

CREENCIAS EN SALUD Y ADHERENCIA DE PACIENTES HIPERTENSOS CONTROLADOS EN CENTROS DE SALUD DE LA COMUNA DE CONCEPCION-CHILE, 1997

HEALTH BELIEFS AND COMPLIANCE OF HIPERTENSIVE PATIENTS
CONTROLLED AT COMMUNITY HEALTH CENTERS,
CONCEPCION - CHILE, 1997

SARA MENDOZA PARRA*, MARIA FIGUEROA FIGUEROA**

RESUMEN

El propósito de este estudio predictivo fue identificar que variables del Modelo de Creencias en Salud para la conducta de rol de enfermo, predicen la conducta de adherencia. Del Universo, 244 pacientes de los Centros de Salud Municipalizados de la Comuna de Concepción, con a lo menos 2 + años en el subprograma de hipertensión, se obtuvo una muestra de 122 pacientes (50%). Se aplicó la Escala modificada de conductas en Salud de Miller y el Cuestionario de Creencias en Salud, para medir "conducta de adherencia" y las variables predictoras respectivamente. Ambos instrumentos con alta confiabilidad estadística. Con t de Student, ANOVA y Regresión Lineal, 9 de 24 variables, tuvieron efecto sobre la adherencia (sexo, religión, actividad laboral, adaptación a la duración del tratamiento, conocimientos de la enfermedad hipertensiva, cantidad de controles y percepciones de la accesibilidad, complejidad y eficacia del régimen propuesto). Se recomienda reorientar la atención de estos pacientes con esquemas más participativos y seguir investigando la conducta de adherencia, para comprender mejor las creencias en salud que influyen la decisión de ser adherente.

Palabras claves: Adherencia, Paciente hipertenso, Creencias en Salud.

ABSTRACT

The purpose of this predictive study was to identify which variables of the Health Belief Model for the sick role are predictors of compliant behavior. A sample of 122 patients was selected from a universe of 244 hypertensive patients with at least 2 + years of participation in the hypertension subprogram held by the Community Health Centers of Concepción. Modified Miller's Health Behavior Scale and the Health Belief Questionnaire were used to collect data. The first, to measure independent variables that were hypothesized to be predictors of this behavior. Both instruments showed high reliability. With t Student, (ANOVA) and Linear Regression nine of the 24 formulated variables had been considered having effect on compliance probed to be predictors of compliant behavior. These variables were: sex, religion, occupational activity, knowledge about the hypertensive disease, adaptation to a long lasting treatment, number of controls attended, perception of accessibility to

*Enfermera, Magister en Enfermería con mención en Salud Comunitaria, Docente Instructor del Depto. de Enfermería, Facultad de Medicina, Universidad de Concepción, Concepción-Chile.

**Enfermera, M.Sc. Universidad de Boston, Profesor Emérito Facultad de Medicina Universidad de Concepción.

nutritional regimen, perceptions of complexity and efficacy of the treatment proposed for the disease. Results allow us to recommend the need of reorientation of care of this kind of patients considering their health beliefs. There is a need also to continue investigating compliance behavior in order to understand better how to motivate the patient to become compliant.

Keywords: Compliance, Hypertensive Patient, Health Beliefs

INTRODUCCION

El paciente con enfermedad crónica requiere la mayoría de las veces de un largo período de adaptación antes de asumir un tratamiento continuo y permanente. Esto se debe a que el paciente sobrelleva una enfermedad con ciertas características: su permanencia en el tiempo, la constante amenaza de complicaciones, la invalidez residual en los casos más graves, la producción de alteraciones patológicas irreversibles, la necesidad de un largo período de supervisión, observación y cuidado, la asistencia periódica a un centro de control, el consumo de algún medicamento (a veces más de uno) y por sobre todo, la necesidad de un cambio de estilo de vida que a veces resulta muy difícil para el paciente. Particularmente, la Hipertensión Arterial (HA) es una enfermedad crónica frecuente, que existe por igual en los países desarrollados y en vías de desarrollo. Los hábitos sanos de vida permiten al paciente mantener su presión arterial dentro de los límites normales o aceptables, pero ello significa evitar el sobrepeso y la ingesta excesiva de sal; minimizar el consumo de grasas saturadas; suprimir el hábito de fumar; moderar la ingesta de alcohol; mantener un adecuado nivel de actividad física y consumir abundantes frutas y verduras (Minsal, 1989).

Las recientes estadísticas del Servicio de Salud Concepción, arrojan como inasistentes a los programas de HA en los diferentes Centros de Salud de la Comuna de Concepción a un total de 2385 personas (16%) que se controlan en forma ambulatoria (Torres, 1998). No acudir a control refleja cierto grado de despreocupación por parte del paciente, pudiendo ser un indicador de no adherencia al

régimen de tratamiento prescrito, lo que puede derivar en complicaciones graves.

Frente al abandono del tratamiento, cuidado y control profesional, es decir, frente al fenómeno de la no adherencia, surge a la larga el riesgo de muerte como consecuencia del fenómeno hipertensivo. Cabe entonces preguntarse, la gran cantidad de enfermos hipertensos que no cumplen con las prescripciones médicas y de enfermería, ¿tendrán conciencia de lo susceptibles que son de tener complicaciones?, ¿habrán experimentado algún síntoma que les signifique algún impedimento físico, psicológico o social?, ¿se sentirán enfermos?

Ahora, si se logra tener una conducta adherente y eliminar factores de riesgo como tabaquismo, sedentarismo u obesidad, se puede reducir drásticamente la tasa de complicaciones y prolongar la sobrevida (Román, 1991). Los pacientes que adoptan esta conducta, ¿tendrán alguna motivación?

Existen normas para el tratamiento de cada enfermedad crónica, pero frente a la posibilidad de que el paciente abandone el tratamiento, ¿existe la preocupación por conocer las razones de esa decisión?, sus experiencias o percepciones, ¿se valoran?, ¿se realiza una atención basada en la realidad del paciente o basada en la normativa médica respecto a la enfermedad? A pesar que se realizan las actividades que las normas indican (control, educación, visita domiciliaria, tratamiento medicamentoso sin costo), los pacientes en un gran porcentaje siguen abandonando los programas, en cambio otros siguen en ellos.

Lo anterior permite especular que existen algunos aspectos, actualmente no contemplados para dar la atención a los pacientes hipertensos, que marcan las diferencias de

comportamientos y que por estas diferencias, algunas personas se logran motivar a seguir lo prescrito y otras no. Quizás las diferencias entre estas conductas pueden estar en las creencias, conocimientos o percepciones que los pacientes tienen frente a la enfermedad, lo cual influye en sus formas de vida. El enfrentarse al reto de tener que adoptar nuevos estilos de vida a los cuales no se ha estado acostumbrado es difícil, y la enfermedad hipertensiva requiere adoptar conductas rigurosas respecto de dieta, recreación, actividad física, manejo del estrés, etc.

Según el Boletín Oficial de la Sociedad de Hipertensión Arterial de Chile (Nº 1 año 1991) en evaluaciones efectuadas por el Minsal, no se observa un manejo integral del riesgo cardiovascular en los pacientes hipertensos; el control de la HA está centrado y circunscrito al manejo de la patología, de tal manera que solo un 10% de los pacientes en control han alcanzado una presión arterial normal. ¿No estará evidenciando esto que el manejo de este programa es poco exitoso y que no satisface las expectativas de los pacientes?.

Es necesario tomar conciencia que se deben encaminar acciones que tengan su base fundamental en el conocimiento de la realidad del enfermo hipertenso y al tratar de buscar la forma, surgió la inquietud de explorar algunos aspectos demográficos y psicológicos del paciente, así como ambientales que rodean su atención.

Basado en el Modelo de Creencias en Salud, se trató de buscar que variables, resultarían ser predictoras de la conducta de adherencia en el paciente hipertenso.

ANTECEDENTES TEORICOS

Concepto de Adherencia

La definición que el diccionario da a adherencia es: "asentir al deseo, requerimiento u orden de otro". Dracup (1982), la define como "el grado en el cual un individuo opta por conductas que coinciden con una prescrip-

ción de salud" y refiere que el Index Médico clasifica y define los artículos sobre adherencia como "conducta cooperativa". Investigaciones respecto de la conducta de salud que han empleado diversas palabras en lugar de adherencia, tales como: obediencia, cooperación, concordancia, colaboración y alianza terapéutica, postulan que aquellos términos son intercambiables, es decir, cualesquiera que se use, significa adherencia, (Dimatteo y Dinicola, 1985). Este término, se describe además, como el proceso de influencia del profesional hacia el paciente, cuyo objetivo final será que éste último internalice la necesidad de cumplir con el control y tratamiento de su enfermedad, (Dracup y Meleis, 1982). Los mismos autores, clasifican la conducta no adherente en 2 categorías: la primera, "Conductas de omisión", es decir, olvido de tomar medicamentos o asistir a controles, y la segunda, "Conductas de acción" en que el paciente realiza acciones que se le han prohibido o sencillamente se automedica.

Creencias en salud y Adherencia

Varias teorías tratan de explicar el fenómeno de la adherencia. Particularmente, El Modelo de Creencias en Salud (MCS) se inserta en el conjunto de teorías psicológicas que explican la toma de decisiones con respecto a conductas de salud. Este Modelo, con marcadas influencias fenomenológicas, tuvo su origen en la teoría de Motivación de Lewin y fue formulado por los Drs. Godfrey M. Hochbaum, S. Stephen Kegeles, Howard Leventhal e Irwin M. Rosenstock. (Becker, 1974). Originalmente se formuló para explicar y predecir conductas preventivas en salud, estableciendo que la conducta depende principalmente de 2 variables: "el valor que un individuo le otorga a un resultado en particular" y "la estimación que tiene ese individuo de la probabilidad de éxito que una determinada acción que él adopte, tendría en el logro de su resultado". Con los

años se han hecho adaptaciones del modelo para explicar conductas frente a una enfermedad ya diagnosticada y se creó un paradigma que modela la adopción del rol del enfermo (Figura N° 1) y que agrupa diferentes factores (motivacionales, subjetivos, elementos habilitantes o modificantes de la conducta) que influyen las decisiones que debe tomar el individuo frente a una enfermedad que se le ha diagnosticado y dependiendo de estos factores las personas tendrán mayor o menor probabilidad de tener una conducta en salud esperable, es decir, ser adherente o no a las prescripciones que se le dan para tratar su enfermedad.

ANTECEDENTES EMPIRICOS

Muchas son las investigaciones relacionadas con la presente investigación. Se destacan las siguientes:

***Jones, Jones y Katz, (1991)** encontraron que los pacientes crónicos que presentaron mayor adherencia fueron aquellos que eran de mayor edad, que habían tenido trato previo con su enfermedad y que estaban más conscientes de las consecuencias potenciales y gravedad de su enfermedad. ***Donovan y Blake (1992)**, establecieron el supuesto que los pacientes tienen poca opción para cumplir con los consejos y las instrucciones que reciben. Sugieren que la solución para el gasto en salud que acarrea la no adherencia, no está en tratar de aumentar la adherencia del paciente, sino en desarrollar relaciones más abiertas y cooperativas entre el paciente y el profesional que lo atiende.

***Grant (1993)**, basándose en el MCS, concluyó que las variables de percepción de susceptibilidad y percepción de severidad necesitan ser reforzadas si se quiere obtener adherencia del paciente a tratamiento hiper-

DISPOSICION A ADOPTAR UNA CONDUCTA RECOMENDADA DE ROL DE ENFERMO

FACTORES MODIFICANTES Y HABILITANTES

CONDUCTA DE ROL DE ENFERMO

MOTIVACIONES

- Preocupación por materias de salud en general
- Deseo de buscar y aceptar dirección médica
- Intención de adherirse
- Actividades positivas de salud

VALOR DE REDUCCION DE AMENAZA DE LA ENFERMEDAD

- Estimaciones subjetivas de: Susceptibilidad o resusceptibilidad (incluye creencia en el diagnóstico) Vulnerabilidad a la enfermedad en general.
- Aumento de posible daño corporal*
- Extensión de posibles interferencias con roles sociales*
- Presencia de (o experiencias previas con) síntomas

PROBABILIDAD DE QUE LA CONDUCTA DE ADHERENCIA REDUCIRA LA AMENAZA

- Estimaciones subjetivas de: Seguridad del régimen propuesto Eficacia del régimen propuesto (incluye fe en los médicos y sus cuidados y chance de recuperación)

DEMOGRAFICOS: Edad ESTRUCTURALES (costo, duración, complejidad, accesibilidad al régimen, necesidad de nuevos modelos de conducta)

ACTITUDES (satisfacción con la visita, el médico, otros profesionales, procedimientos clínicos facilidades)

INTERACCION (extensión, profundidad, continuidad, mutualidad de expectativas, calidad y tipo de relaciones médico-paciente, acuerdos entre el médico y el paciente y retroalimentación al paciente)

HABILITACION (experiencia previa con la acción, enfermedad o régimen y la fuente de consejería o referencia)

PROBABILIDAD DE:

Adherencia con regímenes prescritos (Ej. drogas, dieta, ejercicio, hábitos personales y de trabajo, citaciones, programa de tratamiento)

*A niveles motivacionales pero no inhibitorios

Figura 1. Modelo de creencias en salud para predecir y explicar la conducta de rol de enfermo.

tensivo o a conductas preventivas de salud. Señalan la necesidad apremiante, que los proveedores de salud aumenten los programas de promoción y prevención en salud relativas a hipertensión, aumentando los conocimientos respecto de la enfermedad y las capacidades de autocuidado. ***Maeland (1993)**, refiere que el contenido de la información que se le entrega al paciente respecto de su enfermedad debería ser limitada y específica y su entrega debería ser estructurada. Agrega que cuando se intenten cambiar conductas en salud, el factor más importante para lograr adherencia sería traspasar el manejo del poder y el control de la enfermedad desde el profesional hacia el paciente. ***Silva y col. (1994)** demostraron que la mayoría de los individuos adoptan un comportamiento preventivo, cuando las variables de percepción de susceptibilidad y gravedad, los beneficios percibidos y eventos motivadores tenían importancia para ellos. ***Tebbi (1993)**, concluye que la familia, los apoyos sociales, programas individualizados, recordatorios para disminuir el olvido, valoración de necesidades personalizadas y educación, son claves en la reducción de no adherencia.

Patricia Miller, enfermera estadounidense que desde los años 1982 dirigió varias investigaciones con el propósito de medir las conductas de adherencia a regímenes médicos (Miller, 1985 y 1988), desarrolló un instrumento para medir la adherencia del paciente cardíaco con su régimen médico (Escala de Conductas en Salud). Por el hecho que valorara aspectos que son coincidentes con las prescripciones médicas que los pacientes hipertensos reciben en los centros de salud, se decidió utilizar la Escala de conductas en salud de Miller para medir la adherencia en este estudio.

Con la literatura revisada se evidencia que el conocimiento que se tiene respecto del fenómeno de la adherencia es amplio, complejo y muchas veces discordante a los supuestos que sostiene el MCS. Quizás las diferencias encontradas se deban a dos razones: la

primera, es que no todas las investigaciones definen adherencia con los mismos indicadores, lo que evidentemente ocasiona resultados contrarios, y la segunda, es que no todos los estudios han manejado el MCS de la misma forma, es decir, solo se han utilizado partes del Modelo disminuyendo así el valor predictivo o explicativo de este referencial teórico.

PROBLEMA DE INVESTIGACION

Surgió la inquietud de saber que factores influyen la conducta adherente de los pacientes hipertensos en nuestro medio. Por lo anterior, es que el problema principal de este estudio fue:

¿Qué variables del Modelo de Creencias en Salud resultan ser predictores de la conducta de adherencia en pacientes hipertensos controlados en centros de salud de la comuna de Concepción?

PROPOSITO DEL ESTUDIO

Identificar que variables del Modelo de Creencias en salud son predictores de la conducta de adherencia en pacientes hipertensos controlados en centros de salud de la comuna de Concepción.

HIPOTESIS

Se plantearon dos hipótesis generales:

1. "Los Factores Modificantes y Habilitantes que plantea el MCS tienen valor predictivo de la conducta de adherencia".
2. "Los Factores de Disposición a adoptar una conducta recomendada de rol de enfermo que plantea el MCS tienen valor predictivo de la conducta de adherencia".

De la primera hipótesis general se plantearon 5 sub-hipótesis que buscaban valor

predictivo de factores sociodemográficos, estructurales, actitudinales, de interacción y de habilitación que el MCS plantea, respectivamente. Cada una de estas sub-hipótesis derivó en hipótesis de trabajo que buscaban predicción de la conducta de adherencia en las siguientes variables:

a) Sociodemográficas: Sexo, Edad, Estado Marital, Religión, Nivel Educativo y Actividad Laboral; b) Estructurales: Costo Financiero, Adaptación a la duración del tratamiento medicamentoso, Percepción de la complejidad del tratamiento medicamentoso, Percepción de los efectos colaterales del tratamiento, Percepción de la accesibilidad al régimen alimentario y Percepción de la necesidad de nuevos patrones de conducta; c) Actitudinales: Grado de satisfacción con aspectos contextuales del control y Evaluación de la calidad de la atención; d) De Interacción: Grado de satisfacción con la Interacción médico-paciente y Grado de satisfacción con la Interacción enfermera-paciente y e) De Habilitación: Conocimiento de la enfermedad hipertensiva y Conocimiento del régimen de tratamiento.

De la segunda hipótesis general se plantearon 3 sub-hipótesis que buscaban predicción de los factores motivacionales, de valor de reducción de la amenaza de la enfermedad y los que determinan la creencia que la probabilidad de que la conducta de adherencia reducirá la amenaza de la enfermedad, respectivamente. Cada una de estas sub-hipótesis derivó en hipótesis de trabajo que buscaban predicción en la conducta de adherencia en las siguientes variables: a) Motivacionales: Importancia concedida a la salud en general y Cantidad de controles; b) De valoración de reducción de la amenaza de la enfermedad: Percepción de resusceptibilidad a crisis hipertensiva, Percepción de severidad de la hipertensión arterial y Percepción de la enfermedad; c) Que determinan la creencia que la probabilidad que la conducta de adherencia reducirá la amenaza de la enfermedad: Percepción de la eficacia del régimen propuesto.

METODOLOGIA DE LA INVESTIGACION

Tipo de estudio

Es un estudio predictivo, que buscó identificar cuales son las variables del Modelo de Creencias en Salud que determinan el comportamiento adherente de los pacientes hipertensos que han sido ingresados a un programa de control, tratamiento y cuidado.

Población del estudio

La Unidad de análisis la conformó el paciente hipertenso bajo control en un centros de salud municipalizado de la comuna de Concepción, de 15 años o más, de cualquier sexo, que cumpliera los criterios de inclusión establecidos.

El Universo correspondió a 335 pacientes hipertensos adultos, hombres o mujeres, que ingresaron al subprograma de hipertensión que se maneja en el Primer Nivel de Atención, correspondientes a los Centros de Salud Municipalizados de la Comuna de Concepción entre el 1º de Enero de 1994 y el 30 de Junio de 1994.

Para conformar *La Muestra* se consideraron los siguientes aspectos:

- a) Criterios de Inclusión: Pacientes con diagnóstico de Hipertensión Arterial y que estuvieran ingresados en la población de hipertensos de los centros de salud municipalizados de la comuna de Concepción; pacientes con edad de 15 años y más; pacientes con un mínimo de 2 años de haber sido ingresado al programa y un máximo de 2 años 6 meses; pacientes que fueran atendidos por médico y enfermera, en consultorios del primer nivel de atención.
- b) Criterios de Exclusión: Pacientes con domicilios falsos; con domicilio fuera de los límites comunales de la ciudad de Concepción; pacientes que por la gravedad de

su enfermedad, hubieran estado tratándose en el nivel secundario, pacientes con alguna condición física y psíquica postrante o invalidante que impidiera su llegada periódica al centro de salud en donde se atendía.

- c) Elección de la muestra: En la prueba piloto y en el proceso de elección de la muestra, adquirió gran importancia el hecho de que gran cantidad de los pacientes ingresados a estos programas en los diferentes centros de salud, habían fallecido, por lo que se decidió considerar que conformar la muestra con un 50% muestral del universo real, (122 pacientes) estratificado por cada centro de salud, se tendría un número suficiente de pacientes para resguardar la representatividad del universo.

RECOLECCION DE DATOS

Descripción y Aplicación de los instrumentos recolectores de datos

La *Escala de Conductas en Salud de Miller*, (ECSM) es un instrumento que considera aspectos teóricos del MCS y fue validado por expertos en las disciplinas de medicina, sociología, psicología y enfermería (Miller, 1988). Esta escala mide la conducta adherente en 5 aspectos, cuales son: dieta, limitación de fumar, actividad física, ingesta de medicamentos y manejo de situaciones de estrés, aspectos considerados por este estudio y establecidos como factores que miden la probabilidad de adherencia en la Conducta de Rol de Enfermo del MCS. La aplicación de la escala se utilizó en dos versiones, una parte A para el paciente y una parte B, que debió ser contestada por la persona más significativa (familiar u otro) que el paciente tuviera como apoyo en el manejo de su enfermedad, con el objeto de validar la respuesta del paciente. Se correlacionaron los resultados de la conducta de adherencia informada por el paciente (parte A) con los resultados de las respuestas del

familiar (parte B) utilizando la correlación lineal r de Pearson. Se encontró un valor $r = 0.79$ estadísticamente significativo al 1×10.000 con lo que se validó la respuesta autoinformada de los pacientes hipertensos, teniendo la seguridad que los puntajes que ellos alcanzaron en la ECSM representaba su nivel de conducta de adherencia.

El segundo instrumento aplicado fue el **Cuestionario de Creencias en Salud para Pacientes Hipertensos** (CCSPH) fue elaborado por la investigadora del presente estudio y recopiló los datos de cada una de las variables que se plantean en las hipótesis de trabajo. Midió las 19 variables que describen los factores Modificantes y Habilitantes probablemente predictores y explicatorios de la Conducta del rol de enfermo y las 5 variables de disposición para la adopción de Conductas de rol de enfermo. Es un instrumento que posee preguntas directas, cerradas o en abanico y 8 sub-escalas. La prueba piloto no arrojó mayores dificultades para los respondentes. Para establecer la confiabilidad de los instrumentos se aplicó la prueba Alpha de Cronbach.

En ambos instrumentos (ECSM y CCSPH) los coeficientes indicaron que los niveles de confiabilidad fueron medios, considerables y altos.

RESULTADOS

Perfil de la muestra:

El 72,1% de la muestra correspondió al sexo femenino cuyas edades se distribuyeron entre los 28 y los 89 años con un promedio de edad de 62.5 años y una desviación estándar de 12,2 años. El 54,9% de la muestra tenía pareja. El 68% de los pacientes no tenía instrucción educacional formal o su educación básica era incompleta, el 23,8% tenía instrucción básica completa o media incompleta y solo el 8,2% de ellos tenía instrucción media completa o estudios superiores. El 91.8% de los pacientes profesaba alguna religión que

en su mayoría era la religión Católica (78,6%). El 36% de los pacientes tenían una actividad laboral remunerada fuera del hogar, el resto eran inactivos, jubilados o desempeñaban actividades en el hogar. Cabe señalar que solo el 58% de los pacientes tenía una presión arterial de ingreso que los clasificaba como hipertensos leves, un 5,7% tuvieron una presión arterial de ingreso que los clasificaba como hipertensos moderados, el resto de los pacientes (43,7) tenía presiones arteriales de ingreso, tanto diastólicas como sistólicas normales. Solo el 41,8 de los paciente se sentía enfermo. Todos los pacientes ingerían medicamentos antihipertensivos y tenían entre 2 a 2 1/2 años de haber sido ingresados a control. La cantidad de controles que tenían estos pacientes se distribuyó entre 1 y 31 controles, con un promedio de 14,3 controles por paciente y una desviación estándar de 5,3 controles.

Respuesta a hipótesis planteadas:

Mediante tres pruebas estadísticas (t de Student; análisis de varianza (ANOVA) y regresión lineal) se pudo determinar el efecto predictor bruto de cada variable indepen-

Cuadro 1. Resumen de variables predictorias para la conducta de adherencia en pacientes hipertensos controlados en Centros de Salud de la Comuna de Concepción, 1997.

Tipos de variables	Variables del estudio que resultaron ser predictorias
Sociodemográficas	*Sexo *Religión *Actividad Laboral
Estructurales	-Adaptación a la duración del tratamiento -Percepción de la complejidad del tratamiento medicamentoso -Percepción de la accesibilidad al régimen alimentario
Habilitantes	Conocimiento de la enfermedad
Motivacionales	Cantidad de controles
Reducción de la amenaza de la enfermedad	Percepción de la eficacia del régimen propuesto

*Variables incorporadas para este estudio que no están incluidas en el MCS.

diente sobre la conducta de adherencia. El cuadro N° 1 muestra cada una de las variables que tuvieron un efecto lineal significativo sobre la conducta de adherencia, es decir, variables que por si solas pudieron predecir la probabilidad de adherencia con regímenes prescritos, como parte de la conducta de rol de enfermo hipertenso.

DISCUSION Y COMENTARIOS

No todas las variables del estudio, referidas al MCS tuvieron el comportamiento esperado, en cambio algunas de las variables sociodemográficas agregadas por la autora si alcanzaron valor es predictivos.

La variable **Sexo** resultó ser predictor para la conducta de adherencia. Es así, como los varones resultaron ser más adherentes que las mujeres. Este hallazgo no coincide con los resultados de Wagner J. y Col (1984), quienes no encontraron diferencias significativas entre hombres y mujeres para asistir al control médico, uno de los indicadores de adherencia, pero no el único. Si bien es cierto el MCS no la contempla como factor relacionado con la adherencia, en nuestro medio, sí sería importante considerarla ya que son mujeres las que en mayor número acuden a control, aunque la prevalencia de la HA según sexo en nuestro país (18.5% en la Mujer y 18.8% en el hombre) es similar en ambos sexos (Minsal 1995). En este estudio, la presencia de mujeres estaba representada por un 72%, y la experiencia lleva a pensar que por este solo hecho, serían ellas las más adherentes a su tratamiento y control. Lo cierto es que resultó que este comportamiento por si solo no necesariamente significa una conducta de adherencia y aunque los hombres acuden en menor número a control, cuando llegan a hacerlo, al parecer son capaces de cumplir en mejor forma su tratamiento e indicaciones prescritas.

En cuanto a la **edad**, factor sí contemplado por el MCS, los resultados no la mostraron estadísticamente significativa como va-

riable predictora. Esto no coincide con lo encontrado por Jones, Jones y Katz (1991), ni por Champion (1992) quienes concluyeron que la edad formaba parte de las variables que potencialmente se relacionaban con la intención de adherencia. Quizás la no concordancia esté relacionada con las definiciones operacionales que se le da a adherencia en los diferentes estudios y no se consideran circunstancias que rodean el seguir todo un esquema de tratamiento que implica cambios radicales de estilos de vida y que necesitan de mucho tiempo, para adaptarse y seguir lo indicado. Entonces, la edad adquiere relevancia como predictora solo cuando el diagnóstico y tratamiento han sido establecidos con bastante anterioridad a la medición de esta conducta.

El **Estado Marital** no tuvo asociación con la adherencia, resultado que no coincide con lo encontrado por Hiatt, Hoenshell y Zimmerman (1990) quienes indicaron que los que estaban casados, en su muestra, percibieron mayores beneficios y menos barreras que aquellos que no lo estaban, para participar en un programa de rehabilitación cardíaca. En el presente estudio se esperaba que el estar casado se asociaría a mayores puntajes de adherencia obtenidos por los pacientes, por el hecho de que tener una pareja motiva a suponer que el paciente cuenta con una persona significativa cercana, que lo apoya en el tratamiento de su enfermedad.

El **Nivel Educativo** variable agregada por la autora como predictor de adherencia, tampoco resultó tener efecto sobre esta conducta. Si bien es cierto, se piensa que las personas con mayores niveles de educación son capaces de tener mejor comprensión de las causas y consecuencias de tener una determinada patología y por ende ser capaces de adherirse a un programa de tratamiento, el grado de instrucción de este grupo de pacientes hipertensos, no se asoció con mayores niveles de adherencia.

La **Religión** sí mostró estar fuertemente asociada con esta conducta y por lo tanto es factor sociodemográfico predictor de adhe-

rencia en este grupo de pacientes. Esto concuerda con Ferraro (1992), quien indica que las personas que profesan habitualmente una religión afirman sentirse "más sanas" que las que no practican ninguna. El científico aclara que las personas devotas probablemente han regulado sus vidas en otras áreas y las comunidades religiosas proporcionan apoyo contra el estrés y los problemas familiares, y muchas religiones fomentan la salud prohibiendo el tabaco o el alcohol o aconsejando un consumo moderado. La **Actividad Laboral** también resultó tener significancia estadística para predecir la adherencia. Esto coincide con los resultados de Beresford W. y Col. (1984). Sus resultados apuntaron que las mujeres abandonaron el tratamiento cuando tenían menos apoyo social laboral y en los hombres se relacionó con la percepción que tuvieron de que sus amigos aprobaban tal conducta de abandono. Donovan y Blake (1992), concluyeron que las percepciones que provocan en algunos pacientes las circunstancias sociales en las que viven, que en este caso sería el ambiente laboral, son cruciales respecto de la adherencia y que el considerar este aspecto, puede ayudar a comprender ese acto irracional, de no adherirse a un tratamiento determinado.

Importante es entonces, que los profesionales de la salud, sobre todo la enfermera, que es la que trabaja directamente con los pacientes hipertensos, considere que cada vez que se ingresa a un paciente al programa, debe tener presente que la actividad laboral que desarrolla y su ambiente de trabajo, serán cruciales en la decisión que el paciente tome, de seguir o no con todas las indicaciones que se le darán para tratar su enfermedad.

El **Costo Financiero** no resultó, para este grupo de pacientes, ser un factor estructural predictor de la conducta de adherencia. Quizás esto pueda deberse a que en nuestro medio, en su gran mayoría los pacientes adquieren sus medicamentos en forma gratuita y que el resto de los gastos, ya sea por locomoción para el día que tienen que acudir

al control o por su dieta, no permite diferenciar los diferentes niveles de adherencia porque se comporta en forma similar tanto en adherentes como en no adherentes.

Para la **Percepción de la complejidad del tratamiento**, es decir, la estimación subjetiva que tiene el paciente de las dificultades que el tratamiento prescrito le significa, se estableció que tenía influencia sobre su conducta de adherencia. Por el contrario, la variable **Percepción de los efectos colaterales del tratamiento** no resultó tener efectos sobre la conducta de adherencia. Con el comportamiento de estas dos variables se comprueba que para los pacientes hipertensos no son relevantes, en su decisión de ser adherente, los efectos colaterales derivados de la droga que ingieren y que si la ingesta medicamentosa ofrece barreras para adquirir la conducta de adherencia, ésta se deriva del manejo o ingesta diaria de la droga y no de sus efectos. Esto coincide con las conclusiones de Tebbi (1993) quien refiere que la experiencia revela que hay probabilidades de no adherencia cuando la medicación es autoadministrada, especialmente en condiciones crónicas, es decir, cuando el propio paciente debe responsabilizarse de la ingesta diaria y esto permite afirmar que aunque pareciera ser algo fácil de realizar, ocasiona dificultades para obtener esa adherencia esperada para este tipo de pacientes crónicos. Se hace necesario con esto, que el paciente participe y llegue a un acuerdo con los profesionales que lo atienden, de cual es la forma más cómoda para el manejo diario del tratamiento autoadministrado, con el fin que sea una actividad sin mayores problemas y que el paciente pueda integrarla fácilmente dentro de su rutina diaria.

La **Adaptación a la duración del tratamiento** tuvo también una asociación positiva con la conducta de adherencia alcanzada por los pacientes. Se puede decir entonces, que la aceptación que tiene el paciente a que su tratamiento es de por vida es clave para lograr altos niveles de adherencia. Respecto de esta variable, inicialmente en la encuesta

piloto se consultó a cada pacientes, si estaba adaptado o no a que la duración de su tratamiento era de por vida y una gran cantidad de ellos contestaron que aún no lo habían pensado porque "*no sabían que su tratamiento era de por vida*". Entonces, se incluyó esa posibilidad de respuesta en el instrumento (CCSPH) y ese grupo, que no lo había pensado, mostró puntajes de adherencia por debajo de la media, al igual que los no adaptados. Estos resultados concuerdan con lo establecido en el MCS, en el sentido de que la aceptación de la duración del tratamiento que tiene el paciente, determina la mayor o menor probabilidad de adherencia. Se debe considerar que al ingreso de los pacientes al programa de hipertensión, se les debe informar sobre una de las principales características que tiene su enfermedad, cual es, "*su permanencia en el tiempo*". Este solo gran detalle significa que, para el tratamiento de su enfermedad, debe incorporar como hábito de vida todas las actividades que su tratamiento requiera, con el objeto que comience a vivir lo antes posible, en forma paulatina, las etapas de adaptación que le significa esta enfermedad. Entonces, los pacientes deben incorporar las nuevas actividades que su tratamiento y cuidados implican en el menor tiempo posible.

La **Percepción de accesibilidad al régimen alimentario** también se comprobó como predictor con los resultados obtenidos. Las diferencias en puntajes de adherencia obtenidos entre los pacientes que les era factible seguir diariamente su régimen alimentario, fue determinante para establecer que las personas que no tienen ninguna dificultad ni personal ni familiar para seguir el régimen alimentario prescrito, son las que tienen mayores probabilidades de ser adherentes.

Un factor del MCS que no resultó ser significativo para predecir la conducta de adherencia fue la **Percepción de la necesidad de nuevos patrones de conducta**. Con este resultado, se determinó que para este grupo de pacientes hipertensos, no existen diferencias en los puntajes de adherencia, entre los

que sienten que por su tratamiento deben cambiar sus patrones de conducta (referidas a dieta, ejercicio, manejo de estrés y otros) con los que no sienten esa necesidad.

Respecto del ambiente que rodea el control, se comprobó que ni el **Grado de satisfacción con los Aspectos contextuales** que rodean el control, es decir, ambiente físico o demora en la atención, ni la **Evaluación de la calidad de la atención** que hacen los pacientes, estuvieron asociados con que ellos fueran más o menos adherentes. Tales resultados pudieran estar asociados a que los mayores niveles de adherencia están más relacionados a factores que tienen que ver con las experiencias del paciente, que con la estructura organizacional que se tenga de los programas para manejar la enfermedad crónica y que los esfuerzos para mejorar la asistencia de los pacientes a sus controles y por ende la adherencia a sus tratamientos, deban orientarse más a brindar un cuidado y una ayuda más personalizada, derivada de la realidad personal y familiar, y no de seguir solo las normas generales que la estructura de un programa colectivo establece, porque este tiene estrategias que responden al manejo de una enfermedad que es vista más como problema de salud pública y no como una enfermedad que tiene un solo protagonista, con un problema de salud personal en un contexto familiar.

Aunque los **Factores de Interacción** tampoco resultaron ser predictoras de la conducta de adherencia, ni para la enfermera ni para el médico, destacable es el hecho que la variable referida a la **Satisfacción con la Interacción Médico-paciente** mostró una cierta tendencia a influir en la conducta de adherencia de los pacientes, ya que alcanzó un nivel de significación del 8×100 . Al no ser tan rigurosos en la valoración de la significación estadística, este resultado estaría mostrando una cierta coincidencia a lo establecido por Donovan y Blake (1992), quienes sugieren que la solución para el gasto en salud que acarrea la no adherencia, está en desarrollar relaciones más abiertas y coope-

rativas entre el paciente y el médico. Importante sería también indagar más acerca del **Grado de satisfacción con la Interacción Enfermera-paciente**, teniendo en cuenta que es este profesional el que se relaciona más frecuentemente con el paciente y dedica mucho tiempo a los programas que cada centro de salud tiene para el control de los pacientes hipertensos. Si la interacción que hasta ahora ha mantenido con los pacientes, no influye y no es significativa para que cada paciente se mantenga en tratamiento, este profesional deberá reorientar sus objetivos y actividades hacia una atención quizás más personalizada, tal vez no en el centro de salud, sino en el hogar del paciente para así poder obtener mayores y mejores beneficios tanto para el paciente como para su familia.

Se pudo comprobar predicción con la hipótesis referida al **Conocimiento de la enfermedad hipertensiva** y no con la referida al **Conocimiento del régimen de tratamiento**. Al respecto, la evidencia empírica es numerosa y contradictoria. Entre los investigadores que asocian el conocimiento de la enfermedad con adherencia están: Champion (1992), Grant (1993) y Tebbi (1993). Si bien es cierto este estudio concuerda con estas investigaciones, es decir, que el conocimiento que los pacientes tengan de la HA, influye su conducta de adherencia, no es menos relevante, que en este mismo estudio se tenga el resultado que el conocimiento del régimen de tratamiento indicado no influye sobre esta conducta. Quizás si recargamos al paciente con un cúmulo de indicaciones sin tomar en cuenta si en su cotidiano personal y familiar es factible de realizar, no vamos a lograr nunca que el paciente cambie conductas o adopte otras y si además nos preocupamos de entregar contenidos con un mensaje, que más que ayudar al enfermo, lo asusta, entonces no vamos a lograr nunca esa tan esperada conducta adherente. Aquí adquiere relevancia lo sugerido por Maeland (1993) y Green *et al.* (1982). El primero refiere que el mensaje entregado al paciente y el conte-

nido de la información debe ser limitada, específica y bien estructurada, y el segundo establece que cuando el paciente tiene un conocimiento fatalista de la enfermedad, adopta la creencia de que no podrá hacer nada para prevenir lo inevitable y por lo tanto, tendrá a la larga un comportamiento no adherente frente a la enfermedad.

La **Importancia concedida a la salud en general** no se asoció con la conducta de adherencia de los pacientes de la muestra, por lo tanto, no resultó ser una variable predictora de ella. Esto no es coincidente con los resultados de Champion (1992), quien concluyó que los intentos de adherirse de un paciente, estaban influenciados por las motivaciones que tenían las mujeres hacia la salud en general. Tampoco coincide con las enfermeras Silva y col. (1994), quienes también encontraron que los factores motivacionales influyen sobre el comportamiento preventivo de adherencia.

La **Cantidad de controles** de los pacientes, sí resultó ser predictora de adherencia. Se consideró esta variable dentro de los factores motivacionales porque se pensó que representa a dos de los cuatro factores motivacionales que describe el MCS, cuales son: "el deseo de buscar y aceptar dirección médica" y un claro ejemplo de "la intención de seguir un programa de tratamiento prescrito y adherirse a él". Se puede decir entonces que a mayor asistencia a controles de salud, mayor es la probabilidad de que el paciente adquiera una conducta de adherencia. La asistencia a controles es un buen indicador de la adherencia de los pacientes, pero por sí sola no refleja esta conducta.

Las variables **Percepción de resusceptibilidad a crisis hipertensiva, Percepción de Severidad de la HA y Percepción de la enfermedad** no se asociaron con los puntajes de adherencia de los pacientes hipertensos, por lo tanto en esta muestra no se comportaron como predictoras de esta conducta. Para este grupo de pacientes ni las estimaciones subjetivas que tengan tanto de la gravedad de la HA, o la percepción que tengan de la proba-

bilidad de poder tener una crisis hipertensiva, ni el sentirse o no enfermo, tiene relación con su conducta de adherencia. Grant (1993), por su parte, da cuenta que las variables de percepción de susceptibilidad y severidad que sustenta el MCS, necesitan ser reforzadas si se quiere obtener adherencia del paciente a tratamiento hipertensivo o conductas preventivas de salud. Lo importante sería establecer que es lo que sucede con estas percepciones si los pacientes no se sienten enfermos. Particularmente para este estudio se hizo esta pregunta porque en la prueba piloto se encontró que muchos pacientes manifestaron "*que ellos no entendían porque tenían que tomar tanto remedio, cuando no se sentían enfermos*".

Del total de la muestra, 71 pacientes, es decir, el 58% no se sentían enfermos. Si se piensa que para tener un comportamiento adherente, lo mínimo que se espera es que los pacientes tengan percepción de su enfermedad, si ésto no ocurre, menos podemos esperar que perciban gravedad o susceptibilidad a una enfermedad de la que en el cotidiano vivir no la perciben. Esto último hace pensar que la adherencia está determinada, no por la conciencia de enfermedad, sino más bien, por las experiencias o motivaciones de vida que tenga el paciente, tanto al momento que se le diagnostica como durante todo el proceso de la enfermedad. Si estas experiencias concuerdan con incorporar un comportamiento adherente, entonces podrá tener esta conducta, de lo contrario es muy difícil cambiar o incorporar nuevos patrones de comportamiento.

Que la **Percepción de la eficacia del régimen propuesto** se haya comprobado como predictora, determina que para que estos pacientes se adhieran a un régimen de tratamiento, es de vital importancia creer que están recibiendo un tratamiento eficaz. Este resultado coincide con el supuesto del MCS que se refiere a que las personas se adhieren a un régimen de cuidados en salud cuando están convencidos que el tratamiento indicado para su enfermedad puede ser eficaz.

CONCLUSIONES

Se pudo concluir que la población de hipertensos que se controla en los centros de salud de salud de la comuna de Concepción que tiene mayores probabilidades de ser adherente a su programa de tratamiento prescrito son aquellos que:

- * Son hombres
- * Tienen alguna creencia religiosa
- * Son activos laboralmente fuera de su hogar y por lo tanto, remunerados
- * Han aceptado que la duración de su tratamiento es de por vida
- * Su tratamiento medicamentoso no les resulta complejo
- * Tienen conocimiento acerca de lo que es la enfermedad hipertensiva
- * No tienen problemas familiares o personales para seguir la dieta indicada
- * Están motivados para asistir a los controles de salud, y
- * Tienen la creencia que su régimen de tratamiento prescrito va a ser eficaz para controlar su enfermedad.

RECOMENDACIONES

- * Seguir indagando las causas que llevan a las personas a tomar la decisión de adherirse a un programa de tratamiento y cuidado, solo este conocimiento puede ayudar a delinear estrategias de atención para mejorar la calidad de vida del paciente hipertenso.
- * Diseñar investigaciones que tengan como referencial teórico tanto el MCS como otros que apoyen el manejo de los pacientes en su contexto biopsicosocial y no solo biomédico, acorde con el nuevo modelo de atención en salud diseñado para nuestro país.
- * Considerar otro tipo de diseños y manejos del MCS en las investigaciones de la conducta de adherencia para ver como se comportan los Factores de reducción de la ame-

naza de la enfermedad (que para esta investigación no resultaron predictores), cuando se relacionan con los Factores modificantes y habilitantes del modelo como variables intermedias.

REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS

- BECKER, M.H. The Health Belief Model and Personal Health Behavior. USA, CBS, 1974. 153 p.
- BERESFORD, W. *et al.* The Edgcombe Country High Blood Pressure Control Program: III Social Support, Social Stressors, and Treatment Dropout. In: Am. Journal of Public Health. Washington. 75: 483-486. 1984.
- CHAMPION, V. L. Compliance With Guidelines for Mammography Screening. Cáncer Detect. Prev. USA. 16 (4): 253-8. 1992.
- CHILE, MINSAL. Hipertensión Arterial Normas Técnicas. Santiago, Chile. Ministerio de Salud, 1995.
- DIMATTEO, M. R.; DINICOLA, D. D. Achieving Patient Compliance. 2ªed. USA, Mosby, 1982. 718p.
- DONOVAN, J.L.; BLAKE, D.R. Patient Non-compliance: Deviance or Reasoned Decision-Making?. Soc. Sci. Med. England. 34 (5): 507-1 Mar., 1992.
- DRACUP, K.; MELEIS, A. Compliance: an Interactionist Approach. Nursing Research. New York. 31 (1): 31-36 Jan-Feb., 1982.
- FERRARO K.F. *et al.* Self and older-people referents in evaluating life problems. J-Gerontol. 47 (3): S105-14. Mayo, 1992.
- GRANT, M. Women's health beliefs regarding hypertension. West Indian Med.j. Jamaica. 42 (4): 158-60. Dec., 1993
- GREEN, J. *et al.* Compliance with medication regimens among chronically ill, innercity patients. J Community Health. USA. 7:183, 1982
- HIATT, A.M. *et al.* Factors influencing patient entrance into a cardiac rehabilitation program. Cardiovasc Nurs. USA. 26 (5): 25-9. Sep-Oct., 1990.
- JONES, P.K. *et al.* Compliance in acute chronic patients receiving a health belief model intervention in the emergency department. Soc. Sci. Med. England. 32 (10): 1183-9. 1991.
- MAELAND, J.G. Changing patients' health behavior consultation and physician patient relationship. Tidsskr Nor Laegeforen. 113 (1): 47-50. Jan., 1993.
- MILLER, P. *et al.* Indicators of medical regimen adherence for myocardial infarction patients. Nursing Research. 34: 268-272. September/October, 1985.
- MILLER, P. *et al.* Influence of a nursing intervention on regimen adherence and societal adjustments postmyocardial infarction. Nursing Research. 37

- (5) 297-302. September/ October, 1988.
- PARAVIC, T. Aplicación de un programa de atención de enfermería integral en adolescentes universitarios obesos para reducir de peso. Revista Aladefe. México. 1(1) 1989.
- . y col. Efectos de la Consejería Personalizada para disminuir de peso en alumnos obesos de los terceros años medios del Liceo Fiscal de niñas, Concepción Chile 1993-1994 In: Resúmenes, IV Coloquio Panamericano de Investigación en Enfermería. Concepción, Chile. Universidad de Concepción, 1994. 52 p.
- ROMAN, O. *et al.* Patogenia de la Hipertensión Arterial. Rev. Chilena de Cardiol. 11 (1):47-59. Enero/ Marzo, 1992.
- Riesgo Cardiovascular de la Hipertensión Arterial. Boletín oficial de la Soc. Chil. de Hipertensión Arterial. (1): 7. Junio, 1991.
- SEPULVEDA, E. Adherencia al control de los pacientes hipertensos y factores que la influyen. Consultorio Víctor Manuel Fernández de Concepción. Revista Ciencia y Enfermería. Chile.3 (1): 49-58, 1997.
- STIEPOVICH, J.y col. Efectos de la Consejería Personalizada en la reducción de cifras tensionales en pacientes hipertensos esenciales severos, OMS I Rev. latino-am. enfermagem. Ribeirao Preto. 2(1): 19-30, 1994.
- SILVA, M. *et. al.* Comportamiento Preventivo de servidores da Uem hipertensos e adherencia ao programa de asistencia ao hipertenso do ambulatorio. In: Resúmenes, IV Coloquio Panamericano de Investigación en Enfermería. Concepción, Chile. Universidad de Concepción, 1994. 52 p. 01.
- TEBBI, C.K. Treatment compliance in childhood and adolescence. Cáncer. USA.71(10 Suppl): 3441-9. May. 15, 1993.
- TORRES, Alexandra. Servicio de Salud Concepción. Concepción. Entrevista. 25, Marzo-1998.
- WAGNER, J., *et al.* The Edgecombe County (NC) High Blood Pressure Control Program: II Barriers to the use of medical care among hypertensive. In: Am Journal of Public Helth. Washington, 74 (5): 468-472. Mayo, 1984.