

Relación entre adherencia al tratamiento y apoyo social de paciente postinfarto de miocardio

doi: <http://doi.org/10.15446/av.enferm.v42n3.115170>

1 Doraly Muñoz Acuña

Resumen

Introducción: el infarto agudo de miocardio constituye una de las principales causas de mortalidad a nivel mundial. Presenta una alta tasa de rehospitalización, factores que frecuentemente se asocian con la falta de adherencia al tratamiento (AT) y la carencia de apoyo social (AS).

Objetivo: determinar la relación entre la AT y el AS en pacientes postinfarto agudo de miocardio (PIAM).

Materiales y método: estudio correlacional de diseño transversal. El tamaño de la muestra fue de 410 pacientes PIAM. Para evaluar la AT se aplicó un cuestionario validado para pacientes con enfermedad cardiovascular, con un alfa de Cronbach de 0,83. Para medir el AS percibido se utilizó la escala *Medical Outcomes Study Social Support Survey*, con un alfa de Cronbach de 0,94. Se realizó un análisis descriptivo y se empleó la prueba de correlaciones de Pearson.

Resultados: se observó una correlación significativa entre la AT y las dimensiones del AS (0,2976), siendo las más destacadas el apoyo emocional (0,3305) y las relaciones sociales de ocio (0,2517).

Conclusiones: se encontró una relación entre las dimensiones de la AT y el AS; por tanto, el AS constituye un factor relevante para la AT en pacientes PIAM.

Descriptores: Enfermedades Cardiovasculares; Infarto del Miocardio; Enfermería Cardiovascular; Cumplimiento y Adherencia al Tratamiento; Apoyo Social (fuente: DeCS, BIREME).

1 Universidad de los Llanos (Villavicencio, Meta, Colombia).

ORCID: <http://orcid.org/0000-0001-9062-2687>

Correo electrónico: dmunozacuna@unillanos.edu.co

Contribución: Recolección y análisis de los datos; construcción del artículo.

Cómo citar: Muñoz Acuña D. Relación entre adherencia al tratamiento y apoyo social de paciente postinfarto de miocardio. Av. enferm. 2024;42(3):115170. <http://doi.org/10.15446/av.enferm.v42n3.115170>

Recibido: 20/06/2024

Aceptado: 16/12/2024

Publicado: 31/12/2024



Relationship between treatment adherence and social support in post myocardial infarction patients

Abstract

Introduction: Acute myocardial infarction is one of the leading causes of mortality both globally and nationally, with a high rate of rehospitalizations. These outcomes are often associated with poor adherence to treatment (AT) and insufficient social support (SS).

Objective: To determine the relationship between AT and SS in post-acute myocardial infarction (PAMI) patients.

Materials and methods: A correlational, cross-sectional study. The sample consisted of 410 PAMI patients. AT was assessed using a validated questionnaire for patients with cardiovascular disease (Cronbach's $\alpha = 0.83$). Perceived SS was measured using the Medical Outcomes Study Social Support Survey scale (Cronbach's $\alpha = 0.94$). Descriptive analysis was conducted, and Pearson's correlation test was applied.

Results: A significant correlation was observed between AT and SS dimensions ($r = 0.2976$), with emotional support ($r = 0.3305$) and leisure-related social relationships ($r = 0.2517$) being the most prominent.

Conclusions: A relationship was identified between TA and SS dimensions. Therefore, SS is a relevant factor in promoting AT among patients recovering from acute myocardial infarction.

Descriptors: Cardiovascular Diseases; Myocardial Infarction; Cardiovascular Nursing; Treatment Adherence and Compliance; Social Support (source: DECS, BIREME).

Relação entre adesão ao tratamento e apoio social em pacientes pós-infarto agudo do miocárdio

Resumo

Introdução: o infarto agudo do miocárdio é uma das principais causas de mortalidade, tanto em nível mundial quanto nacional, apresentando uma elevada taxa de reinternações. Esses fatores estão frequentemente associados à baixa adesão ao tratamento e à carência de apoio social.

Objetivo: determinar a relação entre a adesão ao tratamento e o apoio social em pacientes pós-infarto agudo do miocárdio (PIAM).

Materiais e método: estudo correlacional com delineamento transversal. A amostra foi composta por 410 pacientes PIAM. Para avaliar a adesão ao tratamento, utilizou-se um questionário validado para pacientes com doenças cardiovasculares (α de Cronbach = 0,83). O apoio social percebido foi mensurado por meio da escala Medical Outcomes Study Social Support Survey, com α de Cronbach = 0,94.

Realizou-se uma análise descritiva e aplicou-se o teste de correlação de Pearson entre as variáveis.

Resultados: observou-se uma correlação significativa entre a adesão ao tratamento e as dimensões do apoio social ($r = 0,2976$), sendo o apoio emocional ($r = 0,3305$) e as relações sociais de lazer ($r = 0,2517$) as mais expressivas.

Conclusões: constatou-se uma relação entre as dimensões da adesão e o apoio social. Assim, o apoio social constitui um fator relevante para a adesão ao tratamento em pacientes PIAM.

Descritores: Doenças Cardiovasculares; Infarto do Miocárdio; Enfermagem Cardiovascular; Cumprimento e Adesão ao Tratamento; Apoio Social (fonte: DECS, BIREME).

Introducción

Según la Organización Mundial de la Salud (OMS) (1,2), las enfermedades cardiovasculares, incluidas las cardiopatías coronarias, constituyen una de las principales causas de defunción a nivel mundial. Se estima que, para el año 2030, cerca de 23,3 millones de personas morirán a causa de cardiopatías y accidentes cerebrovasculares. La Organización Panamericana de la Salud y el Ministerio de Salud y Protección Social en Colombia (3,4) señalan que las enfermedades cardiovasculares, en particular la cardiopatía isquémica, continúan siendo la principal causa de mortalidad, carga de enfermedad y discapacidad.

En este contexto, la falta de adherencia al tratamiento (AT) conlleva resultados clínicos desfavorables, incrementando las tasas de morbilidad y mortalidad, especialmente en el caso del infarto agudo de miocardio (IAM) (5). Diversas investigaciones han evidenciado que la AT en pacientes postinfarto tiende a disminuir con el paso del tiempo. Un estudio realizado en Madrid, España, mostró una falta de adherencia del 52,7 % a los seis meses del evento y del 67,7 % al año (6). De manera similar, una investigación en Chile reportó problemas de adherencia en el 58 % de los pacientes tras dos años de seguimiento (7). En relación con los principales predictores de adherencia en diferentes grupos terapéuticos, un estudio identificó como factores determinantes el apoyo social (AS), las preocupaciones relacionadas con el uso de medicamentos, la edad, el afrontamiento espiritual y las comorbilidades psiquiátricas; concluyó que tanto las características del tratamiento como las variables psicológicas desempeñan un papel relevante en la AT (8).

La literatura científica señala que aproximadamente el 30 % del abandono del tratamiento se debe a causas no intencionales, como el olvido o la falta de habilidades, mientras que el 70 % obedece a una decisión consciente (9). Este hallazgo subraya la importancia de contar con un apoyo social positivo para garantizar la continuidad del tratamiento y prevenir recaídas. En esta línea, el estudio de Hollenberg *et al.* (10) mostró que un bajo nivel de AS se asocia significativamente con una mayor probabilidad de hospitalizaciones por descompensaciones.

Otro factor que incide en la AT es la calidad de la comunicación entre el paciente y los profesionales de enfermería. Algunos autores coinciden en que los pacientes expresan insatisfacción con la atención de enfermería, debido a la falta de información, confianza, empatía y cuidado interpersonal, lo cual influye negativamente en la AT, contribuyendo a la progresión de la enfermedad y a una menor supervivencia (11, 12).

Entre los factores positivos que favorecen la adherencia se destaca el AS brindado por los profesionales de enfermería, quienes orientan el cuidado con base en evidencia científica. Para ello, han empleado herramientas como instrumentos validados que permiten evaluar tanto la AT como el AS percibido en personas con enfermedades cardiovasculares. Asimismo, fundamentan su práctica en marcos teóricos, como la Teoría del Autocuidado de Dorothea Orem (13), que promueve la autonomía del paciente en su proceso de cuidado (14, 15). Del mismo modo, es fundamental que el profesional de enfermería considere el enfoque de Marjorie Schaffer, quien sostiene que el AS positivo constituye un soporte esencial para la AT (16). Además, se resalta la importancia de la autoeficacia, definida por Barbara Resnick como el juicio que realiza el individuo sobre sus capacidades para organizar y ejecutar acciones, lo cual influye directamente en su autocuidado (17). Tal como describen Gutiérrez-Barreiro y Gómez-Ochoa (18), existe una relación entre la autoeficacia y la capacidad de agencia de autocuidado, lo que impulsa al paciente hacia su autocuidado.

Ante estos desafíos, el Ministerio de Salud y Protección Social (4) ha desarrollado las Rutas Integrales de Atención en Salud, dirigidas a prevenir, diagnosticar y controlar las enfermedades cardiovasculares mediante la promoción de estilos de vida saludables, reconociendo al mismo tiempo la importancia del AS.

Los estudios anteriormente citados respaldan la hipótesis de esta investigación y subrayan la necesidad de profundizar en el estudio de la AT, entendida como un comportamiento dinámico y susceptible de cambio a lo largo del tiempo. En consecuencia, debe ser evaluada de forma individual y periódica (12), con el objetivo de fortalecer el autocuidado y prevenir la progresión de la enfermedad. Del mismo modo, se debe considerar el AS percibido como un elemento clave, ya que promueve el beneficio mutuo dentro de una comunidad y moviliza a los sujetos hacia el bienestar (19).

Por lo tanto, el propósito de esta investigación fue determinar la relación entre la adherencia al tratamiento y el apoyo social en pacientes postinfarto agudo de miocardio. La hipótesis alterna plantea que existe una relación significativa entre la AT y el AS percibido por estos pacientes. Se espera que aquellos con mayor nivel de apoyo social presenten mejores niveles de adherencia al tratamiento.

Materiales y método

Se trató de una investigación de tipo analítico correlacional, con un diseño transversal, desarrollada en instituciones de tercer nivel de atención. La población estuvo conformada por pacientes postinfarto agudo de miocardio (PIAM) egresados de instituciones prestadoras de servicios de salud (IPS). El cálculo mínimo del tamaño muestral para estimar una correlación lineal de Pearson fue de 194 pacientes; sin embargo, por razones de confiabilidad, se alcanzó una muestra final de 410 pacientes con diagnóstico según la Clasificación Internacional de Enfermedades (CIE-10), códigos I21 a I24.9, correspondientes a enfermedades isquémicas del corazón.

Entre los criterios de inclusión se consideró ser mayor de edad y tener una adecuada capacidad cognitiva, evaluada mediante el cuestionario Minimental (20). El reclutamiento se llevó a cabo durante un periodo de tres meses, a través de: 1) las bases de datos de las IPS, con previo asentimiento escrito por parte de cada institución; 2) contacto telefónico con los pacientes para invitarlos a participar en el estudio; 3) en caso de no obtener respuesta telefónica, se realizaron hasta diez intentos adicionales, y posteriormente se dejaron mensajes de texto, vía WhatsApp o correo electrónico. Si no se lograba contacto, se desistía del paciente; 4) una vez contactado, se le extendía una invitación a participar de

manera libre y voluntaria. Quienes aceptaron firmaron el consentimiento informado y se les aplicó la encuesta telefónicamente.

La recolección de datos fue realizada por la autora y personal entrenado, mediante llamadas telefónicas de aproximadamente 35 minutos, en horarios acordados con cada participante. Para controlar posibles sesgos, se respetaron estrictamente los criterios de inclusión, se emplearon instrumentos validados en Colombia, se codificó individualmente a cada paciente, y se realizó una prueba piloto con 15 personas, cuyas respuestas fueron excluidas del análisis final.

Se utilizó una ficha de datos para recolectar información sociodemográfica y de salud. La AT se midió mediante el *Cuestionario para medir la adherencia al tratamiento en pacientes con enfermedad cardiovascular (postinfarto agudo de miocardio)* (21), validado en población colombiana y con un alfa de Cronbach de 0,837. Este instrumento se fundamenta en el modelo de autoeficacia de Barbara Resnick (17) y evalúa seis dimensiones: “expectativas y conductas de autoeficacia”, “seguimiento de indicaciones del personal de salud respecto a medicamentos y alimentación”, “necesidades de apoyo para la adherencia”, “conductas esperadas de adherencia a largo plazo”, “manejo de situaciones tensionantes” y “realización de actividad física”. Consta de 29 ítems en escala tipo Likert de 6 puntos (1 = nunca, 6 = siempre), sin punto de corte; a mayor puntuación, mayor nivel de adherencia.

La percepción de AS se evaluó con la *Medical Outcomes Study Social Support Survey (mos-ss)*, validada por Londoño-Arredondo *et al.* (22) en población colombiana, con una consistencia interna (alfa de Cronbach) de 0,94. Este instrumento mide cinco componentes: “red de apoyo social” (amigos y familiares), “apoyo social emocional/informacional” (soporte emocional, orientación y consejos), “apoyo instrumental” (conductas o materiales de apoyo), “interacción social positiva” (disponibilidad de personas para actividades recreativas) y “apoyo afectivo” (expresiones de amor y afecto). La escala está compuesta por 20 ítems en formato tipo Likert (1 = nunca, 5 = siempre), distribuidos en cuatro dimensiones: apoyo emocional (rango: 8–40), ayuda material (4–20), relaciones sociales de ocio (4–20), y apoyo afectivo (3–15). Además, permite calcular un índice global de AS (19–94), donde 94 representa el máximo y 19 el mínimo nivel de apoyo percibido. Estos instrumentos fueron seleccionados por estar validados en Colombia, ofrecer una valoración integral y multidimensional de la AT y del AS, y contar con un número adecuado de preguntas redactadas de forma clara.

Se respetaron los principios éticos nacionales e internacionales establecidos por el Consejo de Organizaciones Internacionales de las Ciencias Médicas y la OMS, incluyendo la confidencialidad y el derecho a desistir del estudio. Se dio cumplimiento a la normativa nacional vigente para investigaciones con seres humanos, conforme a la Resolución 8430 de 1993. Todas las dudas fueron aclaradas a los participantes, y el estudio fue aprobado por el Comité de Bioética de la Universidad de los Llanos (código del proyecto: C03-F03-016-2022).

Para el análisis de las variables cuantitativas se calcularon medidas de tendencia central, de dispersión y de posición. Para determinar la relación entre los niveles de AT y AS (desde las puntuaciones globales de ambos instrumentos), se realizaron pruebas de normalidad de Shapiro con un nivel de significancia del 5%. Los resultados permitieron asumir normalidad en ambas variables, por lo cual se utilizó la prueba de correlación de Pearson.

Resultados

Los datos de las variables sociodemográficas y de salud de los pacientes se pueden observar en la Tabla 1. Es relevante destacar que más de la mitad de los pacientes (52,68%) habían experimentado reingresos hospitalarios por la misma causa en menos de un año, y el 91,2% de estos casos presentó más de dos reingresos.

Tabla 1. Características sociodemográficas y de salud de los pacientes postinfarto agudo de miocardio de los años 2021 a 2023

Variable	Característica	n	%
Género	Femenino	151	36,83
	Masculino	259	63,17
Edad	24-29	6	1,46
	30-39	9	2,2
	40-49	45	10,98
	50-59	98	23,9
	61-70	126	30,73
	> 71	126	30,73
Escolaridad	Primaria	169	41,2
	Sin escolaridad	23	5,6
Ocupación	Empleados o trabajadores independientes	172	41,95
	Dedicados al hogar	166	40,49
Estrato	1	115	28,05
	2	197	48,05
	Vivían en arriendo	173	42,2
Estado civil	Casados o en unión libre	278	67,8
	Separados, viudos o solteros	132	32,2
Cuidador	Esposo(a)	161	39,27
	Hijo	161	39,27
	Padre	2	0,49
	Otros amigos o cuidadores con retribución económica	20	4,88
	Nadie	66	16,1
Último control médico	Más de un año	57	13,9
	Más de un mes y menos de un año	312	76,1
	Menos de un mes	33	8,05
	No ha tenido	8	1,95

Variable	Característica	n	%
Factores de riesgo	Diabetes mellitus	25	6,1
	DM y HTA	69	16,83
	DM, HTA y dislipidemia	47	11,46
	DM, HTA y tabaquismo	1	0,24
	Dislipidemia	13	3,17
	Dislipidemia y HTA	10	2,44
	Dislipidemia y DM	1	0,24
	Hipertensión arterial	184	44,88
	Tabaquismo	8	1,95
	Tabaquismo y HTA	6	1,46
	No tiene	46	11,22
Otras hospitalizaciones por la misma causa	Sí	216	52,68
	No	194	47,32
Reingresos por la misma causa	1	29	7,07
	2	116	28,29
	3	53	12,93
	4	3	0,73
	Más de 5	15	3,65

Nota: DM: Diabetes mellitus; HTA: Hipertensión Arterial.

Fuente: elaboración propia.

En cuanto a la AT en la dimensión de autoeficacia, los pacientes mostraron mayor adherencia a enunciados como: “Hago lo que está a mi alcance para mejorarme cuando estoy enfermo”, pero menor adherencia a cambios en la alimentación, como evitar harinas y grasas, con un 20%. En la dimensión de seguimiento a las indicaciones médicas, la mayor adherencia fue para la ingesta diaria de medicamentos (91,71%). Además, el 65,85% y el 66,29% de los pacientes indicaron necesitar apoyo para recordar la toma de medicamentos y la realización de ejercicio, respectivamente, en las opciones “frecuente”, “casi siempre” y “siempre”. Con relación a las conductas esperadas a largo plazo, un alto porcentaje (85,61%) asiste a los controles de enfermería, no fuma (91,71%) ni consume alcohol (80,98%). Finalmente, un 61,46% maneja bien las situaciones de estrés y el 50,73% realiza el ejercicio físico recomendado. Sin embargo, un 41,7% suspendió el ejercicio si no veía mejoras rápidas en su salud, entre las opciones “siempre” y “casi siempre” (Tabla 2).

El índice global de AS percibido por los pacientes PIAM muestra que la mayoría experimentaron un nivel máximo de apoyo, con un 77,56%. Dentro de este rango, la dimensión con mayor percepción fue el apoyo de ayuda material, con un 76,59%, mientras que la dimensión de apoyo emocional fue la de menor percepción, con un 69,27% (Tabla 3).

Se evidencia que las dimensiones de la AT con mayor correlación respecto al AS son la expectativa, conductas de autoeficacia y la ayuda material del AS, con una relación de 0,3126, siendo significativa al ser menor a 0,05. Además, las conductas esperadas de adherencia a largo plazo y la ayuda material del AS mostraron una correlación del 29,15%, también significativa al 5% (Tabla 4).

Tabla 2. Descripción de la adherencia al tratamiento por dimensiones de los pacientes postinfarto agudo de miocardio de los años 2021 a 2023

Preguntas y enunciados		1.N	2.N	3.N	4.N	5.N	6.N	Promedio (DE)	Puntaje promedio por pregunta/enunciado
Dimensiones de mayor porcentaje por pregunta/enunciado									
IV dimensión: conductas esperadas de adherencia a largo plazo									
14. Asisto a las consultas médicas programadas	N	5	9	7	10	27	352	25,52 (3,22)	5,70
	%	1,22	2,2	1,71	2,44	6,59	85,85		
15. Asisto a los controles de enfermería programados	N	5	7	8	10	29	351		
	%	1,22	1,71	1,95	2,44	7,07	85,61		
16. Me realizo los exámenes de laboratorio y otros exámenes en los periodos que los profesionales de la salud me indican	N	7	7	8	12	24	352		
	%	1,71	1,71	1,95	2,93	5,85	85,85		
28. ¿Con qué frecuencia consume bebidas alcohólicas?	N	1	6	8	63	332	0		
	%	0,24	1,46	1,95	15,37	80,98	0		
29. ¿Con qué frecuencia fuma?	N	9	7	1	9	8	376		
	%	2,2	1,71	0,24	2,2	1,95	91,71		
I dimensión: expectativas y conductas de autoeficacia									
5. Evito en mi alimentación el consumo de grasa (pollo con piel, fritos, alimentos de paquete, leche entera, alimentos precocidos)	N	9	24	42	72	89	174	40,88 (7,71)	5,10
	%	2,2	5,85	10,24	17,56	21,71	42,44		
6. Evito en mi alimentación el consumo de harinas y azúcares	N	11	23	48	65	86	177		
	%	2,68	5,61	11,71	15,85	20,98	43,17		
7. Consumo alimentos bajos en sal	N	9	13	39	63	95	191		
	%	2,2	3,17	9,51	15,37	23,17	46,59		
17. Estoy atento a cualquier signo o síntoma que demuestre un empeoramiento en mi estado de salud, como dolor en el pecho, TA alta o baja, palpitaciones, ahogo o fatiga, inflamación de brazos y pierna	N	7	6	25	60	80	232		
	%	1,71	1,46	6,1	14,63	19,51	56,59		

Preguntas y enunciados		1.N	2.N	3.N	4.N	5.N	6.N	Promedio (DE)	Puntaje promedio por pregunta/enunciado
24. Soy capaz de cambiar los comportamientos dañinos para mi salud	N	6	6	26	45	94	233		
	%	1,46	1,46	6,34	10,98	22,93	56,83		
25. Cumpló el tratamiento de mi enfermedad, aunque me parezca complicado	N	5	4	23	45	89	244		
	%	1,22	0,98	5,61	10,98	21,71	59,51		
26. Hago lo que está a mi alcance para mejorarme cuando estoy enfermo	N	4	3	17	42	98	246		
	%	0,98	0,73	4,15	10,24	23,9	60		
27. Soy capaz de seguir las indicaciones que me da el personal de salud	N	3	4	18	47	94	244		
	%	0,73	0,98	4,39	11,46	22,93	59,51		
Dimensiones de mediano porcentaje por pregunta/enunciado									
V dimensión: manejo de las situaciones de tensión									
12. Realizo actividades que me ayuden a manejar el estrés o las situaciones de tensión	N	29	29	47	74	76	155		
	%	7,07	7,07	11,46	18,05	18,54	37,8		
13. Cuando estoy angustiado, hago algo que me ayude a sentirme mejor	N	25	29	50	70	78	158	13,67 (4,35)	4,53
	%	6,1	7,07	12,2	17,07	19,02	38,54		
23. Puedo manejar las situaciones de tensión o que me producen estrés	N	16	25	44	73	82	170		
	%	3,9	6,1	10,73	17,8	20	41,46		
II dimensión: seguimiento a las indicaciones del personal de salud en relación con la ingesta de medicamentos y alimentos									
1. Tomo mis medicamentos en el horario establecido	N	10	3	9	19	29	340		
	%	2,44	0,73	2,2	4,63	7,07	82,93		
2. Tomo diariamente todos mis medicamentos de acuerdo con la orden médica	N	9	3	13	9	31	345	25,45 (7,04)	4,23
	%	2,2	0,73	3,17	2,2	7,56	84,15		
3. Por alguna razón suspendo mis medicamentos sin la indicación del personal de salud	N	137	10	7	18	23	215		
	%	33,41	2,44	1,71	4,39	5,61	52,44		
4. Sigo las indicaciones del personal de salud en relación con mi alimentación	N	8	9	30	44	78	241		
	%	1,95	2,2	7,32	10,73	19,02	58,78		

Preguntas y enunciados		1.N	2.N	3.N	4.N	5.N	6.N	Promedio (DE)	Puntaje promedio por pregunta/enunciado
8. Por alguna razón dejó de seguir las recomendaciones de la alimentación dadas por el personal de salud	N	121	8	26	53	63	139		
	%	29,51	1,95	6,34	12,93	15,37	33,9		
21. Si en poco tiempo no presento mejoría en mi salud, suspendo mis medicamentos	N	137	2	7	14	27	223		
	%	33,41	0,49	1,71	3,41	6,59	54,39		
Dimensiones de menor porcentaje por pregunta/enunciado									
VI dimensión: realización de actividad física									
9. Realizo el ejercicio físico indicado por el personal de salud	N	58	53	54	37	64	144		
	%	14,15	12,93	13,17	9,02	15,61	35,12		
10. Por alguna razón suspendo el ejercicio físico sin la indicación del personal de salud	N	130	36	46	41	72	85		
	%	31,71	8,78	11,22	10	7,56	20,73		
11. Realizo ejercicio físico al menos 3 veces por semana, con una duración mínima de 30 minutos en cada oportunidad	N	84	51	56	31	62	126		
	%	20,49	12,44	13,66	7,56	15,12	30,73		
22. Si en poco tiempo no presento mejoría en mi salud, suspendo el ejercicio físico	N	131	32	37	39	70	101		
	%	31,95	7,8	9,02	9,51	17,07	24,63		
III dimensión: necesidad de apoyo para la adherencia									
18. Necesito que otras personas me recuerden que debo tomar mis medicamentos	N	132	8	8	13	34	215		
	%	32,2	1,95	1,95	3,17	8,29	52,44		
19. Necesito que otras personas me recuerden que debo seguir la alimentación ordenada por el personal de salud	N	126	8	22	22	49	183		
	%	30,73	1,95	5,37	5,37	11,95	44,63		
20. Necesito que otras personas me recuerden que debo hacer el ejercicio físico ordenado por el personal de salud	N	130	8	19	21	47	185		
	%	31,71	1,95	4,63	5,12	11,46	45,12		
								8,91 (6,42)	2,97

Nota: Se organizaron las preguntas/enunciados por dimensiones para mayor comprensión visual. Para las preguntas/enunciados 1, 2, 4-7, 9, 11-17 y 23-27, las opciones de respuesta tienen las siguientes puntuaciones: nunca = 1, casi nunca = 2, pocas veces = 3, frecuentemente = 4, casi siempre = 5 y siempre = 6. Para los ítems 3, 8, 10, y 18-22, nunca = 6, casi nunca = 5, pocas veces = 4, frecuentemente = 3, casi siempre = 2 y siempre = 1. Para las preguntas/enunciados de selección múltiple (28 y 29), las puntuaciones son las siguientes: varias veces al día = 1, una vez al día = 2, varios días a la semana = 3, una vez a la semana = 4, de vez en cuando = 5 y no consumo bebidas alcohólicas/fumo = 6.

N: nunca; CN: casi nunca; PV: pocas veces; FC: frecuentemente; CS: casi siempre; S: siempre; TA: tensión arterial. DE: desviación estándar.

Fuente: elaboración propia.

Tabla 3. Índice global y las dimensiones de apoyo social de pacientes postinfarto agudo de miocardio de los años 2021 a 2023

Dimensión	Máximo Apoyo social N (%)	Medio Apoyo social N (%)	Mínimo Apoyo social N (%)
Apoyo emocional	284 (69,27)	111 (27,07)	15 (3,66)
Ayuda material	314 (76,59)	78 (19,02)	18 (4,39)
Relaciones sociales de ocio	302 (73,66)	94 (22,93)	14 (3,41)
Apoyo afectivo	302 (73,66)	98 (23,9)	10 (2,44)
Índice global	318 (77,56)	83 (20,24)	9 (2,2)

Fuente: elaboración propia.

Tabla 4. Relación entre las dimensiones de adherencia al tratamiento y las de apoyo social de pacientes postinfarto agudo de miocardio de los años 2021 a 2023

Dimensiones de adherencia al tratamiento	Dimensiones de índice global apoyo social							
	Apoyo emocional	RCO	Ayuda material	RCO	Relaciones sociales de ocio	RCO	Apoyo afectivo	RCO
Expectativas y conductas de autoeficacia	0,187 (0,0001)	Débil	0,312 (0)	Débil	0,260 (0)	Débil	0,198 (0,0001)	Débil
Seguimiento a las indicaciones del personal de salud en relación con la ingesta de medicamentos y alimentos	-0,345 (0,4866)	NCL	-0,345 (0,0012)	Débil	0,867 (0,0794)	Débil	0,839 (0,0898)	NCL
Necesidad de apoyo para la adherencia	-0,89 (0,072)	NCL	0,639 (0,1966)	NCL	0,281 (0,5701)	NCL	0,847 (0,0868)	NCL
Conductas esperadas de adherencia a largo plazo	0,269 (0)	Débil	0,291 (0)	Débil	0,262 (0)	Débil	0,177 (0,0003)	Débil
Manejo de las situaciones de tensión	0,246 (0)	Débil	0,205 (0)	Débil	0,234 (0)	Débil	0,1245 (0,0116)	Débil
Realización de actividad física	0,212 (0)	Débil	0,153 (0,0018)	Débil	0,156 (0,0015)	Débil	0,855 (0,0837)	NCL

Nota: RCO: Rango correlación obtenido. NCL: No correlación lineal. La interpretación de cada celda corresponde al nivel de correlación de los dos cuestionarios (-1 a 1): débil (0-0.50); moderado (>0.50 -0.70); fuerte (>0.70-0.90); muy fuerte (>0.9-1), y entre paréntesis está el resultado del valor de P, siendo menor a 0,05, relevante para la población.

Fuente: elaboración propia.

Se observa una correlación significativa entre la AT y las dimensiones del AS, donde las más destacadas son la de apoyo emocional, con un valor de 0,3305, y las relaciones sociales de ocio, con un valor de 0,2517. Estos hallazgos confirman la hipótesis de que existe una relación entre la AT y el AS percibido por los pacientes PIAM (Tabla 5).

Tabla 5. Relación entre la adherencia al tratamiento y las dimensiones del apoyo social de pacientes postinfarto agudo de miocardio de los años 2021 a 2023

Variable	Valor p^*	Fuerza de correlación**	Rango correlación obtenido
Adherencia al tratamiento- Apoyo emocional	<0,001	0,3305	Débil
Adherencia al tratamiento- Ayuda material	<0,001	0,2079	Débil
Adherencia al tratamiento- Relaciones sociales de ocio	<0,001	0,2517	Débil
Adherencia al tratamiento- Apoyo afectivo	<0,001	0,1072	Débil

Nota: El valor de p^* es el resultado de la prueba de correlación entre las dos dimensiones descritas. La fuerza de correlación** responde a los dos cuestionarios. El rango correlación obtenido es valorado de (-1 a 1): débil (0-0.50); moderado (>0.50 -0.70); fuerte (>0.70-0.90); muy fuerte (>0.9-1). *Prueba de Pearson ** Fuerza de correlación Pearson.

Fuente: elaboración propia.

Discusión

El presente estudio mostró que hubo una relación entre la AT y el AS percibido por los pacientes PIAM. Este hallazgo coincide con los resultados de un estudio previo, en el cual se identificó una asociación entre la AT y el AS en pacientes con insuficiencia cardíaca, destacando la importancia de fortalecer ambas variables para mejorar la adherencia (23). Sin embargo, otro estudio (24) no encontró una relación entre la AT y el AS percibido, lo que puede explicar las dificultades en la adherencia al tratamiento antihipertensivo, especialmente en la modificación de estilos de vida y la baja percepción de la necesidad de AS por parte de los pacientes, lo que afecta negativamente el cumplimiento de las indicaciones médicas.

En cuanto a los comportamientos de AT, se observó que las dimensiones de la AT con mayor correlación respecto al AS son la expectativa, las conductas de autoeficacia y la ayuda material de AS. Este resultado destaca la importancia de estos factores en los programas de intervención, pues sugiere que tanto la autoeficacia como el apoyo material pueden ser puntos clave para mejorar la AT, como se señala en un estudio correlacional (25), en el que se concluye que tanto el nivel de AS como la autoeficacia deben ser considerados para incrementar la AT.

La medición de la AT permite evidenciar la capacidad del individuo para organizar y ejecutar acciones orientadas al cambio hacia su autocuidado (13,17). Además, Alvarado-Guzmán y Aguilar (26) encontraron que, al mejorar la capacidad de autocuidado y la AT, se puede modificar positivamente el estado de salud y la calidad de vida de los pacientes con cardiopatía isquémica. En este contexto, la intervención de enfermería es crucial, especialmente cuando el paciente es consciente de su enfermedad crónica, para que pueda ser controlada de forma oportuna y eficaz, evitando la progresión hacia enfermedades cardiovasculares (27).

Es preocupante observar que el 52,68 % de los pacientes tuvieron reingresos hospitalarios por la misma causa en menos de un año, y el 91,2 % tuvo más de dos reingresos. Además, la mayoría de los pacientes mostró un nivel medio de AT. En este sentido, Pu-Shang *et al.* (28) concluyeron que una buena AT en pacientes con IAM se asocia con un menor riesgo de eventos adversos a un año.

Sin embargo, cerca de la mitad de los pacientes no logró una buena AT, lo que resalta la necesidad de reforzar la educación a pacientes y familias sobre la importancia de la medicación y el reconocimiento de signos de complicaciones para mejorar el autocuidado y reducir riesgos.

En relación con el cumplimiento de las indicaciones dadas por el personal de salud, se observa que un número considerable de pacientes deja de seguir las recomendaciones dietéticas y de ejercicio por diversas razones, y muchos requieren que otras personas se los recuerden. Es fundamental considerar factores como la edad y el estado cognitivo de los pacientes, destacando la importancia de un AS positivo para mejorar la AT. Un estudio previo (29) muestra que los pacientes ancianos, especialmente aquellos con deterioro cognitivo, presentan baja adherencia tras un infarto agudo de miocardio. Las intervenciones basadas en la teoría de la autoeficacia, como programas digitales y plataformas web, pueden mejorar los síntomas físicos, la calidad de vida y reducir los factores de riesgo cardiovascular (30,31).

Los pacientes de este estudio percibieron la AT a un nivel medio, mientras que el AS percibido estuvo en un nivel máximo, lo que resalta la importancia del AS para fortalecer aún más la AT. Este hallazgo coincide con un estudio (32) que concluyó que el apoyo familiar integral juega un papel fundamental en las fases de recuperación de pacientes con IAM, mejorando la adherencia y promoviendo un estilo de vida saludable para evitar recaídas y complicaciones (33). La importancia del AS también se destaca en otro estudio (34), en el cual se encontró que pacientes con desequilibrios de salud provenían de familias disfuncionales, demostrando que una buena funcionalidad familiar promueve y preserva la salud del individuo, lo cual está estrechamente relacionado con la AT y el compromiso con cambios en los estilos de vida.

La intervención de enfermería en este contexto incluye la identificación de las redes de AS del paciente y otros recursos materiales, la educación a la familia sobre la importancia de recordar y reforzar las recomendaciones dietéticas y la práctica de ejercicio, así como sensibilizarlos sobre el impacto positivo de su apoyo emocional y práctico en el proceso de recuperación del paciente. Además, se implementan estrategias para facilitar la adherencia, tales como educar sobre la importancia de establecer metas pequeñas y alcanzables relacionadas con el tratamiento (por ejemplo, tomar la medicación correctamente todos los días o hacer ejercicio dentro de sus capacidades), el uso de recordatorios, seguimiento personalizado y evaluación regular del cumplimiento del tratamiento. Estas acciones contribuyen a mejorar la motivación del paciente, su sentido de logro y fortalecer su confianza en la capacidad de seguir las recomendaciones terapéuticas a través de seguimientos frecuentes, como llamadas telefónicas, visitas domiciliarias o consultas ambulatorias (13,33). El uso de tecnologías, como aplicaciones móviles que envíen recordatorios sobre la medicación, citas médicas y hábitos saludables, puede ser una herramienta útil para mejorar la adherencia.

En este contexto, la enfermería desempeña un papel importante, pues se ha demostrado que sus intervenciones tienen un efecto beneficioso en la mejora de los comportamientos de autocuidado de personas con insuficiencia cardíaca, contribuyendo a reducir la mortalidad y los reingresos hospitalarios, a mejorar la calidad de vida y a ser económicamente efectivas (35).

Por consiguiente, se evidencia la importancia de medir la percepción del AS con instrumentos validados y de fácil uso, como el MOS, para realizar las intervenciones correspondientes de enfermería. Basado en el sustento teórico del AS, Scheffer sostiene que el profesional de la salud debe reconocer los tipos de AS y detectar de cuál de estos carece el paciente, para intervenir de manera oportuna y adecuada (16,36).

Frente a este fenómeno, existen guías de atención para pacientes con IAM, tanto nacionales como internacionales, que se dedican a concienciar sobre la importancia de la prevención, atención, control de enfermedades cardiovasculares y rehabilitación. En estas guías se enfatiza la importancia de las intervenciones relacionadas con estilos de vida, control de factores de riesgo, factores psicosociales, programas de rehabilitación basados en el ejercicio, y una colaboración estrecha entre el cardiólogo y el médico de cabecera, personal de enfermería especializado en rehabilitación, farmacéuticos, dietistas y fisioterapeutas (4,37-39).

Además, es fundamental ampliar el papel de los profesionales de enfermería en los programas educativos (40), así como fomentar el trabajo multidisciplinario en las unidades de insuficiencia cardíaca o rehabilitación, que contribuyan al proceso de intervención, permitiendo un enfoque integral y colaborativo en el cuidado del paciente. A través de la colaboración con otros profesionales de la salud, como médicos, nutricionistas y fisioterapeutas, se puede desarrollar un plan de tratamiento individualizado que abarque todos los aspectos del cuidado del paciente, favoreciendo una atención más coordinada y efectiva.

La correlación entre la AT y el AS permite al profesional de enfermería visualizar qué dimensión se requiere mejorar y cómo ese cambio puede mejorar o no las otras dimensiones, con el fin de ser intervenidas. De lo anterior se destaca la importancia de continuar realizando estudios correlacionales que identifiquen y predigan los factores que influyen en la capacidad de los pacientes para adherirse al tratamiento. Estos estudios deben tener un respaldo teórico que potencie las habilidades del profesional de enfermería, permitiéndole desarrollar nuevas estrategias para el seguimiento de las conductas relacionadas con el autocuidado y la adherencia.

Las limitaciones que se presentaron en este estudio se refieren a dificultades de comunicación debido a mala señal de línea telefónica, la negativa de los pacientes a participar debido a malas experiencias en la atención en la IPS, y otras circunstancias como el fallecimiento de pacientes. Estas son barreras que enfermería aborda y supera, con el fin de cumplir con la investigación para beneficio de los pacientes con padecimiento cardiovascular.

Conclusiones

El presente estudio confirmó la hipótesis de investigación y constituye una valiosa contribución al entendimiento del cuidado de los pacientes PIAM. Se destaca la relación significativa entre la AT y el AS percibido por los pacientes, un tema de gran relevancia en el contexto de las enfermedades cardiovasculares.

La evaluación conjunta de ambas variables puede proporcionar una base sólida para el desarrollo de estrategias de intervención más efectivas en la atención a estos pacientes, tanto antes como después del alta hospitalaria, así como en el apoyo a sus familias como fuente de soporte social. El objetivo de estas intervenciones es optimizar la AT, favoreciendo la mejora y el mantenimiento de la salud, con el fin de reducir los reingresos hospitalarios, los costos asociados y mejorar la calidad de vida de los pacientes PIAM.

Apoyo financiero

Universidad de los Llanos.

Conflicto de interés

Ninguno.

Referencias

- (1) Organización Mundial de la Salud (OMS). Enfermedades cardiovasculares. Ginebra: OMS; 2021.
https://www.who.int/es/health-topics/cardiovascular-diseases#tab=tab_1
- (2) Collet JP; Thiele H; Barbato E; Barthélémy O; Bauersachs J; Bhatt DL; et al. 2020 ESC Guidelines for the management of acute coronary syndromes in patients presenting without persistent ST-segment elevation of the European Society of Cardiology (ESC). *Eur Heart J*. 2021;42(14):1289-1367.
<https://doi.org/10.1093/eurheartj/ehaa575>
- (3) Organización Panamericana de la Salud (OPS). La carga de enfermedades cardiovasculares. Washington: OPS; 2021.
<https://www.paho.org/es/enlace/carga-enfermedades-cardiovasculares#:~:text=En%202019%2C%202.0%20millones%20de,000%20habitantes%20en%20el%202019>
- (4) República de Colombia, Ministerio de Salud y Protección Social. Mortalidad en Colombia, periodo 2020-2021. Medición de mortalidad por todas las causas y COVID-19. 2022. <https://www.minsalud.gov.co/sites/rid/Lists/BibliotecaDigital/RIDE/VS/ED/GCFL/mortalidad-colombia-periodo-2020-2021.pdf>
- (5) Stirratt MJ; Curtis JR; Danila MI; Hansen R; Miller MJ; Gakumo CA. Advancing the science and practice of medication adherence. *J Gen Intern Med*. 2017;33:216-222.
<https://doi.org/10.1007/s11606-017-4198-4>
- (6) Moreno-Muñoz G; Rosillo-Ramírez N; Vélez-García J; Bernal Sobrino JL; López-Alacid I; Romo-Pardo M; et al. Determinantes de la adherencia a los fármacos en pacientes con infarto agudo de miocardio. *Rev Esp Cardiol*. 2023;76(Suppl 1):93-95.
[https://doi.org/10.1016/S0300-8932\(24\)00610-9](https://doi.org/10.1016/S0300-8932(24)00610-9)
- (7) Concha J; Peñaloza S; Potthoff M; Kehr K. Adherencia a tratamiento de prevención secundaria post síndrome coronario agudo, en pacientes adultos ingresados al Hospital Hernán Henríquez Aravena. *Rev Chil Cardiol*. 2022;41(3):170-179. <http://doi.org/10.4067/S0718-85602022000300170>
- (8) Moreno-Muñoz G; Carrera-Blanco A; García-Sáez G; Hernández-Gómez M; Vélez-García J; García-Rodríguez LA et al. Predictores de adherencia farmacológica en pacientes con infarto agudo de miocardio. [Póster] *Rev Esp Cardiol*. 2024;77(1):935. <https://www.revespcardiol.org/es-congresos-sec--el-congreso-de-la-salud-cardiovascu-169-sesion--prevencion-primordial-primaria-y-secund-8109-predictores-de-adherencia-farmacologica--98828>
- (9) Pocohuanca-Ancoco L; Villacorta J; Hurtado-Roca Y. Factores asociados a la no-adherencia al tratamiento farmacológico antihipertensivo en pacientes de un hospital del seguro social. *Rev Cuerpo Med HNAA*. 2021;14(3):316-321. <https://doi.org/10.35434/rcmhnaa.2021.143.1252>
- (10) Hollenberg SM; Stevenson LW; Ahmad T; Amin VJ; Bozkurt B; Butler J; et al. 2019 ACC expert consensus decision pathway on risk assessment, management, and clinical trajectory of patients hospitalized with heart failure: A report of the American College of Cardiology Solution Set Oversight Committee. *J Am Coll Cardiol*. 2019;74:1966-2011.
<https://doi.org/10.1016/j.jacc.2019.08.001>
- (11) Joven Beltrán ZM; Guáqueta-Parada SR. Percepción del paciente crítico sobre los comportamientos de cuidado humanizado de enfermería. *Av. enferm*. 2019;37(1):65-74.
<https://doi.org/10.15446/av.enferm.v37n1.65646>
- (12) Pagès-Puigdemont N; Valverde-Merino MI. Adherencia terapéutica: factores modificadores y estrategias de mejora. *Ars Pharm*. 2018;59(4):251-258. <https://doi.org/10.30827/ars.v59i4.7357>
- (13) Raile AM. Modelos y teorías en enfermería. Teoría del déficit de autocuidado Dorothea Orem. 8a ed. Ámsterdam: Elsevier; 2015. <https://www.casadellibro.com.co/libro-modelos-y-teorias-en-enfermeria-8-edicion/9788490227275/2427916>
- (14) Jiménez-Molina G; Vidal-Sánchez I; Felipe-Román O; Chover-Sierra E. Influencia del apoyo social en la adherencia al tratamiento farmacológico en un centro de salud de Valencia. *RIdEC*. 2020;13(1):26-35. <https://www.enfermeria21.com/revistas/ridec/articulo/27183/influencia-del-apoyo-social-en-la-adherencia-al-tratamiento-farmacologico-en-un-centro-de-salud-de-valencia/>
- (15) Rojas-Reyes J; Moscoso-Loaiza LF. Adherencia al tratamiento en personas con alteraciones cardiovasculares: Enfoques teóricos de enfermería. *Cult. cuid*. 2020;24(56):256-270.
<https://doi.org/10.14198/cuid.2020.56.18>
- (16) Peterson SJ; Bredow TS. Middle range theories: application to nursing research. 3rd ed. Filadelfia: Wolters Kluwer Health; 2013. Capítulo IV, Social Support Marjorie A. Schaffer.
- (17) Smith MJ; Liehr PR. Middle range theory for nursing self-efficacy. Nueva York: Springer; 2013.
- (18) Gutiérrez-Barreiro R; Gómez-Ochoa AM. Agencia de autocuidado y autoeficacia percibida en personas con cardiopatías isquémicas. *Av. enferm*. 2018;36(2):161-169.
<https://doi.org/10.15446/av.enferm.v36n2.65674>
- (19) Schoof-Aguirre MT; Manzanares-Medina E; Grimaldo-Muchotrigo M. Red de soporte social y apoyo comunitario en miembros de una organización de desplazados por violencia política residentes en Cañete, Perú. *Rev Costarric Psicol*. 2018;37(2):107-129.
<http://doi.org/10.22544/rcps.v37i02.02>
- (20) López Miquel J; Martí Agustí G. Mini-Examen Cognoscitivo (MEC) Mini-Mental State Examination (MMSE). *Rev Esp Med Legal*. 2011;37(3):122-127. [https://doi.org/10.1016/S0377-4732\(11\)70075-X](https://doi.org/10.1016/S0377-4732(11)70075-X)
- (21) Achury-Beltrán LF. Validez y confiabilidad del cuestionario para medir la adherencia al tratamiento de pacientes con enfermedad cardiovascular. *Aquichan*. 2017;17(4):460-471.
<https://doi.org/10.5294/aqui.2017.17.4.9>
- (22) Londoño-Arredondo NH. Validation of the Colombian MOS social support survey. *Int J Psychol Res*. 2012;5(1):142-150.
<https://doi.org/10.21500/20112084.770>

- (23) Jaraba-Suarez SJ; Muñoz-Acuña D; Pomar-Hoyos MM. Relación entre nivel de adherencia al tratamiento y apoyo social en pacientes con falla cardíaca. *Investig Enferm Imagen Desarro*. 2021;23:1-9. <https://doi.org/10.11144/Javeriana.ie23.rnat>
- (24) Pomares-Avalos AJ; Benítez-Rodríguez M; Vázquez-Núñez MA; Santiesteban-Alejo RE. Relación entre la adherencia terapéutica y el apoyo social percibido en pacientes con hipertensión arterial. *Rev Cubana Med Gen Integr*. 2020;36(2):e1190. <https://revmgi.sld.cu/index.php/mgi/article/view/1190/334>
- (25) Sánchez-Arellano AA; Navarro-Contreras G; Padrós-Blázquez F; Cruz-Torres CE. Relación entre autoeficacia, apoyo social, adherencia al tratamiento y HbA1C por nivel de percepción de amenaza en pacientes con DM2. *Nova Scientia*. 2020;12(25):00013. <https://doi.org/10.21640/ns.v12i25.2466>
- (26) Alvarado-Guzmán MS; Amaya Aguilar JA. Relación entre la adherencia terapéutica y el autocuidado con la calidad de vida en pacientes con cardiopatía isquémica. *Rev Mex Enferm Cardiol*. 2020;28(3):82-91. <http://ciberindex.com/c/rmec/e28302>
- (27) Muñoz Acuña D; Olarte Castro MT; Salamanca-Ramos E. Grado de adherencia terapéutica en pacientes en Unidades de Cuidados Intensivos. *Enferm Global*. 2021;20(1):61. <https://doi.org/10.6018/eglobal.412831>
- (28) Shang P; Liu GG; Zheng X; Ho M; Hu S; Li J et al. Association between medication adherence and 1-year major cardiovascular adverse events after acute myocardial infarction in China. *J Am Heart Assoc*. 2019;8(9):e011793. <https://doi.org/10.1161/JAHA.118.011793>
- (29) Calvo E; Formiga F; Andreu-Periz L; Ariza-Solé A; Gómez-Hospital JA; Comín-Colet J. Componentes de la valoración geriátrica y adherencia terapéutica en el paciente anciano con infarto agudo de miocardio. *Rev Esp Geriatr Geronto*. 2022;57(1):28-32. <https://doi.org/10.1016/j.regg.2021.06.002>
- (30) Hong PC; Chen KJ; Chang YC; Cheng SM; Chiang HH. Effectiveness of theory-based health information technology interventions on coronary artery disease self-management behavior: A clinical randomized waitlist-controlled trial. *J Nurs Scholarsh*. 2021;53(4):418-427. <https://doi.org/10.1111/jnu.12661>
- (31) Chen TY; Kao CW; Cheng SM; Chang YC. A web-based self-care program to promote healthy lifestyles and control blood pressure in patients with primary hypertension: A randomized controlled trial. *J Nurs Scholarsh*. 2022;54(6):678-691. <https://doi.org/10.1111/jnu.12792>
- (32) Párraga-Mendoza JH; Campos-Vera NA; Real-Cancio RM; Rivas-Estany E. Apoyo familiar en la recuperación del paciente con infarto agudo de miocardio. *CorSalud*. 2022;14(1):41-48. <https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=9456931>
- (33) Rojas Z; Fernández V. Estilos de vida saludables en pacientes post-infarto al miocardio en la fase III de rehabilitación cardíaca. *Enfermería Investiga*. 2023;8(2):21-26. <https://doi.org/10.31243/ei.uta.v8i2.2000.2023>
- (34) Becerra-Partida EN; Villegas-Galindo C. Funcionalidad familiar en la adherencia terapéutica del paciente con hipertensión arterial sistémica en primer nivel de atención. *Rev. CONAMED*. 2021;26(2):57-67. <https://doi.org/10.35366/100348>
- (35) Ureña D; Mejía- Martínez MM. Calidad de atención en enfermería: una visión de alto nivel en los cuidados de pacientes con insuficiencia cardíaca. *Saluta*. 2020;2(2):50-70. <https://doi.org/10.37594/saluta.v1i2.588>
- (36) Shamali M; Konradsen H; Stas L; Østergaard B. Dyadic effects of perceived social support on family health and family functioning in patients with heart failure and their nearest relatives: Using the Actor-Partner Interdependence Mediation Model. *PLoS ONE*. 2019;14(6):e0217970. <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0217970>
- (37) República de Colombia. Ministerio de Salud y Protección Social. Prevenir enfermedades cardiovasculares es una decisión de vida; 2020. <https://www.minsalud.gov.co/Paginas/Prevenir-enfermedades-cardiovasculares-es-una-decision-de-vida---.aspx>
- (38) Collet JP; Thiele H; Barbato E; Barthélémy O; Bauersachs J; Bhatt DL et al. Guía ESC 2020 sobre el diagnóstico y tratamiento del síndrome coronario agudo sin elevación del segmento ST: Grupo de Trabajo de la Sociedad Europea de Cardiología (ESC) para el diagnóstico y tratamiento del síndrome coronario agudo (SCA) en pacientes sin elevación persistente del segmento ST. *Rev Esp Cardiol*. 2021;74(6):544.e1-544.e73. <https://doi.org/10.1016/j.recesp.2020.12.024>
- (39) Abellas-Sequeiros M; García Sebastián C; Zamorano Gómez JL. Complicaciones del infarto agudo de miocardio. *Medicine (Barc., Internet)*. 2021;13(38):2185-2189. <https://doi.org/10.1016/j.med.2021.07.003>
- (40) Herrera-Guerra EP. Intervención de enfermería toma de decisiones para el manejo de síntomas en personas con falla cardíaca. *Hacia Promoc Salud*. 2021;26(2):115-128. <https://doi.org/10.17151/hpsal.2021.26.2.9>