

## Asociación entre la capacidad de la agencia de autocuidado y la adherencia a tratamientos farmacológicos y no farmacológicos en personas con alguna condición de enfermedad coronaria

*The relation between the capability of the self-care agency and the adherence to the pharmacological and non pharmacological treatment among persons with some coronary illness condition*

CLARA VICTORIA BASTIDAS SÁNCHEZ\*

### Resumen

El propósito del estudio –con un diseño descriptivo, transversal y correlacional– fue explorar la relación entre agencia de autocuidado y adherencia en 115 pacientes con enfermedad coronaria seleccionados intencionalmente de una población de pacientes coronarios que asistieron a la consulta de cardiología en una clínica de la ciudad de Ibagué durante cuatro meses del año 2005.

Se midió la capacidad de la agencia con el instrumento Evaluación de la Capacidad de la Agencia de Autocuidado, validado en su versión al español, y se calculó la adherencia a tratamientos farmacológicos y no farmacológicos en el mismo grupo mediante una escala que corresponde al resultado de adherencia y sus indicadores de la taxonomía NOC acompañada de una guía de valoración. Esa escala traducida al español fue evaluada en su comprensión por un grupo de enfermeras con experiencia clínica y docente en el área.

El perfil clínico del grupo consistió en tres grupos, de acuerdo con la complejidad del régimen de medicamentos: 2-4, 5-8, 9-11 y de la condición de la enfermedad coronaria

con tratamiento convencional, enfermedad coronaria con tratamiento intervencionista y pacientes con falla coronaria.

Mediante pruebas de correlación tipo Pearson se pudo confirmar una asociación moderadamente positiva entre la capacidad de la agencia de autocuidado y la adherencia a tratamientos farmacológicos y no farmacológicos, aspecto este que se había sugerido al proponer el estudio; es decir que la adherencia y la capacidad de la agencia de autocuidado son comportamientos positivos que están presentes con características similares en personas con enfermedad coronaria como las de esta muestra.

Se confirmó que la complejidad del régimen terapéutico tiene influencia en la adherencia, aun cuando en este grupo solo se mostró en una manera leve pero positiva, concordante con lo encontrado en otros estudios reportados por la OMS.

*Palabras clave:* autocuidado, enfermedad coronaria, farmacología (fuente: DeCS, BIREME).

### Abstract

The purpose of the study – that is descriptive, transversal and co relational by design – was to explore the relation between the self-care agency and strict adherence to treatment among 115 intentionally selected patients with coronary illness from a group of coronary patients that went to a cardiology clinic in the city of Ibagué during the last term of 2005.

We measured the capability of the agency with the evaluating instrument regarding capabilities, i.e. the

---

\* Magíster en Enfermería. Docente de planta, Facultad Ciencias de la Salud, Programa de Enfermería. Grupo de Investigación Cuidado de la Salud- UT, Universidad del Tolima, cvbastid@ut.edu.co

“Evaluación de la Capacidad de la Agencia de Autocuidado”, validated in its Spanish, and we calculated their adherence to pharmacological and non pharmacological treatment via a scale that corresponds to the resulting adherence and the NOC taxonomy indicators along with the valuation guide. The grading scale translated into Spanish was evaluated for comprehension by a group of nurses with clinical and teaching experiences in the area.

The clinical profile of the group consisted of three groups according to the complexity of the treatment regimen: 2-4, 5-8, 9-11 of concurrent drugs and the coronary disease condition: coronary disease with conventional management, coronary disease with interventionist management, and patients with heart failure.

Via test such as the Pearson test we were able to confirm the moderately positive relation between the agency's capacity to provide self care and their adherence to pharmacological and non pharmacological treatment. This aspect had been suggested when the study request was filed; i.e that the adherence and the capability of the self care agency are positive behaviors that are present with similar characteristics among persons with coronary illness as those in the selected sample group.

We confirmed that the complexity of the therapeutical regime has influence in terms of its adherence, even when in this group it only showed in a slight manner but positively, in concurrence with what we found in other reported studies of the WHO (OMS).

*Key words:* Self care, Coronary disease, Pharmacology.

## INTRODUCCIÓN

Los planificadores de estrategias para mejorar las condiciones de los pacientes con enfermedades crónicas, como las que se asocian a problemas cardiovasculares, han destacado la importancia de la adherencia a los tratamientos prescritos por el personal científico, señalando una serie de determinantes que influyen en dicha adherencia. Algunas son de carácter personal del usuario, como podrían serlo la disposición para el autocuidado, y otras relacionadas con las condiciones del régimen terapéutico.

Se observa un cierto paralelo entre el autocuidado especialmente cuando se trata de los requisitos de autocuidado en estados de desviación de la salud y los indicadores de la adherencia, y por ello se podría pensar en una asociación entre estos dos comportamientos de salud que aparentemente pueden coexistir en personas

con enfermedad coronaria con regímenes de tratamientos más o menos complejos.

El presente estudio pretendió mostrar, desde la perspectiva de la teoría del déficit del autocuidado de Orem, cómo se relaciona la capacidad de la agencia de autocuidado en los pacientes con alguna condición de enfermedad coronaria, con su comportamiento de adherencia a los tratamientos farmacológicos y no farmacológicos, de modo que se reconozcan las potencialidades de los sujetos en estas condiciones y se identifiquen las áreas donde las intervenciones de enfermería puedan ser más necesarias para ayudar a este grupo a mantener un control adecuado de su condición y prevenir su empeoramiento con las consecuencias múltiples para ellos y para los sistemas prestadores de los servicios.

## JUSTIFICACIÓN

Se tiene un particular interés en seguir utilizando la teoría del déficit del autocuidado de Orem como un marco de referencia conceptual para explicar relaciones entre conceptos como agencia de autocuidado y autocuidado –en este estudio representado por la adherencia a tratamientos farmacológicos–, y a sugerencias de un programa de rehabilitación no formal, en la consulta de cardiología de la Clínica Minerva de Ibagué.

Para lograr resultados óptimos en la salud en personas con enfermedad coronaria se requieren tratamientos eficaces y de adherencia a los tratamientos. En esta población el tratamiento comprende tomar correctamente los medicamentos, hacer y cumplir citas para el control de la salud y llevar por cuenta propia otros comportamientos que influyan en la aparición, curso o pronóstico de la enfermedad. El éxito de dichos tratamientos está determinado por los comportamientos de adherencia.

Debido a que el peso de la enfermedad en la población ha variado hacia las enfermedades crónicas, el problema de poca adherencia es de suma preocupación para todos los interesados en el equipo de salud. Esto se debe a que el riesgo de poca adherencia aumenta con la duración y complejidad del régimen de tratamiento, y estos dos elementos son inherentes a las enfermedades crónicas (1).

Para todas las enfermedades, la adherencia es el factor singular más importante susceptible de ser modificable que compromete los resultados de los tratamientos. La perspectiva de la OMS es que es más útil comprender los principios de los comportamientos y modelos de cambio de los mismos, que son relevantes para la adherencia que los tratamientos para todas las condiciones médicas crónicas como tal.

### PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

¿Existe asociación entre la capacidad de la agencia de autocuidado y la adherencia a tratamientos farmacológicos y a recomendaciones de un programa de rehabilitación (no formal) en personas con alguna condición de enfermedad coronaria que son atendidas en consulta de cardiología en la Clínica Minerva de Ibagué?

### DEFINICIÓN DE CONCEPTOS

A continuación se presentan los conceptos utilizados en la investigación, los cuales se constituyeron en las variables del estudio.

- **Capacidad de la agencia de autocuidado**

“Es el conjunto de poder y capacidades del individuo que le permite comprometerse con el autocuidado” (Orem, 1995) (2). “Capacidad compleja adquirida para satisfacer los requerimientos continuos de cuidado que regulan los procesos, mantienen o promueven la integridad de la estructura humana, su funcionamiento, el desarrollo humano y la promoción del bienestar” (2, 3). En el estudio esta capacidad se medirá utilizando la escala de evaluación de la capacidad de la agencia de autocuidado de Isemberg y Evers validada en su versión al español por Gallegos (4).

- **Adherencia a tratamientos farmacológicos y a recomendaciones de un programa de rehabilitación no formal para pacientes con alguna condición de enfermedad coronaria**

Grado de cumplimiento de acciones que los pacientes logran con base en recomendaciones dadas por el

médico, la enfermera u otro personal de salud en el control para alguna condición de enfermedad coronaria.

En el estudio se utilizará el resultado de la adherencia con sus indicadores tomados de la taxonomía NOC de la Universidad de IOWA, 1997 (5).

Esta variable se interpretará a partir de tres fuentes:

- Adherencia percibida por el paciente: corresponde a la adherencia reportada según opina el paciente sobre su logro.
- Adherencia confirmada objetivamente: corresponde a las cifras obtenidas directamente del paciente y de su historia clínica al compararlos (T.A., peso).
- Adherencia reportada por cuidadores o persona significativa: opinión que tienen otros sobre el cumplimiento de las recomendaciones por parte de los pacientes.

- **Personas con alguna condición de enfermedad coronaria en la ciudad de Ibagué, Clínica Minerva**

Son personas adultas de ambos sexos cuyo diagnóstico confirmado por el médico en este grupo corresponde a una condición de enfermedad coronaria que incluye: infarto agudo de miocardio de 6 a 12 meses de evolución, angina, falla cardiaca que se encuentra en una etapa de observación y seguimiento en la consulta de cardiología de la Clínica Minerva.

- **Tratamientos farmacológicos y recomendaciones de un programa de rehabilitación no formal**

El tratamiento farmacológico comprende los medicamentos antihipertensivos, antiarrítmicos, anticoagulantes y cualquier otro medicamento que el médico tratante prescriba a pacientes con alguna condición de enfermedad coronaria, cuyo número y complejidad son factores que influyen en la adherencia.

Las recomendaciones de un programa de rehabilitación no formal son las indicaciones que se brindan principalmente en forma verbal al paciente al ser dado de alta y que incluyen, entre otras: ejercicio gradual, dieta baja en grasa, harinas y sal; dejar el cigarrillo si

fuma y el alcohol, controlar el peso bajándolo o manteniéndolo dentro de unos límites. Se denomina programa no formal, porque aunque se dan recomendaciones no hay comprobación de que se dé a todos y de la misma manera y que lo que se ofrezca sea normatizado en su calidad, continuidad y que se haga una evaluación de su comprensión por parte del paciente.

### Objetivo general

Determinar la asociación entre la capacidad de la agencia de autocuidado y la adherencia a tratamientos farmacológicos y recomendaciones de un programa de rehabilitación no formal en personas con alguna condición de enfermedad coronaria que son atendidas en consulta de cardiología en la Clínica Minerva de Ibagué.

### Objetivos específicos

- Medir la capacidad de la agencia de autocuidado mediante la escala de evaluación de la agencia de autocuidado de sujetos con alguna condición de enfermedad coronaria que asisten a consulta de cardiología en la Clínica Minerva.
- Valorar el grado de adherencia a tratamientos farmacológicos y recomendaciones de un programa de rehabilitación no formal de pacientes con alguna condición de enfermedad coronaria mediante una guía de valoración y una escala de registro creada con base en la taxonomía NOC.
- Determinar la asociación entre capacidad de la agencia de autocuidado y la adherencia a los tratamientos mencionados.

## METODOLOGÍA

### Tipo de estudio

El estudio corresponde a un diseño descriptivo de tipo transversal, cuantitativo y de correlación.

### Población y muestra

La población la constituyeron todas las personas adultas, con diagnóstico de enfermedad coronaria, ya fuera infarto agudo de miocardio, con 6 a 12 meses de

haberse presentado el evento, angina, ICC, y que asistieron a consulta de cardiología en la Clínica Minerva de Ibagué en el periodo comprendido entre julio y octubre de 2005.

La muestra la constituyeron 115 personas adultas de ambos sexos con diagnósticos médicos señalados anteriormente.

Esta muestra se seleccionó a partir de la lista de las personas que asisten a consulta de cardiología, y que llenaron los criterios de inclusión para la investigación.

### Instrumentos

#### *Escala de valoración de la agencia de autocuidado*

Elaborada por Isemberg & Evers (4). Se desarrolló para medir el concepto de capacidades de la agencia de autocuidado. La escala se compone de 24 ítemes, con un formato de respuesta de cinco alternativas, donde el número 1 (Nunca) significa el valor más bajo de la capacidad de la agencia de autocuidado y el 5 el más alto (Siempre). Cada individuo puede obtener un puntaje de 24 a 120. La escala ha mostrado ser válida y confiable con diversas muestras de población norteamericana, según reportan Brown West y Vannoy, y utilizada con poblaciones diferentes a la norteamericana para lo cual se ha establecido equivalencia entre la original y la traducción correspondiente.

La validez y la confiabilidad se evaluaron en cuanto a su capacidad para medir lo que dice medir, es decir, en cuanto reflejaron en sus indicadores el concepto mismo, midiendo el fenómeno Capacidades de autocuidado según la concepción y las relaciones entre los conceptos Estado de salud y Agencia de autocuidado.

La confiabilidad del instrumento fue mayor de 0.70 en casi la totalidad de los estudios.

#### *Escala capacidades de la agencia de autocuidado*

Originalmente desarrollada en el idioma inglés, fue traducida al español y validada en esta última versión por Gallegos (4).



### **Escala de valoración del comportamiento de adherencia**

Esta escala fue traducida al español y complementada por la asesora de este trabajo. Se sometió a evaluación sobre su comprensión y claridad por el mismo grupo de enfermeras y enfermeras docentes que calculó la comprensión del instrumento que evalúa la capacidad de la agencia de autocuidado, para que la valoración de la adherencia fuera uniforme para todos los pacientes y se realizara bajo los mismos criterios.

Se registraron las calificaciones en la escala de acuerdo con las respuestas dadas por el paciente. Dentro de la escala, los indicadores 10 y 11, correspondientes a la toma de la tensión arterial y peso, fueron comparados con los valores históricos de dos controles anteriores tomados de la historia clínica, como datos significativos en la verificación del comportamiento de adherencia.

La escala de comportamiento de adherencia original pasó por el proceso de validez de contenido por enfermeras expertas, según método de Fehring (5), en los resultados de intervenciones de enfermería y sus respectivos indicadores y escala semántica (demostrable) en la taxonomía NOC de la Universidad de Iowa de 1997.

## **TÉCNICAS Y PROCEDIMIENTO**

### **Técnicas**

Las técnicas utilizadas para esta investigación fueron la entrevista y la observación directa que correspondió a la toma de signos vitales y del peso.

### **Procedimiento**

- Se tomaron del archivo de consulta de cardiología datos como: edad, sexo, diagnóstico médico confirmado, lista de medicamentos que el paciente registraba en su última consulta, dirección y número de teléfono en la ciudad de Ibagué, y se procedió a llamarlos para obtener el permiso para visitarlos en su hogar y acordar la cita para aplicación de los instrumentos.



- Se contactó una enfermera graduada, quien junto con la investigadora principal revisó los instrumentos, tomó los datos de la historia clínica e hizo ejercicios sobre cómo abordar a los pacientes según la guía, y la forma de responder algunas dudas sin que se indujeran respuestas por parte del investigador.

- Obtenida la cita y confirmada la dirección, el investigador o su auxiliar realizó la visita en el hogar, explicó en qué consistía el estudio, solicitó su consentimiento, se ubicó en un lugar en donde no hubiera interferencia del resto de la familia excepto cuando se llamó a la persona más cercana al cuidado del paciente para confirmar algunos datos específicos en la guía.

- Se hizo entrega de la escala para evaluar la capacidad de la agencia de autocuidado, la cual fue diligenciada en su totalidad por cada uno de los pacientes.

- Se procedió a realizar la valoración mediante la guía y a registrar la calificación de los indicadores en las columnas de la escala de comportamiento de adherencia de acuerdo con las respuestas del paciente y la observación.

- Los valores de TA, FC y peso se compararon con los valores registrados en la historia clínica en su última consulta para determinar empeoramiento o mantenimiento dentro de los límites manejados por el paciente.

- En cuanto a los medicamentos, se verificó objetivamente si conocía el nombre de los medicamentos y la

dosis. Se contrastó la lista enunciada por el paciente con la lista de la prescripción médica.

- Después de cada entrevista se revisaron los instrumentos con el fin de confirmar que se hubieran diligenciado todos los ítemes de cada uno de los instrumentos antes de terminar la visita.

## DESCRIPCIÓN DEL ANÁLISIS

Los datos se manejaron dentro de un programa Excel con el cual se obtuvo el material para realizar el perfil demográfico: edad, sexo, nivel educativo, y del perfil clínico: diagnóstico médico y número de medicamentos.

Los dos primeros objetivos específicos: medir la capacidad de la agencia de autocuidado y valorar el grado de adherencia en el grupo de personas con enfermedad coronaria, en el estudio tuvieron su cumplimiento, y se produjeron datos de los valores totales alcanzados por el sujeto y por el grupo total.

Se evidenció una homogeneidad en esta muestra, en la que para ambos instrumentos se presentaron puntajes hacia el límite superior de las escalas, por lo cual no fue posible establecer rangos; por ello se optó por realizar el análisis por ítem de acuerdo con la mediana de cada uno de ellos.

Dada la importancia de la influencia de los datos del perfil demográfico y del perfil clínico, se hizo análisis de asociación entre algunos de estos factores básicos como edad, escolaridad y diagnóstico médico con la capacidad de la agencia de autocuidado y se exploró la asociación del número de medicamentos, diagnóstico médico, edad y escolaridad con la adherencia.

- En relación con el tercer objetivo orientado a determinar la asociación entre capacidad de la agencia de autocuidado y la adherencia a los tratamientos mencionados se plantearon como hipótesis generales para el estudio las siguientes:

- H1: La adherencia al tratamiento farmacológico y no farmacológico de personas con enfermedad coronaria que son atendidas en la Clínica Minerva de Ibagué se asocia a la capacidad de la agencia de autocuidado de los mismos.

- Ho 2: La adherencia al tratamiento farmacológico y no farmacológico de personas con enfermedad coronaria que son atendidas en la Clínica Minerva de

Ibagué no se asocia a la capacidad de la agencia de autocuidado de los mismos.

Para comprobar esta hipótesis se utilizó la prueba estadística de correlación de Pearson, que fue ejecutada al 95% de confianza. Adicionalmente, para explorar una sugerencia a partir de la revisión teórica, se realizó la asociación mediante una prueba de Chi cuadrado entre número de medicamentos y adherencia.

## RESULTADOS Y DISCUSIÓN

Los datos que se presentan a continuación corresponden a las 115 personas con diagnóstico de enfermedad coronaria que consultaron en la Clínica Minerva de Ibagué durante los meses de julio a octubre de 2005.

### Perfil demográfico

Diversos estudios demuestran que los hombres que presentan dolor torácico, aun sin sospechar que sea de origen coronario, buscan asistencia médica; esto se relaciona con el imaginario que asocia el dolor torácico con problemas del corazón. La prevalencia de la enfermedad coronaria es mucho mayor en los hombres que en las mujeres para cualquier grupo de edad. Estos hechos han influido para que se considere a la enfermedad coronaria como “una enfermedad del sexo masculino” y se ha subestimado el problema en el sexo femenino. La incidencia de la enfermedad coronaria en los hombres entre los 40 y 60 años es superior comparada con la de las mujeres (6).

En los resultados del estudio se puede observar claramente el predominio de la enfermedad coronaria en las personas mayores de 55 años, con el 80%, mientras que en personas de 35 a 44 y de 45 a 55 años fue de 3,5 y 17,4% respectivamente. La edad se ha mostrado como un predictor fuerte para la enfermedad coronaria en ambos sexos. En las mujeres la enfermedad coronaria viene a ser la causa mayor de muerte después de los 55 años de vida. El riesgo de la enfermedad coronaria, según el estudio Framingham, es mayor entre los 40 y 60 años (7). En la mujer la incidencia de enfermedad coronaria viene a ser significativa solo después de los 50 años de edad. Muchos estudios al respecto indican que las razones para el inicio tardío de esta enfermedad

en las mujeres en comparación con los hombres no están completamente entendidas, pero siempre se ha sugerido que se encuentran relacionadas con la función hormonal de los ovarios y algunos de los rasgos de la fisiología reproductiva (6).

La adherencia y la capacidad de la agencia de autocuidado son dos variables que corresponden a comportamientos de salud para los cuales autores como Nelson (8) señalan que los factores socioeconómicos son los factores determinantes más poderosos del estado de salud. La educación como parte del estatus socioeconómico ha reportado una asociación significativa entre nivel educativo y un número de factores de riesgo incluyendo varios de los que acompañan la enfermedad coronaria. La revisión de la literatura sobre promoción de la salud de Palank (9) señala dentro del estatus socioeconómico la educación como una subescala que se ha asociado a los comportamientos de promoción de la salud. A mejor nivel educativo e ingresos, es mayor la posibilidad de participar en los comportamientos de salud. En este grupo la adherencia es semejante para el nivel alto y también para las personas con menor educación.

Este estudio arrojó los siguientes resultados acerca del nivel de escolaridad asociado dentro del perfil demográfico: en primera instancia, las personas con el nivel de básica primaria completa son las de mayor predominancia entre las personas que sufren algún tipo de enfermedad coronaria, conformando el 26%, mientras que las personas sin escolaridad constituyen solo el 5,2%. Además, se obtuvieron resultados no muy distantes entre sí de los siguientes niveles de escolaridad: bachillerato completo, primaria completa y universitaria, con valores de 16,5, 12,2, y 17,4% respectivamente, mientras que con bachillerato completo el valor fue de 22,6%.

### Perfil clínico

Dos elementos esenciales para la adherencia, entre otros, se reportan en la literatura como influyentes en la adherencia a los tratamientos: el régimen terapéutico –cuya duración y complejidad contribuyen a ese comportamiento en forma adversa– y las condiciones de salud. [Sabaté, 2003 (1), Rubin, 2005 (10), Keaton,

2001 (11), Kontz, 2001 (12), Vlasnik, 2005 (13), Fernández, 2005 (14), Blue Cross, 2003 (15)].

Se observa el predominio de regímenes que incluyen de 5 a 8 medicamentos con un 70%, en tanto que el tratamiento más sencillo (2 a 4 medicamentos) se presenta en un 18,26% en toda la muestra. El 12,17% restante corresponde a un esquema muy complejo de medicamentos equivalente a 9-11 medicamentos. De lo anterior se podría esperar que con relación a la complejidad de los tratamientos, prácticamente el 82% de la muestra debería mostrar una posición desventajosa en la adherencia, dado que a mayor complejidad del régimen se espera una adherencia menor (1). En este grupo la adherencia se muestra alta a pesar de la complejidad de los tratamientos.

Según el diagnóstico médico, dentro del grupo estudiado se pudo observar que el 45,2% padece de enfermedad coronaria con tratamiento convencional, es decir, especialmente mantiene un tratamiento farmacológico y no farmacológico; el 29,6% enfermedad coronaria con tratamiento intervencionista y el 25,2% falla cardiaca. Sin embargo, el manejo médico para la enfermedad coronaria es similar para estos dos últimos grupos estudiados.

### La capacidad de la agencia de autocuidado

Una vez determinados los valores alcanzados por los sujetos para la capacidad de la agencia de autocuidado, se encontró que estos oscilaban entre 75 y 120 puntos frente a 24 y 120, valores mínimo y máximo de la escala, hallándose valores altos para casi todos los sujetos, circunstancia esta no concordante con las relaciones encontradas en pacientes de países desarrollados como Holanda, Suecia y Noruega, donde sí se ha confirmado que el estado de salud como factor básico condicionante se asocia con la capacidad de la agencia en forma positiva. También Gallegos confirmó esta relación al realizar la prueba de validez del instrumento en su versión al español (4).

Teniendo en cuenta lo anterior, se procedió a establecer otras formas de analizar los valores obtenidos mediante la observación de la distribución de la

mediana según los ítemes para examinar cuáles de ellos mostraron posiciones desventajosas que pudieran prestarse a comentarios y a sugerencias posteriores según su posición por debajo o por encima de la mediana:

- Los pacientes requieren una orientación más personalizada para buscar mejores formas de cuidar su salud que las que tienen ahora.
- La condición del paciente frente al ejercicio y al descanso no se percibe con claridad en este grupo a causa de los requerimientos de energía necesaria para suplir esta actividad que en muchos de ellos se encuentra disminuida.
  - El paciente coronario tiende a fijar su atención en el sistema cardiovascular y no en todo su cuerpo para examinarlo y notar cambios, atribuible quizás a que la atención que recibe se centra en el aparato cardiorrespiratorio principalmente.
  - El interés de estos pacientes en la dieta se centra mayormente en el consumo de sal, grasas y carbohidratos, pero nunca en relación con el mantenimiento del peso.

### La agencia de autocuidado según datos del perfil clínico

Para explorar de una manera más amplia la capacidad de la agencia de autocuidado en relación con algunos factores básicos condicionantes, del perfil demográfico y clínico, se propusieron análisis adicionales que asocian dicha capacidad con los elementos edad, escolaridad, diagnóstico médico.

- Se puede sugerir una influencia muy discreta de la edad en la capacidad de la agencia de autocuidado. Esto confirma en parte lo sugerido por Orem en el sentido de que la edad es un factor básico condicionante del autocuidado y por lo mismo de la capacidad de la agencia de autocuidado.
- La escolaridad no mostró ninguna asociación con la capacidad de la agencia de autocuidado en este grupo de personas estudiadas, aun cuando algunos autores han relacionado los niveles de educación más altos con comportamientos y promoción de la salud más favorables.

- De los tres grupos clasificados según su diagnóstico, el grupo que se clasificó bajo diagnóstico de enfermedad coronaria con tratamiento convencional fue el que mostró el más alto nivel de la capacidad de la agencia de autocuidado; de una manera discreta. Este hecho confirma la relación positiva que existe entre el estado de salud y la capacidad de autocuidado; en este caso el grupo de más independencia y funcionalidad física tiene posibilidades de mostrar una capacidad de agencia de autocuidado ligeramente más alta.

### La adherencia

Al hacer análisis de asociación entre algunos factores del perfil demográfico y del perfil clínico se observó que la edad en el grupo no mostró influencia sobre la adherencia. Sabaté (1) refiere que los atributos de los pacientes, como edad, educación, ocupación, ingresos, raza, religión y ubicación rural o urbana no han mostrado una asociación definitiva con la adherencia. Tal hecho también se observa en este grupo (1).

Los grupos extremos en el nivel educativo muestran comportamientos de adherencia muy similares; por ello no se puede concluir que la educación afecta la adherencia en este grupo, aun cuando la literatura sugiere que si los pacientes pueden entender las instrucciones orales y escritas de su tratamiento hay mayor posibilidad de que el paciente se adhiera (Kontz, 1991) (12). El conocimiento específico de los medicamentos es, aunque por poco tiempo, un factor que facilita la adherencia.

Con relación al diagnóstico médico de enfermedad coronaria en los tres grupos y la asociación con la adherencia, el resultado de la prueba no mostró diferencias entre ellos, por lo que se concluyó que la condición clínica desde la perspectiva médica no se aprecia como influencia entre la adherencia en este estudio.

Al analizar la adherencia respecto del número de medicamentos que ingiere el paciente diariamente, se puede observar que el grupo más homogéneo y simétrico es el de las personas que toman entre 9 y 11 medicamentos al día. Aunque la adherencia no es mala, es más baja en relación con los otros dos grupos. Esto se debe a que el riesgo de poca adherencia aumenta con la duración y complejidad de regímenes de tratamiento, y



estos dos elementos son inherentes a las enfermedades crónicas (12).

### **Correlación entre agencia de autocuidado y adherencia**

El tercer objetivo específico pretendió determinar la asociación entre la capacidad de la agencia de autocuidado y la adherencia a los tratamientos farmacológicos y no farmacológicos mencionados en pacientes con alguna condición de enfermedad coronaria.

Se encontró que el valor de correlación fue de 0.515, el cual indica una correlación directa y moderada entre la agencia de autocuidado y la adherencia. Esta correlación mostró ser estadísticamente significativa ( $P= 0.000$ ). Con este resultado se comprobó la hipótesis propuesta de la existencia de una relación entre la capacidad de la agencia de autocuidado y la adherencia en este grupo. Aun cuando no se encontraron estudios que señalen una relación directa entre la adherencia y la capacidad de la agencia de autocuidado, este estudio se apoyó en este fenómeno, pues la literatura sugiere que comportamientos de autocuidado, especialmente en estados de desviación de la salud, tienen que ver con comportamientos relacionados con el conocimiento que se tiene de la enfermedad, de los tratamientos, de los cambios que se esperan para adaptarse a las circunstancias de la enfermedad; todos ellos también expresados como factores que influyen en la adherencia, y que a su vez coinciden con varios de los llamados factores básicos condicionantes en la teoría del déficit del autocuidado (1, 12, 16).

### **Correlación entre la adherencia total y el número de medicamentos**

Adicionalmente se estableció la correlación entre la adherencia total y el número de medicamentos, obteniéndose un valor de  $r = 0.202$ . El valor de la correlación indica una relación inversa, leve y significativa ( $P = 0.030$ ) entre las dos variables; es decir que al incrementar el número de medicamentos se disminuye la adherencia. Esto apoya lo que se comentó anteriormente en el sentido de que existe una correlación

inversa entre el número de medicamentos y la adherencia.

### **CONCLUSIONES**

Los resultados en este estudio permiten concluir:

Respecto al perfil demográfico y al perfil clínico:

- Los sujetos del estudio mostraron –al igual que lo reportado en otras investigaciones– que con relación al sexo, el masculino es el que predomina en la enfermedad coronaria.

- La edad fue un elemento marcado. La edad que predominó fue la de adultos de más de 55 años, lo que también coincide con los estudios realizados en esta área por otros autores.

- Predominó el nivel educativo más alto, con un 40%, comprendido por el bachillerato completo y estudios universitarios, lo cual daría pie para justificar en parte los valores altos de las variables capacidad de la agencia de autocuidado y adherencia en el estudio, si se tiene en cuenta que algunos estudios han reportado el nivel educativo como un factor que facilita los comportamientos favorables hacia la salud.

- A los pacientes con un régimen de medicamentos 5-8, que no es el más alto pero sí el que prevaleció en el estudio, debería corresponderle una adherencia baja teniendo en cuenta que a mayor complejidad de régimen se espera una adherencia baja, hecho que no se presentó en este estudio.

- Se podría pensar que cada uno de los diagnósticos médicos no presentan diferencia entre sí, y que todos tienen la posibilidad de experimentar una susceptibilidad acerca de su enfermedad y de la gravedad de la misma, lo que apoyaría en todos una conducta de adherencia que se refleja en los niveles altos de la misma.

En relación con la capacidad de la agencia de autocuidado y su asociación con datos del perfil demográfico y perfil clínico:

- La capacidad de la agencia de autocuidado en todos los sujetos del estudio se mostró alta, hecho que no corresponde al estado de salud de personas con enfermedad coronaria en diversos estadios, puesto que lo esperado es que el estado de salud afecta la agencia de

autocuidado, siendo baja en aquellos que se encuentran más enfermos.

- De acuerdo con el análisis, se puede sugerir una influencia muy discreta de la edad en la capacidad de la agencia de autocuidado; esto confirma en parte lo expresado por Orem acerca de que la edad es un factor básico condicionante del autocuidado, y por lo mismo de la capacidad de la agencia de autocuidado.

- Como ya se mencionó, de los tres grupos clasificados según su diagnóstico, el grupo que se clasificó bajo diagnóstico de enfermedad coronaria con tratamiento convencional fue el que mostró el más alto nivel de la capacidad de la agencia de autocuidado; esto confirma que el grupo que manifiesta más independencia y funcionalidad física tiene mayores posibilidades de mostrar una capacidad de agencia de autocuidado ligeramente más alta.

- La escolaridad no mostró correlación con la capacidad de la agencia de autocuidado en este grupo de personas estudiadas, aun cuando ciertos autores han asociado los niveles de educación más altos con comportamientos y promoción de la salud más favorables.

Sobre la adherencia y su asociación con datos del perfil demográfico y perfil clínico:

- La adherencia se mostró francamente alta, en un nivel cercano al valor máximo, lo cual puede considerarse un aspecto favorable en el grupo de estudio, posiblemente atribuible a las características de los servicios del cuidado de la salud en la consulta de cardiología, los cuales constituyen un factor favorable para la adherencia (1).

- La edad en este grupo no mostró influencia sobre la adherencia.

- Con relación al diagnóstico médico de enfermedad coronaria en los tres grupos y la asociación con la adherencia, el resultado de la prueba no mostró diferencias entre ellas, por lo que se concluyó que la condición clínica desde la perspectiva médica no se aprecia como influencia entre la adherencia en este estudio.

- En el grupo la diferencia de nivel educativo no mostró influencia sobre la adherencia puesto que en niveles muy opuestos de educación, como universitario y primaria incompleta, la adherencia fue similar.

- Del análisis que relaciona la adherencia con el número de medicamentos, se puede concluir que el número de medicamentos tiene aparentemente una leve influencia sobre la adherencia en este grupo, hecho que es ampliamente documentado en la literatura: a mayor complejidad de los regímenes terapéuticos, se hace más difícil la adherencia a dichos tratamientos.

Acerca de la correlación entre la capacidad de la agencia de autocuidado y la adherencia:

- En este estudio se pudo confirmar una relación positiva moderada entre la capacidad de la agencia de autocuidado y la adherencia, lo que inicialmente se había sospechado; es decir que la adherencia y la capacidad de la agencia de autocuidado son comportamientos positivos que coexisten con características similares en personas con enfermedad coronaria.

- Se confirmó igualmente que la complejidad del régimen terapéutico tiene influencia en la adherencia, aun cuando en este estudio se mostró en una forma leve pero positiva concordante por lo expresado en otras investigaciones.

## REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- (1) SABATÉ, Eduardo. Adherence to long-term therapies, Evidence for action. Switzerland: World Health Organization, 2003, p. 196.
- (2) TAYLOR, Susan G. Teoría del Déficit de Autocuidado. OREM, Dorothea. En: Ann Mariner Modelos y teorías en Enfermería. Cuarta Edición. Madrid: Harcourt, 2000, p. 177.
- (3) FAWCETT, Jacqueline. Analysis and Evolution, of Contemporary Nursing Knowledge. En: Nursing Models and Theories. Philadelphia: Navis Co., 2000. Cap. 8.
- (4) GALLEGOS, Ester. Validez y confiabilidad de la versión en español de la escala: valoración de las capacidades de autocuidado. En: *Desarrollo Científico de Enfermería*. Monterrey, México. Vol. 6. No. 9. Oct. 1998, pp. 260-266.
- (5) JOHNSON, Marion. MAAS Meridean. Nursing outcomes Classification (NOC). San Louis: Mosby, 1997, pp. 37-39.
- (6) MATIZ CAMACHO, Hernando. Enfermedad coronaria en la mujer. En: *Enfermedad coronaria*. Bogotá: Kimpres Ltda., 2002, p. 757.
- (7) MARÍN ARBELÁEZ, Fernando. Factores de riesgo coronarios. En: *Enfermedad coronaria*. Bogotá: Kimpres Ltda., 2002, p. 757.

- (8) NELSON, Martha A. Empobrecimiento económico como un riesgo para la salud: aspectos metodológicos y conceptuales. *Advances and Nursing-Science*. 1994; 16 (3), pp. 1-12.
- (9) PALANK, Christine. Determinantes de comportamientos de promoción de la salud: una revisión de la investigación actual. *Clínicas de enfermería de Norteamérica*. Dic. 1991, pp. 815-827.
- (10) RUBIN, Richard. Adherence to pharmacologic therapy in patients with type 2 diabetes mellitus. En: *The American Journal of Medicine*. Vol. 118 (54), 2005, pp. 275-345.
- (11) KEATON, Kristy Baird y PIERCE, Linda. Adherenc to Cardiac Teherapy for men with Coronary arteri disease. En: *Rehabilitation nursing*. 26,6 Pro quist Medical library. Nov-Dec, 2001.
- (12) KONTZ, Mary. A proposed model for assesing compliance with the unitary man/homen. Framenwork based on an analysis op the concept of compliance. En: Rose Mary Carrell-Johnson Editor, *Classification of Nursing Diagnoses, Proceedings of the Ninth conference*. Philadelphia, 1991, pp. 161-171.
- (13) VLASNIK, Jan. Medication Adherence. Factors influencing compliance with prescribed medication plans. March-April, 2005; TCM 47-51.
- (14) FERNÁNDEZ RODRÍGUEZ, Concepción. La adhesión a los tratamientos terapéuticos. *Iber Psicología*, 2005, pp. 1-12.
- (15) BLUE, Cross. Blue Shield Association. Special Interventions to improve patient adherente with medication of cronic cardiovascular disorders. Assessment program Vol. 18. N° 12. Nov. 2003.
- (16) TAYLOR, Susan G. Teoría del déficit de autocuidado. En: MARRINER-TOMEY, A. *Modelos y teorías en Enfermería*, 4<sup>a</sup>. ed. Madrid: Harcourt, 2000, p. 555.