Unibiblos Facultad de Enfermería, Universidad Nacional de Colombia, Cuidado y práctica de enfermería Santa Fe de Bogotá, p. 99.

⁷⁰ VEGA ANGARITA, Olga M. y GONZALEZ ESCOBAR, D.S. Apoyo social: elemento clave en el afrontamiento de la enfermedad crónica. 2009, vol. 8 no. 16, p. 1-11.

⁷¹ ROSENGREN, Annika; WILHELMSENA, Lars and ORTH-GOMER, Kristina. Coronary disease in relation to social support and Social class in Swedish men. In: European Heart Journal. 2004, vol. 25, p. 56–63.

factor de riesgo psicosocial para la enfermedad coronaria. En este mismo sentido Rosengren⁷², encontró que las concentraciones plasmáticas de fibrinógeno se relacionaban inversamente con las medidas de la actividad social; una mayor puntuación de la actividad social está asociada con menor concentración de fibrinógeno, aunque poco se sabe sobre los mecanismos mediante los cuales los factores sociales se relacionan con diferencias en la salud y el riesgo de muerte prematura. Otra relación de estudio la propone Orth-Gomer⁷³, para quien fumar y la falta de apoyo social son los dos factores principales de riesgo de cardiopatía coronaria en hombres de mediana edad. Dentro del mismo contexto Seeman⁷⁴ señala que el apoyo instrumental de la red y los sentimientos de ser amado son más importantes en la predicción de la arteriosclerosis coronaria, independientemente de todas las covariables existentes. Este aspecto ya lo mencionó Sarason⁷⁵ para quien, el apoyo social es una construcción con múltiples dimensiones que puede ser abordado en múltiples niveles.

Blumenthal⁷⁶, menciona que la probabilidad de tener complicaciones de la enfermedad cardíaca coronaria está inversamente relacionada con el nivel de apoyo social. De igual manera King, muestra que la percepción de la disponibilidad de los 5 tipos de apoyo social se mantuvo relativamente estable a partir del pre operatorio hasta 1 año después de la cirugía y este hecho se relacionó significativamente, con los resultados emocionales y funcionales.⁷⁷

Contrario a lo antes descrito, Tennant, Galvin y Anthony, discrepan en lo relacionado apoyo social como predictor de la salud cardiovascular, ellos no encontraron diferencia significativa en la reactividad cardiovascular de personas que reciben apoyo social y las quienes no, afirman que el apoyo social no aparece como moderador de la relación entre eventos de vida estresantes y la enfermedad cardiovascular, y mencionan no hallar diferencias significativas en otras variables como nivel de estrés y nivel de apoyo social.^{78,79,80}

⁷² Ibid.

⁷³ ROSENGREN, Annika; WILHELMSENA, Lars and ORTH-GOMER, Kristina. Lack of social support and incidence of coronary heart disease in middle- aged swedish men. In: Psychosomatic Medicine. 1993, vol. 55, p. 37-43.

⁷⁴ SEEMAN, Teresa E. and SYME, Leonard. Social networks and coronary artery disease: a comparison of the structure and function of social relations as predictors of disease. En: Psychosomatic Medicine. 1987, vol. 49, p. 341-354.

⁷⁵ SARASON, Irwin and SARASON, Barbara. Op. cit. p. 113-120.

⁷⁶ BLUMENTHAL, James A., et al. Social support, type a behavior, and coronary artery disease. In: Psychosomatic Medicine. 1987, vol. 49, p. 331-340.

⁷⁷ KING, Kathleen et al. Social support and long-term recovery from coronary artery surgery: Effects on patients and spouses. En: Health Psychology. Jan 1993, vol. 12 no. 1, p. 56-63.

⁷⁸ GAVIN ANDREWS, MD et al. Life event stress social support, coping style and risk of psychological impairment. In: The journal of nervous and menal disease. May 1978, vol. 166 no. 5, p. 307-16.

Atributos de apoyo o soporte social. El concepto de soporte social y sus operacionalizaciones pueden ser organizadas en tres categorías amplias: redes sociales, apoyo social percibido, y apoyo social efectivo. La primera se refiere a las conexiones que los individuos tienen para dar significado a otros en su medio social, teniendo un sentimiento psicológico de comunidad., la segunda representa la valoración cognitiva que hace la persona respecto a quiénes les pueden proveer determinada ayuda en momentos de necesidad. Estas personas no dan soporte social efectivo, pero constituyen para el sujeto personas disponibles o recursos para situaciones problemáticas, lo que le proporciona seguridad dentro y fuera de las situaciones estresantes. La ayuda efectiva, se refiere a las acciones que recibe de los otros en momentos de necesidades⁸¹.

En el caso de las redes sociales se define como un tipo específico de relaciones que vincula a un grupo determinado de personas, objetos o acontecimientos⁸², Kanh⁸³ propone el término metafórico de “convoy”, es decir vehículo que puede cambiar ruta en el tiempo y a través del cual se proporciona el apoyo social con unas propiedades que permiten a las personas confiar en él como un apoyo e igualmente medirse bajo los conceptos de la teoría de análisis de la red.⁸⁴

Las redes sociales tienen varias propiedades:

Tamaño: el número de personas con su parentesco que están disponibles y reconocidas por las personas que las necesitan, para ofrecer apoyo.

Densidad: son las líneas de comunicación entre integrantes de la red; implica coherencia, conocimiento y nexos entre ellos.

Rango: se refiere a la frecuencia de contactos, tipo de contactos (homogéneo, heterogéneo); es decir, los contactos pueden o no compartir valores y creencias comunes, lo cual facilitará o dificultará el apoyo.

⁷⁹ ANTHONY, Jennifer L and O'BRIEN, William H. The Effects of a Group-Based Social Support Intervention on Cardiovascular Reactivity. *In:* Small Group Research. April 2002, vol. 33 no. 2, p. 155-180.

⁸⁰ CALVO FRANCÉS, Fernando et al. Diferencia en ansiedad, depresión, estrés y apoyo social entre sujetos con enfermedad cardiovascular y controles sanos [en línea]. *En:* Psiquiatría.com. 2001, vol. 5 no. 4. Disponible en Internet: <http://www.neurologia.tv/revistas/index.php/psiquiatricom/article/view/413/>

⁸¹ PONCE GONZÁLEZ, JM et al. Influencia del apoyo social en el control de las personas con diabetes [en línea]. *En:* Biblioteca Las casas. 2007, vol. 3 no. 2, 14 p. Disponible en Internet: <http://www.index-f.com/lascasas/documentos/lc0223.php>

⁸² BERKMAN, LF. Assessing the physical health effects of social networks and social support. *In:* Ann Rev Public Health. 1984, vol. 34, p. 1-9.

⁸³ KANH, R. Aging and social support; *In:* M.W.Riley(ed). Aging from birth to death: interdisciplinary perspectives. Boulder, CO:Westview. 1979, p. 77-91.

⁸⁴ MUÑOZ de RODRÍGUEZ, Lucy. Op. cit., p. 99.

Accesibilidad: Es la facilidad con que una persona que necesita el apoyo puede utilizar y contactar otra persona importante para ese apoyo⁸⁵.

También el apoyo social percibido, ha demostrado ser más importante y tener más impacto sobre la salud y bienestar que el apoyo social que en efecto se recibe⁸⁶. A pesar de la diversidad en cuanto a su definición, la mayoría de los autores⁸⁷, coinciden en delimitar las funciones básicas de este apoyo social, estableciendo con base a ello, los distintos tipos que son⁸⁸: emocional que consiste básicamente en ofrecer cuidado, afectividad, aumento de auto-estima, interés, confianza. De valoración que consiste en transmitir información relevante para la auto evaluación. Es tomar a otros como punto de referencia para evaluarse a sí mismo, recibir feedback. Informativa: que es facilitar los datos suficientes sobre la situación y las demandas que ésta hace de la persona para facilitar la puesta en marcha de estrategias de autoayuda e Instrumental que propone la realización de conductas que ayuden directamente a la persona necesitada (ayudarle a vestirse, moverse, comer...).

El apoyo social recibido, también llamado necesitado u objetivo, está relacionado con el componente conductual, hace referencia a las transacciones reales de ayuda producidas entre los miembros de una relación; el apoyo social percibido o subjetivo se refiere al componente cognitivo; se relaciona con la evaluación que el individuo realiza de la ayuda recibida, propone que la verdadera naturaleza del apoyo social se encuentra en los procesos perceptivos de los sujetos implicados, es decir, la previsión de que se obtendrá apoyo llegado el momento, ayuda a enfrentar de forma ventajosa las situaciones difíciles, independientemente de que se acceda o no a los recursos que se creían disponibles⁸⁹. Desde la perspectiva de enfermería se identifica a Jean Norbeck⁹⁰, como impulsora de las conceptualizaciones de apoyo social desde la década de los 70.⁹¹ A partir de esa fecha, las investigaciones con poblaciones clínicas de la práctica de enfermería, se han categorizado en cuatro áreas: cambios de vida, desempeño del rol, comportamientos en salud y crisis o conductas de enfermedad; estos puntos han reportado aspectos significativos del apoyo social en diferentes situaciones del proceso vital humano.

⁸⁵ MUÑOZ De RODRÍGUEZ, Lucy. Op. cit., p. 99.

⁸⁶ SANDÍN, B. El estrés: un análisis en el papel de los factores sociales. En: Rev Inter Psicol Clin Salud. 2003, vol. 3 no. 1, p. 141-57.

⁸⁷ HOUSE, James S. Work stress and Social Support. Addison Wesley Publishing. 1981. 156 p.

⁸⁸ FERNÁNDEZ RÍOS, L; TORRES, M. and DÍAZ, L. Apoyo social: Implicaciones para la psicología de la salud. En: Simón MA, editor. Comportamiento y salud. Valencia: Promolibro. 1992, p. 59-65.

⁸⁹ PINAZO HERNANDIS, Sacramento y SANCHEZ MARTINEZ, Mariano. Gerontología: Actualización, innovación y propuestas. España: Pearson Prentice Hall. 2005, 591 p.

⁹⁰ NORBECK., Jane. Social Support: A Model For Clinical research and application. Advances In Nursing Science. Cap. 4. 1981, p. 43-59.

⁹¹ NORBECK, Jane. Apoyo Social. Capítulo 4. San Francisco: Escuela de enfermería Universidad de California. 2001, p. 9.

De los cambios de vida de interés para enfermería, el apoyo social se ha estudiado en las etapas del embarazo y el envejecimiento. En estas áreas los estudios realizados por Schaffer⁹² Frey⁹³, Nuckolls, Cassel, Cobb y Kaplan⁹⁴, Norbeck Tilden⁹⁵, confirman que el apoyo social es importante con relación al desarrollo de complicaciones, salud física o psicológica de los padres en espera y adaptación a la paternidad. Respecto al envejecimiento, el apoyo social lo ha estudiado Avlund⁹⁶ con relación al cuidado en casa, la institucionalización, y la salud física y psicológica; destacándose, en los resultados, la familia como principal recurso de apoyo social del anciano para el cuidado en casa, y su ausencia como factor determinante en la institucionalización del adulto mayor, igualmente se resalta la valoración del apoyo social por parte de las personas mayores como elemento relacionado con la salud psicológica, más que en la salud funcional o física.

Para Curcio⁹⁷ el apoyo o soporte formal corresponde a entidades privadas o gubernamentales, instituidas dentro de las estructuras sociopolíticas del Estado. De tal modo que la familia, los amigos y vecinos, componen el sistema de soporte social informal, ellos constituyen las principales fuentes de apoyo de los ancianos.

Desde la perspectiva de los roles familiares, el apoyo social se ha indagado en diferentes situaciones, entre ellas los papeles del familiar que brinda cuidado a un anciano, esposa o esposo enfermo, específicamente el bienestar físico, psicológico y social de personas mencionadas como principal fuente de ayuda de padres ancianos de pacientes con infarto del miocardio, destacándose entre sus resultados la unión familiar como fuente de bienestar psicológico, y los parientes; vecinos, enfermeras registradas y médicos, se identifican como principales fuentes de apoyo.⁹⁸

⁹² SCHAFFER, Marjorie and HOAGBERG, Lia. Efectos del apoyo social sobre el cuidado prenatal y conductas de salud de las mujeres de bajos ingresos. En: Diario de Obstetricia. Ginecológica y enfermería neonatal. 1997, vol. 26 (A), p. 433-440.

⁹³ FREY, Maureen A. Formulation derived from King's conceptual frame. In: Nursing Science Quarterly. September 1989, vol. 2 no. 3, p. 138-146.

⁹⁴ NUCKOLLS, K; CASSEL, J. and KAPLAN, B. Op. cit., p. 431-441.

⁹⁵ NORBECK, Jane and PETERSON TILDEN. Virginia. Life stress, social support, and emotional disequilibrium in complications of pregnancy: a prospective, multivariate study. In: Journal of health and social behavior. 1983, vol. 24, p. 30-46.

⁹⁶ NUCKOLLS, K; CASSEL, J. and KAPLAN, B. Op. cit., p. 431-441.

⁹⁷ AVLUND, K., et al. The impact of structural and functional characteristics of social relations as determinants of functional decline. In: Journal of Gerontology, Social Sciences. 2004, vol. 59B no. 1, p. S44-S51.

⁹⁸ CURCIO BORRERO, Carmen Lucía. Soporte social informal, salud y funcionalidad en el anciano [en línea]. En: Hacia promoción salud. Manizales 2008, vol. 13 no.1, p. 42-58. Disponible en Internet: http://promocionsalud.ucaldas.edu.co/downloads/Revista13_3.pdf

⁹⁸ KING, Kathleen et al. Op. cit., p. 56-63.

Fernández y Manrique⁹⁹ describen el apoyo social como “la interacción entre las personas que incluyen la expresión de afecto, la afirmación de los comportamientos y la ayuda material”. La pérdida de estos elementos positivos pueden ser reemplazados por sentimientos de dependencia física o psicológica en el adulto mayor, relacionados directamente con los síntomas psicológicos negativos como la depresión, sentimientos de soledad, de carga, de inutilidad y la aparición de enfermedades crónicas; sin embargo el apoyo social es un amortiguador de la salud¹⁰⁰; condición por la cual las enfermeras deben tener el conocimiento y experiencia para evaluar las relaciones interpersonales y el entorno social, de los clientes, e implementar estrategias de promoción de la salud, y facilitar a los pacientes en el inicio del auto-cuidado.¹⁰¹

Adicionalmente, se encontró en la revisión de la literatura, que los factores socioeconómicos, es decir, la disponibilidad económica para la satisfacción de las necesidades básicas incluyendo la salud, obtención oportuna de los medicamentos y contar con el apoyo familiar, influyen de manera efectiva en la adherencia a los tratamientos farmacológicos y no farmacológicos¹⁰². Stewart advierte sobre la necesidad de que las enfermeras intervengan con el apoyo social a nivel individual, y grupal, y menciona la necesidad de formación de las enfermeras para responder al reto de integrar la teoría de apoyo social en el plan de estudios, además de reforzar la necesidad de generar estrategias de investigación destinadas a aclarar las cuestiones del apoyo social sugiriendo al género como factor de predicción de apoyo social y propone un modelo conceptual que incorpora al medio ambiente, enfermería, salud, y los coordinadores de la asistencia social de enfermería. Este tema representa una lectura esencial para las enfermeras, médicos, educadores, estudiantes e investigadores que ven la necesidad de cambio hacia un modelo psicosocial y no biomédico, para la atención de salud enfatizando en un sistema que tenga en cuenta las opiniones de los clientes como socios y las familias como aliados.¹⁰³

Cabe destacar que el apoyo social, también cuenta con una dimensión funcional donde se analizan los efectos o consecuencias que le producen al sujeto el apoyo, es decir, se refiere a la calidad del apoyo social existente y en este sentido se destacan la valoración subjetiva y la disponibilidad de éste (apoyo percibido vs. apoyo recibido) y el que se refiere a los diferentes tipos de apoyo (instrumental, informativo y socioemocional), así como al grado de satisfacción con éste. De esta manera el apoyo social como proceso es el que da una connotación dinámica al constructo, se reafirma en los diferentes elementos que influyen en la movilización y la efectividad de éste en el tiempo, lo que

⁹⁹ FERNÁNDEZ, Alba y MANRIQUE, Fred. Rol de la enfermería en el apoyo social del adulto mayor. En: Enfermería global. Junio 2010, vol. 9 no. 19, 9 p.

¹⁰⁰ NUCKOLLS, K; CASSEL, J. and KAPLAN, B. Op. cit., p. 431-441.

¹⁰¹ NORBECK, Jane and PETERSON TILDEN. Virginia . Op. cit., p. 30-46.

¹⁰² HERRERA LIAN, Arleth. Op. cit., p. 36-42.

¹⁰³ STEWART, M.J. De Estudios de Intervención Social de Apoyo: una revisión de las contribuciones y el folleto de enfermería. En: Internacional Oficial de Estudios de Enfermería. 1989, vol. 26 no. 2, p. 93-114.

está vinculado, a su vez, a la contextualización del proceso (etapa vital del individuo, tipo de problema al que se enfrenta, condiciones socioeconómicas y culturales).¹⁰⁴

Frey¹⁰⁵ al realizar una investigación derivada de la formulación conceptual de King, sugiere que la teórica, hace varias contribuciones significativas al actual conocimiento básico del apoyo social y la salud para la práctica de enfermería, incorporando específicamente, a la familia y las variables de los niños, explicando que aunque el efecto de apoyo social en la familia ha sido cada vez más dirigido, poco se sabe sobre sus efectos sobre la salud infantil o la relación entre apoyo a los padres y la manutención de los hijos. En segundo lugar, sugiere que el contexto para la investigación son las familias con niños con una enfermedad crónica. En este orden de ideas el apoyo social de acuerdo con Frey¹⁰⁶ se ha investigado en relación con el inicio de las diversas enfermedades, eventos acumulativos vida, y la recuperación de episodios de enfermedad aguda aunque menos atención se ha dado al papel de apoyo en las enfermedades crónicas ya sea para particulares adultos, niños o unidades familiares.

Schaffer¹⁰⁷ de acuerdo con sus investigaciones, sugiere que el apoyo social de la pareja esta positivamente relacionado con la adecuación de la atención prenatal, mientras que el apoyo social de otros se relaciona positivamente con conductas prenatales saludables, y aunque ambas fuentes de apoyo son importantes, influyen de diferente forma en los resultados de salud. Es por ello que las enfermeras que trabajan con mujeres embarazadas de bajos ingresos en una variedad de ajustes deben ayudar a los socios en el reconocimiento de sus contribuciones positivas potenciales, enseñar a las mujeres a comunicar sus expectativas a sus parejas, y a los otros familiares como proveedores de apoyo social, y evaluar el momento de remitir a las mujeres a los programas que aumenten el apoyo social disponible. De la misma forma las enfermeras pueden proporcionar un apoyo informativo a los socios y otros miembros de la red de mujeres de bajos ingresos para mejorar el apoyo emocional, instrumental, de información, valoración y apoyo en las redes sociales de las mismas; para así fomentar las prácticas saludables de auto cuidado en mujeres embarazadas de bajos ingresos. Sin embargo para entender todo el contexto de apoyo social, y el desarrollo de la teoría de rango medio también se deben considerar la relación de las acciones de apoyo social negativo para la salud.

Con lo descrito anteriormente la perspectiva de apoyo social de la teoría de Marjoire Schafer¹⁰⁸, caracteriza a las personas como seres holísticos cuyos componentes son inseparables y solos se pueden analizar en el contexto de la interactividad. Esta teoría

¹⁰⁴ MUÑOZ De RODRÍGUEZ, Lucy. Op. cit., p. 99.

¹⁰⁵ FREY, Maureen A. Op. cit., p. 138-148.

¹⁰⁶ Ibid.

¹⁰⁷ SCHAFFER Marjorie and HOAGBERG, Lia. Op. cit., p. 433-440.

¹⁰⁸ Ibid.

considerada de mediano rango, incluye el intercambio social, la comparación social, afrontamiento, atribución, el aprendizaje social y las teorías de la competencia social. Con esto se expone que la teoría propone intervenciones de enfermería que buscan obtener resultados en pro de la mejoría de la salud, es decir plantea el apoyo tangible, aspecto muy importante ya que produce desarrollo del conocimiento acerca de las intervenciones de enfermería para el apoyo a las personas.

Basándose en estos planteamientos, la enfermera proporciona apoyo instrumental o tangible, cuando proporciona cuidado a través de la educación, y cuidado de la salud¹⁰⁹, este tipo de apoyo informativo para la persona aporta a su auto cuidado con base en la percepción de necesidades insatisfechas, y en cómo perciben las personas el apoyo que necesitan para alcanzar la satisfacción de las mismas. Igualmente, pueden aportar a través de las organizaciones, para ampliar el tamaño del apoyo, disminuyendo de este modo la carga del cuidador principal y la disposición de apoyo emocional los cuales deben ser evaluados para medir la calidad del apoyo social, el cual es un aspecto importante para tener en cuenta.¹¹⁰

La teoría de apoyo social de Schaffer se ha utilizado en la investigación de enfermería en salud pública en programas integrales domiciliarios, para madres jóvenes. También a través de la remisión a un programa de niñez temprana para padres ya que una madre joven puede desarrollar amistades con otras madres en el grupo de apoyo y recibir apoyo emocional de otras personas que están experimentando acontecimientos difíciles de la vida. Enfermería brinda apoyo instrumental, cuando la enfermera vinculada a estas situaciones puede proporcionar asistencia con el cuidado infantil a través de la educación, el cuidado de la salud, y satisfacción de necesidades.

Según Schaffer, el apoyo instrumental se puede brindar, por ejemplo, en el momento de desarrollar un protocolo de apoyo social para los clientes que han tenido un accidente vascular cerebral (AVC); a través del planteamiento y este plan de cuidados de enfermería, a su vez, puede servir de guía a las enfermeras y al familiar del paciente con CVA para dar apoyo manteniendo una actitud positiva y de escucha.¹¹¹

Instrumento para medir apoyo social. A pesar de las múltiples formas de medición relacionadas con el apoyo social, que miden casi las mismas dimensiones, para esta investigación se utilizará el instrumento de Soporte social de enfermedad crónica (SSCI, por sus iniciales en inglés) de Gail Hilbert¹¹² cuyas seis dimensiones o variables coinciden con los conceptos de la teoría de Schaffer y son: interacción íntima, guía,

¹⁰⁹ Ibid.

¹¹⁰ SCHAFFER Marjorie and HOAGBERG, Lia. Op. cit., p. 433-440.

¹¹¹ Ibid.

¹¹² HILBERT, Gail. Social support in chronic illness. Op. cit., p. 79-95.

retroalimentación, ayuda maternal, asistencia comportamental e interacción social positiva. Las características de esta escala se explicarán en la parte referente a operacionalización de variables del marco de diseño. (Ver Anexo IV).

El SSCII (Social Support in Chronic Illness Inventory), se basa en la revisión de Barrera y Ainlay¹¹³, sobre la literatura del apoyo social. Dicho apoyo se define como la diversidad de comportamientos naturales de ayuda de los que los individuos son receptores en interacciones sociales; la ayuda tangible (ayuda material y asistencia en el comportamiento), la interacción íntima, la guía, la retroalimentación y la integración social positiva. Esta definición es congruente con el marco teórico propuesto por Shaffer¹¹⁴ y se escogió porque asume la mayoría de las otras características del apoyo a las que se haya llegado de manera deductiva, y es compatible con las categorías de los comportamientos que ayudan naturalmente, y que se derivaron de modo inductivo. El concepto de caravana no incluye la dimensión del apoyo organizado. Kahn y Quinn¹¹⁵ definen la caravana como “grupos naturales de ayuda”. Los elementos que se desarrollaron para el SSCII cubren un amplio rango de comportamientos de apoyo, muchos de los cuales se encuentran principalmente en las relaciones naturales de apoyo tales como las expresiones de afecto y el pasar el tiempo junto en interacciones sociales. Por lo tanto, el cuestionario tiene menos utilidad para verificar las funciones de apoyo en relaciones organizadas.

El SSCII está diseñado de tal manera que las respuestas pueden ser subjetivas u objetivas en el sentido de que los elementos los pueden llenar bien sea el receptor o el proveedor del apoyo en relación a la frecuencia con la cual se brindan esos comportamientos. De este modo a los que responden también se les puede pedir que indiquen la calidad del apoyo recibido mediante la indicación de su grado de satisfacción con cada uno de los comportamientos a los que se vieron expuestos por parte del proveedor de los mismos, según se indica en las instrucciones del cuestionario.

El propósito del instrumento es examinar los servicios brindados por los individuos en una situación específica: la enfermedad crónica. La decisión de desarrollar una medición específica tiene implicaciones para las decisiones sobre un número de otras dimensiones de apoyo.

Por ejemplo, a causa de la especificidad del instrumento, la unidad de análisis será la relación diádica o el grupo más que la red. El instrumento está diseñado de tal manera que quien lo responde puede dar información en relación con cualquier individuo o en

¹¹³ BARRERA, Manuel and ANLAY, SL. The Estrure of social Support: A Conceptual and empirical analysis. In: Journal of community psychology. 1983, vol. 11, p. 133-143.

¹¹⁴ SHAFFER, Marjorie. Op. cit., p. 164-184.

¹¹⁵ KAHN, R. and QUINN, R. Methal Healt, Social Support and Metropolitan Problems. Unpublished manuscript, institute for social Research, University of Mychigan, Ann Arbor. 1976.

relación con un grupo específico de individuos tales como los amigos o los compañeros del trabajo. Según sugieren House¹¹⁶ y Kahn¹¹⁷, los sujetos podrían nominar a las personas que estén cerca o que sean importantes para ellos. También sería posible examinar el apoyo desde varios individuos o grupos en relación con los resultados a resultas de determinar el efecto diferencial de la fuente de apoyo.

La validez de contenidos la determinaron dos expertos en el área de apoyo social. Estos expertos calificaron cada uno de los 45 elementos originales según su relevancia con el propósito del instrumento sobre una escala de 4 puntos. Los 38 elementos con 100% de concordancia como muy relevantes o bastante relevantes fueron los que se retuvieron. El resultado fue 29 elementos de apoyo general y 9 elementos de apoyo específico en enfermedades crónicas. (Ver anexo IV)

Los procedimientos de confiabilidad se determinaron con base en el SSCII como norma de medición de referencia Waltz, Strickland, y Lenz,¹¹⁸. El coeficiente alfa para la escala total fue .98. Los coeficientes de confiabilidad para las sub-escalas variaron desde .84 hasta .94 según se muestra en la tabla 6.1 Los elementos individuales mostraron correlaciones entre elementos y totales que variaron entre .56 y .87. Todos los elementos cumplieron el criterio de la correlación de .30 a .70 con al menos 50% del total de los elementos Kerlinger¹¹⁹. Las correlaciones entre las sub-escalas variaron desde .56 hasta .87, le hicieron pruebas y contrapruebas de confiabilidad en 26 sujetos con un intervalo de 2 semanas. El coeficiente de correlación de Pearson fue .48. Se debe notar que el apoyo social cambia con el tiempo.

Se realizó un análisis de factores por componentes principales sin iteraciones (Nie, Hull, Jenkins, Steinbrenner y Bent¹²⁰, como verificación de validez de constructo. Se presentó una relación sujeto – elemento de 5 a 1 para el procedimiento de análisis de factores. La inspección de los valores propios de los factores, los puntos de discontinuidad del porcentaje de varianza explicada, y la distribución de variables dentro de los factores no presentó sustancia en los cinco factores teóricos. Mediante el uso de criterios de inclusión de variables que se cargaban a .40 o más.

La alta confiabilidad en la escala total, las correlaciones entre las sub-escalas, y los resultados de los análisis de factores sugieren que el apoyo social en la enfermedad crónica es un concepto unidimensional. Sin embargo, los factores que realmente

¹¹⁶ HOUSE, James S. *Work stress and Social Support*. Addison Wesley Publishing. 1981. 156 p.

¹¹⁷ KANH, R. Op. cit., p. 77-91.

¹¹⁸ WALTZ, Carolyn; STRICKLAND, Ora and LENZ, Elizabeth. *Measurement in nursing research*. Philadelphia: FA Davis. 1984

¹¹⁹ KERLINGER, Fred. *Foundation of Behavioral research*(3rd). New York: Holt. Rinehart & Wiston. 1986

¹²⁰ NIE, Norman et al. *Statical package For the social sciences*, New York:Mc Graw-Hill. 1970

surgieron son consistentes con tres de cinco categorías de apoyo que se determinaron teóricamente. Los informes en la literatura sobre uni-dimensionalidad comparada con multi-dimensionalidad del apoyo son contradictorios. Aunque Barrera y Ainlay¹²¹, reportaron cuatro categorías de comportamientos de apoyo con base en su análisis de factores de ISSB, Stokes y Wilson¹²² encontraron que el ISSB es una medida global del apoyo. Brown¹²³ informó que existía un constructo dominante de apoyo social durante el embarazo que organizaba a un nivel más amplio. En el estudio de los pacientes con MI, Hilbert encontró dos categorías de apoyo claramente delineadas que eran parecidas a las de interacción íntima y guía directiva.¹²⁴ . Esto quiere decir que este instrumento tiene validez de constructo.

Dado la importancia de la medición del constructo apoyo social, en la enfermedad crónica el grupo de cuidado de la Universidad Nacional de Colombia, ha realizado la traducción y verificación de confiabilidad y validez con autorización de su autor y ha utilizado el instrumento en diferentes trabajos de investigación de la Facultad ejemplo de ello es el siguiente proyecto: Soporte social con tecnología de punta para cuidadores familiares de personas con enfermedad crónica en Latinoamérica¹²⁵.

El instrumento SSCII posee, entonces, las características teóricas y psicométricas que hacen meritoria su utilización en la presente investigación.

Adherencia. Adherencia a tratamiento farmacológico y no farmacológico. El concepto de adherencia ha sido ampliamente discutido en la literatura por las disciplinas de cuidados de la salud, incluyendo enfermería, medicina, psicología, farmacia, terapia física y nutrición.¹²⁶ “La adherencia terapéutica se refiere al grado en que el comportamiento de una persona (tomar el medicamento, seguir un régimen alimentario y ejecutar cambios del modo de vida), se corresponde con las recomendaciones acordadas por un prestador de asistencia sanitaria”.¹²⁷ Desde el modelo biopsicosocial, la adherencia al tratamiento

¹²¹ BARRERA, Manuel and ANLAY, SL. Op. cit., p. 133-143.

¹²² STOKES, J. and WILSON, D.G. Inventory of Socially Supportive, behaviors: Dimensionality, prediction and Gender Differences. *In:* American Journal Of Community Psychology. 1984, vol. 2, p. 53-64 .

¹²³ BROWN, Marie. Social Support during pregnancy: unidimensional or multidimensional construct? *In:* Nursing research. 1986, vol. 35, p. 4-9.

¹²⁴ HILBERT, Gail. Op. cit., p. 79-95.

¹²⁵ PINTO, Natividad. Soporte social con tecnología de punta para cuidadores familiares de personas con enfermedad crónica en Latinoamérica. Grupo de cuidado al paciente crónico con clasificación A [en línea]. *En:* GrupLAC. Colciencias COL0019979: [Disponible en Internet: ciencia.war/search/Gruplac/find.do](http://ciencia.war/search/Gruplac/find.do)

¹²⁶ SHAY, Laura. A concept analysis: adherence and weight loss. *In:* Nurs Forum. 2008, vol. 43 no. 1, p. 42-52.

¹²⁷ OMS. Organización Mundial de la Salud. Adherencia a los tratamientos a largo plazo. Pruebas para la acción, 2004 [en línea]. Washington: OPS-OMS. 198 p. [Consultado dic. 18, 2008] [Disponible en Internet:](http://www.who.int)

se define como el compromiso de colaboración activa e intencionada por parte del paciente, con el fin de producir el resultado preventivo o terapéutico deseado.¹²⁸

De acuerdo con el contexto de cuidados de la salud, el término adherencia está generalmente asociado con las habilidades para mantener comportamientos asociados con un plan de cuidados, lo cual a menudo involucra tomar medicamentos, mantener indicaciones, o cambiar conductas de salud.¹²⁹ En la literatura, se encuentran descripciones de diferentes términos para referirse al concepto de adherencia. En anglosajona los más utilizados son el de cumplimiento (compliance) y adherencia (adherence); aunque se han propuesto muchos otros como: cooperación, colaboración, alianza terapéutica, seguimiento, obediencia, observancia, adhesión y concordancia; a su vez el término “cumplimiento”, tiene una definición de mayor aceptación propuesta por Haynes¹³⁰, como “el grado en que la conducta de un paciente, en relación con la toma de medicamentos, el seguimiento de una dieta o la modificación de hábitos de vida, coincide con las instrucciones proporcionadas por el médico o personal sanitario”. Según el Diccionario de la Real Academia de la Lengua Española vemos que se define como: “acción y efecto de cumplir”, “ejecutar o llevar a efecto”. También, el concepto de “adhesión terapéutica” es un concepto complejo que se define como “una implicación activa y voluntaria del paciente en un curso de un comportamiento aceptado de mutuo acuerdo, cuyo fin es producir un resultado terapéutico deseado”.¹³¹

De manera que, “la adherencia es un fenómeno complejo en el que un individuo muestra comportamientos consistentes con su propia definición de salud y con las actividades relacionadas con la salud. En contraste, el incumplimiento es la falta de conductas hacia lo terapéutico, influido por múltiples factores como los relacionados con el paciente, profesional, sistema sanitario, la adherencia en salud se debe tener presente una serie de premisas que contribuyen a entender su importancia, las cuales relaciona la OMS”¹³².

La falta de adherencia a los tratamientos de enfermedades crónicas es un problema mundial de magnitud sorprendente, por lo cual el impacto de la falta de adherencia

<http://www.amro.who.int/common/Display.asp?Lang=S&RecID=8062>.

¹²⁸ CEPEDA, Carolina et al. Locus de control y adherencia al tratamiento en personas con insuficiencia renal crónica [en línea]. En: Ciencia Psicológica. 2007, vol. 1 no. 1, p. 1-7. Disponible en Internet: http://www.fcsucentral.cl/variados/files/file/publicaciones/cienciapsicologia_01/01_cienciapsicologica_01.pdf

¹²⁹ SHAY, Laura. Op. cit., p. 42-52.

¹³⁰ HAYNES, RB., et al. Annotated and indexed bibliography on compliance of the therapeutic and preventive regimens. Introduction. In: HAYNES, RB, TAYLOR, W, SACKETT, DL, editors. Compliance in health care. Baltimore: Johns Hopkins University Press. 1979, p. 1-7.

¹³¹ LIBERTAD MARTÍN, Alfonso y GRAU, Jorge. La investigación de la adherencia terapéutica como un problema de la psicología de la salud [en línea]. En: Psicología y Salud. 2004, vol. 14 no. 1, p. 89-99.

¹³² OMS. La Organización Mundial de la Salud. Alerta sobre riesgos de incumplimiento del tratamiento médico [en línea]. [Consultado junio, 2007]. Disponible en Internet: <http://www.infomed.sld.cu/>

aumenta a medida que se eleva el peso de la enfermedad crónica en el mundo entero, y las consecuencias de poca adherencia a terapias de corta duración son un resultado de salud deficiente y aumentan los costos del cuidado de salud., de tal modo que al mejorar la adherencia, se mejora la salud del paciente.

La adherencia es un indicador importante de la efectividad del sistema de salud; así al mejorar la efectividad de las interacciones en adherencia, se puede lograr un impacto mucho mayor en la salud de la población que mejorando otro tratamiento médico, por lo cual es importante, que los sistemas de salud evolucionen para experimentar nuevos retos: se debe ayudar al paciente en lugar de culparlo.

Según la OMS la adherencia “es el grado en que el paciente sigue las instrucciones médicas” es un punto de partida útil, sin embargo, se pensó que el término “médico” era insuficiente para describir la variedad de intervenciones empleadas para tratar las enfermedades crónicas, además, la palabra “instrucciones” implica que el paciente es un receptor pasivo, que consiente el asesoramiento experto, en contraposición con un colaborador activo en el proceso de tratamiento”.

Además, la OMS (enumera algunos riesgos que enfrentan quienes no se adhieren a los tratamientos y son muy ilustrativos sobre las consecuencias:

- 1 Recaídas más intensas
- 2 Aumenta el riesgo de dependencia
- 3 Se incrementa el riesgo de efectos adversos
- 4 Se eleva el riesgo de toxicidad, con mayor fuerza en niños o ancianos
- 5 Aumenta el riesgo de accidentes
- 6 Riesgo elevado de desarrollar resistencia medicamentosa, especialmente a los antibióticos, producida por el incumplimiento de los requerimientos de su utilización por los pacientes.

Igualmente la OMS¹³³, refiere que la adherencia terapéutica es un fenómeno multidimensional, determinado por la acción recíproca de cinco parámetros que inciden sobre la adherencia a los tratamientos: factores relacionados con el tratamiento, factores relacionados con el paciente, factores relacionados con la enfermedad, factores relacionados con el sistema de atención sanitaria y factores socioeconómicos; todos interactúan unos con otros. Por esta razón el profesional de enfermería ejerce un rol

¹³³ SABATE, Eduardo. WHO. Adherent Meeting Report. Geneva: World Health Organization. 2001.

fundamental desde todas las dimensiones del ser y Fleury¹³⁴ sugiere que el papel de la enfermera, entonces, tiene que ver con ayudar a los individuos a que entiendan, adopten y mantengan prácticas en su estilo de vida que les ayude a disminuir estos riesgos o incapacidades.

Haynes y Sackett¹³⁵ plantean que la definición de cumplimiento o adherencia terapéutica se da por la conducta del paciente en relación con la toma de medicación, el seguimiento de una dieta o la modificación de su estilo de vida, que coinciden con las indicaciones dadas por su médico. En este mismo orden de idea, para Kontz¹³⁶, “la adherencia es un fenómeno complejo en el que un individuo muestra comportamientos consistentes con su propia definición de salud y con las actividades relacionadas con la salud”, en contraste, el incumplimiento es la falta de conductas hacia lo terapéutico, influido por múltiples factores como los relacionados con el paciente, profesional, sistema sanitario, enfermedad y con los propios fármacos.

Factores que influyen en la adherencia a tratamientos farmacológicos y no farmacológicos. Como se mencionó, según la OMS19, la adherencia terapéutica es un fenómeno multidimensional determinado por la acción recíproca de cinco conjuntos de factores, denominados “dimensiones”, de las cuales los factores relacionados con el paciente solo son un determinante, por ende, en la adherencia a los tratamientos tanto farmacológicos como no farmacológicos, incide una serie de factores, en los cuales está involucrado el paciente pero no de forma exclusiva, puesto que también hay responsabilidades compartidas por otros entes y donde está involucrado directamente la profesión de enfermería.

Factores socioeconómicos. Según la OMS, si bien, no se ha detectado sistemáticamente que el nivel socioeconómico sea un factor predictivo independiente de la adherencia. En los países en desarrollo el nivel socioeconómico bajo puede colocar a los pacientes en la posición de tener que elegir entre prioridades en competencia. Tales prioridades incluyen con frecuencia las exigencias para dirigir los limitados recursos disponibles para satisfacer las necesidades de otros miembros de la familia, como los hijos, los padres que los cuidan. Algunos factores a los que se les atribuye un efecto considerable sobre la adherencia son: el estado socioeconómico deficiente, la pobreza, el analfabetismo, el bajo nivel educativo, el desempleo, la falta de redes de apoyo social efectivos, las condiciones de vida inestables, la lejanía del centro de tratamiento, el costo elevado del transporte, el alto costo de la medicación, las situaciones ambientales

¹³⁴ FLEURY, J. The application of motivational theory to cardiovascular risk reduction. En: Image: The journal of nursing scholarship. 1992, vol. 24 no. 3, p. 229-39.

¹³⁵ HAYNES, RB., et al. Annotated and indexed bibliography on compliance of the therapeutic and preventive regimens. In: HAYNES, RB, TAYLOR, W, SACKETT, DL, editors. Compliance in health care. Baltimore: Johns Hopkins University Press. 1979, p. 76-81.

¹³⁶ KONTZ, M. A proposed model for assessing compliance within the unitary man/human framework based on an analysis of the concept of compliance. Cited by: CARROLL-JOHNSON, R, editor. Nanda. Classification of Nursing Diagnoses, Proceedings of the Ninth Conference. Philadelphia: JB Lippincott; 1991, p.161-171.

cambiantes, la cultura y las creencias populares acerca de la enfermedad y el tratamiento y la disfunción familiar¹³⁷ Adicionalmente, se encuentran los altos costos relacionados con la falta de adherencia a tratamientos. Se calcula que, sólo en Estados Unidos, el coste de la baja adherencia a la medicación puede estar en torno a los 300.000 millones de dólares anuales. Los números confirman que la adherencia a la medicación es económicamente rentable pese a incrementar los gastos farmacéuticos.¹³⁸ El abandono de la medicación conduce a una mayor tasa de recurrencias que, a su vez, incrementan el coste rápidamente en forma de hospitalizaciones, fracaso en alcanzar los objetivos terapéuticos y mortalidad. La falta de adherencia al tratamiento farmacológico, por lo tanto, es una causa importante de ineficiencia en el sistema de salud.

El estudio denominado PURE (Prospective Urban Rural Epidemiological study) ha cuantificado en todo el mundo la falta de adherencia al tratamiento farmacológico en el contexto de la cardiopatía isquémica y los accidentes cerebrovasculares.¹³⁹ Este estudio incluyó a 153.996 pacientes entre 35 y 70 años, de países de todo el mundo procedentes de áreas rurales y urbanas. Se diseñó con el objeto de investigar el impacto de la renta media de sus respectivos países en el uso real de medicaciones de probada eficacia en la prevención secundaria de ECV e ictus (fármacos antiplaquetarios, bloqueadores beta, inhibidores de la enzima de conversión de la angiotensina, antagonistas del receptor de la angiotensina II y estatinas). El análisis de los resultados indica que la adherencia al tratamiento médico está relacionada directamente con la renta de los países y que, aunque dista mucho de ser óptima en los de rentas más elevadas, es particularmente baja en los países en desarrollo y en las áreas rurales.

El estudio FREEDOM, que incluyó a 2.000 pacientes con enfermedad multivaso y DM, distribuidos aleatoriamente a recibir cirugía de revascularización o implantación de stent, mostró que se ha hecho un esfuerzo extraordinario para promover la adherencia al tratamiento farmacológico. A pesar de ello, los resultados indican que sólo el 20% de los pacientes están tomando toda la medicación prescrita. Estos mismos porcentajes se han reproducido en los estudios BARI-2D y COURAGE y deberían hacernos reflexionar seriamente sobre el significado de los resultados y la relevancia de las conclusiones de muchos de los grandes estudios clínicos. El conjunto de estos datos indica que nos encontramos ante un problema de gran trascendencia, que tiene distintas implicaciones y consecuencias y en el que cabe buscar responsabilidades no solamente en el propio paciente que decide no seguir las recomendaciones terapéuticas, sino también en el médico, el sistema de salud y los organismos reguladores¹⁴⁰ este último aspecto es un

¹³⁷ ORGANIZACIÓN MUNDIAL DE LA SALUD, OMS. Informe sobre la salud en el mundo, 2004. Op. cit. p. 49.

¹³⁸ ROEBUCK, Christopher et al. Medication adherence leads to lower health care use and costs despite increased drug spending. *In: Health Aff (Millwood)*. 2011, vol. 30, p. 91-9.

¹³⁹ YUSUF, Salim et al. Prospective Urban Rural Epidemiology (PURE) Study Investigators. Use of secondary prevention drugs for cardiovascular disease in the community in high-income, middle income, and low-income countries (the PURE Study): a prospective epidemiological survey. *In: Lancet*. 2011, vol. 378, p. 1231-43

punto álgido ya que hay una absoluta falta de comunicación entre los médicos y los enfermos. Mientras el 74% de los médicos creen que sus pacientes están tomando la medicación prescrita, el 83% de los pacientes no informan a su médico sobre su adherencia al tratamiento^{141, 142}. Por lo tanto, hay una escasa concordancia entre la percepción que tienen los médicos sobre la comunicación que mantienen con sus pacientes y la información real que el paciente transmite a su médico. Este aspecto señala cómo la enfermera tiene un papel preponderante debido a que es el profesional que por más tiempo establece contacto con el paciente (interacción personal), estableciendo así una labor fundamental en el fomento de la adherencia y cumplimiento con un tratamiento instaurado.

En la misma tendencia La OMS¹⁴³, ha informado que los factores de organización están más relacionados con la adherencia terapéutica que los sociodemográficos, pero esto quizá varíe de un entorno a otro.

Factores relacionados con el equipo o el sistema de asistencia sanitaria. Para la OMS¹⁴⁴, “se ha realizado relativamente poca investigación sobre los efectos de los factores relacionados con el equipo sanitario. Una buena relación proveedor-paciente puede mejorar la adherencia terapéutica¹⁴⁵.”

La OMS¹⁴⁶, detectó cinco barreras principales vinculadas a los factores del sistema y el equipo de salud:

- ✓ La falta de consciencia y conocimiento acerca de la adherencia terapéutica.
- ✓ La falta de herramientas clínicas que ayuden a los profesionales de la salud a evaluar e intervenir en los problemas de adherencia.

¹⁴⁰ GADKARI, Abhijit and McHORNEY Colleen. Medication no fulfillment rates and reasons: narrative systematic review. *In: Curr Med Res Opin.* 2010, vol. 26, p. 683-705.

¹⁴¹ LAPANE, Kate et al. Misperceptions of patients vs providers regarding medication-related communication issues. *In: Am J Manag Care.* 2007, vol. 13, p. 613-8.

¹⁴² GOLDBERG, AI; COHEN, G. and RUBIN, AH. Physician assessments of patient compliance with medical treatment. *In: Soc Sci Med.* 1998, vol. 47, p. 1873-6.

¹⁴³ ORGANIZACIÓN MUNDIAL DE LA SALUD, OMS. Informe sobre la salud en el mundo, 2004. Op. cit. p. 50.

¹⁴⁴ ORGANIZACIÓN MUNDIAL DE LA SALUD, OMS. Informe sobre la salud en el mundo, 2004. Op. cit. p. 52.

¹⁴⁵ ROSE, Linda, et al. The contexts of adherence for African Americans with high blood pressure. *En: Journal of Advanced Nursing,* 2000. p. 587-594

¹⁴⁶ *Ibíd.*, p. 53.

- ✓ La falta de herramientas comportamentales que ayuden a los pacientes a desarrollar comportamientos adaptativos saludables o para modificar los problemáticos.
- ✓ Las brechas en la prestación de atención para los procesos crónicos.
- ✓ La comunicación subóptima entre los pacientes y los profesionales de la salud.

Los aspectos mencionados anteriormente, generan una dicotomía en la comunicación paciente equipo de salud, que se ha estableciéndolo como un aspecto trascendental en el fenómeno de adherencia. Los profesionales de la salud se comunican de manera deficiente con sus pacientes y proporcionan escasa información sobre las prescripciones médicas, lo que puede dar lugar a una interpretación inadecuada de los aspectos relacionados con el tratamiento. En una inspección reciente realizada sobre más de 500 médicos, el tiempo medio dedicado a informar al paciente sobre la nueva medicación que debía tomar fue 49 s. Esta falta de información contribuye decisivamente a que se produzcan malentendidos del paciente en relación con el tratamiento que debe seguir y, como consecuencia, a que se decida a abandonarlo^{147, 148},

Según Alfonso¹⁴⁹, “la comunicación entre los profesionales sanitarios y los pacientes es fundamental. Los profesionales con aptitudes y actitudes negativas para informar el tratamiento, los que exhiben torpeza, falta de empatía, desmotivación, contribuyen a la falta de adherencia. El fenómeno se favorece por la ausencia de instrucciones escritas o hechas de forma deficiente, con lenguaje demasiado técnico o rasgos incomprensibles. Otro aspecto es la cooperación del paciente con el médico en la instauración del régimen terapéutico, la colaboración, la discusión y el acuerdo entre ambos con respecto a todo lo que concierne al tratamiento, de hecho, estos son los aspectos que involucran, de manera activa, al paciente en su cumplimiento y permiten superar el mero “cumplimiento” y lograr la adhesión”.

Factores relacionados con la enfermedad. Según la OMS, “los factores relacionados con la enfermedad constituyen exigencias particulares relacionadas con el paciente. Algunos determinantes poderosos de la adherencia terapéutica son los relacionados con la gravedad de los síntomas, el grado de la discapacidad (física, psicológica, social y vocacional), la velocidad de progresión, la gravedad de la enfermedad y la disponibilidad de tratamientos efectivos. Su repercusión depende de cuánto influyen la percepción de riesgo de los pacientes, la importancia del tratamiento de seguimiento y la prioridad asignada a la adherencia terapéutica.

¹⁴⁷ . TARN, Derjung et al. How much time does it take to prescribe a new medication? In: Patient Educ Couns. 2008, vol. 72, p. 311-9.

¹⁴⁸ Ibid., p. 13.

¹⁴⁹ MARTIN ALFONSO, Libertad. Repercusiones para la salud pública de la adherencia terapéutica deficiente. En: Rev Cubana Salud Pública. 2006, vol. 32 no. 3.

Factores relacionados con el paciente. La OMS¹⁵⁰ explicita que “los recursos, conocimiento, actitudes, creencias, percepciones y expectativas del paciente son muy importantes en la adherencia. El conocimiento y las creencias acerca de su enfermedad, la motivación para tratarla, la confianza (autoeficacia) en su capacidad para involucrarse en comportamientos terapéuticos de la enfermedad y las expectativas con respecto al resultado del tratamiento y consecuencias de la adherencia deficiente, interactúan de un modo no plenamente comprendido para influir sobre el comportamiento de adherencia”

Según Horne¹⁵¹ “las percepciones sobre la necesidad personal de medicación son influidas por los síntomas, las expectativas, experiencias y por los conocimientos de la enfermedad”. “Las inquietudes por la medicación surgen de manera característica de las creencias acerca de los efectos colaterales y la interrupción del modo de vida, de preocupaciones más abstractas sobre los efectos a largo plazo y la dependencia. Se relacionan con las perspectivas negativas acerca de los medicamentos en su totalidad y las sospechas que los médicos los prescriben en exceso”. Por esto es oportuno comprender que el profesional de enfermería al interactuar con el paciente en situación de enfermedad coronaria debe valorar la cultura, los valores, los factores socioeconómicos, personales, Ésta información es útil para la asignación de recursos y servicios en las instituciones de salud, así como plantear programas educativos que garanticen apoyo a la familia y al paciente, lo cual conducirá a la obtención de una mejor calidad de vida.¹⁵² De igual forma es importante tener en cuenta el conocimiento de la percepción del paciente ante el apoyo recibido por el profesional de enfermería, de modo que este aspecto permita generar nuevas propuestas teóricas que contribuyan a mejorar el entendimiento de los fenómenos y de esta forma brindar un cuidado más humano e integral.

Como se ha descrito La adherencia ha sido un constructo de interés en muchas investigaciones interdisciplinarias y de enfermería en las cuales se han aplicado diferentes postulados teóricos como es el caso de Orem¹⁵³, y Roy y Henderson entre otros, citadas por Marriner - Tomey¹⁵⁴.

Moreno expresa que en la actualidad existe un especial reconocimiento de la importancia de implementar estrategias de cuidado en enfermería para mejorar la adherencia a los

¹⁵⁰ ORGANIZACIÓN MUNDIAL DE LA SALUD, OMS. Informe sobre la salud en el mundo, 2004. Op. cit. p. 50.

¹⁵¹ HORNE, Richard. Patients' beliefs about treatment: the hidden determinant of treatment outcome? Journal of Psychosomatic Research, 1999. p.491-495.

¹⁵² FUENTES GONZÁLEZ N. y OJEDA MEDINA, AA. Soporte y red social en el adulto maduro con Hipertensión Arterial y/o Diabetes Mellitus tipo II en riesgo de insuficiencia renal [en línea]. En: Biblioteca Las casas. 2007, vol. 3 no. 3, 20 p. Disponible en Internet: <http://www.index-f.com/lascasas/documentos/lc0261.php>

¹⁵³ OREM, Dorothea. Nursing: concepts of practice. 4 ed. Saint Louis: Mosby. 1991, p. 67-73.

¹⁵⁴ MARRINER - TOMEY, A. y ALLIGOOD, MR. Modelos y teorías en enfermería. 6ta. Edición. Madrid: Elsevier – Mosby. 2007.

tratamientos de los pacientes trasplantados, pero se observa un vacío de conocimiento importante en el tema de la orientación de dichas estrategias y su aplicación. A partir de la experiencia exitosa de seguimiento al paciente realizado en el Hospital de San José de Bogotá, se podría sugerir que la aplicación del modelo de AC (autocuidado) de Dorotea Orem genera mayor adherencia en el paciente trasplantado¹⁵⁵. De acuerdo a lo anterior se incluye un aspecto importante en el concepto de adherencia como lo es el auto cuidado; el cual se define como: “la conducta aprendida por el individuo dirigida hacia si mismo y el entorno para regular los factores que afectan su desarrollo en el beneficio de la vida, salud y bienestar.¹⁵⁶ Esta teoría tiene como supuesto principal que “el autocuidado no es innato”, esta conducta se aprende, se vive durante el crecimiento y el desarrollo del ser humano siendo un comienzo a través de las relaciones interpersonales que se establecen con los padres quienes son los modelos a seguir por los niños y posteriormente con amigos, familia es decir el entorno que los rodea.¹⁵⁷

Una vez establecida la enfermedad cardiovascular la cual acompaña a la persona hasta el fin de sus días, empeorar su estado o conducirla a la muerte; sin embargo el comportamiento de las personas podrá desempeñar un papel importante en esta evolución e incluso alargar su vida; si se adhiere adecuadamente al estilo de vida que exige la enfermedad cardiovascular.¹⁵⁸ De la misma manera el incumplimiento de los tratamientos farmacológicos y recomendaciones es la mayor causa de que no se obtengan todos los beneficios que el medicamento puede proporcionar a los pacientes; por lo tanto se presentan complicaciones medicas y biosicosociales de la enfermedad, se reduce la calidad de vida de los pacientes, aumenta la aparición de resistencia a los fármacos y hay inadecuada utilización de los recursos asistenciales.¹⁵⁹

En este sentido en la disciplina de enfermería aporta estudios realizados en nuestro medio, por enfermeras en el área cardiovascular tales como: Bonilla¹⁶⁰, Rodríguez¹⁶¹,

¹⁵⁵ MORENO RUBIO, Fanny y VARGAS MONTAÑA, Esmelly. ¿El proceso de enfermería de autocuidado genera mayor adherencia al tratamiento en trasplante renal? En: Repertorio de medicina y cirugía. 2010, vol. 19 no.1, p. 14-17.

¹⁵⁶ RIVERA ALVAREZ, Luz N. Autocuidado y capacidad de agencia de autocuidado. En: Revista de avances de enfermería. Julio-Diciembre 2006, vol. 24 no. 2, p. 91-98.

¹⁵⁷ CABRERA CHÁVEZ, J. et al. Medidas de Autocuidado en foto protección adoptadas por estudiantes que cursan octavo año básico en el 2005 de Escuelas Municipalizadas de la ciudad de Punta Arenas [en línea]. En: Biblioteca Las casas. 2006, vol. 2 no. 2, 88 p. Disponible en Internet: <http://www.index-f.com/lascasas/documentos/lc0136.php>

¹⁵⁸ VLASNIK, Jon and ALIOTTA, Sherry. Op. cit., p. 47-51.

¹⁵⁹ OMS. La Organización Mundial de la Salud. Alerta sobre riesgos de incumplimiento del tratamiento médico. Op. cit., <http://www.infomed.sld.cu/>

¹⁶⁰ BONILLA, Claudia P. Op. cit., p. 46-55.

¹⁶¹ RODRÍGUEZ ACELAS, Alba Luz y GÓMEZ OCHOA, Ana Maritza. Factores influyentes en adherencia al tratamiento en pacientes con riesgo cardiovascular. En: Avances en enfermería. 2010, vol. 28 no. 1, p. 63-71.

Holguin¹⁶² , Velandia¹⁶³ , Dois¹⁶⁴ Herrera¹⁶⁵ , Flórez¹⁶⁶ , Bastidas¹⁶⁷ , Achury¹⁶⁸ , los cuales aportan esclarecimientos relacionados con el comportamiento del fenómeno de adherencia a tratamientos farmacológicos y no farmacológicos, pero de forma no concluyente.

En la línea del cuidado para la salud cardiovascular, el autocuidado es atractivo como fuente de apoyo para la adherencia, ya que destaca la participación de los sujetos como personas activas para conocer, desarrollar habilidades y motivarse hacia su propio cuidado contribuyendo a mejorar el grado de frustración por el poco éxito de las intervenciones curativas y dadas las condiciones de demanda y la capacidad de oferta de los servicios.

Existen otras posturas como es el caso de la teoría de la promoción de la salud de Nola Pender, citada por Marriner - Tomey. Pender en su teoría plantea que la promoción de la salud forma parte de la praxis de enfermería exaltando la importancia de la salud en los individuos que la tienen y tratan de conservarla y la enfermera se convierte en eje importante para lograr estas metas.

El constructo de apoyo social del cual se esbozaron aspectos generales anteriormente se ha comportado de acuerdo a la revisión de la literatura, como un factor determinante en la adherencia a tratamientos, en tanto que se establece una congruencia entre los dos conceptos amplia mente descrita, no obstante la adherencia a tratamientos farmacológica y no farmacológica es uno de los aspectos críticos en el mejoramiento de la salud de los pacientes con enfermedad cardiovascular; igualmente, conocer el apoyo social, que tiene el paciente con síndrome coronario agudo, permite identificar los aspectos positivos y negativos aportados o surgidos de la interacción del paciente con su red social y que finalmente influyen en la forma en que el paciente realiza los ajustes en sus hábitos de vida, se incorpora y se adhiere al tratamiento y busca la ayuda tangible y emocional para

¹⁶² HOLGUÍN, Lyda et al. Op. cit., p. 535-547.

¹⁶³ VELANDIA, Anita y RIVERA ÁLVAREZ, LUZ N. Agencia de autocuidado y adherencia al tratamiento en personas con factores de riesgo cardiovascular. En: Rev. salud pública. July/Aug. 2009, vol.11 no. 4, p. 538-548.

¹⁶⁴ DOIS, Angelina. Factores condicionantes y adherencia al tratamiento farmacológico en población hipertensa. En: Horiz Enferm. 2009, vol. 20 no. 1, p. 27-38.

¹⁶⁵ HERRERA LIAN, Arleth. Factores que influyen en la adherencia a tratamientos en pacientes con riesgo de enfermedad cardiovascular. En: Avances en Enfermería. 2008, 24 no. 1, p. 36-42.

¹⁶⁶ FLOREZ TORRES, Inna. Op. cit., p. 25-32.

¹⁶⁷ BASTIDAS SÁNCHEZ, Claudia Victoria. Asociación entre la capacidad de agencia de autocuidado y la adherencia a tratamientos farmacológicos y no farmacológicos en personas con alguna condición de enfermedad coronaria. En: avances en enfermería. 2007, vol. 25 no. 2, p. 65-75.

¹⁶⁸ ACHURY, S., Diana M. Op. cit., p. 139-160.

disminuir los niveles de estrés generados por los cambios emocionales, físicos y sociales que presenta a causa de la enfermedad¹⁶⁹.

Para dar dirección teórica a este estudio se seleccionaron los constructo de la teoría de rango medio de apoyo social de Schaffer y el constructo que plantea Bonilla para medir la adherencia al tratamiento farmacológico y no farmacológico para los pacientes en riesgo cardiovascular.

El apoyo social lo propone Schaffer¹⁷⁰ como “un constructo con múltiples variables que lo afectan y que dependen de las experiencias dadas y recibidas para suplir las necesidades de las personas (pacientes) y los proveedores del apoyo, en el caso actual las enfermeras, familiares u otros”.

Las variables o dimensiones mencionadas se relacionan con la percepción de la necesidad y la disponibilidad del apoyo social. Es importante aclarar como lo sugiere Schaffer tomado de Dunkel – Schetter y Bennet, que para que se genere, un verdadero apoyo, el proveedor y el paciente deben estar en sintonía, ya que el reconocimiento de la necesidad por parte del paciente influye en la percepción de la ayuda. Lo contrario puede generar sentimientos de dependencia, inadecuación y baja auto estima.

La primera dimensión hace referencia a la oportunidad porque la necesidad de apoyo social del paciente puede modificarse dependiendo de las características personales y de la evolución de las situaciones. Schaffer cita a Lackner Goldberg, Ariza y Tjosvold para clarificar las ondulaciones de la oportunidad, derivadas de los procesos históricos y las expectativas de las personas, para valorar sus necesidades de soporte.

La siguiente dimensión es la motivación para brindar el apoyo social. Un sentido de obligatoriedad por parte del proveedor, el cual cuando no se percibe como positiva por parte del paciente puede disminuir la satisfacción con el mismo. Es necesario recordar que el apoyo es percibido de acuerdo con las interacciones anteriores entre las dos personas involucradas en el proceso.

Duración, dirección y etapa de la vida: el apoyo debe mantenerse por cierto tiempo para generar estabilidad, especialmente en pacientes o personas con problemas de cronicidad, ya que los estresores que se producen en este tipo de situaciones pueden requerir apoyos constantes no sólo a nivel profesional, sino familiar; este apoyo social se puede extrapolar a cuidadores y familiares. Si las personas requieren cuidados propios de la cronicidad, éstas pueden permanecer por mucho tiempo en sus ambientes

¹⁶⁹ SARASON, Irwin and SARASON, Barbara. Op. cit. p. 113-120.

¹⁷⁰ SHAFFER, Marjorie. Op. cit., p. 164-184.

familiares y comunitarios y el apoyo de proveedores formales puede suplir, en ocasiones, el apoyo de las redes informales.

La ruta puede ser unidireccional o bidireccional, según Schaffer. El apoyo bidireccional requiere mutualidad y reciprocidad y al apoyo profesional se identifica, casi siempre, como apoyo de tipo unidireccional. Como se mencionó, la reciprocidad reduce sentimientos de carga y tensión cuando los proveedores no formales interactúan y mejora las capacidades de control por parte de los pacientes.

Por último hay que recordar que el apoyo social varía con el transcurso del tiempo. Las diferentes etapas durante el curso de la cronicidad requiere en oportunidades generar mayor apoyo, en otras menos apoyo. Las necesidades de apoyo social son más demandantes en situaciones de cambios y estrés adicional, como es el caso del envejecimiento y de enfermedades incapacitantes.

Los recursos para responder a las necesidades el apoyo social bien sea en situaciones permanentes o en situación transitorias, pueden ser profesionales, familiares, de amistad. Los profesionales que proveen soporte formal pueden contribuir a reforzar y adecuar los recursos familiares u otros apoyos de la comunidad. Las redes formales e informales son recursos valiosos a la hora de brindar apoyo social, sobre todo para pacientes crónicos y se puede concluir que el tamaño de la red social es un indicador del apoyo. La calidad y la disponibilidad de personas que conforman la red social contribuyen al éxito del apoyo para las personas que lo requieren.

La enfermera, provee apoyo social, de características formales, por lo tanto es necesario reconocer el tipo de valoración e intervenciones de enfermería que este recurso puede brindar. De acuerdo con Logsdon y Koniak Griffin 2005 citado por Schaffer es necesario que la enfermera valore aspectos tales como depresión, riesgo de lesiones y comportamientos de riesgo de los pacientes para poder intervenir de forma concordante con la problemática. Sugieren instrumentos relevantes para medir la necesidad de apoyo y a la vez expresan la posibilidad de generar preguntas de valoración que guíen hacia la identificación y utilización de redes de apoyo social. Muchas de las intervenciones se encaminan a la consejería y demandas que requieren las demandas de apoyo. Estas intervenciones pueden aumentar el nivel de apoyo percibido a la vez que permiten manejar aspectos emocionales, de información y de intervenciones instrumentales.

Por otra parte la investigación realizada por Bonilla y Reales¹⁷¹ propone, que los factores relacionados que inciden a favor de la adherencia en los tratamientos farmacológicos y no farmacológicos se encuentran asociados a la parte socioeconómica, sistema de salud, tienen que ver con la terapia y con el paciente, y contempla las siguientes dimensiones:

¹⁷¹ BONILLA, Claudia P. Op. cit., p. 46-55.

I reconocimiento de las personas de la importancia de adherirse a los tratamientos, presencia de redes de apoyo de la familia y grupos de amigos.

II aprobación hacia la institución y los servicios que presta, por parte del cliente interno y externo.

III confianza en los beneficios del tratamiento y

IV importancia de continuar el tratamiento para mejorar la salud¹⁷²

En contraste, algunos factores disminuyen la adherencia a los tratamientos de forma significativa son:

I dificultad para mantener las necesidades básicas, tiempo y permisos laborales para asistir a la institución de salud y continuidad en el tratamiento.

II necesidad de fortalecer la educación en los pacientes, visualizándose falencias en conocimientos de los participantes en cuanto a la enfermedad, tratamientos, controles y cuidados.

III falta de compromiso de las personas para cambiar algunos hábitos, como la alimentación y la actividad física.

IV pensamientos que en ocasiones generan sentimientos de inseguridad en su recuperación". 109 y 110

Cuatro factores aparecen como determinantes de la adherencia terapéutica: características de la enfermedad, interacción con el profesional sanitario, características del régimen terapéutico y variables psicológicas y sociales del paciente. En este sentido, distintos estudios han encontrado relaciones positivas entre adherencia terapéutica en diferentes áreas de salud y creencias relacionadas con la salud, expectativas, actitudes, apoyo social, factores relacionados con la memoria.¹⁷³

Según Crespo la falta de adherencia se da por una interrelación de factores entre los cuales se encuentran algunos derivados de la persona y su entorno económico, cultural y social; otros derivados de la enfermedad en sí, del tratamiento farmacológico y sus características, así como los derivados de los servicios de salud y del personal que atiende al paciente. En este sentido la adherencia comprende acciones de auto cuidado

¹⁷² RODRÍGUEZ ACELAS, Alba Luz y GÓMEZ OCHOA, Ana Maritza. Op. cit., p. 63-71.

¹⁷³ CRESPO TEJERO, Nancy et al. Factores moduladores de la adherencia farmacológica en hipertensión arterial: estudio exploratorio. En: Hipertensión. 2006, vol. 17 no. 1, p. 4-8.

complejas que resultan de recibir orientación acerca de los tratamientos farmacológicos y no farmacológicos que implican cambios en el estilo de vida y que para su éxito requieren de procesos cognitivos de razonamiento y toma de decisiones reflexionadas.

El estudio de Crespo buscó determinar la relación existente entre el apoyo social y la adherencia a tratamientos farmacológico y no farmacológico en pacientes que presentaron enfermedad cardiovascular, entendiéndose que el apoyo social está definido como “una acción bien intencionada que se da a una persona con la cual hay una relación personal y que producen una respuesta positiva inmediata o retardada en el receptor.¹⁷⁴ ; y que además es un amortiguador de la salud¹⁷⁵.

La medición de la adherencia, en pacientes con riesgos cardiovasculares no se reporta con especificidad en la literatura. Para el presente estudio se adoptará el constructo de Bonilla y Reales modificado por Ortiz versión 4 (Anexo 5) que de acuerdo con la discusión anterior maneja cuatro dimensiones: factores socio económicos, factores relacionados con el proveedor (sistema de salud), factores relacionados con la terapia y factores relacionados con el paciente.

Como se puede ver con facilidad, el instrumento para evaluar los factores que influyen en la adherencia a tratamientos farmacológicos y no farmacológicos en pacientes con factores de riesgo de enfermedad cardiovascular, versión cuatro de Bonilla propone elementos comparables con la escala de Hilbert, lo cual facilita el estudio de las posibles relaciones entre las dos variables. Al igual que con el instrumento de Hilbert, las características psicométricas del instrumento se describirán en la parte correspondiente a instrumentos del marco del diseño.

Paciente con síndrome coronario agudo. Paciente adulto, hombre o mujer en edades de 35 a 64 años, que tengan diagnóstico médico de síndrome coronario agudo, confirmado en la historia clínica teniendo en cuenta las siguientes consideraciones documentales: angina que se incrementa en frecuencia, duración y severidad. Angina provocada a un bajo umbral. Angina de nuevo inicio dentro de dos semanas a dos meses previos a la presentación. Electrocardiograma: normal o con cambios en el segmento ST. Marcadores séricos: normales, o aumentados con prueba de esfuerzo positiva, que tengan más de dos factores de riesgo desde hace más de un año, y que se encuentren hospitalizados.

Así el término síndrome coronario agudo, se utiliza para referirse a una agrupación de síntomas y signos clínicos compatibles con isquemia miocárdica aguda. Recientemente

¹⁷⁴ NORBECK, Jane S., ADA M. Lindsey, and CARRIERI, Virginia L. The Development of an Instrument to Measure Social Support. *Nursing Research*. 1981, vol. 30, p. 264-269.

¹⁷⁵ NUCKOLLS, K; CASSEL, J. and KAPLAN, B. Op. cit., p. 431-441.

se publicó la definición universal del infarto agudo del miocardio¹⁷⁶ término que se debe utilizar cuando hay evidencia de necrosis miocárdica en un escenario clínico consistente con isquemia miocárdica. De este modo la cardiopatía isquémica “es una designación genérica para un conjunto de síndromes íntimamente relacionados, en donde hay un desequilibrio entre el suministro de oxígeno y sustratos con la demanda cardiaca. La isquemia debida a una obstrucción del riego arterial causa, además de hipoxemia, un déficit de sustratos necesarios para la producción de ATP, y un acumulo anormal de productos de desecho del metabolismo”.¹⁷⁷

El examen físico es realizado para ayudar al diagnóstico, descarta otras causas que expliquen los síntomas del paciente y evalúan las complicaciones relacionadas con el SCA. Sin embargo, aunque la evaluación de los síntomas y signos clínicos pueden aumentar el nivel de sospecha del SCA, no hay evidencia que soporte la utilidad de signos clínicos individuales o combinados, para confirmar el diagnóstico¹⁷⁸. Cuando el paciente se presenta con síntomas sugestivos de SCA, el clínico usa los hallazgos electrocardiográficos para clasificar al paciente en cualquiera de estos 3 grupos¹⁷⁹: Elevación del segmento ST, depresión isquémica del segmento ST > 0.5 mm (0.05 mV), electrocardiograma normal o cambios no diagnósticos en el segmento ST o la onda T. Los pacientes con electrocardiograma (ECG) normal, o aquellos con desviación del segmento ST menor de 0.5 mm (0.05 mV) o una inversión de la onda T menor o igual de 0.2mV necesitan estudios cardíacos seriados y pruebas funcionales (estratificación) para definir la conducta. De acuerdo con esto la prueba de esfuerzo convencional es ideal; existen diferentes estudios que demuestran su utilidad en la estratificación del dolor torácico en el servicio de urgencias, sobre todo en pacientes de bajo riesgo y en algunos de riesgo intermedio, con un valor de predicción negativo de 96%. Una prueba negativa indica una tasa de eventos menor a 1%, a 30 días. Las recomendaciones para su realización segura son las siguientes:

1. Dos muestras de marcadores cardíacos, con intervalos no menores a cuatro horas normales.
2. Electrocardiograma al inicio y previo al ejercicio sin cambios isquémicos agudos.
3. Ausencia de anormalidades del electrocardiograma que impidan su análisis, por ejemplo: marcapaso, síndrome de Wolff-Parkinson-White, bloqueos de rama, hipertrofia ventricular izquierda y uso de ciertos medicamentos.

¹⁷⁶ THYGESEN, K; ALPERT, JS, and WHITE, HD. Universal definition of myocardial infarction. Joint ESC/ACCF/AHA/WHF Task force for the redefinition of myocardial infarction. In: Eur Heart J. 2007 Oct. 28, vol. 20, p. 2525-38.

¹⁷⁷ KIRCHHEIMER, Sid. Síndrome Coronario Agudo. 2010. En: página Web: de women center of Texas. Disponible en Internet: <http://womenscenteroftexas.org/resources/women.aspx?chunkid=177910>

¹⁷⁸ BELTRÁN, JR. et al. Guías colombianas de cardiología. Síndrome coronario agudo sin elevación del ST. En: Rev Col Cardiol. 2008, vol.15 supl. 3, p. 143-232.

¹⁷⁹ CASSIANI M, Carlos A y CABRERA G, Armando. Op. cit., p. 118-134.

4. Ausencia de dolor isquémico al realizar la prueba,¹⁸⁰ y la American Heart Association recomienda ECG prueba de esfuerzo como la primera opción para los pacientes con riesgo medio de enfermedad coronaria de acuerdo a factores de riesgo como tabaquismo, historia familiar de estenosis de la arteria coronaria, hipertensión, diabetes y colesterol alto.¹⁸¹ De igual forma, la electrocardiografía de esfuerzo se ha propuesto como una herramienta de detección de sujetos asintomáticos considerados en riesgo intermedio para el desarrollo de enfermedad coronaria clínica. Una gran cantidad de datos indican que la prueba de esfuerzo se puede utilizar para evaluar y refinar el pronóstico, sobre todo cuando se hace hincapié en medidas tales como electrocardiograma, la capacidad de ejercicio, la respuesta cronotrópica, la recuperación del ritmo cardíaco, y la ectopia ventricular.¹⁸²

Otro medio diagnóstico para tener en cuenta son las tropóninas, los cuales son los marcadores de mayor utilidad por su alta sensibilidad y especificidad para detectar necrosis, las cuales se acercan a 97%, si se obtienen entre la octava a décima segunda hora. Detectan lesiones de tejido miocardio menores a un gramo, como la producida por una placa aterosclerótica rica en plaquetas que emboliza de forma distal.

A partir del análisis exhaustivo de la literatura científica de enfermería y otras disciplinas sociales y de la salud, y de acuerdo con los aspectos presentados a partir de la utilización de técnicas de organización y crítica de literatura, se pudo afirmar que hasta el momento se conoce la descripción del fenómeno de la adherencia y el apoyo social y se cuenta con una sospecha empírica de relación entre ambos conceptos; sin embargo es importante destacar como el estudio de éstos, ha aportado al conocimiento multidisciplinar y contribuido así a fomentar el autocuidado y estilos de vida saludables que aportan de forma positiva en la vida del ser humano.

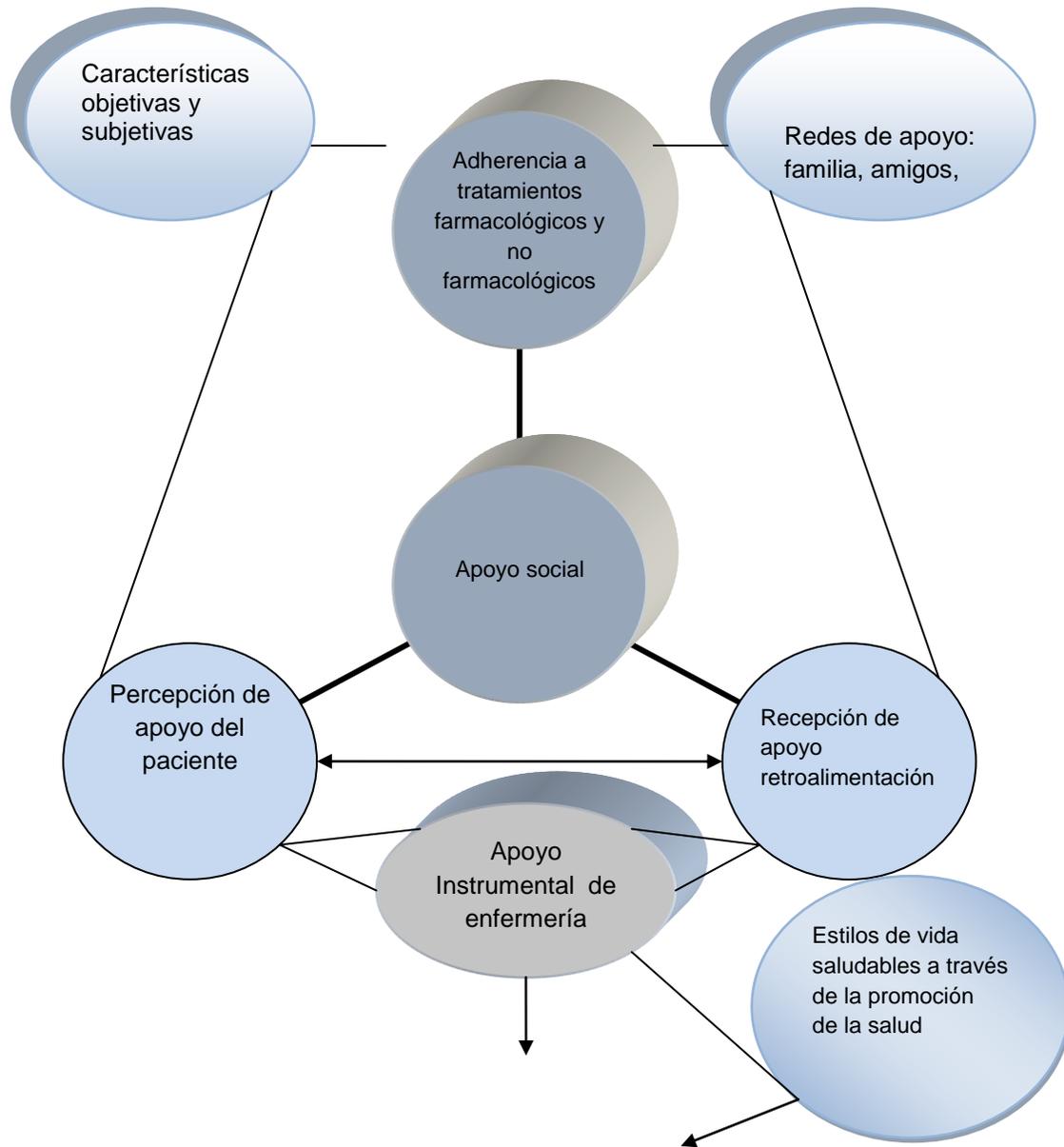
A continuación se muestra dos esquemas que intentan sugerir la relación de conceptos surgidos de los constructos explícitos en el marco teórico de la investigación.

¹⁸⁰ ALBOUAINI, K., et al. La prueba de esfuerzo cardiopulmonar y su aplicación. En: Corazón. 2007, vol. 93, p. 1285-92.

¹⁸¹ GIBBONS, R. et al. ACC / AHA 2002 directriz actualización para la prueba de esfuerzo: informe de síntesis article A. En: American College of Cardiology / American Heart Association Task Force sobre las Directrices Prácticas, Diario del Colegio Americano de Cardiología, 2002.

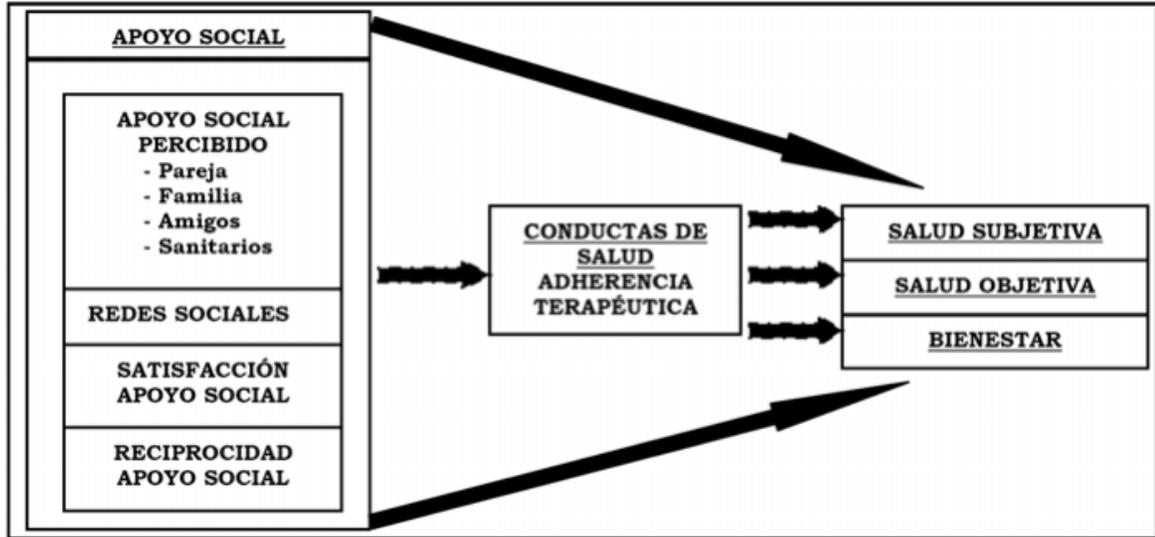
¹⁸² LAUER, Michael et al. Exercise testing in asymptomatic adults a statement for professionals from the American Heart Association council on clinical cardiology, subcommittee on exercise, cardiac rehabilitation and prevention. In: Circulation. August 2, 2005, vol. 112 no. 5, p. 771-6.

Figura 2-1: Relación entre el apoyo social y la adherencia a tratamientos farmacológicos y no farmacológicos



Fuente: Apoyo social y adherencia al tratamientos, elaborado por Juana Borja diciembre 2012.

Figura 2-2. Relación entre las variables de apoyo social y la salud, el bienestar y la adherencia terapéutica



Fuente: Boletín de Psicología, No. 93, Julio 2008.

Para finalizar esta parte se presenta una propuesta teórica, utilizando la estrategia de un sistema conceptual teórico empírico (C-T-E¹⁸³). Con lo cual se construyó enlaces conceptuales, teóricos y empíricos aportados para este estudio.

Cierres conceptuales

- ✓ Los estudios concluyen que el concepto de apoyo social ha surgido como una variable psicosocial amortiguadora positiva en el cuidado de la salud humana^{184, 185, 186},
- ✓ Según Stewart¹⁸⁷ el apoyo social se considera como una teoría de mediano rango que se ocupa de la estructura y la interacción en las relaciones^{188, 189}

¹⁸³ FAWCETT, J., Op. Cit, p. 35-59.

¹⁸⁴ HUPCEY, Judith. Op. cit., p. 1231 -1241.

¹⁸⁵ NORBECK, Jane. Op. cit., p. 9.

¹⁸⁶ COOB, Sidney. Op. cit., p. 300-314.

¹⁸⁷ STEWART, Miriam. Integrating social support in nursing Newbury Park, SA:sage. 1993. p. 93-114.

¹⁸⁸ Ibid.

- ✓ El apoyo social protege a las personas en crisis desde una gran variedad de estados de salud: bajo peso al nacer, muerte, artritis, tuberculosis, depresión, alcoholismo, y el síndrome de desintegración social, ECV. De igual forma puede reducir la aplicación de medicamentos, acelerando la recuperación y facilitando el cumplimiento de los regímenes prescritos por los médicos.^{190,191,192,193,194,195}
- ✓ Las enfermeras tienen el conocimiento y experiencia para evaluar las relaciones interpersonales y el entorno social, de los clientes, e implementar estrategias de promoción de la salud, y facilitar a los clientes en el inicio de auto-cuidado.¹⁹⁶
- ✓ Entre los factores que apoyan la adherencia se encuentra el reconocimiento de la enfermedad, confianza en el tratamiento, apoyo de redes sociales y respaldo de la institución. A diferencia, debilitan la adherencia las dificultades económicas, falta de permisos, dificultades en modificar hábitos y déficit de conocimientos. Existe necesidad de fortalecer a los profesionales de la salud en el manejo de la adherencia desde los ámbitos académicos y la creación o fortalecimiento de los programas educativos en las instituciones de salud.
- ✓ La agencia de autocuidado es un proceso de participación dinámico y tácito del individuo que le permite discernir, tomar decisiones y realizar acciones de autocuidado para el mantenimiento y mejora de su salud, entre ellas, la adherencia a los tratamientos. A su vez la adherencia es un fenómeno complejo en el que un individuo muestra comportamientos consistentes con su propia definición de salud y con las actividades relacionadas con la salud". En contraste, el incumplimiento es la falta de conductas hacia lo terapéutico, influido por múltiples factores como los relacionados con el paciente, profesional, sistema sanitario, enfermedad y con los propios fármacos.

Proposiciones teóricas. El fenómeno del apoyo social es un constructo que se encuentra influenciado por múltiples factores dependientes del paciente y su entorno, no obstante, constituye la percepción y recepción de éste un aspecto interesante para tener

¹⁸⁹ Ibid.

¹⁹⁰ COOB, Sidney. Op. cit., p. 300-314.

¹⁹¹ SEEMAN, Teresa E. and SYME, Leonard. Op. cit., p. 341-354.

¹⁹² NORBECK, Jane and PETERSON TILDEN. Virginia. Op. cit., p. 30-46.

¹⁹³ BEVERLY, H. et al. Apoyo social percibido como un predictor de mortalidad en pacientes coronarios: Efectos del hábito de fumar, el sedentarismo, y los síntomas depresivos. En: Psychosomatic medicine. 2005, vol. 67.

¹⁹⁴ ORTH GOMER, Kristina and UNDEN, Anna-Lena. Op. cit., p. 50.

¹⁹⁵ STEWART, Miriam. Op. cit., p. 93-114.

¹⁹⁶ NORBECK, Jane and PETERSON TILDEN. Virginia. Op. cit., p. 30-46.

en cuenta, debido a que estos resultados puede influir de forma positiva o negativamente en el concepto de salud y de adherencia a tratamientos.

El apoyo social influye en la adherencia a tratamientos, y esta a su vez en la calidad de vida de las personas.

La pareja representa una fuente importante de apoyo, de tal forma que se constituye en aspecto importante en la predicción del bienestar y adherencia, fundamentándose en el hecho del acompañamiento permanente que asegura el cumplimiento de tratamientos prescritos, dieta indicada y ejercicio.

Es esencial valorar en qué medida el paciente no sólo percibe tener apoyo social, pero si esas muestras de apoyo satisfacen las expectativas del paciente, y si existe reciprocidad con la enfermera que representa el apoyo instrumental.

El apoyo dado por amigos favorece la adherencia a estilos de vida saludable, a través los ejercicios; sin embargo en este misma tendencia existen conductas no saludables como consumo de bebidas alcohólicas, tabaquismo factores consumistas de la sociedad, que influirán de manera negativa en la salud y el bienestar de las personas, entendiéndose entonces que un apoyo social inapropiado, podría producir una menor adopción de hábitos de vida saludables y un menor cumplimiento de las recomendaciones médicas.

Un apoyo social deficiente o inadecuado se asocia con un mayor riesgo de enfermedad, en la patología cardiovascular, es decir el apoyo social incide en la adherencia o cumplimiento de los tratamientos en el sentido de que cumplirán más los pacientes que tengan un buen nivel de apoyo social.

3. Marco del Diseño

3.1 Características generales del diseño

Tipo de Estudio. El presente estudio planteó un abordaje cuantitativo, de tipo descriptivo de correlación, de corte transversal, con el cual se pretende examinar el grado de correlación entre el apoyo social y el grado de adherencia farmacológica y no farmacológica en pacientes con síndrome coronario agudo en tres hospitales la ciudad de Barranquilla: Hospital Universidad del Norte, Clínica de la Costa, y ESE CARI. El alcance en este tipo de estudio, según Sampieri¹⁹⁷ tiene como propósito medir el grado de relación que pueda existir entre dos o más conceptos o variables (en un contexto en particular), en este caso particular: la adherencia y el apoyo social.

Los estudios correlacionales miden las variables que se pretende ver si están o no asociadas en los mismos sujetos para, con posterioridad, entender cómo se comporta el concepto o variable, con sus diferentes dimensiones en la muestra seleccionada. Este tipo de diseño trabaja un valor explicativo aunque parcial, ya que el análisis posterior está dirigido a responder a las causas de los eventos físicos o sociales. Como su nombre lo indica, su interés se centra en la explicación de por qué ocurre un fenómeno y en qué condiciones se da éste, o por qué dos o más variables están relacionadas, lo cual concuerda con el planteamiento problemático y objetivo de la presente propuesta.

Población. La población estará representada por los pacientes con diagnóstico médico confirmado de síndrome coronario agudo que se encuentren hospitalizados en el servicio de hospitalización: Hospital Universidad del Norte, Clínica de la Costa, y ESE CARI, en de la ciudad de Barranquilla, durante el periodo comprendido entre los días 10 de septiembre hasta el 12 de diciembre 2011.

Muestra y muestreo. Para seleccionar la muestra de personas que cumplen con los criterios de inclusión se realizó un muestreo aleatorio simple. El estudio se realizó en las instalaciones del área de hospitalización en el servicio de medicina interna, de acuerdo al consentimiento autorizado establecido por la dirección médica de cada una de las

¹⁹⁷ HERNANDEZ SAMPIERI, Roberto; FERNÁNDEZ COLLADO, Carlos y BAPTISTA LUCIO, Pilar. Metodología de la Investigación. Mc Graw Hill, México. 1997.

instituciones: Hospital universidad del Norte, Clínica de la Costa, y ESE CARI, en de la ciudad de Barranquilla.

El proceso de selección para la muestra y muestreo se llevo a cabo en dos fases:

La primera fase: muestreo piloto; se determino un tamaño de muestra de 80 pacientes, la cual se determinó de forma concertada y copilada. Se contó el permiso institucional y para la realización de la prueba piloto se revisaron las historias clínicas de los pacientes de medicina interna, se le explicó el objetivo de la prueba y de la investigación, se contó con la aprobación personal mediante el registro del consentimiento informado; se aplicó el instrumento a 20 personas de acuerdo a las recomendaciones de las autoras de la siguiente forma: 10 personas desarrollaron el instrumento mediante el auto diligenciamiento y a 70 personas se les dirigió el desarrollo del mismo mediante una entrevista guiada. Los resultados se evidenciaron en el tiempo, las personas que auto diligenciaron el instrumento tuvieron un tiempo promedio de 8- 10 minutos, y las personas que desarrollaron el instrumento mediante entrevista dirigida fue de 15 minutos; otro aspecto que se pudo evaluar era la actitud del paciente hacia el encuestador y el entrenamiento del encuestador para obtener la información. De la misma forma se realizó ajuste al lenguaje del instrumento de apoyo de acuerdo con la idiosincrasia regional, para mejor comprensión de la encuesta: resultando que solo el instrumento de Hilbert se realizó ajuste.

Ajustes realizados en la pregunta 7

Disfrutan escuchando lo que yo pienso. Este es el instrumento fuente de análisis
Se interesan por lo que pienso. (Este es el instrumento con adaptación semántica)

Ajustes pregunta 10

Me aceptan totalmente, incluyendo lo mejor o peor de mí. (Este es el instrumento fuente de análisis)

Me aceptan como soy ((Este es el instrumento con adaptación semántica)

Ajuste pregunta 15

Me dicen lo que puede suceder en circunstancias en una situación a punto de ocurrir (Este es el instrumento fuente de análisis)

Me preparar sobre lo que puede suceder en una situación en particular. (Este es el instrumento con adaptación semántica)

Ajuste pregunta 17

Me hablan sobre un problema para ayudar a resolverlo (Este es el instrumento fuente de análisis)

Me explican cómo resolver un problema (Este es el instrumento con adaptación semántica)

Procedimiento de recolección de la información. La recolección de la información se desarrolló, personalmente por el investigador, en las áreas de hospitalización de Medicina Interna de las instituciones. En el área de hospitalización el proceso de aplicación de los instrumentos se desarrolló en horas de la tarde facilitando la atención y el diligenciamiento en un ambiente competente y tranquilo. Posterior a la recolección semanal de la información se desarrolló una revisión del trabajo de campo y la verificación de la información antes de ser ingresada a la base de datos.

En la segunda fase o complementaria, se realizó el cálculo del tamaño de la muestra, para lo cual se consideró el cumplimiento del objetivo central, que consiste en determinar la relación entre el apoyo social y el grado de adherencia a tratamiento farmacológico y no farmacológico en pacientes con síndrome coronario agudo; por tal motivo la expresión matemática para su determinación es justamente,

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

Donde α es la probabilidad de incurrir en error tipo I en el juzgamiento de que la correlación es nula, β es el error asociado de tipo II y r es el valor del coeficiente de correlación calculado con la información acopiada en la muestra piloto. La tabla siguiente muestra las posibilidades de elegir el tamaño de la muestra final para el estudio.

Tabla 3-1. Tamaño de muestra según errores I y II, basados en el coeficiente de correlación en la muestra piloto de 0,343437

		Error tipo II			
Error Tipo I		0,010	0,050	0,075	0,100
0,010		174	130	118	109
0,050		134	96	85	78
0,075		123	87	77	70
0,100		115	80	71	64

Asumiendo valores de los errores tipo I y II respectivamente como 0,01 y 0,05 se determinó en **130** el número personas de la muestra requerida para el estudio, como se deduce del contenido de la tabla anterior; la fase complementaria de muestreo eligió a 50 pacientes, que se completan con los 80 de la piloto para determinar la muestra total de 130 paciente elegidos.

Criterios de inclusión para las muestras del estudio. Pacientes adultos, hombres o mujeres en edades de 40 a 75 años de edad, con diagnóstico médico de síndrome coronario agudo, confirmado por la historia clínica teniendo en cuenta los siguientes consideraciones: angina que se incrementa en frecuencia, duración y severidad. Angina provocada a un bajo umbral. Con Electrocardiograma: normal o con cambios en el segmento ST.

Marcadores séricos: normales, o ligeramente aumentados con prueba de esfuerzo positiva, que tengan más de dos factores de riesgo desde hace más de un año, y que se encuentren hospitalizados en el servicio de hospitalización de las tres instituciones hospitalarias: ESE CARI, y Hospital Universidad del Norte en Barranquilla, Clínica de la Costa con en condiciones hemodinámicas estables y sin ninguna complicación clínica.

Además de lo mencionado anteriormente, estas personas deben cumplir con los siguientes requisitos:

- Personas con estado neurológico conservado o indemne.
- Personas que acepten participar de manera voluntaria en el estudio.

Criterios de exclusión. Los criterios para excluir potenciales participantes del estudio son:

- Pacientes con inestabilidad hemodinámica
- Pacientes con alteraciones en el estado de conciencia o alteraciones neurológicas.

Fuentes de información. La recolección de la información se realizara a través de la fuente primaria, en la medida que los datos requeridos en la investigación fueron suministrados directamente por los participantes en el estudio a través de dos instrumentos psicométricamente estables, los cuales se diligenciaron por el mismo investigador. La recolección de la información se realizó en el servicio de hospitalización de tres Hospitales:

Medidas para reducir sesgos. Se desarrollo una revisión juiciosa de la literatura existente, ahondando en los vacios del conocimiento, construyéndose un marco teórico sólidamente fundamentado, el cual permitió desarrollar cierres conceptuales claros respecto a los fenómenos estudiados. Se realizó una muestra piloto con la finalidad de analizar las posibles limitaciones y sesgos del estudio, establecer el marco de análisis de datos idóneo y obtener resultados que permitieron reajustar el cálculo del tamaño muestral.

La selección de la muestra se realizó independientemente de la voluntad de la investigadora, dejando que el azar ontológico que forma parte de las características del acceso de los pacientes al servicio generara la elección automática de los pacientes que cumpliera con los criterios de inclusión.

Por otra parte el investigador controló los riesgos de instrumentación, utilizando dos instrumentos de medición psicométricamente estables, con confiabilidad aceptable, con validez de constructo. Además se controló la atrición a través de la aplicación de los cuestionarios de manera directa y personal por parte del investigador, y de previa realización de prueba. De la misma manera la recolección de la información se llevó a cabo de forma personal para garantizar la recolección directa y la presencia permanente del investigador controlando de esta forma los sesgos de medida.

Se garantizó la transparencia al momento de anticipar los resultados de la muestra piloto, y del estudio general hasta obtener los resultados finales de la investigación, los cuales se trabajaron de manera única y total, es decir no se generaran planteamientos previos que pudieran conducir a sesgos de interpretación posterior.

3.2 Materiales y métodos para la recolección de la información

Instrumentos. El instrumento de Hilbert¹⁹⁸, SCII a través del cual se medió la variable apoyo social es una escala tipo Likert con 28 ítems y una escala de calificación que varía entre seis posibles opciones, desde insatisfecho hasta muy satisfecho (anexo IV). Maneja 6 categorías de comportamiento de apoyo que son: **interacciones personales, guía, retroalimentación, ayuda tangible, interacción social.** La ayuda material no fue medida en esta investigación ya que corresponde a brindar materiales tangibles en forma de dinero y otros objetos físicos al paciente aspectos que no son de interés en esta investigación. Así mismo en la categoría de ayuda tangible para el estudio solo contemplará el ítem no. 22, dado que los otros ítems no son pertinentes, para términos estadísticos se tomó esta decisión debido a que no interfiere en los resultados del objetivo propuesto.

¹⁹⁸ HILBERT, Gail. Social support in chronic illness. Op. cit., p. 79-95.

Tabla 3-2. Categorías de apoyo social y sus definiciones

CATEGORÍA	DEFINICIÓN	ÍTEMS
Interacciones personales	Consejería tradicional no directiva tal como escuchar y mostrar estimación, cuidado por el otro y comprensión.	1,2,3,4,5,6,7,8,9,10
Guía	Ofrecimiento de consejo, información o instrucción.	11,12,13,14,15,16,17,30,31,32,33,34,35,36
Retroalimentación	Brindarles retroalimentación a los individuos sobre su comportamiento, pensamientos o sentimientos.	18,19,20,37,38,
Ayuda tangible	Brindar materiales tangibles en forma de dinero y otros objetos físicos.	21,22,23,24
Interacción Social	Involucrarse en interacciones sociales por diversión y relajación.	25, 26,27,28,29

Las propiedades psicométricas son las siguientes:

Confiabilidad total para el instrumento, con un coeficiente alfa de .98
 Confiabilidad de las sub escalas, varía entre .84 y .94
 Correlación ítem por subescala varía entre .54 y .87
 Coeficiente de Pearson de .48

Validez de constructo utilizando la propuesta de Nunnally y con análisis factorial mantiene:

- ✓ Factor I, claridad de todos los ítems: varianza del 56.6 %, y porcentaje acumulativo del 56.5
- ✓ Factor II, ítems sub escala “guía”: varianza 8.5 % y porcentaje acumulativo del 65.0
- ✓ Factor III, ítems sub escala “integración”: 4.2 % y porcentaje acumulativo del 69.0, con lo cual se determinó que es una escala unidimensional y que aunque se puede analizar por sub escalas, es más adecuado mirarla integralmente.¹⁹⁹

La variable grado de adherencia se medirá con el instrumento de Bonilla y de Reales²⁰⁰, versión 4, modificado por Ortiz²⁰¹, (Anexo 5) el cual se trabajó para responder al contexto de la enfermedad cardiovascular.

¹⁹⁹ HILBERT, Gail. Social support in chronic illness. Op. cit., p. 79-95.

²⁰⁰ BONILLA, Claudia P. Op. cit., p. 46-55

El instrumento es una escala tipo Likert, con 24 ítems. El instrumento contiene cuatro dimensiones: I dimensión Factores socio-económicos, II dimensión Factores relacionados con el proveedor: sistema de equipo de salud, III dimensión Factores relacionados con la terapia, IV dimensión Factores relacionados con el paciente; contiene tres criterios de calificación que varían entre siempre, a veces y nunca. Las propiedades psicométricas del instrumento muestran los siguientes datos:

Confiabilidad del instrumento con un alfa de Cronbach de 0.60,
Consistencia interna fluctuante entre 0.46 y 0.70

Estos datos derivados del instrumento son muy aceptables, si se tiene en cuenta que el instrumento de 24 ítems tiene 4 dimensiones diferentes que por sí mismas y miden aspectos casi independientes.

La validez de constructo muestra cargas factoriales entre 0.39 y 0.40. Estas mediciones se tomaron con el modelo varimax, Kaiser.

Instrumento de adherencia. Se utilizó la modificación a la tercera versión realizada por Ortiz²⁰² (ver anexo 4) el cual es un instrumento psicométricamente estable cuya validez de constructo realizada a la tercera versión del instrumento permitió reducir el número de ítems de 53 a 24 a través del análisis factorial. La exclusión de los 29 ítems generó una nueva versión del instrumento, que agrupa los ítems en cuatro factores que explican el 45% de la varianza, lo que demostró que las variables se correlacionaban con lo que se pretendía medir, permitiendo sustentar teóricamente el constructo, haciéndolo más práctico en su aplicabilidad.

La determinación de la confiabilidad del instrumento para evaluar los factores que influyen en la adherencia a los tratamientos farmacológicos y no farmacológicos en pacientes con factores de riesgo de enfermedad cardiovascular con 24 ítems y cuatro dimensiones reportó un alfa de Cronbach de 0,60; esto se debe a la interacción de varios factores, como la homogeneidad de la muestra, el tiempo de aplicación y el número de ítems que conformaban el instrumento. Igualmente, respecto a las propiedades psicométricas del instrumento, las dimensiones que componen el cuestionario presentan índices de consistencia interna que oscilan entre 0,46 y 0,74. Respecto a los resultados del alfa de Cronbach relativo a cada dimensión, se pudo establecer que la dimensión I reportó una confiabilidad de 0,46, la dimensión II de 0,74, en tanto que la dimensión III reportó una confiabilidad de 0,71 y la dimensión IV la señaló en 0,57.

²⁰¹ ORTIZ SUAREZ, Consuelo. Op. cit., p. 76-87.

²⁰² ORTIZ SUAREZ, Consuelo. Op. cit., p. 76-87.

La validez de constructo realizada al instrumento permitió reducir el número de ítems de 53 a 24 a través del análisis factorial, sin afectar las 4 dimensiones del instrumento; el índice de consistencia interna por medio del método del alfa de Cronbach fue de 0,60, lo cual se considera adecuado. Con la exclusión de los 29 ítems se generó una nueva versión del instrumento, que agrupa los 24 ítems en cuatro factores que explican el 45% de la varianza, lo que demostró que las variables se correlacionaban con lo que se pretendía medir, permitiendo sustentar teóricamente el constructo, haciéndolo más práctico en su aplicabilidad para los profesionales de enfermería en diferentes escenarios de cuidado. Esto demuestra que es un instrumento válido y confiable.

3.3 Consideraciones Éticas

Cuando se recurre a los seres humanos como sujetos de la investigación científica, cosa que por lo general ocurre en la investigación en enfermería y ciencias de la salud, debe tenerse sumo cuidado para asegurar que sus derechos se hallen protegidos²⁰³.

La presente investigación establece los lineamientos éticos con base en la Resolución 008430 de octubre 4 de 1993, Artículo 2º que determina que “las Instituciones que vayan a realizar investigación en humanos, deberán tener un Comité de Ética de Investigación, encargado de resolver todos los asuntos relacionados en el tema”; y en el Artículo 6º establece que “la investigación que se realice en seres humanos deberá desarrollarse conforme a los siguientes criterios, entre ellos: que se ajustará a los principios científicos y éticos que la justifiquen y que se llevará a cabo cuando se obtenga la aprobación del proyecto por parte del Comité de Ética de Investigación de la institución”. Por lo anterior, esta investigación se presentó para su revisión y aval al comité de ética de la Facultad de Enfermería de la Universidad Nacional de Colombia. De acuerdo a los lineamientos de la Resolución mencionada, se tuvo en cuenta los principios de beneficencia, autonomía, confidencialidad, veracidad, justicia, fidelidad, reciprocidad y consentimiento informado²⁰⁴.

El investigador describió detalladamente al participante la naturaleza del estudio, el derecho a no participar, la responsabilidad del investigador y los probables riesgos y beneficios, y que se aclararán todas las dudas que puedan surgir. Se ofreció además un resumen del resultado de la investigación, así como el hecho de adquirir mayor conocimiento acerca de su enfermedad, la oportunidad de realizar introspección y reflexión personal relacionado con los fenómenos de estudio, tendrá satisfacción porque la información suministrada podría ayudar a otras personas en igual condiciones de salud. Respecto a lo relacionado con los riesgos se explicó que no se expone a ninguno al participar en este trabajo de investigación.

²⁰³ POLIT, Denise y HUNGLER. Op. cit., p 192-193.

²⁰⁴ COLOMBIA. Ministerio de Salud. Resolución no. 8430 de 1993. Por la cual se establecen las normas científicas, técnicas y administrativas para la investigación en salud [en línea]. Bogotá: El Ministerio. 4 de octubre de 1993, p. 1-12. Disponible en Internet: http://www.unal.edu.co/dib/promocion/etica_res_8430_1993.pdf

Teniendo en cuenta los aspectos éticos, contemplados en la resolución 8430 de 1993, artículo 11, esta investigación se puede clasificar según los parámetros de la norma como “investigación sin riesgo”, porque se utilizará como técnica de recolección una encuesta y no se realizará ninguna intervención o modificación intencionada de las variables biológicas, fisiológicas, psicológicas o sociales de los individuos que participaron en el estudio. Como, durante el desarrollo de la encuesta es posible que el participante, en algún momento, pueda manifestar sentimientos de angustia, ansiedad o estrés se tuvo en cuenta de que caso en presentarse tal situación, la investigadora por su experticia y reconocimiento de la situación de cronicidad, controlaría y evaluaría, oportunamente, cualquier riesgo que se derive y se tomó la decisión de continuar en otro instante con la encuesta garantizando de esta manera, el cumplimiento de los principios éticos y de respeto a la dignidad humana.

Asimismo, es válido considerar que la expresión de sentimientos y verbalización de sus preocupaciones, se constituye en una ganancia para el participante puesto que permite que estos se canalicen positivamente, siendo de gran beneficio para su bienestar emocional.

De igual forma se explicó que la información suministrada sería salvaguardada y se manejaría confidencialmente. Se conservó la seguridad de los datos de identificación y las listas de ID con los datos generales correspondientes, y para destruirlos oportunamente. La información y los archivos en medio magnéticos se guardaron con claves de seguridad a las cuales solo tuvo acceso el investigador en su computador personal.

También, el investigador veló por el bienestar y la intimidad del paciente garantizando que la recolección de la información se realizara en un ambiente ameno, propiciando un espacio agradable, si la habitación era compartida con otro paciente se hizo uso de elementos que ayudaron a mantenerla tales como: biombos o cortinas que permitieron mantener la intimidad, un ambiente de confianza entre el investigador y el paciente. De la misma forma se tomaron las medidas que garantizaron el bienestar y la seguridad del paciente, evitando interrumpir el periodo de descanso, evitando interferir en los cuidados de enfermería, visita médica y de los familiares y se confirmó con el paciente el momento disponible para llevar a cabo el diligenciamiento de los formularios. No se presentó ningún evento súbito que causara cambios en las constantes vitales de los pacientes durante la recolección de la información.

En las tres instituciones que se usaron para la recolección de los datos se solicitó permiso posterior a la obtención del aval ético de la Facultad de Enfermería de la Universidad Nacional de Colombia. Igualmente, se confirmó que la revelación del nombre de la institución al momento de realizar la publicación respectiva de los resultados obtenidos, era pertinente.

Se contemplaron, en todos los aspectos, los criterios de las normas que regulan la investigación con seres humanos, como también los principios éticos que rigen la

profesión de enfermería, estos principios son: 1. Beneficencia, entendida como hacer el bien y evitar el mal; 2. Justicia, que incluye el derecho del sujeto a un trato justo y equitativo, y a la privacidad (confidencialidad y veracidad de la información); y 3. Autonomía, que comprende el derecho a la autodeterminación y al conocimiento irrestricto de la información, que se cumplirá respetando la decisión de la persona de participar o no en la investigación, (participación voluntaria e informada).

Para dar cumplimiento a lo anterior, la investigadora informó y explicó previamente en forma completa y clara a los posibles sujetos de estudio (como lo establece la Resolución 008430 de 1993), la justificación y los objetivos de la investigación; los procedimientos a realizar; la garantía de recibir respuesta a cualquier pregunta y aclaración sobre cualquier duda acerca de los procedimientos, riesgos, beneficios y otros asuntos relacionados con la investigación; la libertad de retirar su consentimiento y dejar de participar en el estudio. Se garantizó que en cualquier momento hay un compromiso de proporcionarle información actualizada obtenida durante el estudio aunque esta pudiera afectar la voluntad del sujeto de continuar participando.

Se expuso de presente la certeza de no identificación de los sujetos y que se mantendrá la confidencialidad de la información relacionada con su privacidad, mediante la asignación de códigos, y la salvaguarda del material documental en sitio seguro por parte de la investigadora; una vez los sujetos conozcan toda esta información, decidirán de manera voluntaria si participan en el estudio, para lo cual firmaran el consentimiento respectivo (consentimiento informado Anexo 1). A las Instituciones de salud de Barranquilla, se le dio a conocer el objetivo del proyecto, los beneficios que implican los resultados obtenidos con la investigación, el compromiso del manejo veraz y confidencial de la información, y su uso solo con fines académicos; una vez dada a conocer la información si la institución acepta hacer parte del proyecto se le solicitó por escrito la autorización para llevarla a cabo.

De igual manera en la investigación se garantizó la propiedad intelectual, reconociendo los créditos de autoría por medio de las citas bibliográficas respectivas, y para hacer uso de los instrumentos para recolección de la información en esta investigación se solicitará permiso a la/s autora/s del instrumento inicial y de la cuarta versión. Es importante aclarar que se cuenta con los permisos para el uso de los instrumentos y adjunto el correo de solicitud reciente para contar con este aval.

Finalizada la investigación y obtenidos los resultados se dieron a conocer, a la Universidad Nacional de Colombia Sede Bogotá, a las Instituciones hospitalarias seleccionadas para la investigación y a los usuarios que participaron, los aportes al conocimiento y ayuda a otras personas en condiciones similares y de la misma forma se les brindó mayor conocimiento acerca de la enfermedad.

Impacto ambiental. Se empleó en el trabajo de campo, el ambiente hospitalario en el área de medicina interna. Las entrevistas se desarrollaron en las habitaciones de los

pacientes, espacios que permitieron realizar las preguntas sin interrupciones garantizando la comodidad y privacidad de las participantes del estudio.

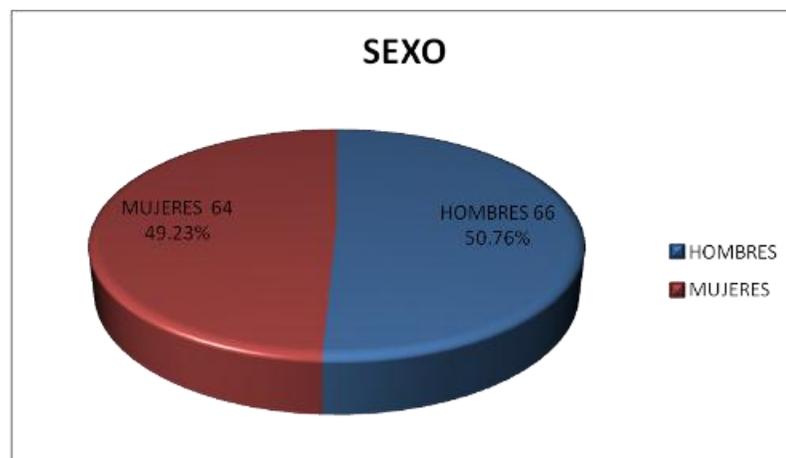
La investigación por naturaleza no desarrolló situaciones que generaran impacto ambiental, se tuvo en cuenta el uso restringido de papel; los únicos documentos impresos fueron los consentimientos informados, encuestas y las cartas de invitación para participar en el estudio. Las entrevistas se transcribieron y se construyó un archivo virtual de las mismas que está bajo la custodia de la autora.

4. Marco de análisis. Presentación de Resultados

El análisis de la información se realizó, utilizando el paquete estadístico SPSS, licenciada por la facultad de enfermería de la Universidad Nacional de Colombia, se dispuso de la versión 15 y del programa de Microsoft office Excel para la sistematización y revisión de los datos recogidos. Se utilizó fundamentalmente la prueba T (Tabla 4-1), para muestras independientes con el objeto de llevar a cabo la comparación de los niveles medios de adherencia y apoyo en relación al género. Los resultados de la prueba Kolmogorov – Smirnov, licenciaron el uso de la prueba T. (Tabla 4-2). Igualmente se hizo uso de herramientas no paramétricas tales como: Mann-Whitney con el propósito de reconfirmar los resultados obtenidos con la prueba T. (Tabla 4-3)

En la distribución epidemiológica de acuerdo al género en el presente estudio se describe así: El tamaño total de la muestra fue de 130 pacientes con síndrome coronario agudo, de los cuales se encontró que 64 son de sexo femenino (49,23 %), en tanto que 66 son de sexo masculino (50,76%). Tal como se ilustra en la Figura. 4-1

Figura 4-1. Distribución Epidemiológica de acuerdo al Género



Fuente: análisis de la base de datos. por Juana Bautista Borja, diciembre 2011

La figura anterior muestra la distribución homogénea entre el género masculino y femenino, en tanto que el número de hombres y mujeres es muy parecido con una diferencia de 1.53 entre los dos valores

Tabla 4-1. Comparación entre géneros del apoyo y la adherencia prueba T

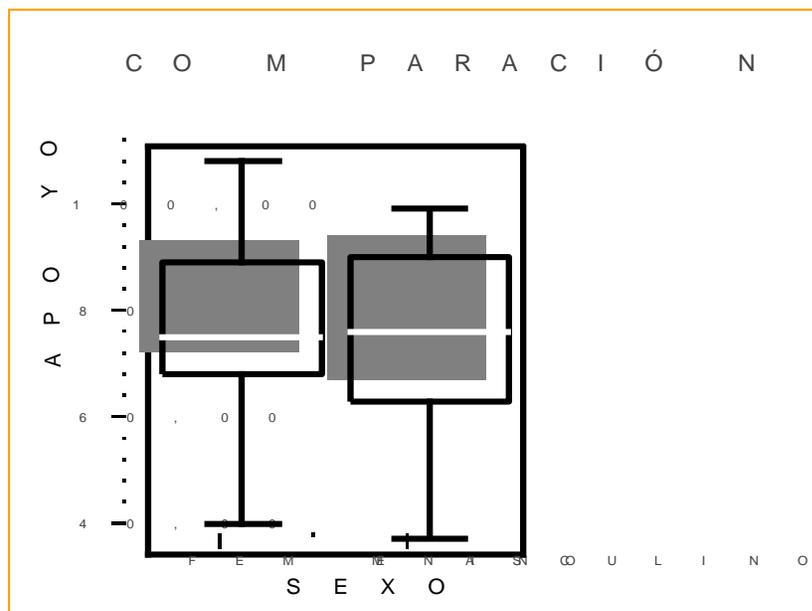
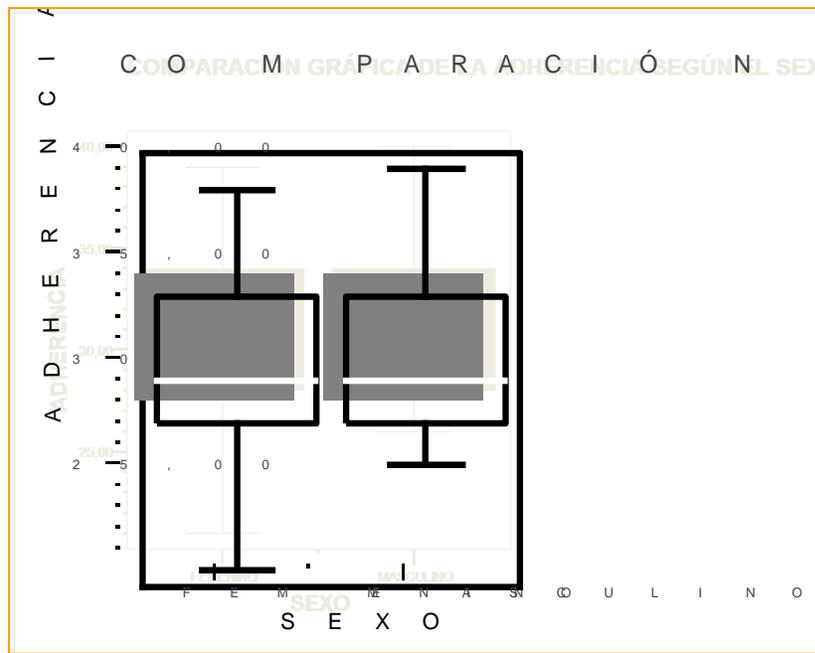
Prueba de Levene para la igualdad de varianzas		Prueba T para la igualdad de medias						
F	Sig.	t	gl	Sig. (bilateral)	Diferencia de medias	Error típ. de la diferencia	95% Intervalo de confianza para la diferencia	
Inferior	Superior	Inferior	Superior	Inferior	Superior	Inferior	Superior	Inferior
,484	,488	,447	128	,656	1,20000	2,68652	-4,11574	6,51574
		,447	127,655	,656	1,20000	2,68652	-4,11588	6,51588
3,019	,085	-,924	128	,357	Yo	,69924	-2,02973	,73742
		-,924	121,707	,357	-,64615	,69924	-2,03041	,73810

La Tabla anterior condensa todos los aspectos estadísticos relevantes de la comparación entre géneros de las dos variables fundamentales de la investigación; en particular la prueba de Levene, muestra igual variabilidad del apoyo entre géneros; mientras que la variabilidad de la adherencia del grupo de pacientes de sexo masculino es ligeramente mayor que la variabilidad del grupo de las mujeres.

La prueba T es concluyente al mostrar niveles medios de apoyo iguales entre hombres y mujeres, de la misma forma que la igualdad de los niveles medios en cuanto a la adherencia, tal como se deriva de los valores p que el paquete publica como sig (Bilateral). No hay diferencia significativa en el promedio de apoyo de hombres y mujeres, igual ocurre con la adherencia a los tratamientos farmacológicas y no farmacológicas

Lo anterior está ratificado en los gráficos de Box-Plot, presentados a continuación Figura 4-2.

Figura 4-2. Comparación gráfica de apoyo social y adherencia



Fuente: Análisis de la base de datos. Juana Bautista Borja, Barranquilla, diciembre 2011

Tabla 4-2. Prueba de Kolmogorov-Smirnov para dos muestras

estadísticos de contraste(a)			
		adherencia	apoyo
diferencias más extremas	absoluta	,123	,108
	positiva	,046	,108
	negativa	-,123	-,062
z de kolmogorov-smirnov		,702	,614
sig. asintót. (bilateral)		,708	,845
a variable de agrupación: sexo			

Fuente: Análisis de la base de datos. Juana Bautista Borja, Barranquilla, diciembre 2011

La Tabla anterior muestra que el haber analizado los datos con la prueba T fue pertinente, por lo tanto la prueba T es válida para su aplicación de acuerdo a los datos obtenidos.

Tabla 4-3. Prueba de Mann-Whitney agrupación de apoyo social y adherencia de acuerdo al género

	SEXO	N	Rango promedio	Suma de rangos
APOYO	FEMENINO	65	66,69	4335,00
	MASCULINO	65	64,31	4180,00
	Total	130		
ADHERENCIA	FEMENINO	65	63,07	4099,50
	MASCULINO	65	67,93	4415,50
	Total	130		

Tabla 4-4. Prueba de Mann-Whitney agrupación de apoyo social y adherencia de acuerdo al género

	APOYO	ADHERENCIA
U de Mann-Whitney	2035,000	1954,500
W de Wilcoxon	4180,000	4099,500
Z	-,361	-,739
Sig. asintót. (bilateral)	,718	,460

Variable de agrupación: SEXO Fuente: análisis de la base de datos. Juana Borja, diciembre 2011

En efecto, como lo revelan las tablas 4-3 y 4-4, las pruebas, de U de Mann-Whitney y W de Wilcoxon, ratifican que tanto la adherencia como el apoyo muestran niveles medios estadísticamente iguales entre hombres y mujeres.

El análisis de los datos anteriormente mostrados describe que el apoyo social y la adherencia a los tratamientos farmacológicos y no farmacológicos, mostraron un comportamiento igual tanto en mujeres como hombres.

Por otra parte dentro de los hallazgos de esta investigación es preciso resaltar el hecho de que la correlación entre el apoyo y adherencia presentó un valor 0,287963, el cual es estadísticamente significativo y distinto de cero, pero numéricamente modesto. Es importante resaltar que a pesar de no ser un valor relativamente alto es una evidencia estadística a favor de la hipótesis planteada, teniendo en cuenta la multifactorialidad del fenómeno de adherencia terapéutica por la interacción de los factores intrínsecos y extrínsecos a ella. (Ver tabla 4-5)

Tabla 4-5. Correlación entre adherencia y cada subescala de apoyo social según género

	TOTAL	MUJERES	HOMBRES
INTERPERS	0,116071	0,226268	0,012474
GUIA	0,274242	0,278863	0,277809
RETRO	0,242775	0,321844	0,169074
INTERSOCIAL	0,260233	0,436246	0,079728
APOYO	0,287963	0,386964	0,185600

Así lo ha descrito la literatura en donde la adherencia terapéutica es un fenómeno multidimensional determinado por la acción recíproca de cinco conjuntos de factores, denominados “dimensiones “: factores socioeconómicos, factores relacionados con el equipo o el sistema de asistencia sanitaria, factores relacionados con la enfermedad, factores relacionados con el tratamiento y factores relacionados con el paciente.²⁰⁵; partiendo de este concepto se hace énfasis que en este trabajo solo se estableció relación entre apoyo social y adherencia, es decir solo se mostró una óptica particular de un fenómeno multidimensional.

Alrededor de este aspecto, el apoyo social se ha considerado, como un constructo importante en la adherencia a los tratamientos farmacológicos y no farmacológicos. Tanto así que se considerado como un amortiguador de la salud²⁰⁶, sin embargo Martos sugiere necesario intervenir en los aspectos clave que influyen en la adherencia a los tratamientos, ya que puede ser necesario reforzar distintas particularidades del apoyo social, en función de si el incumplimiento se produce en un sentido u otro²⁰⁷. Es oportuno analizar que el apoyo social puede ser influenciado por los otros factores que constituyen la adherencia, teniendo en cuenta los diversos componentes que la constituyen, y de la misma manera el apoyo social puede variar teniendo en cuenta su percepción, recepción

²⁰⁵ OMS. Organización Mundial de la Salud. Adherencia a los tratamientos a largo plazo. Pruebas para la acción, 2004 [en línea]. Washington: OPS-OMS. 198 p. [Consultado dic. 18, 2008] Disponible en Internet: <http://www.amro.who.int/common/Display.asp?Lang=S&ReclD=8062>.

²⁰⁶ NUCKOLLS, K; CASSEL, J. and KAPLAN, B. Op. cit., p. 431-441.

²⁰⁷ MARTOS M., María José; POZO M., Carmen y ALONSO M., Enrique. Op. cit., p. 59-77.

e interacción con la persona cuidada, por ello sería importante establecer el interrogante acerca de la forma cómo se presenta el apoyo social y qué lo acompaña, para medir su respuesta en el individuo objeto de cuidado. Bajo esta perspectiva el apoyo social podría ser un importante catalizador capaz de modificar los factores que intervienen en la adherencia.

A continuación se presenta el análisis de las dos variables teniendo en cuenta: género, encontrándose valores de correlación en mujeres de: 0,386964 y en hombres: 0,185600 (Ver Tabla 4-5) estableciéndose en estos últimos un coeficiente de correlación más bajo comparado con el del género femenino, hecho podría explicarse por la percepción del apoyo de acuerdo al entorno cultural del género masculino y como se establece éste con la enfermera, por lo que se sugiere indagar a profundidad sobre este aspecto, haciendo énfasis en los comportamientos de apoyo por parte del profesional de enfermería.

A continuación se presenta, de manera general, el análisis del grado de correlación entre adherencia y las cuatro subescalas de apoyo social. En este análisis se contrastaron los resultados de la siguiente manera: la sub escala que mostró mayor coeficiente de correlación fue la de guía con una puntuación de 0,274242, seguida por interacción social cuyo valor fue de: 0,260233, la tercera sub escala correspondiente a retroalimentación tuvo un coeficiente de correlación de: 0,242775 y finalmente aparece la interacción personal con un resultado de: 0,116071.

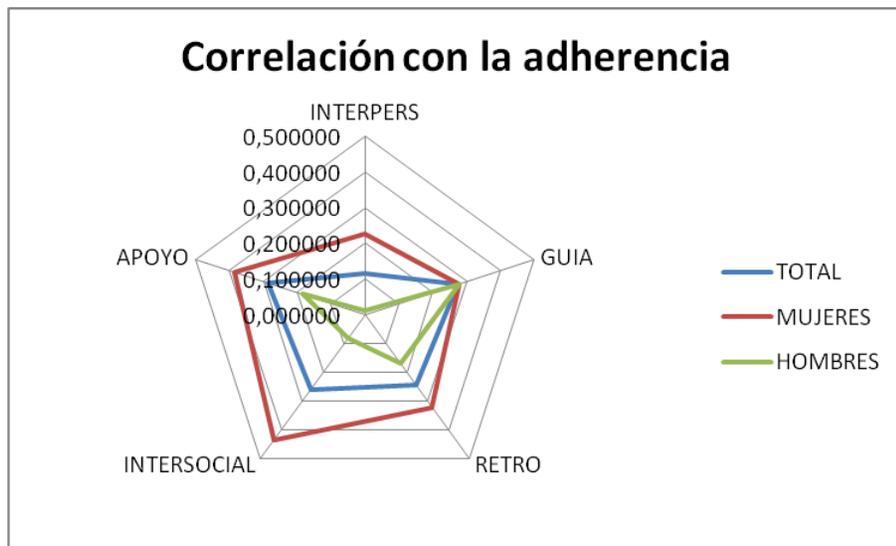
Tabla 4-6. Correlación entre adherencia y cada subescala guía según el género

	TOTAL	MUJERES	HOMBRES
INTERPERS	0,116071	0,226268	0,012474
GUIA	0,274242	0,278863	0,277809
RETRO	0,242775	0,321844	0,169074
INTERSOCIAL	0,260233	0,436246	0,079728
APOYO	0,287963	0,386964	0,185600

También se analizó cada coeficiente de correlación de adherencia y apoyo social de acuerdo a las subescalas del mismo y analizando el comportamiento de según al género:

Subescala guía. La subescala incluye los comportamientos de apoyo relacionados con el consejo, parecer, información, o instrucción sobre algún aspecto. En esta sub escala el coeficiente de correlación fue de 0,274242 el cual tiene el valor de correlación más alto con la adherencia, por lo cual se infiere que podría ser el que más contribuye a la adherencia, relacionándose con el hecho de que la enfermera participa como cuidador y fortalece y potencializa la adherencia a los tratamientos mediante, la educación permanente al paciente; contribuyendo de esta forma a mejorar los estilos de vida. En cuanto al género para mujeres la correlación fue de 0,278863 y en hombres fue de 0,277809, lo cual indica una correlación muy parecida para esta subescala en cuanto al género. (Ver Figura 4-2).

Figura 4-3. Correlación de la adherencia con la subescala de apoyo social guía, interacción social, retroalimentación según el género



Subescala interacción social. La subescala se relaciona con las conductas de apoyo relacionadas con las interacciones sociales desarrolladas para divertirse y relajarse. En el grupo de estudio se encontró una correlación de 0,260233, muy similar a la correlación de la sub escala guía y con relación al género se encontró en mujeres una correlación de 0,436246 y en hombres de 0,079728, valor que muestra una diferencia marcada en cuanto al género importante de resaltar y podría indagarse con respecto a este aspecto, debido a que al parecer el grado de empatía es mayor en mujeres que en hombres. Ver (Figura 4-2)

Subescala retroalimentación. La subescala mide las conductas de soporte relacionados con la retroalimentación de los individuos en relación a sus comportamientos, pensamientos y sentimientos. Se estableció un coeficiente de correlación de 0,242775, al analizarlo de acuerdo al género se encontró en mujeres un valor de 0,321844, mientras

que en hombres fue de 0,169074, aspecto que continua siendo mayor en mujeres que en los hombres no siendo tan marcado, pero si digna de resaltar también Ver(Figura 4-3).

Subescala interacción personal. Esta subescala se refiere a los comportamientos de apoyo relacionados con el suministro de consejo, escucha, expresión de estimación, cuidado y comprensión. En el grupo de estudio se encontró un coeficiente de correlación de 0,116071, el cual es el valor más bajo de las correlaciones de la adherencia con cada subescala de apoyo. (Ver Figura 4-3). En este resultado es importante analizar la cantidad y frecuencia con la que se da esta interacción, ya que podrían intervenir en la percepción del paciente en cuanto al apoyo instrumental y de la misma forma, es necesario analizar a profundidad las actividades no relacionadas con el cuidado y el número de pacientes asignados, la productividad, eficiencia, tecnificación y competencia del enfermero. En este sentido autores como Collier²⁰⁸ mencionan que desde finales del siglo XIX las nuevas formas de organización del trabajo, han empobrecido gradualmente los cuidados de enfermería, convirtiéndolos en actos aislados, estereotipados y casi ficticios, con efectos para los pacientes y para el cuidador, quien cada vez está menos implicado en el proceso de relación interpersonal que sustenta su profesión. Parece que el cuidado ha quedado reducido a la sola ejecución de técnicas.

De manera semejante se analizó, de acuerdo al género, que hay una importante diferencia entre ambos sexos, el cual en el hombre fue de cero, el coeficiente de correlación en mujeres fue de: 0,226268 y en hombres de 0,012474. (Ver Figura 4-3). Se reportó diferencia estadística significativa entre valores del puntaje entre el género, habría que analizar cómo influye el apoyo social de enfermería en relación con el género, teniendo en cuenta el contexto cultural y la formación del profesional de enfermería al momento de brindar cuidado, e interrogarse acerca de si tiene la enfermera o el enfermero algún limitante al establecer un contacto cercano con el paciente de acuerdo al sexo, o la formación académica y profesional.

En este sentido según Santo, la formación centrada en el desarrollo de habilidades técnicas, con escasos contenidos filosóficos o antropológicos humanistas tiene como resultado profesionales con elevado saber científico y gran pericia técnica, pero a veces, incapaces de reconocer a la persona enferma como fin en sí misma²⁰⁹ y en este mismo orden de idea Arroyo expresa que la atención generalizada y el trato impersonal es una de las orientaciones que puede adoptar la enfermera, respondiendo a los valores e intereses competitivos y economicistas de las organizaciones.²¹⁰

²⁰⁸ COLLIÈRE, Marie. Promover la vida. De la práctica de las mujeres cuidadoras a los cuidados de Enfermería. Madrid: McGraw- Hill/Interamericana. 1993

²⁰⁹ SANTOS HERNÁNDEZ, Aldo. Humanización de la atención sanitaria, retos y perspectivas [en línea]. En: Cuadernos de bioética. 2003, vol. 14 no. 50, p. 39-60. [Consultado marzo 20, 2007] Disponible en Internet: <http://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=754843&orden=38064&info=link>.

²¹⁰ ARROYO GORDO, Maria. Calidad y Humanización de los Cuidados. En: Metas de Enfermería. 2001, vol. 39, p. 26-31.

Adicional al anterior análisis se consideró establecer la correlación del apoyo social con la edad encontrándose, correlación de -0.03643 , prácticamente cero, igualmente ocurrió con la adherencia el cual tuvo como resultado de -0.0811756 .

5. Conclusiones y recomendaciones

5.1 Conclusiones

Los resultados en este estudio permitieron realizar aportes al conocimiento y a la práctica del cuidado de enfermería; se pudo comprobar la hipótesis y objetivos planteados en el marco referencial, encontrándose que:

- ✓ El apoyo social y el grado de adherencia a tratamiento farmacológico y no farmacológico se relaciona en pacientes con síndrome coronario agudo, como lo comprobaron otras investigaciones tales como: Rosengren²¹¹, Orth-Gomer²¹², Seeman²¹³, Blumenthal²¹⁴, quienes convergen en el hecho de cómo el apoyo social se relaciona de forma importante y significativa y en la salud cardiovascular, además se esclarece dicotomía creadas entre otros autores como Tennant, Galvin y Anthony, quienes discrepan en lo relacionado apoyo social como predictor de la salud cardiovascular entre los pacientes que reciben apoyo social y los que no.
- ✓ El grupo estudiado en general muestra igual variabilidad del apoyo social entre hombres y mujeres; No hay diferencia significativa en el promedio de apoyo de hombres y mujeres, igual ocurre con la adherencia a los tratamientos farmacológicas y no farmacológicas, en cuanto a este aspecto el estudio de Moraes²¹⁵ constató correlaciones bajas y estadísticamente significativas entre los apoyos instrumental de los pacientes que estudio, además que describió que no fueron encontradas diferencias entre el apoyo social con relación al sexo y situación conyugal de los participantes: Referente al apoyo instrumental no existió diferencias entre hombres

²¹¹ ROSENGREN, Annika; WILHELMSENA, Lars and ORTH-GOME´r, Kristina. Op. cit., p. 56-63.

²¹² ROSENGREN, Annika; WILHELMSENA, Lars and ORTH-GOMER, Kristina. Lack of social support and incidence of coronary heart disease in middle- aged swedish men. Op. cit., p. 37-43.

²¹³ SEEMAN, Teresa E. and SYME, Leonard. Op. cit., p. 341-354.

²¹⁴ BLUMENTHAL, James A., et al. Op. cit., p. 331-340.

²¹⁵ ROVERONI MORAES, Talita Poliana y SPADOTI DANTAS, Rosana Aparecida. Evaluación del apoyo social entre pacientes cardíacos quirúrgicos: subsidio para la planificación en la atención de enfermería [en línea]. En: Rev Latino-am Enfermagem. 2007 março-abril, vol. 15 no. 2. Disponible en Internet: www.eerp.usp.br/rlae

(M=4,2; DP=0,51) y mujeres (M=4,0; DP=0,69); sin embargo en esta investigación se extendió no solo al apoyo como variable sino que se analizó específicamente las subescalas que lo constituyen y en este sentido se encontró en la sub escalas personal de apoyo una correlación en mujeres de 0,436246 y en hombres de 0,079728, valor si muestra una diferencia superior en el género femenino, en relación a este aspecto la enfermera Costeña en algunos casos se abstendrá de entablar una empatía personal con el paciente de género masculino justificado en el hecho presuntivo de no crear confusión emocional al momento de establecer esa interacción, o por lo contrario dado al rol cultural de la idiosincrasia el paciente masculino es quien se siente en muchos casos reprimido al momento de establecer esta relación terapéutica. Es un aspecto a resaltar debido a que precisamente con el género masculino, según Cassiani el riesgo de desarrollar enfermedad coronaria (EC) a lo largo de la vida después de los 40 años es 49% y 32% para mujeres.²¹⁶

- ✓ La edad no mostró ninguna relación entre el apoyo social ni adherencia farmacológica y no farmacológica en el grupo estudiado, a diferencia de otros autores como Talita²¹⁷ quien demostró que la correlación entre el apoyo social y la edad de los participantes guardaron relaciones estadísticamente significativas, directas o convergentes, a pesar de ser de baja magnitud, otras investigaciones mencionan que las características demográficas (edad, sexo, educación y nivel de ingresos) tienen poco efecto en la adherencia al tratamiento, pero sin embargo guarda una correlación más estrecha con otras variable²¹⁸, como el tipo de enfermedad o de régimen terapéutico.
- ✓ En las cuatro subescalas medidas: guía, retroalimentación, interacción social e interacción personal de las variable apoyo social y adherencia, se resalta las subescalas guía y retroalimentación, aspecto que nos confirma que la escucha, estimación, comprensión, y en general la información son elementos que como enfermeras debemos proporcionar a los pacientes y que sin lugar a dudas influye de manera positiva en la adherencia a tratamientos; en contraste encontramos que la sub escala interacción personal mostró el valor más bajo lo cual puede afectar la percepción de apoyo por parte del paciente y la relación con el profesional de enfermería, esta escala ha sido destacada en otras investigaciones como un elemento importante y positivo en los cuidadores principales.²¹⁹ la interacción enfermera paciente representa a la luz de esta investigación una disyuntiva a resaltar de manera que las enfermeras en esta parte del país establezcan estrategias de cambio para trascender en el cuidado mediante una interacción personal que permita

²¹⁶ CASSIANI, Carlos. Síndromes coronarios agudos: epidemiología y diagnóstico. En: Salud Uninorte. Barranquilla (Col.) 2009, vol. 25 no. 1, p. 118-134

²¹⁷ ROVERONI MORAES, Talita Poliana y SPADOTI DANTAS, Rosana Aparecida. Op. cit., p. 70.

²¹⁸ Di MATTEO, MR. Variations in patients' adherence to medical recommendations: a quantitative review of 50 years of research. In: Med Care. 2004, vol.42, p. 200-9.

²¹⁹ DÍAZ HEREDIA, Luz Patricia Relación entre el Soporte Social y la Capacidad de Cuidado de Cuidadores [en línea]. En: Área de Énfasis Cuidado al Paciente Crónico. Disponible en Internet: www.gcronico.unal.edu.co/tesis.php

instaurar un ambiente empático que a su vez contribuya no solo alcanzar los objetivos terapéuticos trazados en el proceso de atención de enfermería sino proyectarlos de igual forma al auto cuidado aportando de esta forma con la adherencia no farmacológica y cambios en los estilos de vida, según McHorney, la adherencia a la prescripción médica no guardan ninguna relación con la con el cumplimiento de los cambios en el estilo de vida ²²⁰; pero si lo guarda el hecho saber por qué deben tomar la medicación prescrita, cuál va a ser la duración del tratamiento, cuáles son los posibles efectos secundarios, qué impacto puede tener en su estilo de vida, qué podría ocurrir si no cumplen la pauta terapéutica y el costo asequibilidad de esta ^{221, 222, 223}. No cabe duda entonces que el enfermero de hoy y el que se proyecta al futuro debe posicionarse como agente de cambio que se alcanza con establecimiento de una comunicación asertiva y eficaz con su paciente, la cual se debe y puede promover en cualquier espacio propio del cuidado contribuyendo además con la vigilancia y asesoramiento continuo sobre el grado de adherencia del paciente al régimen terapéutico mediante el apoyo social instrumental. Esta presunción es apoyada por Metha y colaboradores ²²⁴ quienes expresan que “la relación que se establece entre el equipo asistencial y el paciente es de suma importancia. La confianza, continuidad, accesibilidad, flexibilidad y confidencialidad son factores que influyen de manera favorable”. Así determinados tipos de organización de la asistencia en que la relación paciente-profesional de la salud queda diluida en un equipo asistencial impersonal sin referentes claros para el paciente pueden dificultar la adherencia. Probablemente, los factores más importantes son el suministro de una información detallada, auténtica y la toma de decisiones conjuntas en un marco de confianza.

- ✓ Otro aspecto importante para concluir en esta investigación es que el apoyo social puede verse como potencializador positivo de la adherencia a los tratamientos y el autocuidado, es decir la enfermera es un agente de cuidado que representa el apoyo instrumental, y que aporta desde su conocimiento y educación al desarrollo de estilos de vida saludables, esto está sustentado por los referente teóricos de esta investigación: Orem y Schaffer, M; esta ultima autora expresa que las enfermeras pueden proporcionar un apoyo informativo, a través de dar al cliente conocimiento acerca de prácticas de cuidado o educación de los miembros de la red del cliente. De igual forma puede aportar a través de la organización para ampliar el tamaño del apoyo, disminuyendo de este modo la carga del cuidador principal y la disposición de

²²⁰ McHORNEY, CA. The Adherence Estimator: a brief, proximal screener for patient propensity to adhere to prescription medications for chronic disease. *In: Curr Med Res Opin.* 2009, vol. 25, p. 215-38.

²²¹ *Ibid.*

²²² ZIEGLER, DK et al. How much information about adverse effects of medication do patients want from physicians? *In: Arch Intern Med.* 2001, vol. 161, p. 706-13.

²²³ BAILEY, BJ. et al. Hypertension treatment compliance: what do patients want to know about their medications? *In: Prog Cardiovasc Nurs.* 1997, vol. 12, p. 23-8.

²²⁴ METHA S. y MOORE, Graham. NMH Potential factors affecting adherence with HIV therapy, 1997. p. 1665-1670.

31 ALTICE, FL y FRIEDLAND GH. The era of Adherence to HIV Therapy. *Ann Intern Med,* 1998. p. 503-505.

apoyo emocional los cuales deben ser evaluados para medir la calidad del apoyo social, el cual es un aspecto importante para tener en cuenta.²²⁵ Por su parte Willians expresa que el apoyo profesional y la correcta comunicación con el médico pueden ser particularmente determinantes en el grupo de pacientes de edad avanzada, que pueden encontrarse más frecuentemente en una situación de aislamiento social, vulnerabilidad emocional y desventaja económica.

- ✓ Los fenómenos estudiados son importantes en la práctica del profesional de enfermería ya que permiten promover conductas y estilos de vida saludable manteniendo una adherencia a los tratamientos recomendaciones brindadas por la enfermera. puede entonces sugerir que la adherencia a tratamientos farmacológico y no farmacológico es uno de los aspectos críticos en el mejoramiento de la salud señalando entonces, que al conocer el tipo de apoyo social con que cuenta el paciente con síndrome coronario, se puede identificar los aspectos positivos y negativos aportados o surgidos de la interacción del paciente con su fuente de apoyo social y que finalmente influyen en la forma en que el paciente realiza los ajustes en sus hábitos de vida.
- ✓ Esta investigación aportó elementos que confirman las postulaciones establecidos por los teóricos referentes, permitiendo aplicarlas a la realidad de la práctica del cuidado y aportando al conocimiento disciplinar. Precisamente la revisión teórica disciplinar de enfermería no mostró investigaciones, que indaguen, con especificidad, el estudio de los fenómeno en pacientes con síndrome coronario agudo en población colombiana, ejemplo de ello son: Bonilla, aspecto que se enmarcó en esta investigación

5.2 Recomendaciones

SECTOR SALUD

A la Secretaria de Salud del Atlántico incorporar como premisa y estandarte en sus programas, guías y políticas de salud actuales así como en las consultas especializadas un proceso educativo individualizado a las necesidades de cada persona de acuerdo a su nivel económico y educativo de tal forma que pueda medir el impacto de sus intervenciones en los niveles de adherencia.

UNIVERSIDAD NACIONAL DE COLOMBIA

A la Facultad de Enfermería, programa de Maestría, sublínea del cuidado de la salud cardiovascular se recomienda dar continuidad a este tipo de trabajos de investigación en mira de analizar el apoyo social percibido en los pacientes con este tipo de patologías, ya que desde la sub escalas de éste se mide un elemento que se relaciona con la guía y retroalimentación aspectos importantes en lo relacionado a la adherencia farmacológica y no farmacológico y desde el mismo autocuidado.

²²⁵ SCHAFFER Marjorie and HOAGBERG, Lia. Op. cit., p. 433-440.

A LAS IPS

Se recomienda realizar trabajos de investigaciones de enfermería basados en la evidencia, en lo relacionados con la satisfacción percibida en la de atención de enfermería de acuerdo a las necesidades de los pacientes, teniendo en cuenta el apoyo tangible e informacional que brinda este profesional en la sub escala personal.

Incluir dentro de los programas de atención guías de cuidados dirigidas el paciente con factores de riesgo para el desarrollo de síndrome coronario agudo haciendo énfasis en la adherencia al tratamiento para mejorar la calidad de vida.

Incluir la evaluación del apoyo social y la adherencia en la planificación del cuidado en el proceso de atención de enfermería durante la asistencia clínica, ya que la evaluación del apoyo social contribuirá en la detección de aquellos individuos con mayores dificultades en su rehabilitación. Por ejemplo, individuos que perciben el apoyo social como insatisfactorio o indisponible, se sentirán incapaces para cambiar y mostrar comportamientos favorables a su salud cardiaca, tales como: practicar ejercicios físicos, tener una dieta adecuada y dejar de fumar.

DESDE LA ACADEMIA

Incluir en sus currículos una formación más profunda acerca del fenómeno de adherencia y apoyo social de manera que se identifiquen e intervengan de forma oportuna.

Adicionar a la estructura del proceso de atención de enfermería que se enseña en las universidades la evaluación del apoyo social y la adherencia en la planificación del proceso de atención de enfermería, especialmente desde el enfoque comunitario y clínico.

DESDE LA DISCIPLINA

Seguir fortaleciendo el cuerpo de conocimientos, desde la investigación reconociendo la importancia que tienen los estudios correlacionales en la medición de constructos estructurados a partir de los fenómenos de investigación en enfermería.

Utilizar estos instrumentos diseñados para medir apoyo social y adherencia los cuales son insumos generados por la disciplina y que apoyan la investigación en enfermería.

Realizar este tipo de trabajos de investigación incluyendo todos los factores que encierra el fenómeno de adherencia y apoyo; contrastarlo así mismo con otras variables demográficas.

Indagar acerca de la relación entre apoyo social tangible y el género masculino en otro contexto cultural, haciendo énfasis en los comportamientos de apoyo.

Socializar los resultados con el servicio de salud de la ciudad, creando estrategias de intervención de manera conjunta con instituciones educativas donde enfermería pueda ejercer un papel protagónico en el cuidado de estos pacientes.

AL CREADOR DEL INSTRUMENTO

Incluir en el diseño las modificaciones en el instrumento en lo relacionado con la sub escala personal para lo cual hubo diferencias importantes en cuanto al género masculino y el apoyo tangible de enfermería.

.

Anexo A: Autorizaciones



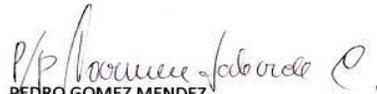
Barranquilla, 25 de agosto de 2011.

Enfermera
JUANA BORJA
Universidad Simón Bolívar.

Asunto: Proyecto Trabajo de Grado.

En el marco del Convenio Docencia-Servicio suscrito con la Universidad Simón Bolívar, nos permitimos informarle que el Proyecto de Trabajo de Grado "APOYO SOCIAL Y ADHERENCIA AL TRATAMIENTO FARMACOLOGICO Y NO FARMACOLOGICO EN PACIENTES CON SINDROME CORONARIO AGUDO", ha sido autorizado para su desarrollo, teniendo en cuenta la solicitud de la Enfermera Juana Pardo, quien se autoriza para ingresar al área de Hospitalización UCI Intermedia y UCI Cardiovascular para recolectar la Información necesaria para la realización de dicho proyecto.

Atentamente,


PEDRO GOMEZ MENDEZ
P.E. Clínica, Docencia e Investigación.



Alta Complejidad Calle 57 No. 23 - 100 · PBX: 3309000.FAX: 3309003
Neurociencias Kra.24 No.53D-80 PBX: 3792613-16 FAX:3792618

• **Authorized application "instrument social support"**

• [Ocultar detalles](#)



• **Juana Bautista Borja González**

• juana1502@hotmail.com

• Para heronsnestbaja@earthlink.net, VIVIANA CESPEDES

De: **Juana Bautista Borja González** (juana1502@hotmail.com)

Enviado: martes, 16 de noviembre de 2010 02:39:43 a.m.

Para: heronsnestbaja@earthlink.net; VIVIANA CESPEDES (vmcespedesc@gmail.com)

Dear Dr. Gail HILBERT

Receive a warm greeting from Colombia. The purpose of this letter is respectfully ask your permission to use the instrument SSCII for chronic diseases in the study "Social support and adherence to pharmacologic and nonpharmacologic treatment in patients with acute coronary syndrome" to be held in the city of Barranquilla Colombia, prior endorsement of the ethics committee of the National University of Colombia. This research is a thesis requirement as to choose the title of Master in Nursing, with emphasis on cardiovascular health care.

Thanking the attention and await your response

Cordially

JUANA B BORJA

Nurse

Authorized application "Instrument social support"

[Ocultar detalles](#)



Juana Bautista Borja González
juana1502@hotmail.com

Para heronsnestbaja@earthlink.net, VIVIANA CESPEDES

De: **Juana Bautista Borja González** (juana1502@hotmail.com)

Enviado: martes, 16 de noviembre de 2010 02:39:43 a.m.

Para: heronsnestbaja@earthlink.net; VIVIANA CESPEDES (vmcespedesc@gmail.com)

Dear Dr. Gail HILBERT

Reciba un cordial saludo desde Colombia. El propósito de la presente es solicitarle muy respetuosamente su autorización para utilizar el instrumento SSCII para enfermedades crónicas en el estudio "Apoyo social y adherencia al tratamiento farmacológico y no farmacológico en pacientes con síndrome coronario agudo", a realizarse en la ciudad de Barranquilla Colombia, previo aval del comité de ética de la Universidad Nacional de Colombia. Esta investigación es un requisito como tesis de grado para optar el título de Magister en enfermería, con énfasis en el cuidado de la salud cardiovascular.

Agradeciendo la atención prestada y en espera de su respuesta

Cordially

JUANA B BORJA

Nurse

From: **Gail and Mike McAllister** <cheronsnestbaja@earthlink.net>
Date: 2009/6/11
Subject: Re: Your message
To: Lorena Chaparro Díaz <olchaparro@unal.edu.co>

Estimada Lorena Chaparro Díaz,
Si, hablo español pero necesito mucho aprender. Permiso usted usar mi cuestionario en su investigaciones and cambiar las repuestas. Puede mandarme un e-mail de su propuesta por favor? Si esta en español, la traduciré. Estaré un buena práctica para mí. También quisiera recibir los resultados cuando los investigaciones terminan.
Muchas gracias y buena suerte,
Gail McAllister

-----Original Message-----
From: Lorena Chaparro Díaz
Sent: Jun 8, 2009 8:27 PM
To: Gail and Mike McAllister
Subject: Re: Your message

DEAR DR. GAIL HILBERT: Thank you for your answer. I am very grateful your special moment of retired. I suppose that you understand Spanish language. Un saludo especial desde Colombia.

We are the research group of Caring to persons with chronic illness of National University of Colombia, South America and we are coordinator of Caring chronic illness and caregivers Latin-American Network. We have a research project about Social Support for caregivers of patients with chronic illness with ICT's (information and communication technology). The purpose of this Project is to measure efectivity of social support with some TIC's as video, telephone and internet.

In result indicators we will think to use your Chronic Illness Inventory because we found relation of six categories with social support for caregivers of person with chronic illness. The specific question is: We can use your inventory?.It is possible to change the likert denomination?, for example:

- dissatisfied - to- disagree;
- somewhat dissatisfied- to - somewhat disagree;
- partly satisfied -to- partly agree;
- somewhat satisfied -to- somewhat agree;
- satisfied -to- agree;
- Very satisfied -to- very agree.

This work will be reported between international congress and seminars and articles in journals.

Thank you so much.

LORENA CHAPARRO DIAZ
Nurse
Doctoral student
National University of Colombia
E-mail: olchaparro@unal.edu.co
Web site: www.gcronico.unal.edu.co

23/11/2010

DR. HILBERT GAIL



DR. HILBERT GAIL
heronsnestbaja@earthlink.net

Para Juana Bautista Borja Gonzalez

De: Gail and Mike McAllister (heronsnestbaja@earthlink.net)

Enviado: martes, 23 de noviembre de 2010 06:44:47 p.m.

Para: Juana Bautista Borja Gonzalez (juana1502@hotmail.com)

Dear Juana Borja,

I was pleased to receive your request to use the questionnaire "Social Support in Chronic Illness Inventory "(SSCII). You have my permission to use it in your research. Please send me a synopsis of your results. I will be interested to read the results with a population of cardiac patients in Columbia.

With best wishes for success in your studies,

Gail Hilbert McAllister, DNSC, Professor Emerita, The College of New Jersey

Estimada Juana Borja,

Estuve satisfecho recibir su petición de utilizar el " del cuestionario; Ayuda social en " crónico del inventario de la enfermedad; (SSCII). Usted tiene mi permiso para utilizarlo en su investigación. Por favor envíeme una sinopsis de sus resultados. Estaré interesado leer los resultados con una población de pacientes cardíacos en Colombia.

Con recuerdos para el éxito en sus estudios,

Gail Hilbert McAllister, DNSC,

profesor Emerita, la universidad de New Jersey

-----Original Message-----

From: Juana Bautista Borja Gonzalez

Sent: Nov 15, 2010 9:39 PM

To: heronsnestbaja@earthlink.net, VIVIANA CESPEDES

Subject: Authorized application "instrument social support"

Dear Dr. Gail HILBERT

Receive a warm greeting from Colombia. The purpose of this letter is respectfully ask your permission to use the instrument SSCII for chronic diseases in the study "Social support and adherence to pharmacologic and nonpharmacologic treatment in patients with acute coronary syndrome" to be held in the city of Barranquilla Colombia, prior endorsement of the ethics committee of the National University of Colombia. This research is a thesis requirement as to choose the title of Master in Nursing, with emphasis on cardiovascular health care.

Thanking the attention and await your response

Cordially JUANA B BORJA Nurse

Barranquilla, 24 de febrero de 2011

Señora:
JUANA BORJA
La ciudad.

Cordial Saludo.

Conforme a su solicitud le estamos autorizando la realización del proyecto de investigación APOYO SOCIAL Y ADHERENCIA AL TRATAMIENTO FARMACOLÓGICO Y NO FARMACOLÓGICO EN PACIENTES CON SINDROME CORONARIO AGUDO. Sin embargo, manifiesto que es política institucional la no autorización de tomar ningún tipo de fotografías en los procesos de atención; recordándole el estricto cumplimiento de las normas ético legales para la publicación de estudios y la autorización de las personas que participen en el estudio realizado.

Atentamente,


LILIANA LLINAS ALVAREZ.
Directora Médica.
Hospital universidad del Norte.
INJ.

Anexo B: Consentimiento informado

Fecha: _____

Código: _____

Usted ha sido invitado a participar en la investigación que tiene como título, APOYO SOCIAL Y ADHERENCIA AL TRATAMIENTO FARMACOLÓGICO Y NO FARMACOLÓGICO EN PACIENTES CON SÍNDROME CORONARIO AGUDO. Aprobada por el Comité de Ética de la Facultad de Enfermería de la Universidad Nacional de Colombia y por la institución donde se encuentra hospitalizada/o.

Esta investigación estará a cargo de la Facultad de Enfermería de la Universidad Nacional de Colombia, cuyo objetivo es: Determinar la correlación entre el apoyo social y el grado de adherencia farmacológica y no farmacológica en pacientes con síndrome coronario agudo

Esta investigación se clasifica como una investigación sin riesgo, porque no se realiza ninguna intervención o modificación en lo biológico, psicológico, fisiológico o social de las participantes, según la resolución 008430 de 1993 del ministerio de salud, en donde se contemplan los aspectos éticos en investigaciones con seres humanos.

Su participación en la investigación es de carácter voluntario, usted tiene plena libertad para negarse a participar y para retirarse de la investigación en cualquier momento sin que ello le ocasione ninguna sanción, ni se verán afectados los servicios que usted y su familia reciben de la institución de salud. Cualquier inquietud que usted tenga le será resuelta, usted tiene derecho a acceder a sus datos si lo solicita y toda serie de información que usted suministre será tratada en forma confidencial mediante el uso de códigos, se preservará la privacidad y el respeto.

Una vez finalizado el estudio se publicaran los resultados en una revista nacional o internacional y se socializaran públicamente en la sede de Posgrados de Enfermería de la Universidad Nacional de Colombia en convenio con la Universidad Simón Bolívar y en la institución de salud, donde usted fue atendido.

Se me ha explicado de forma correcta y minuciosa de todo el proceso a seguir en la investigación y de la importancia de la información que yo pueda brindar.

A todo esto, libremente DOY MI CONSENTIMIENTO y acepto todo el proceso que será llevado a cabo en esta investigación.

PARTICIPANTE

Nombre y apellidos: _____

Firma: _____

Documento de identificación: _____ de _____

Ciudad: _____ Fecha: _____

Dirección: _____ Teléfono: _____

He explicado correctamente en qué consiste el estudio a la participante y ésta ha aceptado su comprensión y participación en el mismo.

INVESTIGADORA QUE SOLICITA EL CONSENTIMIENTO

Nombre y apellidos: _____ Firma: _____

Cédula de ciudadanía: _____ de _____

Ciudad: _____ Fecha: _____

Dirección: _____ Teléfono: _____

Anexo C. Instrumentos

Nombre _____ Edad _____

Para responder el siguiente cuestionario piense en el soporte ofrecido por el grupo de enfermeras que dieron las orientaciones sobre su cuidado acerca del síndrome coronario durante su hospitalización.

En el último mes que tan satisfecho ha estado usted con los comportamientos de ayuda que estas personas le suministraron? Indique el grado de satisfacción con cada comportamiento listado, marcando con una X el número que más se aproxima a su grado de satisfacción. El numero 1 indica insatisfacción. El número 6 indica que está muy satisfecho.

Ítem	Propuesta de Modificación	Insatisfecho	Algo insatisfecho	Parcialmente satisfecho	Algo satisfecho	Satisfecho	Muy satisfecho
Me dijo que estoy bien como estoy	Dicen que estoy bien como estoy						
Me reconfortó mostrándome algo de afecto físico	Me confortan mostrándome algo de afecto físico						
Me hizo saber que puedo contar con ella / él si necesito ayuda	Me hacen saber que puedo contar con ellas(os) si necesito ayuda						
Expresó interés y preocupación por mi bienestar	Expresan interés y preocupación por mi bienestar						
Me dijo que se siente muy cercana (o) a mí	Me dicen que se sienten muy cercanas a mí						
Estaba disponible para escuchar cuando yo quería hablar	Están disponibles para escuchar cuando yo quiero hablarles						

Ítem	Propuesta de Modificación	Insatisfecho	Algo insatisfecho	Parcialmente satisfecho	Algo satisfecho	Satisfecho	Muy satisfecho
Disfrutaba escuchando lo que yo pensaba.	Disfrutan escuchando lo que yo pienso. antes Se interesan por lo que pienso. (Propuesta).						
Me consolaba cuando estaba molesto (a)	Me consuelan cuando estoy molesto (a)						
Me permitía ir donde ella / él cuando me sentía deprimido (a)	Permiten que yo vaya donde ellas cuando me siento deprimido						
Me aceptaba totalmente, incluyendo lo mejor y lo peor de mí.	Me aceptan totalmente, incluyendo lo mejor o peor de mi Me aceptan como soy.						
Me dejó claro lo que se esperaba de mí	Me dejan claro lo que se espera de mi						
Me orientó sobre cómo tenía que hacer ciertas cosas.	Me orientan sobre como tenía que hacer ciertas cosas						
Me dio información para ayudarme a entender la situación en que me encontraba.	Me dan información para ayudarme a entender la situación en que me encontraba						
Me dijo como buscar asistencia	Me dicen como buscar asistencia Me orientan acerca de la forma de buscar ayuda.						
Me dijo qué esperar en una situación que estaba a punto de ocurrir	Me dicen lo que puede suceder en circunstancias en una situación a punto de ocurrir. Me preparar sobre lo que puede suceder en una situación en particular.						
Me enseñó cómo hacer algo (en una situación)	Me enseñan cómo hacer algo (en una situación)						

Ítem	Propuesta de Modificación	Insatisfecho	Algo insatisfecho	Parcialmente satisfecho	Algo satisfecho	Satisfecho	Muy satisfecho
Me habló sobre un problema para ayudar a resolverlo	Me hablan sobre un problema para ayudar a resolverlo. Me explican cómo resolver un problema.						
Revisó conmigo si he seguido el consejo que me ha dado	Revisan conmigo si he seguido los consejos que me dan						
Me ayudó a entender porqué no hice algo bien	Me ayudan a entender porque no hago algo bien						
Me retroalimentó acerca de cómo estoy haciendo las cosas sin decirme si está bien o no	Me retroalimentan acerca de cómo estoy haciendo las cosas sin decirme si está bien o no						
Contribuyó a mis ingresos o me dio dinero							
Me dio regalos	Me proporcionan ayudas para facilitar mi labor de cuidado						
Hizo alguna tarea que normalmente la hago yo							
Me dio transporte							
Hizo alguna actividad junto conmigo para distraerme	Me ofrecen alternativas de distracción y recreación						
Habló conmigo sobre algunos de mis intereses.	Hablan conmigo sobre algunos de mis intereses						
Me hizo bromas o chistes para darme ánimos	Me hacen bromas o chistes para darme ánimos						
Compartió conmigo algún interés	Comparten conmigo algún interés						
Pude contar con ella / él para distraerme de las preocupaciones.	Puedo contar con ellas (os) para distraerme de las preocupaciones						

Ítem	Propuesta de Modificación	Insatisfecho	Algo insatisfecho	Parcialmente satisfecho	Algo satisfecho	Satisfecho	Muy satisfecho
Compartía información conmigo sobre las recomendaciones que hacía el equipo de salud.	Comparte información conmigo sobre las recomendaciones que me hace el equipo de salud						
Me ayudó a comprender la enfermedad de mi paciente	Me ayudan a comprender mis necesidades						
Me dijo a quien debo buscar para que me asista cuando tengo problemas con las recomendaciones del equipo de salud	Me orientan a quien debo buscar para que me asista cuando tengo problemas con las recomendaciones del equipo de salud						
Me dijo qué tan útiles eran las recomendaciones del equipo de salud para evitar complicaciones	Me orientan que tan útiles son las recomendaciones del equipo de salud para evitar complicaciones						
Me enseñó como llevar a cabo las recomendaciones dadas por el equipo de salud	Me enseñan cómo llevar a cabo las recomendaciones dadas por el equipo de salud						
Habló conmigo acerca de los problemas que he estado teniendo con las recomendaciones del equipo de salud	Hablan conmigo acerca de los problemas que se han estado presentando con las recomendaciones del equipo de salud						
Me motivó a tener un cuidado de mí mismo	Me motivan a tener cuidado de mi mismo						
Revisó si he seguido las recomendaciones que considero importantes	Revisan si he seguido las recomendaciones que considero importantes						

Ítem	Propuesta de Modificación	Insatisfecho	Algo insatisfecho	Parcialmente satisfecho	Algo satisfecho	Satisfecho	Muy satisfecho
Hizo comentarios favorables cuando notó que estoy llevando a cabo las recomendaciones del equipo de salud.	Hacen comentarios favorables cuando ejecuto recomendaciones del equipo de salud						

CATEGORÍA	DEFINICIÓN	ÍTEMS
Interacciones personales	Consejería tradicional no directiva tal como escuchar y mostrar estimación, cuidado por el otro y comprensión.	1,2,3,4,5,6,7,8,9,10
Guía	Ofrecimiento de consejo, información o instrucción.	11,12,13,14,15,16,17,30,31,32,33,34,35,36
Retroalimentación	Brindarles retroalimentación a los individuos sobre su comportamiento, pensamientos o sentimientos.	18,19,20,37,38,
Ayuda tangible	Brindar materiales tangibles en forma de dinero y otros objetos físicos.	21,22,23,24
Interacción Social	Involucrarse en interacciones sociales por diversión y relajación.	25, 26,27,28,29

LA CATEGORÍA DE AYUDA TANGIBLE PARA EL ESTUDIO NO SE CONTEMPLARÁ DADO QUE LOS ÍTEMS NO SON PERTINENTES. PARA TÉRMINOS ESTADÍSTICOS SE TOMÓ ESTA DECISIÓN QUE NO INTERFIERE EN LOS RESULTADOS DEL OBJETIVO PROPUESTO.

INSTRUMENTO PARA EVALUAR LOS FACTORES QUE INFLUYEN EN LA ADHERENCIA A TRATAMIENTOS FARMACOLÓGICOS Y NO FARMACOLÓGICOS EN PACIENTES CON FACTORES DE RIESGO DE ENFERMEDAD CARDIOVASCULAR VERSIÓN 4

Nº _____

Fecha: _____

Nombre _____ Edad _____

Dirección _____

Teléfono _____

INSTRUCCIONES

A continuación se encuentra usted con una serie de ítems que expresan aspectos o experiencias que influyen en que usted cumpla con los tratamientos que formula el médico para que su condición de salud actual y que usted siga las recomendaciones que el personal de salud le hace sobre los cambios en las practicas de la vida diaria para evitar complicaciones.

Marque por favor por cada ítem con una sola X en la columna que corresponda a la frecuencia con la que ocurre cada evento en su situación en particular.

Factores influyentes	Nunca	A veces	siempre
----------------------	-------	---------	---------

I dimensión Factores socio-economicos

1. Tiene disponibilidad económica su familia para atender las necesidades básicas (alimentación, salud, vivienda y educación).			
2. Puede costearse los medicamentos			
3. Cuenta con los recursos economicos para trasladarse al lugar de la consulta			
4. Los cambios en la dieta se dificultan debido al alto costo de los alimentos recomendados.			
5. Puede leer información escrita sobre el manejo de su enfermedad			

6. Cuenta con el apoyo de su familia o personas allegadas para cumplir su tratamiento.			
--	--	--	--

II dimensión

Factores relacionados con el proveedor: sistema de equipo de salud

Factores influyentes	Nunca	A veces	siempre
7. Las personas que lo atiende responden a sus inquietudes y dificultades con respecto a su tratamiento			
8. Se da cuenta que su médico controla si está siguiendo el tratamiento por las preguntas que le hace			
9. Recibe información sobre los beneficios de los medicamentos ordenados por su médico.			
10. Recibe orientación sobre la forma de ajustar los horarios de los medicamentos de acuerdo con sus actividades diarias.			
11. En el caso de que usted fallara en su tratamiento, su médico y enfermera entenderán sus motivos.			
12. El médico y la enfermera dan explicaciones con palabras que su familia o usted entienden.			
13. El médico y la enfermera le han explicado qué resultados va a tener su salud con el tratamiento que se le está dando.			
14. Le parece que el médico y usted coinciden en la esperanza de mejoría con el tratamiento y los cambios que está haciendo en sus hábitos.			

III dimensión
Factores relacionados con la terapia

	Nunca	A veces	siempre
15. las diversas ocupaciones que tiene dentro del hogar dificultan seguir el tratamiento			
16. Las distancias de su casa o trabajo a los consultorios le dificultan el cumplimiento de sus citas.			
17. Tiene dudas acerca de la manera de tomar sus medicamentos, en cuanto a las cantidades, los horarios y la relación con las comidas.			
18. Cuando mejoran sus síntomas, usted suspende el tratamiento.			
19. Anteriormente ha presentado dificultades para cumplir su tratamiento			
20. Cree que hay costumbres sobre alimentos y ejercicios difíciles de cambiar.			

IV dimensión Factores relacionados con el paciente

	Nunca	A veces	siempre
21. Está convencido que el tratamiento es beneficioso y por eso sigue tomándolo.			
22. Se interesa por conocer sobre su condición de salud y forma de cuidarse			
23. Cree que es importante seguir su tratamiento para mejorar su salud.			
24. Cree que usted es el responsable de seguir el cuidado de su salud.			

Anexo D. Mapa de derivaciones y contenidos de los elementos de la SSCII

CONTENIDO	FACTORES	ELEMENTOS GENERALES	FACTORES	ELEMENTOS ESPECÍFICOS		
INTERACCIÓN ÍNTIMA	I	^a 1. Me dijo que estoy bien en la forma en que estoy				
	I	^a 2. Me reconfortó mostrándome algo de afecto físico.				
	I	^a 3. Me hizo saber que puedo contar con ella / él si necesito ayuda				
	I	^a 4. Expresó interés y preocupación por mi bienestar				
	I	^a 5. Me dijo que se siente muy cercana (o) a mí				
	I	^c 6. Estaba disponible para escuchar cuando yo quería hablar				
	I	^d 7. Disfrutaba escuchando lo que yo pensaba.				
	I	^e 8. Me consolaba cuando estaba molesto (a)				
	I	^d 9. Me permitía ir donde ella / él cuando me sentía deprimido (a)				
	I	^e 10. Me aceptaba totalmente, incluyendo lo mejor y lo peor de mí.				
GUÍA		^a 11. Me dejó claro lo que se esperaba de mí				
		^a 12. Me dio información sobre cómo tenía que hacer ciertas cosas.			II	^b 30. Compartía información conmigo sobre las recomendaciones que hacía el equipo médico.
		^a 13. Me dio información para ayudarme a entender la situación en la que estaba.			II	^b 31 Me ayudó a comprender mi enfermedad
		^a 14. Me dijo a quién debería ir a ver para que me dieran atención.			II	^b 32. Me dijo a quién debería buscar para buscar asistencia cuando tuviera problemas con las recomendaciones del equipo de doctores
		^a 15. Me dijo qué esperar en una situación que estaba a punto de ocurrir	II	^b 33. Me dijo qué tan útiles eran las recomendaciones del equipo de doctores para evitar complicaciones		

CONTENIDO	FACTORES	ELEMENTOS GENERALES	FACTORES	ELEMENTOS ESPECÍFICOS
		^a 16. Me enseñó cómo hacer algo.	II	^b 34. Me enseñó cómo llevar a cabo las recomendaciones del equipo de salud.
		^c 17. Habló conmigo sobre un problema con el objeto de ayudarme a solucionarlo.	II	35 Habló conmigo sobre los problemas que yo tenía con las recomendaciones dadas.
RETROALIMENTACIÓN		^a 18. Revisó las cosas conmigo para verificar si había seguido el consejo que me dieron.		^g 36. Me animó a tener un cuidado adecuado de mí mismo (a)
		^a 19. Me ayudó a entender porqué no hice algo bien.		^b 37 Volvió para verificar si había llevado a cabo las recomendaciones que yo consideraba importantes
		^a 20. Me dio retroalimentación sobre cómo estaba haciendo las cosas sin decirme que estaba bien o mal.		^b 38. Hizo comentarios favorables cuando él / ella notó que yo estaba haciendo bien algo que el equipo de salud me recomendó
AYUDA MATERIAL		^b 21. Contribuyó a mis ingresos o me dio dinero		
		22. Me dio un regalo		
ASISTENCIA EN EL COMPORTAMIENTO		^b 23. Hizo alguna tarea que normalmente la hago yo		
		^a 24. Me dio transporte		
INTERACCIÓN SOCIAL POSITIVA		^a 25. Hizo alguna actividad junto conmigo para ayudarme a sacar mi mente de algunas cosas.		
		^a 26. Habló conmigo sobre algunos de mis intereses.		
	III	^a 27. Me hizo bromas o chistes para darme ánimos		
	I	^d 28. Compartió conmigo algún interés		
	III	^e 29. Pude contar con ella / él para distraerme de las preocupaciones.		

^a ISSB

^b SSG-Hilbert

^c SSI

^d PSS-Fr, PSS-Fa

^e SSQ-Sarason et al

^f SSI

^g Gottlied

Bibliografía

ACHURY, S., Diana M. Autocuidado y adherencia en pacientes con falla cardiaca. En: AQUICHAN. OCTUBRE 2007, vol. 7 no. 2.

ARECHABALA MANTULIZ, M. Cecilia. Validación de una escala de apoyo social percibido en un grupo de adultos mayores adscritos a un programa de hipertensión de la región metropolitana. En: Cienc. enferm. 2002, vol. 8 no. 1.

AVLUND, K., et al. The impact of structural and functional characteristics of social relations as determinants of functional decline. In: Journal of gerontology, social sciences. 2004, vol. 59B(1), S44-S51.

BASTIDAS SÁNCHEZ, Claudia Victoria. Asociación entre la capacidad de agencia de autocuidado y la adherencia a tratamientos farmacológicos y no farmacológicos en personas con alguna condición de enfermedad coronaria. En: avances en enfermería. 2007, vol. 25 no. 2.

BELTRÁN, JR. et al. Guías colombianas de cardiología. Síndrome coronario agudo sin elevación del ST. En: Rev Col Cardiol. 2008, vol.15 supl. 3. ISSN 0120-5633.

BEVERLY, H. et al. Apoyo social percibido como un predictor de mortalidad en pacientes coronarios: Efectos del hábito de fumar, el sedentarismo, y los síntomas depresivos. En: Psychosomatic medicine. 2005, vol. 67.

BLUMENTHAL, James A., et al. Social support, type a behavior, and coronary artery disease. In: Psychosomatic Medicine. 1987, vol. 49.

BONILLA, Claudia P. Diseño de un instrumento para evaluar factores que influyen en la adherencia a tratamientos, en personas que presentan factores de riesgo de enfermedad cardiovascular. En: Av. Enferm. 2007, vol. 25 no. 1.

CALVO FRANCÉS, Fernando et al. Diferencia en ansiedad, depresión, estrés y apoyo social entre sujetos con enfermedad cardiovascular y controles sanos [en línea]. En: Psiquiatría.com. 2001, vol. 5 no. 4. Disponible en Internet: <http://www.neurologia.tv/revistas/index.php/psiquiatricom/article/view/413/>

CASSEL, John. Psychosocial Processes and "Stress": Theoretical Formulation. In: International Journal of Health Services. 1974, vol. 4 no. 3.

CASSIANI M, Carlos A y CABRERA G, Armando. Síndrome coronario agudo: epidemiología y diagnóstico. En: Salud, Barranquilla. Jan./June 2009, vol. 25 no. 1. ISSN 0120-5552.

CASTIBLANCO, Miriam Angélica. El cuidado de la salud en situaciones de enfermedad cardiovascular que limitan significativamente la socialización. En: Avances de enfermería. 2006, vol. 24 no. 1.

CEPEDA, Carolina et al. Locus de control y adherencia al tratamiento en personas con insuficiencia renal crónica [en línea]. En: Ciencia Psicológica. 2007, vol. 1 no. 1. Disponible en Internet: http://www.fcsucentral.cl/varios/files/file/publicaciones/cienciapsicologia_01/01_cienciapsicologica_01.pdf

COLOMBIA. Alcaldía de Barranquilla. Secretaria de salud pública distrital. Plan de salud territorial del Distrito de Barranquilla, 2008 -2011: salud para todos [en línea]. Barranquilla, año 2008. Disponible en Internet: http://www.asivamosensalud.org/descargas/plan_local_salud_barranquilla_art75.pdf

COLOMBIA. Ministerio de Salud. Resolución no. 8430 de 1993. Por la cual se establecen las normas científicas, técnicas y administrativas para la investigación en salud [en línea]. Bogotá: El Ministerio. 4 de octubre de 1993. Disponible en Internet: http://www.unal.edu.co/dib/promocion/etica_res_8430_1993.pdf

CONTRERAS OROZCO, Astrid; FLÓREZ TORRES, Inna Elida y ARLETH HERRERA, Lián. Un Instrumento para evaluar la adherencia: su validez facial y confiabilidad. En: Av. Enferm. July/Dec. 2008, vol. 26 no. 2.

COOB, Sidney. Social support as a moderator of life stress. In: Psychosomatic Medicine. 1976, vol. 38 no. 5.

DWAYNE REED, Daniel; McGEE, KATSUHIKO Yano and MANNING, Feinleib. Redes sociales y las enfermedades coronarias entre los hombres en Hawaii Japonesa. En: American journal of epidemiology. 1983, vol. 117 no. 5.

FACULTAD de Enfermería, Universidad Nacional de Colombia. Módulos de modelos de enfermería y teorías de enfermería filosofía general y de enfermería Maestría en enfermería. Bogotá, 2009.

FAWCETT and GAVITY. Evaluation of middle range theories. In: evaluating research for evidence-based nursing. FA Davis. 2009.

FINFGELD CONNETT, Deborah. Concept comparison of caring and social support. In: Journal of nursing scholarship. 2005, vol. 37 no. 1.

FLEURY, J. The application of motivational theory to cardiovascular risk reduction. En: Image: The journal of nursing scholarship. 1992, vol. 24 no. 3.

FLOREZ TORRES, Inna Elida. Adherencia a tratamientos en pacientes con factores de riesgo cardiovascular. En: Avances en Enfermería. 2009, vol. 27 no. 2.

FREY, Maureen A. Formulation derived from King's conceptual frame. In: Nursing Science Quarterly. September 1989, vol. 2 no. 3.

FUENTES GONZÁLEZ N. y OJEDA MEDINA, AA. Soporte y red social en el adulto maduro con Hipertensión Arterial y/o Diabetes Mellitus tipo II en riesgo de insuficiencia renal [en línea]. En: Biblioteca Las casas. 2007, vol. 3 no. 3. Disponible en Internet: <http://www.index-f.com/lascasas/documentos/lc0261.php>

GAVIN ANDREWS, MD et al. Life event stress, social support, coping style and risk of psychological impairment. In: The journal of nervous and menal disease. May 1978, vol. 166 no. 5.

GUTIÉRREZ de REALES, Edilma. Autocuidado como estrategia para la prevención de la enfermedad y promoción de la salud cardiovascular. Bogotá: Universidad Nacional de Colombia, Facultad de enfermería.

HERNÁNDEZ SAMPIERI, Roberto; FERNÁNDEZ COLLADO, Carlos y BAPTISTA LUCIO, Pilar. Metodología de la Investigación. Mc Graw Hill, México 1997

HERRERA LIAN, Arleth. Factores que influyen en la adherencia a tratamientos en pacientes con riesgo de enfermedad cardiovascular. En: Av. enfer. 2008, vol. 26 no. 1.

HILBERT, G.A. Social support in chronic illness. Cited by: STRICKLAND, Ora and WALTZ, Carolyn. Measurement of nursing outcomes: Measuring client self-care and coping skills. Volume Four. NewYork: Springer. 1990.

HOLGUÍN, Lyda et al. Adherencia al tratamiento de hipertensión arterial: efectividad de un programa de intervención biopsicosocial. En: Univ. Psychol. octubre-diciembre de 2006, vol. 5 no. 3.

HUPCEY Judith. Clarifying the social support theory research linkage. Journal of Advance Nursing. 1998, vol. 27 no. 6.

LANGORFORD, Hilson et al. Social support: a conceptual analysis. In: Journal of advanced nursing. 1997, vol. 25.

LIBERTAD MARTÍN, Alfonso. Validación del cuestionario MBG (Martín-Bayarre-Grau) para evaluar la adherencia terapéutica en hipertensión arterial. En: Rev Cubana Salud Pública. 2008, vol. 34 no.1.

MARRINER TOMER, Ann. Modelos y teorías de enfermería. Cap. 13. 5a. ed. España: Mosby 2002.

MUÑOZ De RODRÍGUEZ, Lucy. El apoyo social y el cuidado de la salud humana. Bogotá: Unibiblos Facultad de Enfermería, Universidad Nacional de Colombia, Cuidado y práctica de enfermería Santa Fe de Bogotá.

NORBECK, Jane and PETERSON TILDEN. Virginia. Life stress, social support, and emotional disequilibrium in complications of pregnancy: a prospective, multivariate study. In: Journal of health and social behavior. 1983, vol. 24.

NORBECK, JANE. El desarrollo de un instrumento para medir el soporte social. En: Nursing Resarch. 1981, vol. 30 no. 5.

NUCKOLLS, K; CASSEL, J. and KAPLAN, B. Psychosocial assets, life crisis and the prognosis of pregnancy. In: Am J Epidemiol. 1972, vol. 95.

OMS, Organización Mundial de la Salud. Informe sobre la salud en el mundo 2002: Reducir los riesgos y promover una vida sana [en línea]. Ginebra: OMS; 2002. [Consultado el 1julio del 2010]. Disponible en Internet: <http://www.who.int/whr/2002/es/>

OREM Dorothea. Nursing: concepts of practice. 4 ed. Saint Louis: Mosby. 1991.

ORTH GOMER, Kristina and UNDEN, Anna-Lena. Interacción y significado de la mortalidad en pacientes cardíacos. En: Psychosomatic Medicine. 1990, vol. 52.

ORTH GOMER, Kristina and UNDEN, Anna-Lena. Type a behavior, social support, and coronary risk: interaction. In: Psychosomatic Medicine. 1990, vol. 52.

PENNY, Catherine et al. Social support: a conceptual analysis. In: Journal of advanced nursing. Vol. 25.

PERLES, Novas y GÓMEZ, Jacinto. Grupos de apoyo social dirigidos a personas diabéticas. En: Journal of Health Psychology. 2000, vol. 12 no. 1.

PESSANHA, Charles. Criterios editoriales para la evaluación científica: notas para la discusión [en línea]. En: ACIMED, Ciudad de La Habana mayo 2001. vol. 9 supl. 4. Disponible en:http://scielo.sld.cu/scielo.php?pid=S1024-352001000400021&script=sci_arttext&lng=es

POLIT, Denise y HUNGLER. Investigación científica en ciencias de la salud. 6a. ed. México: McGraw-Hill / Interamericana. 2000.

RIVERA, Luz Nelly. Capacidad de agencia de autocuidado en Personas con Hipertensión arterial hospitalizadas en una Clínica de Bogotá, Colombia. En: Rev. Salud pública. 2006, vol. 8 no. 3.

RODRÍGUEZ ACELAS, Alba Luz y GÓMEZ OCHOA, Ana Maritza. Factores influyentes en adherencia al tratamiento en pacientes con riesgo cardiovascular. En: Avances en enfermería. 2010, vol. 28 no. 1.

SANDÍN, B. El estrés: un análisis en el papel de los factores sociales. En: Rev Inter Psicol Clín Salud. 2003, vol. 3 no. 1.

SCHAFFER, Marjorie and HOAGBERG, Lia. Efectos del apoyo social sobre el cuidado prenatal y conductas de salud de las mujeres de bajos ingresos. En: Diario de Obstetricia. Ginecológica y Enfermería Neonatal. 1997, vol. 26 (A).

SEEMAN, Teresa E. and SYME, Leonard. Social networks and coronary artery disease: a comparison of the structure and function of social relations as predictors of disease. En: Psychosomatic Medicine. 1987, vol. 49.

SHAFFER, Marjorie. Range theory nursing research. Application to nursing research. Part V, 2dº ed. Walters Kluwer/Lippincott. 2009.

VELANDIA, Anita y RIVERA ÁLVAREZ, LUZ N. Agencia de autocuidado y adherencia al tratamiento en personas con factores de riesgo cardiovascular. En: Rev. salud pública. July/Aug. 2009, vol.11 no. 4.

VINACCIA, Stefano y QUICENO, Japcy. Apoyo social y adherencia al tratamiento antihipertensivo en pacientes con diagnóstico de hipertensión arterial. En: Informes psicológicos. Ene-Dic de 2006, no. 8.

WHO. World Health Organization. Global info base world health statistics [online]. Geneve: 2007. [Consultado el 1 agosto2010]. Available from Internet: <http://www.who.int/infobase/comparestart.aspx>