

## **ADHERENCIA AL CONTROL DE LOS PACIENTES HIPERTENSOS Y FACTORES QUE LA INFLUENCIAN. CONSULTORIO VICTOR MANUEL FERNANDEZ DE CONCEPCION**

ADHERENCE TO CONTROL OF HYPERTENSION PATIENTS AND  
INFLUENCING FACTORS. VICTOR MANUEL FERNANDEZ CLINIC,  
CONCEPCION

**EMELINDA SEPULVEDA MEDEL\***

### **RESUMEN**

Estudio descriptivo cuyo propósito fue conocer la adherencia al control de los pacientes hipertensos del programa Hipertensión Arterial y factores que la están influenciando.

La adherencia al control se midió por la relación existente entre el número de citas a control y el número de asistencia a éste, expresado en porcentaje; y las variables asociadas a la adherencia con instrumento de autora.

En el análisis estadístico se utilizó la prueba  $X^2$ . Los resultados señalaron que un número considerable de pacientes (62,50%) presentaron alta adherencia al control.

Los resultados obtenidos relacionaron significativamente la adherencia con: modalidad de educación en salud, educación recibida por el paciente de miembros del equipo de Salud, y la adaptación del paciente al estrés de la enfermedad crónica.

La hipótesis número 1 fue aprobada, resultando estadísticamente significativa la relación entre adherencia al control y conocimiento del paciente de donde y a quien recurrir por ayuda necesaria.

**Palabras claves:** Adherencia, Control, Hipertensión.

### **ABSTRACT**

A descriptive study whose aim was to know the adherence to control of hypertension patients of the Arterial Hypertension Program and the influencing factors.

The adherence to control was measured by the existent relationship between the number of citations to control and the attending number to it, expressed in percentage; and the variables associated to adherence with the author's instrument.

In the statistical analysis,  $X^2$  test was used. The results reported a considerable number of patients (62.50%) who presented a high adherence to control.

The results obtained related significantly adherence with education health modality, education received by

\*Enfermera. Magister en Enfermería Médico-Quirúrgica. Diplomada en Estudios de la Mujer - Profesor Asociado. Departamento de Enfermería, Facultad de Medicina, Universidad de Concepción. Concepción - Chile.

the patient from the Health staff, and patient's adaptation to stress when facing a chronic disease.

Hypothesis number 1 was approved, resulting statistically significant the relationship between the adherence to control and patient's knowledge regarding where and to whom he may be directed for a necessary help.

**Keywords:** Adherence, Control, Hypertension.

## INTRODUCCION

En los países en vías de desarrollo a medida que se progresa en el control de las enfermedades infecciosas y parasitarias, se aumenta la esperanza de vida, se incrementa la población adulta y senil, cambian las condiciones de vida y hábitos personales, pero paralelo con ello ocurre un aumento absoluto y relativo de las enfermedades crónicas.

Las enfermedades crónicas constituyen la causa de morbilidad más importante a través de toda la vida del adulto. Son más frecuentes en el adulto, pero pueden ocurrir en cualquier período de la vida.

La mayor incidencia está en el grupo de 35 - 44 años. La prevalencia varía con la edad y dentro de ella con el sexo y nivel de vida de los grupos.

Cuatro son los grupos de enfermedades crónicas más destacados, las enfermedades cardiovasculares, neoplasias malignas, diabetes mellitus y enfermedades reumáticas.

En Chile, las enfermedades cardiovasculares y el Cáncer ocupan desde 1977 el primero y segundo lugar entre las causas de muerte, representando, en cuanto a su morbilidad una de las causas más importantes de hospitalización y consulta médica en las instituciones hospitalarias del país.

Son enfermedades con gran riesgo de invalidez que ocasionan altos costos de atención médica y una menor sobrevivencia.

Las enfermedades del aparato circulatorio constituyen en Chile la 1ª causa de muerte con un 29% del total. De éstas, las enfermedades cerebrovasculares constituyen la causa de muerte más importante (33,9%) junto con las enfermedades isquémicas del corazón (33,8%).

Aproximadamente el 45% de la mortalidad cardiovascular ocurre en personas entre los 35 y 74 años, grupo poblacional hacia el cual se deben orientar las intervenciones para el control del

problema, evitando la mortalidad prematura.

En el país ha habido descensos importantes en las tasas de mortalidad general en los últimos 20 años (reducción de la tasa de 8,7 a 5,4 por mil habitantes entre 1970 y 1992), sin embargo, esta mejoría no ha sido uniforme, observándose que la reducción de las tasas de mortalidad por enfermedades no cardiovasculares es muy superior al descenso observado en las tasas de mortalidad por enfermedades cardiovasculares (Ministerio de Salud, 1995).

La HTA considerada primer factor de riesgo de enfermedades cardiovasculares, constituye un problema de salud prioritario con enormes repercusiones sociales y económicas.

HTA catalogada como un problema médico social, entre otras causas por su elevada prevalencia (18%), gran déficit diagnóstico y terapéutico, y habitual abandono del paciente al control y tratamiento.

Entre 10 - 20% de la población en Chile tiene HTA. En la década de los 80 en Región Metropolitana y en Concepción, estudios muestran cifras de prevalencia de HTA de 18,8% y 18,6% respectivamente (Fasce, 1992).

Estudios realizados en la 8ª Región mostraron que cerca de 1/3 de los hipertensos urbanos y más de la mitad de los rurales no tenían conocimiento de su enfermedad. Aún conociendo su condición de hipertenso, una proporción reducida de ellos está en tratamiento 35,6% de los urbanos y 26,1% en rural.

Las personas con HTA presentan un mayor riesgo de experimentar problemas cardiovasculares con la consiguiente enfermedad o incapacidad crónica. Los adultos jóvenes y de edad media con HTA presentan un riesgo notablemente mayor de morir prematuramente por complicaciones cardiovasculares. La mortalidad es muy alta principalmente por compromiso encefálico, cardíaco y renal.

La HTA sistémica esencial es una enfermedad crónica que requiere tratamiento de por vida y el incumplimiento de éste por parte del paciente hipertenso es un problema real y temprano. El no cumplimiento expone al paciente a sufrir complicaciones que lo llevan a deteriorar su calidad de vida, y aumentar el número de hospitalizaciones, lo que eleva los costos en cuidados de salud y la posibilidad de muerte prematura.

Estudios revelaron una tasa de no cumplimiento del 30% problema que es más acentuado en individuos asintomáticos (Podell, 1975).

El mismo autor encontró que el 20% de los pacientes sintomáticos no acuden a los controles y más del 50% no toman los medicamentos. Mientras que los pacientes asintomáticos faltan en un 50% a las citas y tienen mayores fallas en la medicación.

La no adherencia al control y tratamiento es un problema real, siendo una característica propia de las enfermedades crónicas y que en la HTA constituye el elemento clave que decide el éxito o fracaso terapéutico.

El no cumplimiento al control y tratamiento es un problema multifacético que puede ser afectado por factores propios del paciente, como su actitud, motivación, participación familiar, apoyo social, factores demográficos psicosociales, como igualmente por factores del sistema de cuidados, como los regímenes del cuidado de la salud, educación en salud, influencia del medio clínico, etc.

Las consideraciones planteadas han sido motivo suficiente para pensar en realizar un estudio que permita conocer a nivel local como se comporta la variable Adherencia al Control en pacientes inscritos en los Programas de atención de Crónicos, y cuales serían los factores que se asocian a esta Adherencia.

Conociendo la problemática, se estima que el equipo de salud puede adoptar medidas que beneficien la situación, particularmente si los factores asociados están representados por conductas factibles de modificar en el enfermo, como igualmente en los integrantes del equipo de salud.

## El Problema de la Investigación

Considerando la importancia del control frente a esta enfermedad y que el paciente debe internalizar, lo que generalmente no sucede demostrado por una aparente baja adherencia a él, surgen algunas interrogantes a las que este trabajo de investigación pretende dar respuesta:

–¿Cuál es el grado de adherencia del paciente hipertenso controlado en el Consultorio Víctor Manuel Fernández al programa de control?

–¿Qué factores propios del paciente se asocian a la adherencia al control?

–¿Qué factores del sistema de cuidado médico y de enfermería influyen en la adherencia al control del paciente?

## Marco Conceptual

El presente estudio tiene como referente teórico tres pilares que se ven directamente implicados y que mejor avalan la investigación, ellos son: Generalidades sobre la Hipertensión Arterial, Adherencia y Modelo de Adaptación al Stress de la Enfermedad Crónica (Sally Lawrence y Rena Lawrence).

*Hipertensión Arterial:* Dado que este tema es ampliamente conocido y difundido en la literatura, sólo se dará la clasificación de HTA con la que se trabajó:

En 1988 The Joint National Committee on Detection, Evaluation and Treatment of High Blood Pressure, definió la hipertensión arterial como la condición en que la presión arterial sistólica y/o diastólica está crónicamente elevada. Para establecer esta condición se requiere de dos lecturas de presión arterial en dos o más ocasiones. El comité clasificó la hipertensión en personas mayores de 18 años en los siguientes rangos para la presión sistólica y diastólica en mm Hg:

Se considera hipertensa aquella persona en la que las cifras tensionales inducen modificaciones funcionales y/o morfológicas. Se distingue una HTA llamada primaria o esencial o idiopática,

Presión Diastólica		Presión Sistólica	
Normal	< 85	Normal	< 140
Normal Alta	85-89	Hipertensión Sistólica Limítrofe	140-159
Hipertensión Leve	90-104	Hipertensión Sistólica	160 o más
Hipertensión Moderada	105-114		
Hipertensión Severa	115 o más		

de la que no se conoce la causa y a la que corresponde aproximadamente el 90 - 95% de los casos. Y una hipertensión atribuible a una causa definida denominada hipertensión secundaria. Esta última reviste especial importancia porque si se suprime la causa, el enfermo puede mejorar para siempre.

*Adherencia:* En este trabajo el término se ha usado según definición de Bennet (1987) como: "La medida en que el usuario sigue el tratamiento médico y asiste a los controles". También se trabajó con el concepto de adherencia descrito por Lucas (1986) y manejado por Kristeller y Rodin que lo considera un proceso de cambio de conducta por el cual pasa el usuario. Estos autores identificaron en el proceso tres etapas: motivación, aplicación e incorporación de nuevas conductas a su forma de vida y sigue las indicaciones médicas.

*Modelo de Adaptación al Estrés de la Enfermedad Crónica.* (Lawrence y Lawrence). La elección de este modelo como un soporte teórico se encuentra en el hecho que se ha considerado la adherencia al control del paciente hipertenso como una conducta que evidencia la adaptación y autodependencia del sujeto al estrés que implica la experiencia de sufrir una enfermedad crónica. Las autoras identifican tres etapas: shock y negación, toma de conciencia, y resolución de la pérdida.

La adaptación es el alcance de autodependencia en un proceso de desarrollo humano y autocrecimiento, determinado por un profundo conocimiento de sí mismo y un sentido de autoestima. En la adaptación se ve continuos cambios de identidad y transición de rol, con repetidas modificaciones en el estilo de vida en la medida que la enfermedad progresa. La adaptación y autodependencia se basan en el

conocimiento de la enfermedad y el saber a quien y dónde recurrir por ayuda. Estas variables fueron medidas en el presente estudio.

Se ha postulado que la persona que se adapta al estrés de la enfermedad crónica, se adhiere al control.

### Antecedentes Empíricos

Entre los antecedentes empíricos más relevantes cabe mencionar a:

- Fasce (1985). "Evaluación de un programa de control y tratamiento de pacientes hipertensos". El período de seguimiento fue entre 24 y 32 meses. El rendimiento del programa se midió por la adherencia (asistencia) a los controles: el 86,9 % de los pacientes activos cumplieron con la totalidad de lo programado, un 8,5% tuvo una asistencia entre 80 y 95 % y 4,6 de los pacientes tuvo cumplimiento igual o menor al 75%. También encontró que las cifras tensionales lograron reducciones significativas tanto para la presión sistólica como para la diastólica.
- Cano (1992) investigó "Influencia que ejerce la Familia en la Adherencia al tratamiento y asistencia a control en el paciente hipertenso". Los hallazgos revelaron asociación estadística entre las variables adherencia - tipo de hipertensión; adherencia -ingesta de sal; apgar - tipo de familia; y apgar - asistencia a control.

### Propósito del Estudio

Conocer la adherencia al control de los pacientes hipertensos del programa Hipertensión Arterial y factores que la están influenciando.

Para alcanzar este propósito se han planteado tres objetivos generales y dos hipótesis:

## Objetivos Generales y Específicos

1. Conocer el grado de adherencia al control del paciente hipertenso del Consultorio Víctor Manuel Fernández de Concepción.
2. Conocer variables demográficas y socioculturales del paciente hipertenso que influyen en la adherencia al control.
  - 2.1. Establecer si la edad del paciente hipertenso es un factor que influye en la adherencia al control.
  - 2.2. Identificar el sexo del paciente hipertenso como factor que influye en la adherencia al control.
  - 2.3. Identificar la condición de pareja del paciente hipertenso como factor que influye en la adherencia al control.
  - 2.4. Determinar si el nivel de instrucción del paciente hipertenso es un factor que influye en la adherencia al control.
  - 2.5. Establecer si la actividad laboral del paciente hipertenso es un factor que influye en la adherencia al control.
  - 2.6. Identificar el trabajo como factor de agrado que influye en la adherencia al control.
  - 2.7. Identificar a la familia como apoyo social que influye en la adherencia al control del paciente hipertenso.
3. Identificar variables relativas a la patología y a su manejo que influyen en la adherencia al control del paciente hipertenso.
  - 3.1. Determinar si el tipo de hipertensión es un factor que influye en la adherencia al control.
  - 3.2. Identificar la antigüedad en el control como factor que influye en la adherencia del paciente hipertenso.
  - 3.3. Determinar si la antigüedad como hipertenso diagnosticado influye en la adherencia al control.
  - 3.4. Identificar el grado de importancia que el paciente confiere al control como factor que influye en la adherencia al control.
  - 3.5. Identificar la modalidad de educación recibida por el paciente en el Consultorio como factor que influye en la adherencia al control.
  - 3.6. Conocer si la percepción que tiene el paciente hipertenso de la calidad de la educación

impartida por el médico y la enfermera del Consultorio influye en la adherencia al control.

## Hipótesis Planteadas

1. La adaptación al estrés de la hipertensión del paciente se asocia directamente con la adherencia a su control.

## Subhipótesis

- 1.1. El paciente hipertenso con mejor conocimiento de sí mismo, tiene mayor adherencia a su control.
- 1.2. El paciente hipertenso que tiene conocimientos acerca de su enfermedad se adhiere mejor al control.
- 1.3. El paciente hipertenso que sabe a quien y donde recurrir por ayuda necesaria se adhiere a su control.
2. A mayor grado de satisfacción del paciente por la atención proporcionada por la enfermera o médico, mayor adherencia al control.

## MATERIAL Y METODOS

### 1. Población Estudiada

1.1. **Universo:** Como universo de este estudio se consideró a todos los pacientes hipertensos en control en el Consultorio Víctor Manuel Fernández de Concepción durante el año 1994. Cifra que alcanza a los 1.000 pacientes aproximadamente.

*Nota:* Se eligió el Consultorio Víctor Manuel Fernández por ser uno de los más importantes en Concepción y el único perteneciente al Sistema Nacional de Servicios de Salud.

1.2. **Muestra:** Muestra de tipo probabilística constituida por el 15% del total de los pacientes hipertensos controlados en el Consultorio Víctor Manuel Fernández de Concepción durante el año 1994, que compone el universo de este estudio. Los pacientes se seleccionaron aleatoriamente con reposición.

Para cuidar la validez interna de la muestra se estimó necesario controlar las siguientes variables:

**Edad:** Se consideró necesario delimitar la edad entre 15 y 80 años, ya que se observó al aplicar el Cuestionario de Prueba, que pacientes mayores de 80 años presentan problemas auditivos y además muchos son analfabetos, lo que dificulta aun más la comprensión de las preguntas del cuestionario.

**Ausencia de Patología Asociada:** Se decidió trabajar con los pacientes portadores sólo de hipertensión arterial porque es difícil precisar la razón de su control, si el paciente acude por la hipertensión arterial o por la patología asociada.

**Tiempo de Permanencia en el Programa:** Se determinó incluir en el estudio a los pacientes con 6 meses y más en el programa, considerando que el 50% de citaciones, permitiría ver una tendencia en la adherencia al control.

La muestra se constituyó con la totalidad de los pacientes que reunieron los requisitos anteriormente estipulados en las variables de control quedando conformada por 140 pacientes adultos entre 35 y 80 años de edad, hipertensos, sin patología asociada y que a diciembre de 1994 tenían una permanencia de a lo menos 6 meses en el programa de Hipertensión Arterial del Consultorio Víctor Manuel Fernández de Concepción.

En el transcurso del estudio, se perdieron 28 pacientes de la muestra. La pérdida correspondió a dos por fallecimiento, uno por residir en Santiago en ese momento y los veinticinco restantes por domicilio no ubicado y por no asistir a control al Consultorio cuando les correspondía.

**1.3. Unidad de Análisis:** La unidad de análisis la integraron los pacientes hipertensos controlados en el Consultorio del Servicio de Salud.

## 2. RECOLECCION DE LOS DATOS

**2.1. Técnicas de Recolección:** Para la obtención de los datos se utilizó la observación indirecta, se realizó entrevista, análisis de do-

cumentos (Ficha Clínica y Tarjeta de Control) y la aplicación de dos instrumentos recolectores de datos: un Cuestionario y el Inventario de Autoestima de Coopersmith (adaptado para adultos).

**2.2. Instrumento Recolector:** Se utilizaron dos instrumentos.

**2.2.1. Descripción de los Instrumentos:**

a. El primero corresponde a un cuestionario elaborado por la autora, constituido por dos secciones: La primera con datos a obtener de la ficha del paciente (tipo de hipertensión, tiempo que se encuentra en control y asistencia a control según citación).

La segunda parte del instrumento elaborado con veinticuatro preguntas a ser aplicadas en entrevista al paciente para datos sociodemográficos, relativos a la enfermedad y a la atención recibida en el Consultorio.

b. El segundo instrumento se refiere al Inventario de Autoestima de Coopersmith, validado, estandarizado y adaptado para Chile (Brinkmann, 1989). Este test ha sido utilizado en diferentes grupos de adolescentes para medir autoestima. En el presente estudio se hizo una adaptación del instrumento para hacerlo aplicable a adultos y fue sometido a juicio de expertos (3 Psicólogos de Instituciones diferentes), quienes opinaron que las modificaciones no alteran la naturaleza de los datos a obtener. Razón que se estimó para utilizar este inventario.

El instrumento es un inventario de cincuenta y ocho ítems, referidos a la percepción del individuo en cuatro áreas: autoestima general, autoestima social, autoestima laboral, autoestima familiar y una escala de mentiras de ocho ítems.

**2.3. Recolección de Datos:** La recopilación se hizo mediante entrevista en que se aplicó el instrumento como un todo. La entrevista fue realizada por la investigadora con colaboración de tres estudiantes de enfermería previamente preparadas; en el Consultorio o en el domicilio de cada paciente.

## RESULTADOS

### Análisis de la Variable Dependiente

Este estudio como ya se ha mencionado tiene como variables dependiente la adherencia del paciente al control de hipertensión. La adherencia expresada como el grado de cumplimiento del paciente al control, se ha medido por la relación existente entre el número de citaciones a control del paciente hipertenso y el número de asistencia a éste, expresada en porcentaje.

La distribución de la adherencia como se presenta en la Tabla siguiente alcanzó un alto nivel, ya que un 42% de los pacientes de la muestra presentan una adherencia entre 90 y 100% (0.9 y 1), y un 62% de los pacientes presentan adherencia entre 80 y 100% (0.8 y 1), situación que difiere notablemente con los antecedentes de la literatura, en que se sostiene que los pacientes hipertensos tienen baja adherencia al control (Podell, 1975; Florenzano, 1981; Alcázar de la Ossa, 1981; Bennet, 1986; Pardell 1986; Fasce, 1993). En este estudio puede atribuirse estos resultados al hecho que originalmente la muestra estuvo constituida por 140 pacientes, la que se redujo a 112, con una pérdida de 28 pacientes (20%) que no fue posible ubicar el domicilio y tampoco asistieron al Consultorio cuando les correspondía. Se deduce que este grupo de pacientes (20%) no son adherentes al control y estrictamente hablando debieron haber sido considerados como tal, pero por no ser habidos no se les pudo aplicar los cuestionarios colectores de datos, situación que ha repercutido en los resultados de este estudio.

Los datos obtenidos de esta forma sesgaron la distribución de la variable dependiente no describiendo una distribución normal, lo que dificulta la aplicación de los estadígrafos correspondientes.

Vista la situación se optó por trabajarla como variable categórica usando cuartiles para su categorización con tres categorías. Se hicieron los cruces y obtenidos los resultados se consideró que el criterio era muy estricto para los

pacientes de alta adherencia, se lesionaba mucho a los individuos que cumplen aún no siendo en 100%. Considerando estos antecedentes se adoptó el criterio de trabajar la variable dependiente sólo con dos categorías: adherencia alta (80% y más) y adherencia baja (inferior a 80%). Se optó por reagrupar dos de las categorías iniciales baja y media contrastándola con alta adherencia.

En el análisis estadístico se utilizó la prueba  $X^2$ .

Estos gráficos muestran los datos obtenidos estadísticamente de la variable dependiente. Los valores de esta variable se distribuyen entre un valor máximo de 100% (1) y un va-

**Tabla N° 1.** Valor de Adherencia (en %)\*\* al Control de los pacientes hipertensos controlados en el Consultorio Víctor Manuel Fernández de Concepción.

Valor V.D.	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje Acumulado
0.09	1	0.9	0.9
0.18	3	2.7	3.6
0.27	2	0.8	5.4
0.3	1	0.9	6.3
0.33	3	2.7	8.9
0.36	4	3.6	12.5
0.37	1	0.9	13.4
0.45	3	2.7	16.1
0.54	2	1.8	17.9
0.55	1	0.9	18.7
0.58	1	0.9	19.6
0.6	1	0.9	20.5
0.63	1	0.9	21.4
0.66	2	1.8	23.2
0.7	3	2.7	25.9
0.72	9	8.0	33.9
0.75	2	1.8	35.7
0.77	2	1.8	37.5
0.8	6	5.4	42.9
0.81	8	7.1	50.0
0.83	1	0.9	50.9
0.87	3	2.7	53.6
0.88	4	3.6	57.1
0.9	8	7.1	64.3
0.91	9	8.0	72.3
0.92	3	2.7	75.0
1	28	2.5	100.0
Total	112	100.0	

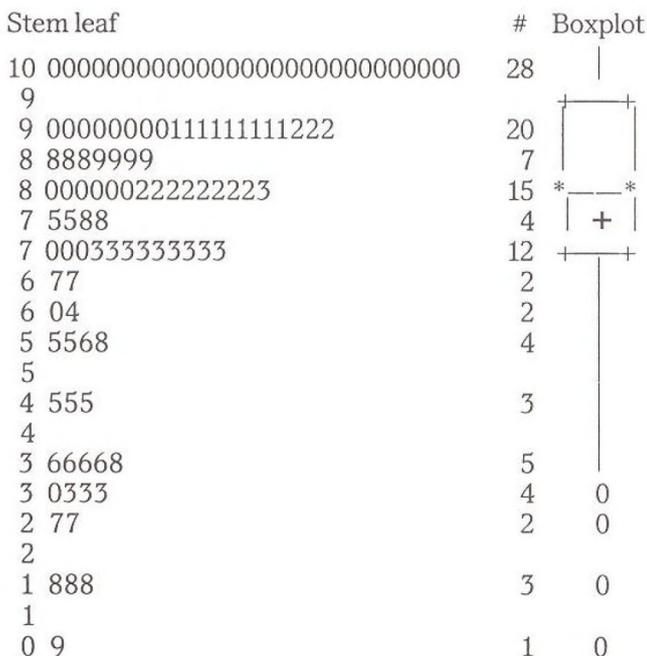
Fuente: Datos recopilados en el estudio: "Adherencia al control del paciente hipertenso y factores que la influencia", Concepción - Chile 1996.

\*\*V.D.: Adherencia medida por la relación existente entre N° de citaciones a control y el N° de asistencias a éste, expresado en porcentaje.

lor mínimo 9% (0.09). La media de la variable adherencia al control es de 77% (0.77).

En el diagrama de boxplot y en el de Tallo y Hoja (Stem Leaf) se aprecia que la concentración y dispersión de la distribución muestra una curva absolutamente asimétrica, no correspondiendo a una distribución normal.

**Gráfico N°1.** Análisis unidimensional de la variable dependiente Adherencia al Control.



Fuente: Datos recopilados en el estudio: "Adherencia al control del paciente hipertenso y factores que la influncian", Concepción - Chile 1996.

## DISCUSION Y CONCLUSIONES

Del análisis de los datos obtenidos en el presente estudio se puede concluir que un 62,50% de los pacientes controlados en el Consultorio Víctor Manuel Fernández de Concepción tienen una alta adherencia al control con porcentajes de adherencia de 80 y más.

Con respecto a la edad no hubo significancia estadística, ni tampoco hubo influencia sobre el grado de adherencia. Se esperaba que las personas de mayor edad tuvieran una mejor adherencia por percibir mayor riesgo de complicaciones, pero los tres grupos etáreos presentaron igual nivel de adherencia.

En relación al sexo, se encontró que las mujeres tienen una adherencia más alta que los hombres, lo que indicaría que las mujeres tienen una mayor preocupación y control sobre su enfermedad.

Al relacionar la variable principal con condición de pareja y nivel de instrucción se pudo observar que no hubo diferencias significativas entre cada una de las variables y no hubo influencias sobre el grado de adherencia. Con respecto a la condición de pareja, ambos grupos presentaron igual nivel de adherencia, esto es diferente a lo esperado, puesto que según otros estudios relacionados con redes de apoyo, se suponía que las personas con vínculos afectivos tendrían mayor adherencia. En relación al nivel de instrucción ambos grupos presentaron igual adherencia al control, resultado no esperado, ya que a mayor nivel educacional se esperaría una mayor facilidad en la adaptación y por lo tanto una mayor adherencia.

En relación a las variables actividad laboral y percepción que tiene el paciente de su familia como apoyo social, aún cuando no fueron estadísticamente significativas, es importante considerarlas por cuanto tienen incidencia en el grado de adherencia encontrado en el paciente hipertenso. Según la actividad laboral resultó que los pacientes activos presentan tendencia a una mayor adherencia al control que los inactivos. Estos resultados señalan que la ocupación por ser un indicador sociocultural y a veces económico en este estudio, beneficia a la persona en su conducta adherente.

En cuanto a la percepción que tiene el paciente de su familia como apoyo social, se observa una mayor adherencia al control en los pacientes que perciben a la familia como apoyo social. Esto es explicable ya que las personas son mejor comprendidas dentro de su contexto social inmediato, el cual para la mayoría es la familia y ésta es fundamental para lograr el estado de salud y bienestar de sus miembros.

Respecto al tipo de hipertensión no hubo relación significativa, ni influencia sobre el grado de adherencia. No se presentó diferencia entre los grupos, aún cuando pudiera pensarse que los pacientes con hipertensión

severa tendrían una adherencia más alta, por estar expuestos a mayores riesgos.

Al examinar la relación entre la variable antigüedad en el control y la adherencia, no existió asociación estadísticamente significativa, aunque los pacientes con mayor antigüedad en el control muestran una adherencia más alta. Esta tendencia puede indicar que el paciente que permanece mayor tiempo en el control se adapta más a su enfermedad y por lo tanto se adhiere mejor al control.

Según el grado de importancia que el paciente confiere al control, no hubo significancia estadística, pero llama la atención que casi el 100% de los pacientes le confieren un alto grado de importancia al control y sólo 2/3 de ellos muestran una alta adherencia.

Se encontró una relación estadísticamente significativa entre la modalidad de educación en salud y la adherencia, observándose que los pacientes que han recibido educación grupal muestran una mayor adherencia al control que los que han tenido educación individual. Este hecho difiere de lo que se sostiene en la literatura sobre técnicas en educación, ya que se le atribuye mejores resultados o rendimiento a la educación personalizada o individual como también lo menciona Fasce en su estudio (1985) que la educación fue personal y progresiva y sólo reforzada en sesiones grupales. La situación que aquí se presenta puede obedecer a que por la presión asistencial a que están sometidos los profesionales del Consultorio la educación individual no resulta muy efectiva, en cambio la educación grupal es más planificada, variada, participativa y estimulante para el paciente, además el paciente se encuentra más receptivo pues no está con el estrés propio de la consulta.

Otra variable que logró significancia estadística es la educación recibida por el paciente de otros miembros del equipo de salud del Consultorio, encontrándose que los pacientes que reciben esta educación tienen una mayor adherencia. La educación como un factor para mejorar los conocimientos en salud que tenga el individuo, permite adoptar conductas de autocuidado que redundarán en una me-

jor calidad de vida, lo que para el hipertenso es de gran importancia.

La calidad de la educación impartida por la Enfermera fue considerada buena por 72 de los 112 pacientes, lo que corresponde aproximadamente a los dos tercios de la muestra, sin embargo llama la atención que no hubo correspondencia entre las virtudes atribuidas a la educación y la conducta de adherencia al control.

Los resultados permiten aprobar la hipótesis N°1 "La adaptación al estrés de la hipertensión del paciente se asocia directamente con la adherencia a su control", al obtener una relación estadísticamente significativa de la variable grado de conocimiento de dónde y a quien recurrir por ayuda necesaria con adherencia al control, calculada con un  $X^2$  de 4.878 y una p. de 0.027. Siendo esta variable independiente una subhipótesis de las tres que conforman la hipótesis, y las otras dos muestran una tendencia de asociación aunque no estadísticamente significativa. Esta conclusión apoyaría el Modelo de Adaptación al Estrés de la enfermedad crónica de Lawrence y Lawrence que dice que los pacientes que saben a donde y a quien recurrir por ayuda necesaria se adhieren a su control.

La hipótesis número 2 según los resultados obtenidos no sería aprobada, ya que las pruebas estadísticas en su totalidad no lo permiten, sin embargo, no se puede afirmar que se dispruebe dado que resultó estadísticamente significativo uno de los 5 indicadores "Grado de satisfacción con el trato dado por el médico", es decir el trato dado por el médico al paciente influye en la adherencia al control. Estos antecedentes indican la importancia que tiene la calidad de las relaciones que establezca el equipo de salud con el paciente hipertenso, ya que éste necesita comunicarse para transmitir sus inquietudes, síntomas, y molestias o limitaciones, y para adquirir conocimientos, apoyo y refuerzo para lograr la adaptación a su enfermedad, teniendo presente que el enfermo crónico requiere no sólo de las indicaciones médicas y cuidados físicos de enfermería, sino también de estímulo, esperanza y comprensión.

**BIBLIOGRAFIA**

- Brinkmann, Helmut *et al.* Adaptación estandarización y elaboración de normas para el inventario de autoestima de Coopersmith. Revista Chilena de Psicología 10 (1): 518-525. Abr., 1989.
- Burish, T.G.; & Bradley, L.A. Coping with Chronic Disease: Definitions and Issues In: Coping with Chronic Disease. London. Academic Press. 1993. 3-12 p.
- Camus, Lorena. Estrategias para la atención del enfermo crónico EPAS. Santiago - Chile. 6 (1): 8-15. 1989.
- Cano, Marioli. Influencia que ejerce la familia en la adherencia al tratamiento y asistencia a control en el paciente hipertenso. Tesis de especialista, Enfermería en Salud Familiar y Comunitaria. Universidad Austral de Chile. Valdivia - Chile. 1992.
- Di Matteo & Di Nicola. Achieving patient compliance. The psychology of the medical practitioners` role. New York, Pergamon Press 1982. p- 7-18.
- Enriquez, Roxana. Factores que influyen en el grado de impotencia del paciente con enfermedad crónica. Tesis para optar al grado de Magister en Enfermería. Universidad de Concepción. Concepción. Chile. 1989.
- Fasce, E. *et al.* Evaluación de un programa de control y tratamiento de pacientes hipertensos. Boletín de Cardiología. Chile. 4 (1): 25-37. Enero - Junio 1985.
- Fasce, E. *et al.* La hipertensión arterial en una comunidad urbana de Chile. Revista Chilena de Cardiología. Chile. 11 (1): 1-7. Enero - Marzo 1992.
- Fasce, E. *et al.* Hipertensión arterial en comunidades rurales. Estudio en la VIII Región. Chile. Revista Médica de Chile. 121: 1058 - 1067. 1993.
- Florenzano, R., *et al.* Permanencia en tratamiento antihipertensivo: comparación de dos sistemas de seguimiento. Boletín de la Oficina Sanitaria Panamericana. 91 (5): 428-440. 1981.
- Guzman, Patricia. Adherencia. EPAS. Santiago. Chile. 4(5): 44-47. 1987.
- Isla, Ximena. Percepción de incertidumbre de los pacientes diabéticos controlados en el Consultorio adosado de Especialidades del Hospital Herminda Martín de Chillán 1994 - 1995. Tesis para optar al grado de Magister en Enfermería. Universidad de Concepción. Concepción - Chile. 1995.
- Jara, Patricia. Efectos de una intervención de Enfermería en la adherencia al tratamiento y control del paciente con infarto agudo del miocardio. Tesis para optar al grado de Magister en Enfermería. Universidad de Concepción. Concepción. Chile. 1994.
- Kaplan, Norman. Hipertensión arterial: mecanismo de diagnóstico. In: Eugene Braunwald. Tratado de Cardiología. México. Edit. Interamericana. 1983. 942-1029 p. Cap. 25 y 26.
- Lawrence, Sally: R. Lawrence. A model Adaptation to the stress of Chronic Illness. Nursing Forum. U.S.A. 18 (1): 33-42. 1979.
- Liga Mundial contra la Hipertensión. El ejercicio físico en el tratamiento de la hipertensión. Boletín de la Oficina Sanitaria Panamericana. 114 (4): 326-331. 1993.
- Medina, Ernesto; A.M. Kaempfer. Los problemas del Adulto. In: Elementos de Salud Pública. Santiago. Chile. Edit. Andrés Bello. 1978. 325-388 p. Cap. 9.
- Miller, Patricia *et al.* Fishbein`s Model of Reasoned action and Compliance Behavior of Hipertensive Patients. Nursing Research. U.S.A. 41(2): 104 - 109. 1992.
- Ministerio de Salud. Manual para atención de enfermedades crónicas no transmisibles en el nivel primario de salud. Chile. 1986.
- Ministerio de Salud. Manual de Normas Técnicas de Hipertensión Arterial. Programa Salud del Adulto. Chile. 1995.
- Ministerio de Salud. Situación de la Salud en Chile. 1995. Tarjeta de presentación. Chile. 1995.
- O.M.S. Prevención primaria de la Hipertensión esencial. Serie Informes Técnicos. España N°686. 1983.
- O.P.S. La Hipertensión como Problema de Salud Comunitario. Serie Paltez. 1984.
- Pardell, H. Concepto y clasificación de la Hipertensión Arterial. Medicina Integral. Barcelona. España. 8 (5): 207 - 217. 1986.
- Pereira, José. Enfermedades Crónicas. Consideraciones generales sobre el problema. Boletín de Salud Pública. Caracas, Venezuela. 11 (33). 1978.
- Polit, Denise & Hungler Bernardette. Investigación Científica en Ciencias de la Salud. 3ª Edic. México. Edit. Interamericana. 1991.
- Pollok, Susan. Human Responses to Chronic Illness: Physiologic and Psychosocial Adaptation. Nursing Research. New York 35 (2): 90 March - April. 1986.
- Pollok, Susan; Christian, Becky. Responses to Chronic Illness: Analysis of Psychological and Physiological adaptation. Nursing Research. New York. 39 (5): 300-304. Sep.-Oct. 1990.
- Pontificia Universidad Católica. Autocuidado del Paciente Hipertenso. Educación para Autocuidado. Santiago, Chile. 2(3). 1985.
- Roman, Oscar. Patogenia de la Hipertensión Arterial esencial. Revista Chilena de Cardiología. Chile. 11(1): 47-58. Enero/ Marzo. 1992.
- Rojas, Oyanarte & Roman. Enfermedades del Corazón y grandes vasos. 2ª Edic. Santiago, Mediterráneo. 1993. p. 250-253.
- San Martín, Hernan. La noción de Salud y la noción de Enfermedad. In: Salud y Enfermedad. 4ª Edic. 8ª reimpresión. México. Edit. La Prensa Médica Mexicana. 1993. 7-13 p.
- Silva, Sonia, *et al.* Comportamiento Preventivo de Servidores da U.E.M. Hipertensos e a adherencia ao Programa de Assistência ao Hipertenso do Ambulatorio. Ciencia y Enfermería. Revista Iberoamericana de Investigación. Departamento de Enfermería. Universidad de Concepción. Concepción, Chile. I (1): 33-42. 1995.
- Stieповich, Jasna *et al.* Efectos de la Consejería personalizada como una estrategia para reducir cifras tensionales en grupos de hipertensos controlados en Hospital Las Higueras. Thno. Chile. Dirección de Investigación. Universidad de Concepción. Concepción, Chile. 1991.