

**Agencia de autocuidado y su relación con la adherencia al tratamiento en
funcionarios universitarios con factores de riesgo cardiovascular
modificable 2014.**

**María Alejandra Cabrera Cedeño
Kevin Alejandro Gómez Gonzales**

Trabajo de Investigación para optar al título de enfermeros

Asesor:

Jorge Eliecer Rodríguez Marín
Enfermero Especialista en Cuidado Crítico del Adulto. Docente Programa
Enfermería de la Universidad Católica de Manizales. Integrante Grupo de
Investigación de Enfermería

**Universidad Católica de Manizales
Facultad de Ciencias de la Salud
Programa de Enfermería
Manizales
Octubre 2014**

AGRADECIMIENTOS

Queremos agradecer ante todo a Dios, a nuestras familias, novio(a) y amigos, por permitir que esta meta se hiciera realidad y poder optar al título de Enfermeros Profesionales por medio de un proyecto de investigación, por el tiempo en los cuales no pudimos estar con ellos por estar dedicados a este sueño que hoy se nos cumple. A los asesores de práctica nuestro mayor cariño y agradecimiento por su paciencia y dedicación para poder culminar con este proyecto que sin duda nos llena de felicidad. Al estadista que fue un asesor indispensable para poder elaborar los resultados. A los docentes del programa de Enfermería por darnos el tiempo para poder cumplir los compromisos del proyecto y a la Universidad Católica de Manizales por apoyar nuestra investigación y así lograr esta meta.

TABLA DE CONTENIDO

1. INFORMACIÓN GENERAL GRUPO DE INVESTIGACIÓN AL CUAL ESTÁ ADSCRITO EL PROYECTO.....	8
2. INFORMACION GENERAL DE PROYECTO.....	9
3. RESUMEN.....	10
4. ABSTRACT.....	11
5. DESCRIPCION DEL PROYECTO	
5.1 PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA.....	12
5.2 JUSTIFICACIÓN.....	16
5.3 OBJETIVOS	
5.3.1 Objetivo General.....	19
5.3.2 Objetivos específicos.....	19
5.4 MARCO TEORICO.....	19
- EPIDEMIOLOGIA DE LA ENFERMEDAD CARDIOVASCULAR	19
- FACTORES DE RIESGO CARDIOVASCULAR.....	20
- AUTOCUIDADO.....	23
- AGENCIA DE AUTOCUIDADO Y SU RELACION CON EL RCV	25
- ESCALA VALORACION ASA.....	26
- ADHERENCIA AL TRATAMIENTO FARMACOLOGICO Y NO FARMACOLOGICO.....	28
- AUTOCUIDADO Y SU RELACION CON EL TRATAMIENTO FARMACOLOGICO Y NO FARMACOLOGICO.....	29
- INSTRUMENTO PARA EVALUAR LA ADHERENCIA A LOS TRATAMIENTOS EN PACIENTES CON FACTORES DE RCV.	30
6. MARCO ETICO.....	31
7. ANTECEDENTES.....	32
8. METODOLOGIA PROPUESTA.....	37
8.1 POBLACION.....	37
8.2 MUESTRA.....	37
8.3 CRITERIOS DE INCLUSION.....	37
8.4 CRITERIOS EXCLUSION.....	37
8.5 VARIABLES PENDIENTES.....	38
8.6 RECOLECCION DE LA INFORMACION.....	38
9. IDENTIFICACION DE LA AGENCIA DE AUTOCUIDADO.....	39
10 IDENTIFICACIÓN ADHERENCIA AL TRATAMIENTO FARMACOLÓGICO Y NO FAMACOLOGICO.....	39

11. ANALISIS DE LA INFORMACION.....	40
12. CONTROL DE SEGOS.....	41
13. CRONOGRAMA DE ACTIVIDADES.....	41
14. RESULTADOS.....	42
14.1 RESULTADOS SOCIODEMOGRAFICOS.....	42
14.2 ANALISIS ESCALA ASA.....	46
14.3 FIABILIDAD ESCALA ASA.....	48
14.4 ANALISIS INSTRUMENTO ADHERENCIA AL TRATAMIENTO....	49
14.5 FIABILIDAD INSTRUMENTO ADHERENCIA.....	51
15. DISCUSIÓN.....	54
16. ESTRATEGIA DE DIFUSION Y COMUNICACIÓN.....	57
17. CONCLUSIONES.....	58
18. RECOMENDACIONES.....	59
19. REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS.....	60

LISTA DE TABLAS

Tabla 1. Clasificación de la presión arterial.....	22
Tabla 2. Cronograma de actividades.....	41
Tabla 3. Puntaje estadístico	46
Tabla 4. Alfa de Cronbach ASA.....	48
Tabla 5. Frecuencias adherencia al tratamiento.....	50
Tabla 6. Alfa de Cronbach Adherencia.....	51
Tabla 7. Saturaciones en componentes	52

LISTA DE GRÁFICOS

Gráfico 1. Distribución por Género.....	43
Gráfico 2. Distribución por Edad.....	43
Gráfico 3. Distribución por Índice de masa corporal.....	44
Gráfico 4. Hipertensión Arterial grupo funcionarios.....	44
Gráfico 5. Dislipidemia en el grupo de funcionarios.....	45
Gráfico 6. Tabaquismo en el grupo de funcionarios.....	45
Gráfico 7. Nivel de Agencia	48
Gráfico 8. Adherencia al tratamiento.....	49
Gráfico 9. Saturación de componentes.....	52
Gráfico 10. Diagrama conjunto de puntos.....	53
Gráfico 11. Diagrama correlacional adherencia y sociodemográfico.....	54

LISTA DE ANEXOS

Consentimiento informado	68
Autorización para utilizar el instrumento de adherencia al tratamiento.....	71
Autorización para utilizar escala asa	72
Instrumento adherencia al tratamiento.....	73
Escala ASA.....	77



**VICERRECTORÍA ACADÉMICA
 CENTRO INSTITUCIONAL DE INVESTIGACIÓN, PROYECCIÓN Y
 DESARROLLO**

**1. INFORMACIÓN GENERAL GRUPO DE INVESTIGACIÓN AL CUAL
 ESTÁ ADSCRITO EL PROYECTO**

Facultad: Ciencias de la Salud **Programa Académico:** Enfermería

Nombre del Grupo: Grupo de investigación en Enfermería GRIEN-UCM

Líder del grupo: Claudia Liliana
 Valencia Rico.

Dedicación: Tiempo Completo.

Código GrupLac:

**Reconocido
 COLCIENCIAS: Si
 Escalafón: D**

**Acuerdo Institucional
 010 de julio 16 de 2007**

Líneas de Investigación:

1. Cuidado de la Salud y la Vida Humana

Investigador

**Dedicación
 TC**

Co-investigador

**Dedicación
 TC**

Grupo conformado en Noviembre de 2006 e institucionalizado el 16 de julio de 2007.



**VICERRECTORÍA ACADÉMICA
 CENTRO INSTITUCIONAL DE INVESTIGACIÓN, PROYECCIÓN Y
 DESARROLLO**

2. INFORMACIÓN GENERAL DEL PROYECTO

Título: “Agencia de autocuidado y adherencia al tratamiento en funcionarios universitarios con factores de riesgo cardiovascular modificable 2014”

Proyecto Investigación Semillero

Estudiante María Alejandra Cabrera Cedeño	Trabajo de Grado: X Semillero: X Semillero Investigación LUMINARES.
Estudiante Kevin Alejandro Gómez González	Trabajo de Grado: X Semillero: X Semillero Investigación LUMINARES.

Línea de Investigación: Cuidado de la salud y la vida humana

Área de conocimiento a la que aplica: Enfermería

Programa de Posgrado al que se articula:

Lugar de Ejecución del Proyecto: Universidad Católica de Manizales
Ciudad: Manizales **Departamento:** Caldas

Duración del Proyecto (periodos académicos): 2

Tipo de Proyecto:
Inv. Básica: x **Inv. Aplicada:** **Dilo Experimental o Tecnológico:**

Financiación Solicitada:
Valor solicitado UCM:
Valor Contrapartida:
Valor Total:

Nombres Completos, dirección electrónica, teléfono e instituciones de hasta 4 investigadores expertos en el tema de la propuesta y que estén en disposición de evaluarla.

RESUMEN

La agencia de autocuidado es la capacidad que tiene un individuo para cuidar de sí mismo, así también la adherencia al tratamiento se conoce como el grado de comportamientos que corresponden a las recomendaciones del personal de salud, por tanto estos dos comportamientos se encuentran altamente relacionados ya que la adherencia a un tratamiento hace parte de la agencia de autocuidado de la persona. El presente artículo pretende describir la relación existente entre el proceso agencia de autocuidado y la adherencia al tratamiento farmacológico y no farmacológico de los funcionarios de la Universidad Católica de Manizales, que presentaban factores de riesgos cardiovasculares modificables. **Metodología:** Estudio con enfoque cuantitativo de tipo descriptivo y correlacional, con diseño no experimental, con una población conformada por un total de 41 funcionarios universitarios con factores de riesgo cardiovascular modificable y con tratamiento farmacológico y no farmacológico. La muestra se tomó de manera no probabilística. Para la medición del nivel de agencia de autocuidado, se aplicó de manera individual, la escala de Valoración de Agencia de Autocuidado (ASA) y el Instrumento para evaluar los factores que influyen en la adherencia a los tratamientos farmacológico y no farmacológico en pacientes con factores de riesgo de enfermedad cardiovascular versión 3. **Resultados:** Del total de la muestra se encontró que el 65.8% corresponden a funcionarios hombres y el 34% correspondes a mujeres. La distribución por edad se encuentra que el 17,07% corresponde a adultos jóvenes, el 75.61% a adultos maduros y el 7.32% a adultos mayores. El índice de masa corporal arrojo que el 0,00% tiene delgadez, el 31,71% tienen un adecuado índice de masa corporal, el 34,15% se encuentran en sobrepeso y el 34,15% en obesidad. En cuanto a la hipertensión se encontró que el 55,00% corresponde a funcionarios hipertensos y el 45,00 no hipertensos. La dislipidemia se encontró que el 56,1% contestaron de manera afirmativa y el 43,9% de manera negativa, dentro de los hábitos de vida el 7.32% son personas fumadoras y el 92,68%. En cuanto a los resultado arrojados de agencia de autocuidado se encontró que la muestra obtenida fue un total de 41 funcionarios con al menos un factor de riesgo cardiovascular y un tratamiento farmacológico o no farmacológico instaurado para su control, Se obtuvo un rango de respuesta entre 60 como puntaje mínimo y 96 como puntaje máximo, con un promedio 76 puntos que indican una adecuada agencia de autocuidado por parte del 100% de la población que participo en el estudio, en cuanto al instrumento de adherencia se encontró que el 2.44% de los funcionarios no tenían comportamientos de adherencia, el 51,22% presentan riesgo de no adherencia y solo el 46,34% tenían ventaja de adherencia al tratamiento farmacológico y no farmacológico. El promedio de respuesta en los funcionarios estudiados fue de 83, 5 puntos que es equivalente a un riesgo de no desarrollar comportamientos de adherencia. Se concluye que no existe una relacion lineal entre la agencia de autocuidado y la adherencia al tratmaiento

farmacológico puesto que el 100% de los funcionarios posee una alta agencia de autocuidado, pero tan solo un 46,34% tenían ventaja de adherencia al tratamiento.

Palabras clave: Autocuidado, adherencia al tratamiento, riesgo cardiovascular, tratamiento, funcionario.

ABSTRACT

The self-care agency is the ability of an individual to take care of himself, so adherence is known as the degree of behavior that correspond to the recommendations of health, so these two behaviors are highly related and that adherence to treatment is an agency of the individual self. **Methodology:** It is a descriptive and co-relational quantitative approach study, with a non-experimental design, covering a total population of 41 university professors and administrators with modifiable cardiovascular risks, who are through pharmacological and non-pharmacological treatment. The sample was taken in a non-probabilistic manner. To measure the self-care agency level, the Appraisal of Self-care Agency Scale (ASA), and the instrument to assess the factors that influence on the pharmacological and non-pharmacological compliance in patients with cardiovascular disease risk factors version 3, were applied individually. **Results:** 65,8% out of the total sample are men and 34% are women. 17,07% are young adults, 75,61% are mature adults and 7,32% are older adults. The body mass index shows that 0,00 % are underweight, 31,71% have a normal healthy BMI, 34,15% are overweight and 34,15% are obese. Regarding Hypertension, 55,00% are hypertensive and 45,00% are non-hypertensive. Dyslipidemia was found to be positive in 56,1% of the population, and negative in 43,9%. In relation to life habits, 7,32% are non-smokers and 92,68% are smokers. Regarding the self-care agency, the results show that the sample of 41 University professors and administrators presents at least one cardiovascular risk factor and a pharmacological or non-pharmacological treatment established for their control. The range of answers gotten were between 60, as a minimum score, and 96, as a highest score, with an average of 76 marks, which indicates an adequate self-care agency by the 100% of the population that participated in this study. The Compliance Instrument found that 2,44% of the professors and administrators did not have Compliance behavior, 51,22% present No-Compliance risk, and only 46,34% have advantage over pharmacological and non-pharmacological treatment compliance. The point average of the answers gotten was 83,5, which is equivalent to a No-Compliance behavior risk. We conclude that there is no linear relationship between self-care agency and adherence to pharmacological treatment since 100% of funcionarios has high self-care agency, but only one had an advantage of 46.34% adherence.

Key Words: Self-care, treatment compliance, cardiovascular risk, treatment, professor and administrator.

DESCRIPCIÓN DEL PROYECTO

PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA. PREGUNTAS DEL CONOCIMIENTO

La estructura social en la que actualmente el hombre se desenvuelve y el modelo capitalista que se ve impuesto, altera su estilo de vida modificando principalmente la actividad física, sus hábitos alimenticios, descanso y manejo del tiempo libre; este modelo económico vigente que se rige por una sociedad de consumo guiada por la alta demanda publicitaria, influencia directamente a la persona sobre las decisiones que ella toma independiente que sean beneficiosas o no para su salud.

La persona al dejarse influenciar por la sociedad de consumo y el círculo social al cual pertenece, adopta hábitos de vida no saludables, que pueden generar la presencia de factores de riesgo cardiovascular modificables como: tabaquismo, sedentarismo, alcoholismo, consumo de alimentos ricos en carbohidratos y grasas como lo son las comidas rápidas, conllevando a estados de obesidad, estrés, hipertensión arterial, diabetes mellitus y dislipidemias.

Para simplificar podríamos decir que un factor de riesgo es “cualquier rasgo, característica o exposición guiada de un individuo que aumente su probabilidad de sufrir una enfermedad o lesión” (1). Aún así se debe tener presente que cada individuo cuenta con factores de riesgo no modificables como el sexo, la edad y antecedentes familiares (genética), que influyen directamente en que la persona pueda o no presentar una enfermedad cardiovascular.

Si bien es conocido que los factores de riesgo cardiovascular se desarrollan a partir de hábitos de vida no saludable, la Organización Mundial de la Salud, refiere “que la actividad física recurrente, una dieta balanceada, evitar el consumo de tabaco y alcohol, ayuda a que la persona se encuentre en un estado óptimo de salud; y al encontrarse en este estado de óptima salud disfrutara física, mental, social y psicológicamente del mundo en el cual vive inmerso (2).

Los hábitos de vida no saludables, han incrementado la aparición de enfermedades crónicas no transmisibles específicamente todas las de origen cardiovascular. Según los reportes que plantea el ministerio de protección social a nivel nacional se muestra en la actualidad, que la enfermedad cardiovascular es la principal causa de muerte tanto en hombres como en mujeres mayores de 45 años o más, e incluso supera las muertes violentas o por cánceres combinados. A nivel Regional y local, la dirección territorial de salud en su perfil epidemiológico revela que la primera causa de mortalidad es la enfermedad coronaria (3).

Correlacionando lo anterior en la encuesta nacional de la situación nutricional (ENSIN 2010) explicita que “el exagerado aumento del sobrepeso y la obesidad en adultos de 18 a 64 años, teniendo prevalencia en mujeres, es factor que contribuye a la presencia de enfermedades de tipo cardiovascular” (4).

El sedentarismo es un factor determinante en la aparición de obesidad, sin embargo por sí solo no conlleva a que se presente un factores de riesgo cardiovascular; la ingesta calórica es cada vez mayor encontramos comida rápida de mayor tamaño y cantidad que son ingeridas de manera rutinaria, asociando lo anterior a los roles que desempeñan los individuos dentro de sus círculos sociales, que implica menor tiempo libre y la no realización de actividad física, esto lleva a un desbalance entre el aporte calórico y su consumo, que trae como consecuencia la formación de reservas de grasa, las cuales son las causantes de las diferentes dislipidemia y la generación de hipertensión arterial, diabetes y por tanto la aparición de los diferentes factores de riesgo cardiovascular.

Los diferentes funcionarios de la Universidad Católica de Manizales, independiente del nivel de actividad física que desarrollan al interior de las labores propias de su cargo, presentan factores de riesgo, como el estrés que generan sus actividades, el consumo de tabaco y en mayor medida el sedentarismo y la obesidad, lo cual exhibe mayor peligro de padecer de síndrome metabólico, diabetes mellitus, hipertensión arterial, constituyentes del aumento del riesgo cardiovascular. Teniendo presente que los estilos de vida, en especial los no saludables son determinantes en el aumento del riesgo cardiovascular y en la aparición de enfermedades cardiovasculares, que a nivel mundial representan el índice más alto de las muertes mundiales, Colombia no es un caso aislado durante el período de 1990-2005 la mortalidad por enfermedades crónicas aumento del 59% al 62,6%; dentro de esta mortalidad se encuentra la de origen cardiovascular representado por el 29,55% del total de esas muertes(5); se deduce entonces que los hábitos de vida saludable dependen en gran medida de las prácticas y la agencia de autocuidado que presenta la persona, sin embargo estas datos no se conocen al interior de los funcionarios universitarios.

La agencia de autocuidado según Orem, implica un proceso de participación dinámico por parte de la persona en el cuidado de su propia salud. Proceso mediante el cual el individuo discierne sobre los factores que deben ser controlados o tratados para autorregularse, decide lo que puede y debería hacer, valorar y reflexionar sobre las capacidades específicas para mejorar sus acciones de autocuidado. El objetivo principal de estas decisiones y acciones es satisfacer las necesidades de autocuidado a lo largo del tiempo y/o en situaciones de alteración del estado de salud (6).

El déficit del autocuidado no es un dato que solo se atribuye a los diferentes sistemas sanitarios, esta problemática es propia de cada persona, ya que las actividades de la vida diaria, el nivel educativo y socioeconómico influyen de manera directa en que la persona realice una adecuada agencia de autocuidado; la promoción de los hábitos de vida saludables se realiza de una manera que no compromete al paciente, ni su círculo familiar e incluso social, el déficit de autocuidado puede entonces afectar la adherencia al tratamiento tanto farmacológico y no farmacológico. Remitiéndonos a la definición de autocuidado podemos decir que la adherencia al tratamiento es una consecuencia de la valoración y reflexión que hace el individuo de su problema particular y como consecuencia decide realizar o no la respectiva indicación médica o no, lo cual se conoce como adherencia, por lo cual esta adherencia estaría correlacionada con la agencia de autocuidado.

Para precisar cómo se relacionan la agencia de autocuidado y la adherencia al tratamiento debemos conocer esta última, la Organización Mundial de la Salud (OMS) define la adherencia como “el grado en que el comportamiento de una persona (tomar el medicamento, seguir un régimen alimentario y ejecutar cambios del modo de vida) se corresponde con las recomendaciones acordadas de un prestador de asistencia sanitaria”(7); esto en concordancia con lo escrito por Haynes y Sackett, que hacen referencia a la adherencia como la conducta del paciente en relación con la toma de medicación, seguimiento de una dieta o la modificación de su estilo de vida, que coinciden con las indicaciones dadas por su médico.(8) En contraste, el incumplimiento es la falta de conductas hacia lo terapéutico, influido por múltiples factores como los relacionados con el paciente, el profesional, sistema sanitario, enfermedad y con los propios fármacos.

En un estudio realizado por Arleth Herrera sobre los factores que influyen en la adherencia al tratamiento farmacológico y no farmacológico en pacientes con riesgo cardiovascular, se encontró que en su mayoría presentaba una adecuada adherencia al tratamiento farmacológico y no farmacológico (9), por otra parte Rodríguez Acelas y Gómez Ochoa reportaron en su estudio que el 80,8% de los pacientes presentan alto riesgo de no adherirse y el 6,4% no presentan adherencia (10). De lo anterior cabe aclarar que la adherencia al tratamiento se evalúa de acuerdo a 5 dimensiones propuestas por la Organización Mundial de la Salud en el 2004, definidos en el documento Adherencia a los Tratamientos a Largo Plazo “Pruebas para la Acción”, estas dimensiones se definen así:

- Factores relacionados a los aspectos socioeconómicos
- Factores relacionados al sistema y equipo de salud
- Factores relacionadas con el tratamiento
- Factores e intervenciones relacionadas con la afección
- Factores e intervenciones relacionadas con del paciente.

Al evaluar las dimensiones se determina que cada una puede interferir de manera

independiente o interdependiente con la adherencia al tratamiento (11).

Recapitulando la agencia de autocuidado y la adherencia al tratamiento, son consecuencia de comportamientos humanos que implican compromiso y responsabilidad de las personas para el mantenimiento de su salud. Para entender mejor la no adherencia al tratamiento que es un factor susceptible de ser modificable y compromete a la persona en los resultados de los tratamientos instaurados, debemos evaluar la interrelación existente entre esa adherencia al tratamiento en sus diferentes dimensiones y la agencia de autocuidado.

Como se indicó la adherencia al tratamiento puede verse afectada por factores relacionados con la persona, su tratamiento, el sistema de salud y su situación socioeconómica. Es por ello que las ocupaciones laborales, el rol que desempeña la persona a nivel profesional y personal, el tipo de afiliación al régimen de salud, el conocimiento sobre la terapéutica, nivel educativo y cultural pueden interferir en cada persona en la adherencia al tratamiento, lo descrito puede afectar a cualquier personal; teniendo presente lo anterior, al analizar cuáles es la caracterización de los empleados de la Universidad Católica de Manizales, encontramos una población polivalente en cuanto a su nivel socioeconómico, educativo, cultural; por otra parte los cargos y las cargas laborales son totalmente diferentes, lo cual puede influir de manera directa en su nivel de agencia de autocuidado y el cumplimiento o adherencia al tratamiento de acuerdo a las diferentes dimensiones.

Velandia y Rivera encontraron en su estudio que la agencia de autocuidado y la adherencia al tratamiento se correlacionó de manera moderada y positiva en un 0.413, con una agencia de autocuidado regular en el 62,7% de los participantes y una adherencia al tratamiento del 77%; partiendo de esto es necesario evaluar el autocuidado y la adherencia al tratamiento tanto farmacológico como no farmacológico que presentan los funcionarios de la Universidad Católica de Manizales con riesgos cardiovasculares.

Teniendo en cuenta que a nivel institucional múltiples personas presentan factores de riesgo cardiovascular modificables, y al interior de este subgrupo existen personas que se encuentran siguiendo un tratamiento farmacológico y no farmacológico cuya adherencia es desconocida, y de acuerdo a los estudios descritos previamente el origen de esta falta de adherencia al tratamiento, puede deberse a un déficit de la agencia de autocuidado, al determinar esta relación entre adherencia al tratamiento y autocuidado se logra por tanto prevenir la aparición o el empeoramiento de las enfermedades crónicas no transmisibles.

La presencia de factores de riesgo cardiovascular, el nivel de agencia de autocuidado y la adherencia al tratamiento son factores que se relacionan y generan interdependencia, estadísticamente las personas con menor ingreso presentan mayor probabilidad de adquirir enfermedades crónicas y los gastos generados por estas enfermedades acarrea una carga económica mayor. Esta carga económica que acarrea las enfermedades crónicas se pueden dimensionar en tres aspectos

- Los producidos por gastos de atención médica, en diagnóstico, tratamiento y rehabilitación
- Los que miden la pérdida de recurso humano y años de vida productiva
- Los intangibles que muestran la dimensión psicológica del individuo y su familia frente al dolor, luto, angustia y sufrimiento.

Teniendo en cuenta que estos últimos tres aspectos referentes a la carga económica pueden ser minimizados al optimizar la relación entre la adherencia al tratamiento de los funcionarios que actualmente consumen medicamentos y tienen factores de riesgo cardiovasculares modificables, con su agencia de autocuidado nos realizamos la siguiente pregunta:

¿Existe relación entre la agencia de autocuidado y la adherencia tratamiento farmacológico y no farmacológico en los funcionarios con factores de riesgos cardiovasculares modificables de la Universidad Católica de Manizales?

JUSTIFICACIÓN (máximo 1000 palabras)

La sociedad por sus dinámicas actuales de vida, fuerza al hombre a tomar decisiones poco saludables. Esta serie de conductas contribuyen a la aparición de factores de riesgo modificables los cuales aumenta la probabilidad que se presente una patología de tipo cardiovascular. Se ha precisado que las enfermedades crónicas no trasmisibles específicamente las afecciones cardiovasculares son la primera causa de muerte en el mundo y en Colombia. (12)

Con relacion a lo anterior debemos tener presente que los funcionarios de la Universidad Católica de Manizales (UCM), con factores de riesgo cardiovascular existente presentan un alto riesgo de presentar enfermedad cardiovascular; sin embargo estos factores de riesgo cardiovascular solo pueden ser modificados por la persona que los posee, a través de los cambios en sus hábitos de vida, esto va de la mano con el autocuidado que practique la persona, pero actualmente se desconoce cual es la agencia de autocuidado que manejan los individuos con factores de riesgo cardiovascular, haciendo pertinente evaluar el nivel de agencia de autocuidado.

Por otra parte se ha corroborado que la adherencia al tratamiento farmacológico y no farmacológico pueden disminuir en gran medida los factores de riesgo cardiovasculares modificables. La adherencia para la OMS es un fenómeno multidimensional, determinado por la acción recíproca de cinco parámetros:

- ✓ Factores relacionados con el tratamiento,
- ✓ Factores relacionados con el paciente,
- ✓ Factores relacionados con la enfermedad,
- ✓ Factores relacionados con el sistema de atención sanitaria
- ✓ Factores socioeconómicos. (13).

El proyecto es pertinente ya que indagará cual es la adherencia al tratamiento específicamente en cuatro dimensiones que son factores socioeconómicos, sistemas y equipos de salud, factores relacionados con la terapia y con el paciente; estas dimensiones evaluadas en la adherencia al tratamiento, de los funcionarios con factores de riesgo cardiovascular modificables permitirá realizar una correlación con su nivel de agencia de autocuidado. El estudio de la relación entre autocuidado y adherencia al tratamiento farmacológico y no farmacológico, puede minimizar los posibles riesgos que pueden surgir al no tener una buena correlación de estos dos componentes como: sufrir estados de agudización de la enfermedad, aumentar el riesgo de dependencia o sufrir de los efectos adversos medicamentosos.

En esta investigación, el modelo de autocuidado de Orem, presenta el pilar de lo evaluado; el modelo estipula tres vertientes: Autocuidado, déficit del autocuidado y sistema de enfermería. El autocuidado hace referencia a la agencia y como el personal que labora en la institución tiene un conjunto de condicionamientos básicos para ejercer unos patrones de autocuidado, cuando no existe una cohesión entre la persona y su autocuidado se genera el déficit que corresponde a su segundo enfoque, las capacidades de autocuidado se relacionan de manera directa con las demandas de este, un desequilibrio entre estos dos ámbitos (capacidad y demanda) corrobora la presencia del déficit de autocuidado.

El sistema de enfermería actúa dependiente de este desequilibrio, Orem menciona 3 aspectos dentro de este campo: sistema de enfermería compensatorio, parcialmente compensatorio y apoyo-educativo (14), es en este punto donde por parte de enfermería inicialmente por medio de la investigación se identificaría cual es la gestión de autocuidado que presentan los funcionarios, si existe o no déficit del mismo cual es su relación con la adecuada adherencia al tratamiento y por último la manera en la cual se puede intervenir el problema.

Este proyecto pretende hilar el aspecto investigativo disciplinar en la promoción y

prevención de la salud, describiendo cual es el nivel de autocuidado de los funcionarios, estableciendo la relación entre los procesos de autocuidado y adherencia al tratamiento tanto farmacológico como no farmacológico de las personas que laboran en la Universidad Católica de Manizales, con el fin de contribuir en una posterior sensibilización sobre los efectos positivos que constituyen los hábitos de vida saludables que giran alrededor de la temática de autocuidado y adherencia potenciada por enfermería.

Cabe resaltar que la Universidad Católica de Manizales no ha realizado un estudio de carácter investigativo el cual describa las conductas de autocuidado que poseen los funcionarios de la institución que presenten riesgos cardiovasculares y su relación con la adherencia a los tratamientos farmacológicos y no farmacológicos de los mismo.

La investigación ayudara a la unidad de salud ocupacional de la Universidad Católica de Manizales, dando evidencia de las personas que poseen riesgos cardiovasculares, informando sobre aquellos que presenten un adecuado o inadecuado adherencia al tratamiento farmacológico y no farmacológico, teniendo en cuenta que una regular o irregular adherencia puede corroborar a una posterior presencia de patologías derivadas de dichos riesgos. Este proceso ayudara a tomar medidas para promover los programas de promoción, prevención y educación sobre este tipo de patologías, que conlleve a una modificación de los factores de riesgo cardiovasculares modificables.

Este proceso investigativo también puede observarse como un incentivo, para los estudiantes del programa de enfermería dando a conocer que los procesos de enfoque investigativo se encuentran presentes en el programa que los estudiantes que lideran los proyectos aportan nuevo conocimiento al campo disciplinar.

Por otra parte la investigación aporta a la universidad, en la consolidación de un programa de enfermería con énfasis investigativo que a la vez aporta al beneficio de sus colaboradores, evidencia los procesos de calidad, e impacto social hacia la comunidad que la conforma.

OBJETIVOS

Objetivo General

- ✓ Describir la relación existente entre el proceso de agencia de autocuidado y la adherencia al tratamiento farmacológico y no farmacológico de los funcionarios de la Universidad Católica de Manizales, que presentan factores de riesgo cardiovascular modificable.

Objetivos específicos

- ✓ Identificar el nivel de agencia de autocuidado que presentan los funcionarios sujetos de estudio.
- ✓ Medir el grado de adherencia al tratamiento farmacológico y no farmacológico de acuerdo a las dimensiones de adherencia al tratamiento en el nivel socioeconómico, sistema y equipo de salud, factores relacionados con la terapia, factores relacionados con el paciente, que presentan los funcionarios sujetos de estudio.
- ✓ Establecer las relaciones entre el nivel de agencia y de adherencia al tratamiento, encontrados en los funcionarios valorados.

MARCO TEORICO

EPIDEMIOLOGÍA DE LA ENFERMEDAD CARDIOVASCULAR

Las enfermedades cardiovasculares son una de las causas más frecuentes de morbilidad y mortalidad en la población en general. En los países industrializados entre el 15 y el 20% de toda la población activa sufre un trastorno cardiovascular (15).

Un estudio publicado por la OMS en el 2011 (16), muestra que la primera causa de muerte en el mundo para ese año en los países de medianos y altos ingresos se propició por Cardiopatías isquémicas, y en segundo lugar para este mismo grupo fueron los eventos cerebro-vasculares. A nivel de Colombia, las estadísticas del DANE del año 2009, reportan un total de 196.933 defunciones para todo el país, de las cuales 24.570 fueron producidas por infarto agudo de miocardio, lo que ubica esta causa en el primer puesto de mortalidad. Para este mismo año, en el departamento de Caldas, se reporta un total de 5.435 defunciones, de las

cuales 916 fueron producidas por infarto agudo de miocardio ubicando esta patología igualmente en el primer puesto de mortalidad en este departamento.

FACTORES DE RIESGO CARDIOVASCULAR

Los factores de riesgo son características genéticas, fisiológicas, del comportamiento y socioeconómicas de los individuos, que les sitúan dentro de una cohorte de la población en la que es más probable el desarrollo de un problema sanitario o enfermedad concreta que el resto de la población.

Los factores de riesgo son simplemente expresiones de probabilidad, no son términos absolutos, ni diagnósticos. Presentar uno o más factores de riesgo de una enfermedad concreta no significa que un individuo desarrolle una enfermedad, ni que un individuo sin ningún factor de riesgo nunca la va padecer. Los factores de riesgo son características individuales que influyen sobre la probabilidad de un individuo de sufrir una enfermedad particular o grupo de enfermedades en un periodo de tiempo futuro definido.

Se puede definir factor de riesgo, como toda circunstancia, situación o hábito que aumenta las probabilidades de una persona de contraer una enfermedad (17). Para el caso cardiovascular, se trataría del mayor o menor grado de probabilidad de que una persona sufra un evento de tipo coronario.

Existen varias clasificaciones para los factores de riesgo cardiovascular en función de si son modificables o no y de la forma en que contribuyen a la aparición de la enfermedad cardiovascular (18). Los factores de riesgo cardiovascular se dividen en modificables y no modificables; los primeros se refieren a aquellos hábitos y comportamientos que la persona adquiere con sus estilos de vida y cuya presencia representan un mayor riesgo de desarrollar una afección de tipo coronario, pero que si fueran retirados de los hábitos rutinarios, este mismo riesgo disminuiría. Es decir, son aquellos factores que si la persona lo desea, los pueden eliminar para presentar un menor riesgo. Los segundos, se refieren a los factores de riesgo que por condiciones genéticas o fisiológicas no se pueden eliminar de la vida de la persona y su presencia se considera como un riesgo permanente para ese individuo. Esta clasificación mostraría a los factores de riesgo cardiovascular organizados de la siguiente forma: *Factores de riesgo no modificables* que corresponden a la edad, el género, la historia familiar en primer grado y el sitio de procedencia. *Factores de riesgo modificables*, como hipercolesterolemia, consumo de tabaco, consumo de alcohol, hipertensión arterial, sedentarismo, obesidad, factores psicosociales y estrés, nutrición desequilibrada y consumo de sal, factores socioeconómicos.

Los factores de riesgo modificables, a su vez tienen una subclasificación como factores de riesgo directos e indirectos, refiriéndose a los primeros como aquellos

factores que contribuyen al desarrollo de la enfermedad cardiovascular debido a que causan alteraciones fisiopatológicas a nivel sistémico y desarrollan enfermedades que posteriormente contribuirán a desencadenar el evento de tipo coronario. Los factores modificables indirectos, son aquéllos que se han relacionado a través de estudios epidemiológicos o clínicos con la incidencia de estas patologías, pero que no intervienen directamente en la génesis de la misma, sino a través de otros factores de riesgo directos (19).

Si se quieren clasificar los factores de riesgo dependiendo de su grado de contribución mayor o menor en la aparición de enfermedades crónicas no transmisibles, se pueden catalogar como factores de riesgo principales y contribuyentes (20). Los primeros son factores de riesgo cuyo efecto de aumentar el riesgo cardiovascular ha sido comprobado. Los segundos, (factores contribuyentes) son aquellos en los que se piensa, que pueden dar lugar a un mayor riesgo cardiovascular pero cuyo papel exacto no ha sido definido aún. De esta forma la clasificación de los factores de riesgo se mostraría así: *Factores de riesgo principales*: Hipertensión arterial, hipercolesterolemias, diabetes, obesidad y sobrepeso, tabaquismo, inactividad física, sexo, herencia y edad. *Factores de riesgo contribuyentes*: estrés, consumo de alcohol, hormonas sexuales y anticoncepción hormonal.

Para efectos del presente estudio, se describirán los aspectos más relevantes de los factores de riesgo cardiovascular modificables, hipertensión arterial, tabaquismo, hipercolesterolemia, consumo de alcohol, sedentarismo-obesidad, tomando como referencia la clasificación en la que se precisan como principales y contribuyentes de generar enfermedades crónicas no transmisibles específicamente de origen cardiovascular:

Se iniciará hablando de la hipertensión arterial, para establecer su diagnóstico es necesario realizar una medición correcta de la presión arterial confirmando los valores en tres tomas, separadas en el tiempo (afinamiento de la presión arterial) o mediante monitoreo ambulatorio de presión arterial (MAPA). En la actualidad se acepta que la hipertensión comienza a partir de valores de presión arterial sistólica mayores o iguales a 140 mmHg y/o de presión arterial diastólica superiores o iguales a 90 mm Hg (tabla 1). Los estudios epidemiológicos recientes le dan importancia tanto a la presión arterial sistólica como a la diastólica en el desarrollo del riesgo cardiovascular (21).

Las consecuencias clínicas de la hipertensión se derivan fundamentalmente de los efectos directos de la presión alta sobre ciertos órganos blanco y del efecto promotor de la hipertensión en la aterosclerosis. Los tratamientos instaurados en la actualidad para los pacientes hipertensos, recomiendan dosis bajas de varios

antihipertensivos, más dosis bajas de diuréticos con el fin de minimizar los efectos adversos de los mismos y lograr un control más uniforme del estado hipertensivo. Como la hipertensión no controlada explica la mitad de los infartos de miocardio y más de 60% de los accidentes cerebrovasculares, es preciso que al instaurar un tratamiento antihipertensivo a una persona, se le explique claramente que el objetivo de la adherencia a dicho tratamiento, va más allá del control de los niveles de la presión arterial, sino que con ello, se disminuirá el riesgo de estos eventos que precisan consecuencias que pueden llevar a un marcado detrimento de la calidad de vida en la persona que los padece o peor aún, determinan un alto nivel de mortalidad. (22)

El manejo de la presión alta incluye también el control del consumo de sal y la actividad física diaria, sobre todo la actividad física aeróbica que involucre ejercicios de miembros inferiores con lo que se logra una disminución significativa de la presión arterial diastólica, es decir el cambio en los hábitos de vida, lo cual es propio de actividades de autocuidado. Para hacer más precisa la situación la hipertensión arterial puede clasificarse de acuerdo al nivel de las cifras tensionales en estadio así: (Tabla 1)

Tabla 1. Clasificación de la presión Arterial.

CLASIFICACIÓN DE LA PRESIÓN ARTERIAL		
Presión diastólica (mm Hg)	Categoría	Presión sistólica (mm Hg)
< 80	PA normal	< 20
80-89	Prehipertensión	120-139
90-99	HT (HTA) Estado 1	120-159
≥ 100	HTA Estado 2	≥160

Tomado de las Guías de prevención primaria en riesgo Cardiovascular.
Sociedad Colombiana de Cardiología.

Ahora bien la hipertensión arterial en los funcionarios de la Universidad Católica de Manizales puede generarse a raíz del factor contribuyente del estrés, causado por la carga laboral y académica, así como por compromisos externos, no adherencia al tratamiento o deficiencia en las actividades de autocuidado.

Otro factor de riesgo que interesa en el presente estudio, es la presencia de dislipidemia. Los niveles de colesterol alto se atribuyen a una dieta con alto contenido de grasas saturadas y la formación de placa a nivel de las arterias coronarias es la consecuencia de este fenómeno. Para realizar el diagnóstico de dislipoproteinemia hay que solicitar un perfil lipídico mínimo que consta de:

Colesterol total (CT), Colesterol HDL (c-HDL) y Triglicéridos (TG). Se recomienda calcular el c-LDL con la fórmula de Friedewald: $c\text{-LDL} = CT - CHDL - TG/5$. Esta fórmula es válida si los triglicéridos son menores de 400 mg/dL. Se recomienda también determinar la relación CT/c-HDL, lo cual se denomina índice arterial o índice de Castelli, y/o c-LDL/c-HDL, lo cual recibe el nombre de índice arterial o índice de Castelli modificado (23) para de esta forma determinar el riesgo existente de desarrollar una evento coronario a raíz de la formación de placas ateromatosas debido al desbalance en lipoproteínas.

Para la toma correcta de un perfil lipídico, de acuerdo a las guías Colombianas de Riesgo cardiovascular no establecen una manera clara para la toma de este examen diagnóstico, existe divergencia entre el tiempo transcurrido desde la última comida que va desde 4 horas, hasta un ayuno de 12 horas y no haber ingerido licor 24 horas antes (24). El estado de dislipidemia por el cual cursa una persona puede estar catalogado como: hipercolesterolemia aislada, hipertrigliceridemia aislada, dislipidemia mixta con predominio de colesterol o triglicéridos y dislipidemia con HDL bajo.

El consumo de tabaco es un factor de riesgo para la aparición de múltiples enfermedades, especialmente las de tipo cardiovascular y este riesgo está relacionado directamente con número de cigarrillos diarios consumidos, igualmente la exposición al humo o ser fumador pasivo; la manera en la cual afecta el tabaquismo el riesgo cardiovascular es el aumento en los niveles de LDL y ácidos grasos, cortisol, lactato, piruvato y la disminución del HDL promoviendo el daño endotelial (25).

Por último, con relación al sedentarismo, se puede decir que se encuentra altamente relacionado con el aumento del riesgo cardiovascular debido a que la inactividad física predispone a rutinas sedentarias que a su vez incrementan el riesgo de sufrir obesidad, la intolerancia a la actividad física por ende determina una menor capacidad funcional, la obesidad se puede diagnosticar a través del índice de masa corporal, sin embargo la obesidad abdominal es un indicador de mayor confiabilidad en la presencia de riesgo cardiovascular y se determina por un perímetro abdominal de 90cm en hombres y de 80cms en mujeres.

AUTOCUIDADO

Existe diversidad de estudios que se han realizado alrededor de la teoría de Orem a nivel mundial. Al respecto, Alba Lucero López Díaz y Sandra Guerrero (26) muestran en una revisión sistemática de literatura relacionada con los estudios que han utilizado los conceptos del autocuidado, su aplicación en cuatro

continentes tanto en el ámbito institucional como en el comunitario, evidencian la utilización empírica de la Teoría General de Orem y su importancia en el desarrollo del conocimiento en enfermería e indica su gran utilidad para la investigación y práctica de enfermería.

Al hablar de autocuidado, se debe mencionar a Orem, enfermera estadounidense quien postulo a través de teoría de enfermería, como el autocuidado, el déficit de autocuidado y los sistemas enfermeros, se interrelacionan, para que las actividades que las personas realizan, se orienten hacia el mantenimiento del cuidado de su salud.

Se entiende entonces que el déficit de autocuidado se evidencia a través de “la relación entre las capacidades de acción de las personas y sus necesidades de cuidado”; teniendo presente esta definición, a nivel local es evidente que el déficit de autocuidado es notorio, reflejado en las estadísticas presentadas en el perfil epidemiológico, que muestra como primera causa de mortalidad las enfermedades de origen cardiovascular, las cuales se puede controlar en gran parte a través de la modificación de factores de riesgo modificables como obesidad, dislipidemia e hipertensión.

Según Gast H. (1989) la agencia de autocuidado se refiere a la capacidad de los individuos que les permite comprometerse con el autocuidado. La agencia de autocuidado es una estructura compleja que depende de tres componentes para su ejecución y son: las capacidades fundamentales y disposición, los componentes de poder y las capacidades para operaciones de autocuidado.

La agencia de autocuidado está influida, tanto por las características internas, como la edad, estado de salud, así como por numerosos factores externos, como la cultura y sus recursos, estos se denominan factores básicos condicionantes.

Existen dos categorías de seres humanos: Los que necesitan el servicio de enfermería y los que lo producen; la palabra servicio implica que enfermería ofrece una actividad de ayuda y la palabra salud indica que la meta del servicio es la integridad estructural y funcional de la persona servida.

El concepto de Factores Básicos Condicionantes está relacionado al concepto de Agencia de Autocuidado; dado que la capacidad de las personas para realizar el autocuidado en tipo y cantidad de autocuidado que se requiere es influenciada por ciertos factores internos y externos que constituyen los factores básicos condicionantes. Dichos factores son: la edad, el género, el estado de desarrollo, la orientación sociocultural, el estado de salud, los factores relacionados con el sistema de cuidado de la salud (por ejemplo diagnóstico médico y modalidades de tratamiento), factores relacionados con el sistema familiar, el patrón de vida, en el

que se incluyen las actividades en las que se ocupa regularmente la persona, los factores ambientales y la disponibilidad y adecuación de los recursos (27).

Por último la teoría de los sistemas enfermeros postula la manera en la cual la persona y el personal de enfermería interactúan en tres sistemas diferentes como son el sistema completamente compensador, parcialmente compensador y de apoyo educativo y en el cual tanto la persona como el enfermero se encargan de tareas específicas para llegar a un estado de autocuidado (28).

AGENCIA DE AUTOCUIDADO Y SU RELACION CON EL RIESGO CARDIOVASCULAR

El nivel de agencia de autocuidado, debe entenderse como la capacidad del individuo para comprometerse con su autocuidado. Todos los estudios realizados con relación a este tema, muestran como referente, la teoría del déficit de autocuidado de Dorothea Orem, tratando de explicar a través de sus postulados los diversos fenómenos encontrados.

Un estudio publicado en el 2006 por Luz N. Rivera Álvarez describió la capacidad que tiene la persona hospitalizada con diagnóstico de hipertensión arterial para realizar actividades de cuidado hacia sí mismo, muestra que el 53 % de los individuos estudiados presentaron deficiente capacidad de agencia para el autocuidado y el 47% tuvieron suficiente capacidad de agencia para el autocuidado. Además, los resultados reflejan que las personas con hipertensión arterial de este estudio, satisfacen algunos requisitos de autocuidado en estado de alteración de la salud como: buscar y asegurar asistencia médica apropiada, tener conciencia de y atender a los efectos de las condiciones patológicas (en este caso la hipertensión arterial), modificar el auto-concepto y la autoimagen como aceptación del propio estado de salud y necesidades y aprender a vivir con los efectos de las condiciones patológicas y las medidas terapéuticas necesarias (29)

Así mismo, en el 2007, nuevamente Luz Nelly Rivera Álvarez y Luz Patricia Díaz, buscaron describir la relación existente entre los factores de riesgo cardiovascular como el sedentarismo y la obesidad, con la capacidad de agencia de autocuidado, en personas hospitalizadas con diagnóstico de hipertensión arterial. Esta vez, Rivera y Díaz, encontraron que las personas hipertensas con mayor índice de masa corporal y poco nivel de actividad y ejercicio, se asocian con niveles bajos en la capacidad de agencia del propio cuidado. Estos resultados tuvieron una correlación directa positiva más significativa, para las personas sedentarias que para aquellas que manejaban mayor sobrepeso (30).

También, existen estudios que han tratado de demostrar la relación entre algunos aspectos sociodemográficos y el nivel de autocuidado, es decir, la asociación existente entre los factores básicos condicionantes del autocuidado (mencionados en la teoría de Orem) y la capacidad de agencia del mismo. Con respecto al tema se puede mencionar un artículo publicado en la Revista Cubana de Enfermería en el 2010 por Israel E. Millán Méndez (31), quien muestra la capacidad y percepción de autocuidado del adulto mayor en la comunidad, evidenciando que no existen diferencias en el nivel de autocuidado entre hombres y mujeres, es decir, que la mujer aunque se dedique más que el hombre a cuidar de su familia, cuando se trata de cuidarse ella, no lo hace mejor o más adecuadamente que su compañero, pues esta actividad no la incorpora a su proyecto de vida y no la percibe como una autorresponsabilidad necesaria para mantener su salud y bienestar. Además, al relacionar la edad con el nivel de autocuidado se constató que los adultos mayores tienen un alto grado de independencia y que esta condición se van perdiendo solo a edad muy avanzada, observándose que a mayor edad el individuo va perdiendo las capacidades de autocuidado. Otro estudio elaborado por Luz Carine Espitia Cruz (32), en su tesis de maestría, se realiza una relación entre los factores básicos condicionantes con la agencia de autocuidado de pacientes hipertensos que asisten a control de su enfermedad. En los resultados se precisa que los factores sociales de estas personas no son muy favorables para su agencia de autocuidado, la red familiar es el sistema de apoyo que mayormente sustentan y en cuanto al factor condicionante de patrones de vida, se concluye que esta población se presenta una alta probabilidad de desarrollar alguna enfermedad cardiovascular, dado el comportamiento de los principales factores de riesgo que se le han atribuido como son: sobrepeso 61%, hipertensión arterial 46%, sedentarismo 73%, estrés 54% y consumo de grasas 28%.

ESCALA DE VALORACION ASA

Los estudios anteriormente mencionados, han utilizado como instrumento de medición de Agencia de Autocuidado, “Escala Valoración de Agencia de Autocuidado (ASA).” La escala ASA fue desarrollada para medir la agencia de autocuidado autoreportada por el paciente (ASA-A) y la agencia de autocuidado estimada por la enfermera (ASA-B) desarrollada por un grupo de investigadoras norteamericanas y holandesas del Grupo de Conferencia de Desarrollo de Enfermería (NDCG).

La versión original en español de la escala ASA (33), fue inicialmente traducida por estudiantes de doctorado en México quienes realizaron 5 traducciones dando como resultado una nueva redacción para los ítems 4, 6, 13 y 16. La Escala ASA se compone es su versión original de 24 ítems con un formato de respuesta de cinco alternativas tipo Likert de 1 a 5. Aunque la escala no fue diseñada por dimensiones, en ella se reportan los diez componentes de poder de la agencia de

autocuidado, que incluyen el desarrollo de un conjunto de habilidades, el uso controlado de energía y la adquisición de conocimiento.

En Colombia, la profesora Edilma de Reales, de la Facultad de Enfermería de la Universidad Nacional de Colombia, elaboró una segunda versión en español de la Escala ASA, modificando la redacción de los ítems, de tal manera que fueran más claros y comprensibles para la población colombiana, sin cambiar el sentido de cada uno de ellos; también modificó la Escala Likert a solo 4 apreciaciones (Nunca 1, Casi Nunca 2, Casi Siempre 3 y Siempre 4), las posibles puntuaciones de la escala tienen un rango entre 24 y 96 puntos, hay que considerar que los ítems 6, 11 y 20 son negativos. El total de ítems del cuestionario continúa siendo de 24.

Al momento de evaluar el nivel de agencia de autocuidado se asignarán a la categoría “Baja capacidad de agencia de autocuidado” a los adultos que obtengan un 50% del puntaje, un rango que vaya de 24 a 59 puntos, hacia la izquierda de la escala Likert, y pertenecerán a la categoría “Alta capacidad de agencia de autocuidado” los adultos que obtengan un 50% del puntaje, rango que oscile entre 60 a 96 puntos, hacia la derecha de la escala Likert, siguiendo el principio de la media.

Todos los estudios mencionados muestran similitudes en lo que respecta al predominio de factores de riesgo cardiovascular modificables como lo son el sedentarismo, la obesidad y los niveles elevados de la presión arterial; sumado a esto, por parte de la disciplina de la enfermería se ha encontrado la relación inversa entre la baja capacidad de autocuidado y una mayor presencia de los factores mencionados.

Como es evidente, todos los estudios mencionados muestran similitudes en lo que respecta al preponderancia de factores de riesgo cardiovascular modificables como lo son el sedentarismo, la obesidad y los niveles elevados de la presión arterial; sumado a esto, por parte de la disciplina de la enfermería se ha encontrado la relación inversa entre la baja capacidad de autocuidado y una mayor presencia de los factores mencionados.

Con el presente estudio, no solo se intenta realizar esta misma relación entre la capacidad de agencia del cuidado de sí mismo y la presencia del riesgo cardiovascular, sino que también, se intenta ir más allá, estableciendo una relación puntual entre dicha agencia de autocuidado y el tratamiento farmacológico y no farmacológico que lleva el paciente para el control de sus factores de riesgo cardiovascular, describiendo esta correlación y observándose si se establece un relación directamente proporcional que es lo que ha de esperarse frente a las conductas que adoptas las personas referente a estos aspectos es

decir, entre el nivel de agencia de autocuidado y el tratamiento farmacológico y no farmacológico a los cuales se encuentran adheridos los funcionarios de la Universidad Católica de Manizales que presenten algún tipo de riesgo cardiovascular.

ADHERENCIA AL TRATAMIENTO FARMACOLOGICO Y NO FARMACOLOGICO

La falta de adherencia al tratamiento farmacológico o incumplimiento terapéutico es un problema prevalente y relevante en la práctica clínica, especialmente en el tratamiento de enfermedades crónicas. Se estima que, en general, un 20-50% de los pacientes no toma sus medicaciones como están prescritas, aunque la tasa de incumplimiento puede variar mucho según la patología. (34) En el contexto de las enfermedades crónicas, la OMS considera la falta de adherencia un tema prioritario de salud pública debido a sus consecuencias negativas: fracasos terapéuticos, mayores tasas de hospitalización y aumento de los costes sanitarios. Así, en un estudio sobre diabetes y enfermedad cardíaca, los pacientes con falta de adherencia tenían tasas de mortalidad significativamente más altas que los pacientes cumplidores (12,1% vs 6,7%), y en otro estudio en pacientes con diabetes, hipertensión, hipercolesterolemia e insuficiencia cardíaca, encontraron que para todas estas patologías las tasas de hospitalización eran significativamente más altas en pacientes con baja adherencia (13% vs 30% para diabéticos; 19% vs 28% en hipertensión) (35).

En lo que respecta al tratamiento no farmacológico, se evidencia que la adopción de estas medidas contribuyen al control de estos factores de riesgo que se consideran como modificables (tabaquismo, alcoholismo...) factores que contribuyen a la aparición de enfermedades cardiovasculares. Dentro de las medidas que se deben adoptar se habla de la realización de actividad física con una intensidad moderada en lo que respecta al esfuerzo que se debe realizar, de 120 a 150 minutos de duración en su mayoría ejercicio aeróbico, en personas que presentan sobrepeso u obesidad en sus diferentes grados, hablándose que se debe ejecutarse al menos 3 días a la semana para observar cambios benéficos (36).

La dieta es otro factor que representa un gran valor, una alimentación balanceada con unos adecuados aportes de carbohidratos, proteínas y grasas "buenas" que contribuyan a establecer unos adecuados niveles de colesterol VDL, en conjunción con la actividad física contribuirán a la regulación de los factores ya mencionados, factores pertenecientes a lo que se denomina hábitos de vida saludable, recordemos que existen muchos más factores, pero en términos de representatividad, estos son los que adquieren un mayor grado de relevancia.

Resulta sorprendente que, si bien se conoce que aproximadamente uno de cada dos pacientes crónicos no toman adecuadamente su medicación, en la práctica diaria, este hecho no se ha integrado a una causa del fracaso terapéutico, conduciendo frecuentemente a la realización de pruebas innecesarias o a la intensificación de tratamientos que pueden incrementar los costos y riesgos de interacciones y reacciones adversas para el paciente. (37)

En términos investigativos para este tema se consideraron como esenciales los siguientes conceptos:

- ✓ **Factores que influyen en la adherencia:** características o condicionantes que afectan el comportamiento de la persona hacia el seguimiento de la medicación o recomendaciones dadas por el personal de salud. Entre estas tenemos las características socioeconómicas las relacionadas con la enfermedad, con el tratamiento, con el paciente y el sistema de atención sanitaria.
- ✓ **Adherencia a tratamientos farmacológicos:** grado en que el comportamiento de una persona, como tomar los medicamentos, se corresponde con las recomendaciones acordadas con un prestador de asistencia sanitaria.
- ✓ **Adherencia a tratamientos no farmacológicos:** grado de coincidencia entre el comportamiento del paciente y las recomendaciones dadas por el profesional de la salud en cuanto al cambio de hábitos de vida (dejar el sedentarismo, dejar de beber o de fumar, etc.).
- ✓ **Paciente con factores de riesgo cardiovascular:** persona con características o condiciones presentes en forma temprana que se asocian con la probabilidad de desarrollar enfermedad coronaria o cardiovascular en un periodo determinado. Dichas condiciones están constituidas por hipertensión arterial, diabetes, tabaquismo, sedentarismo, dislipidemia, obesidad. (38)

Este tipo de ítems se tendrán en cuenta en la investigación para determinar la adherencia a los diferentes tratamientos que la persona funcionaria de la Universidad católica de Manizales debe poseer para catalogar una adecuada adherencia al tratamiento por parte de la misma.

AUTOCUIDADO Y RELACION CON TRATAMIENTO FARMACOLOGICO Y NO FARMACOLOGICO

Cuando se habla de adherencia al tratamiento farmacológico y no farmacológico, se debe tener en cuenta el nivel de autocuidado que presenta la persona, definiéndose autocuidado como la capacidad que posee a persona para realizar

acciones benéficas para su salud.

Como se mencionó Dorothea Orem propone un modelo en base al déficit en la agencia de autocuidado, en un estudio realizado Anita Velandia Arias y Luz N. Rivera Álvarez (39) Se determinó la relación existente entre la Agencia de autocuidado con la adherencia al tratamiento farmacológico y no farmacológico en pacientes con algún factor de riesgo cardiovascular del programa de crónicos del hospital Tunjuelito. Observándose que El 62,6 % de las personas con factores de riesgo cardiovascular tuvo regular Capacidad de agencia de autocuidado y el 77 % de los participantes presentó una buena adherencia al tratamiento farmacológico y no farmacológico. La correlación resultante entre la Agencia de autocuidado y la Adherencia al tratamiento farmacológico y no farmacológico mostró una correlación moderada y positiva de 0.413. De una muestra total de 201 personas con un rango de edad entre los 36 y 89 años, con un promedio de edad de 65,9 años donde el 78% eran mujeres y el 22% restante eran hombres.

Aunque el proceso de autocuidado que también va ligado a la adherencia a los tratamientos es un proceso dinámico, requiere un compromiso total de la personas para que su eficacia oscile por encima del 80%.

Por otra parte en un estudio realizado por Arleth Herrera Lían (40) realizaron una investigación descriptiva de los factores que influyen en la adherencia a tratamientos farmacológicos y no farmacológicos de 262 pacientes con factores de riesgo de enfermedad cardiovascular de la Caja de Previsión Social de la Universidad de Cartagena, y se determinó la validez facial y confiabilidad del instrumento utilizado.

Del total de los pacientes con factores de riesgo de enfermedad cardiovascular seleccionados de la Caja de Previsión Social de la Universidad de Cartagena, el 92% se encuentra en la categoría sin riesgo de no adherirse. De dicho estudio se puede deducir que el nivel socioeconómico apto y sustentable, un apoyo adecuado a nivel familiar y sanitario, el grado de escolaridad alto y los oficios ejecutados en este caso por las mujeres que presentaban mayor disponibilidad de tiempo, fueron factores que permitieron hallar una buena adherencia al tratamiento sobre todo farmacológico.

INSTRUMENTO PARA EVALUAR LA ADHERENCIA A LOS TRATAMIENTOS EN PACIENTES CON FACTORES DE RIESGO CARDIOVASCULAR

Un instrumento que fue creado en año 2006 por Edilma de Reales y Claudia Bonilla denominada “instrumento para evaluar los factores que influyen en la adherencia al tratamiento farmacológico y no farmacológico”, se le realizó el proceso de validación facial, contenido, confiabilidad, en el año 2010 por Consuelo

Ortiz quien realizó la validación de constructo. (41)

Consuelo Ortiz; [internet] Instrumento para evaluar la adherencia a tratamientos en pacientes con algún factor de riesgo cardiovascular; [consultado 18 agosto 2013]; disponible en internet: <http://www.scielo.org.co/pdf/aven/v28n2/v28n2a07>

Es un instrumento que en su tercera versión se encuentra conformado por 53 ítems y cuatro dimensiones; para su creación la autora tomó como marco de referencia un conjunto de factores denominados dimensiones que asigna la Organización Mundial de la Salud en su proyecto sobre adherencia. Inicialmente el instrumento contaba con 72 ítems con 5 dimensiones, la autora realizó a través de cada una de las versiones eliminaron la tercera dimensión y la distribuyeron en las otras 4; el instrumento utiliza una escala de calificación tipo Likert de 1-3 con las puntuaciones 1: nunca, 2: a veces, 3: siempre.

Es un instrumento que puede ser aplicado a paciente ambulatorios o institucionalizados, en su tercera versión se permitió disminuir el número de ítems de 53 a 24, la determinación de confiabilidad del instrumento en su tercera versión para evaluar factores que influyen en la adherencia a los tratamientos farmacológicos y no farmacológicos en pacientes con factores de riesgo cardiovascular reportó un alfa de Cronbach de 0,6; con propiedades psicométricas con una consistencia interna entre el 0,46 y el 0,74

MARCO ÉTICO

Esta investigación se ejecutará a los funcionarios de la Universidad Católica de Manizales bajo el criterio de la resolución 8340 de 1993 por medio de la cual se establecen las normas científicas, técnicas y administrativas para las investigaciones en salud, donde en su capítulo 1 (de los aspectos éticos en investigaciones con seres humanos) postula que en toda investigación en la que el ser humano sea sujeto de estudio, deberá prevalecer el criterio del respeto a su dignidad y la protección de sus derechos y su bienestar. Hecho el cual se cumplirá a cabalidad durante el desarrollo de la investigación. (42)

El propósito de la actual investigación consiste en indagar el nivel de autocuidado y adherencia a los tratamientos en funcionarios que presenten algún factor de riesgo cardiovascular modificable, y la relación existente entre estas dos variables.

Para el desarrollo de dicho trabajo se tendrá en cuenta la aplicación del principio de *Autonomía* garantizando la obtención del correspondiente consentimiento informado donde se explican los objetivos del ejercicio académico investigativo y se informa sobre los beneficios y riesgos correspondientes al mismo, enfatizando

en la interrupción de la investigación en el momento en el que la persona lo considere. Además, se garantizará absoluta confidencialidad sobre la información obtenida con cada persona guardando su anonimato.

En lo que corresponde al principio de *Individualidad* en la aplicación de los instrumentos con el fin de identificar y medir el nivel de autocuidado y su adherencia a los tratamientos, en su orden respectivo tendrá en cuenta que cada funcionario es una persona diferentes, el cual se desenvuelve en un entorno propio y cuyas necesidades son desemejantes. Leyes enfocadas en base a la ley 266 de 1996 que establecen la naturaleza del actuar de los profesionales de enfermería. (43)

ANTECEDENTES

RIESGO CARDIOVASCULAR

Los factores y marcadores de riesgo cardiovascular, son los que se asocian a una mayor probabilidad de sufrir una enfermedad cardiovascular: colesterol, diabetes, hipertensión, tabaquismo, herencia genética, estrés, obesidad y la frecuencia cardiaca.

Se habla de que la población la cual no lleva un estilo de vida saludable, aumenta el riesgo de padecer de uno o más de estos ítems, los cuales pueden desencadenar el padecimiento de una enfermedad de tipo cardiovascular.

Según informes estadísticos a nivel nacional el ministerio de protección social muestra en la actualidad a la enfermedad cardiovascular como la principal causa de muerte tanto en hombres como en mujeres mayores de 45 años o más, e incluso supera las muertes violentas o por canceres combinados. A nivel Regional y local, igualmente se muestra como la primera causa de mortalidad. La enfermedad coronaria es la responsable de una octava parte de la totalidad de las muertes en el mundo con aproximadamente 17 millones de defunciones anuales (44).

La valoración del riesgo cardiovascular ha sido una tarea en la que se ha investigado desde ya hace varias décadas. Los intentos por identificar los factores que predisponen al riesgo en una población determinada con fines de prevención y tratamiento oportuno, han hecho que muchos profesionales de la salud se dediquen a precisar dichos factores. A nivel internacional, se utilizan principalmente los sistemas de valoración derivados de 3 estudios importantes que calculan el riesgo cardiovascular a 10 años. El primero de ellos, es el estudio Framingham (45) del que derivan múltiples ecuaciones y algoritmos para valorar

fundamentalmente el riesgo coronario. El segundo sistema es el derivado del proyecto de Álvarez Cosmea (46) obtenido de la unión de datos procedentes de 15 estudios realizados en 12 regiones europeas que valora el riesgo fatal cardiovascular o lo que se denomina actualmente, riesgo cardiovascular extremo (que consiste en la presencia de cinco o más factores de riesgo cardiovascular). El tercer sistema deriva del estudio realizado en la población alemana de Münster (47) el cual calcula también el riesgo coronario a 10 años. Además de las poblaciones estudiadas y del tipo de riesgo que se calcula, los tres sistemas se diferencian en el modelo matemático subyacente y de las variables que se utilizan en el cálculo del riesgo, por lo que no es extraño que ofrezcan resultados diferentes. Aplicar cualquiera de estos sistemas a sujetos diferentes de la población de origen requiere adaptar o calibrar las ecuaciones originales a la población deseada. Esta adaptación se ha realizado de diversas formas.

Para calcular el riesgo cardiovascular en sujetos sin eventos cardiovasculares previos se han utilizado las ecuaciones para países de bajo riesgo cardiovascular como corresponde a España. Este método calcula el riesgo cardiovascular total mortal a 10 años considerando alto riesgo a aquel sujeto con un riesgo absoluto calculado igual o superior al 5%.

De otro lado, la Asociación Americana del Corazón (AHA) ha demostrado desde hace varios años, la forma de predecir la enfermedad coronaria, con categorías cómo los niveles de presión arterial y datos del perfil lipídico (48). Esta asociación, en conjunto con otras agremiaciones ha realizado a lo largo de varios años la implementación de guías de práctica clínica basadas en la evidencia para la evaluación del riesgo cardiovascular (44). Mediante las escalas de predicción del riesgo cardiovascular estipuladas por la AHA y la identificación de la clase funcional de la New York Heart Association (NYHA) se puede estratificar la persona en su riesgo cardiovascular y se puede identificar si requiere de actividades de atención primaria para el control de sus factores cardiovasculares presentes, o si requiere de una atención secundaria, en donde se le deberá implementar un programa completo de rehabilitación cardiaca que le ayude a mejorar su clase funcional y por ende la realización de sus actividades de la vida diaria.

Los criterios del riesgo cardiovascular de la AHA y la NYHA serán utilizados en el presente estudio, permitiendo seleccionar a los funcionarios que cumplirán los criterios de inclusión para la participación en el programa de acondicionamiento físico. La explicación de dichas escalas se precisa en el marco teórico.

Si se habla de la obesidad, y su relación con el riesgo cardiovascular, se puede decir que a nivel mundial esta situación se ha convertido en un problema de salud

pública. Estadísticamente se ha evidenciado a nivel del Mundo y de Colombia que desde 1980 a 2008 se aumentó del promedio del índice de masa corporal de 24.6 a 25; por otra parte la prevalencia de población con sobrepeso y obesidad para el 2008 se encontraba en el 49.6% y 18.1% respectivamente (49). Esto se hace irrefutable, al realizar revisión bibliográfica y encontrar estudios epidemiológicos en los cuales se aprecia que a nivel mundial la relación del índice de masa corporal (IMC), ha aumentado en 1,8kg/m² y la circunferencia abdominal en 4.7cms, aumento que se encuentra independiente del género y la condición social (50).

También se ha relacionado de manera directa el aumento en la reserva grasa con la presencia de mayor riesgo cardiovascular y alteraciones metabólicas como son hiperlipidemia, aumento en la resistencia a la insulina e hipertensión arterial. Además, se ha utilizado la medida del índice de masa corporal (IMC), para clasificar si una persona se encuentra en sobrepeso u obesidad, sin embargo el IMC simplemente relaciona la talla y la estatura y no muestra de manera clara, cual es el porcentaje de reserva grasa que tiene las personas, por lo cual se hacen necesarias tomas de otras medidas más específicas como son la circunferencia abdominal, el índice cintura-cadera, la toma de pliegues subcutáneos del brazo y el abdomen. Un estudio realizado en 2011 en estudiantes de una Universidad de Sao Paulo en el cual se les realizaron tomas de medidas antropométricas y biomarcadores con el fin de detectar los grupos de riesgo cardiovascular y generar planes de prevención, el comportamiento a nivel de este estudio se relacionó con la tendencia mundial en la cual el aumento en la medidas asociado a hábitos de vida no saludables como el fumar aumentan el riesgo de enfermedad cardiovascular. Sin embargo falta relacionar de manera más directa el IMC con el riesgo cardiovascular puesto que en otro estudio similar pero en población Asiática y con comorbilidades como la diabetes mellitus, se encontró que era la medida de circunferencia abdominal la que mejor se relacionaba con la presencia de dislipidemia y por tanto de riesgo cardiovascular (51).

Con respecto al riesgo cardiovascular (RCV) en Colombia, la sociedad Colombiana de Cardiología cuenta con las guías de prevención primaria en riesgo cardiovascular, que consisten en un compendio elaborado por los expertos de este gremio, con el fin de presentar los tópicos del RCV de manera práctica, con conclusiones sustentadas a la luz del conocimiento universal actual, incluyendo evidencia nacional, y con suficiente respaldo bibliográfico, a fin de brindar una comprensión fácil y una orientación definida, para la prevención de la enfermedad cardíaca en el país.

A parte de las guías para la predicción del RCV y la prevención del mismo, se pueden mencionar otros estudios realizados en diferentes zonas del país con relación a este tema.

En la ciudad de Cali en el 2009, Viviana A. Dosman y cols (52), realizan un estudio cuyo objetivo era identificar la asociación entre la aptitud física y los factores de riesgo del síndrome metabólico en trabajadores de una institución universitaria en cuyos resultados, se demuestra una menor prevalencia de factores de riesgo de síndrome metabólico en los grupos con alta aptitud física en la población laboral estudiada. Carlos A Quiroz y cols (53), muestran a través de un estudio de corte concurrente cómo la rehabilitación cardíaca presenta un impacto significativo en los pacientes con falla cardíaca de origen isquémico con fracción de eyección del ventrículo izquierdo menor a 40% en términos de percepción de síntomas en forma subjetiva en la escala de Borg, consumo de oxígeno (VO₂) Indirecto, (índice metabólico) MET y distancia en millas por hora. Ambos estudios apuntan al manejo del riesgo cardiovascular, solo que en fases distintas (atención primaria y secundaria).

Lo importante de precisar con respecto al manejo del RCV, es que los programas de acondicionamiento pueden servir tanto para las personas que solo presentan factores de riesgo sin haber sufrido un evento de tipo cardíaco o vascular, como para aquellas en las que ya se ha instaurado una clase funcional que desmejora la calidad de vida por disminución de las actividades de la vida diaria a causa de la poca capacidad funcional. De ahí la importancia de trabajar esta problemática desde la atención primaria.

Un estudio realizado por Claudia V. Anchique y colaboradores (54) en el que se evalúa el estado de la rehabilitación cardíaca en Colombia durante el 2010, muestra cómo la estratificación del riesgo cardiovascular en los pacientes, debe ser uno de los tópicos para evaluar dichos programas.

AGENCIA DE AUTOCUIDADO Y SU RELACIÓN CON LA ADHERENCIA A LOS TRATAMIENTOS

Recordando que las enfermedades cardiovasculares ocupan la tercera causa de muerte a nivel mundial, los diferentes ministerios de la protección social han tratado de intervenir a estos pacientes en otras modalidades de intervenciones no farmacológicas dirigidas a la modificación de los estilos de vida saludables asociados al incremento de los niveles de presión arterial, mostrando ser efectivos y complementarios al tratamiento farmacológico; para ello se han encontrado estudios a nivel internacional como implementación de un programa de intervención de control y adherencia al tratamiento en un Centro de Atención Primaria de la Salud de la ciudad de Paraná, el cual el objetivo de este era determinar la variación de la PA en pacientes hipertensos luego de la aplicación de un programa de intervención; describir el tratamiento farmacológico:

combinación de drogas, dosis y efectos secundarios que provocan; comparar el nivel de conocimiento de la enfermedad hipertensiva y el nivel de adherencia al tratamiento de los participantes al iniciar y al finalizar el programa de intervención, dando resultado que los pacientes adherentes al final del programa lograron disminuir sus cifras de PA en mayor medida que aquellos que no modificaron los resultados, inicialmente desfavorables, de los test. (55), además se han realizado diferentes estudios a nivel nacional como uno que se realizó en dos municipios de Colombia en los periodos 2010-2011 nos muestra la relación entre la adherencia al tratamiento con los factores demográficos y socioeconómicos, la satisfacción con los servicios de salud, percepción de la calidad de la atención por parte del personal médico y conocimientos sobre la enfermedad de pacientes del Programa de Hipertensión Arterial; lo cual arroja que la adherencia de estos pacientes era del 45% y expresaban que no tenían buenos hábitos de vida saludable, ni asistían a los controles por falta de conocimiento sobre su enfermedad. (56) Además de ello se encuentra que la adherencia a los tratamientos es uno de los indicadores más importantes a evaluar en las personas con factores de riesgo para la salud cardiovascular ya que la no adherencia conduce a mantener altos índices de morbimortalidad, con repercusiones a nivel social, económico, individual y familiar. Los programas de control de la hipertensión arterial tienen como reto principal lograr la adherencia a los tratamientos. Este reto se centra en poder conocer las experiencias que viven las personas, lo que permite identificar los problemas que deben enfrentar e interpretar los motivos que están relacionados con su comportamiento de adherencia. (57), también se identifica la alta incidencia del accidente cerebrovascular (ACV) que aumenta entre tres y ocho veces según el tipo de HTA, a pesar de los esfuerzos por controlar la HTA, la adherencia a los tratamientos farmacológicos y a las recomendaciones no farmacológicas es muy baja, lo que dificulta la disminución de la presión arterial y su mantenimiento en niveles controlados. El problema de la baja adherencia a los tratamientos se presenta en todos los países, independientemente de su nivel de desarrollo, lo que lo convierte en un asunto de salud pública mundial. Debido a su alarmante magnitud sigue siendo un reto para los profesionales de la salud, (58). Cabe resaltar la importancia que tiene la familia hacia todos sus miembros para protegerlos de los cambios amenazantes, que si hay presencia de enfermedad va existir mayor apoyo por parte de los familiares y se verá reflejado en una mejor adherencia al tratamiento, ya sea de tipo farmacológico o no. Posiblemente esta situación esté influenciada por el hecho de que un gran porcentaje de personas hipertensas sean casadas, por lo tanto, tienen un apoyo tanto emocional, económico y de vigilancia en el tratamiento (59). Actualmente en la práctica se observa que las recomendaciones brindadas por el funcionario de la salud se quedan en la buena intención del enfermo, ya que los pacientes se enfrentan a menudo con la terrible realidad de que muchos de estos cambios son difíciles, si no abrumadores de hacer, como los cambios en hábitos alimentarios y patrones de ejercicio son un reto para la mayoría. Aprender a tomar múltiples

medicamentos y el reconocimiento de los síntomas puede ser difícil, si no imposible, para algunos pacientes (por ejemplo, las personas de edad avanzada y las personas con baja alfabetización en salud), presentándose complejidad del autocuidado desde el quehacer de enfermería, abordando desde el Modelo de Orem que constituye un aporte disciplinar importante y una opción de vida para la persona que padece enfermedad cardiovascular. (60). A nivel local también se encuentran estudios como la Adherencia al tratamiento de pacientes hipertensos atendidos en Assbasalud Manizales (Colombia) en el periodo del 2011, el cual nos identifica que estos pacientes son muy dependientes a cuanto la información que reciben de su patología, al apoyo de sus familiares, y educación, el cual es un papel importante por parte de los funcionarios de la salud para que el paciente pueda tener un alto conocimiento en cuanto a su patología y que puede hacer el en pro de mejorarla (61).

METODOLOGÍA PROPUESTA

Tipo de estudio: Enfoque cuantitativo de tipo descriptivo y correlacional, con diseño no experimental, en el cual se describirá y relacionara la agencia de autocuidado que presentan los funcionarios de la Universidad Católica de Manizales con la adherencia al tratamiento farmacológico y no farmacológico.

Población: Todos los funcionarios de la Universidad Católica de Manizales con factores de riesgo cardiovascular modificable y con tratamiento farmacológico y no farmacológico (N=46).

Muestra: Muestreo no probabilística. (n=41)= 89% del total de la población. La población fue de 46 personas dentro de las cuales se excluyeron 2 porque no quisieron participar, 3 funcionarias que se encontraban en licencia de maternidad, para un total de la muestra de 41 personas que contaban con criterios de inclusión.

Criterios de inclusión

- ✓ Ser funcionario de la institución en modalidad contrato medio tiempo o tiempo completo, mayor de 18 años.
- ✓ Funcionarios que se encuentren con tratamiento farmacológico y no farmacológico para el control de los siguientes factores de riesgo: HTA, sobrepeso u obesidad, consumo de tabaco y dislipidemias.

Criterios de exclusión

- ✓ Funcionarios que no acepten participar en la investigación
- ✓ Funcionarios tiempo parcial y/o catedráticos
- ✓ Funcionarios de programas a distancia

Variables Dependientes

- ✓ Agencia de autocuidado
- ✓ Adherencia al tratamiento

Recolección de la información

Inicialmente se solicitó a la Unidad de Talento Humano el listado de funcionarios actuales, se descartaron las personas que en la actualidad cuenten con tiempo parcial o sean catedráticos, docentes de práctica o a distancia. En esta base de datos se encontraban 391 personas de las cuales se excluyen por modalidad de contrato 51 funcionarios, con esta base en esta población se realizó un barrido que buscaba identificar las personas que presentaban factores de riesgo cardiovascular modificable y tenían un tratamiento farmacológico y no farmacológico. Los funcionarios que no aceptaron participar en la investigación fueron 2, adicional a estos 3 funcionarias se encontraban en licencia de maternidad.

El total de las personas que cumplían con los criterios de inclusión fueron 41 funcionarios a los cuales se les aplicó el consentimiento informado y los instrumentos.

Previa solicitud a los diferentes autores Edilma de Reales profesora de la Universidad Nacional de Colombia, para utilizar la escala que evalúa la agencia de autocuidado ASA, Consuelo Ortiz docente de la Pontificia Universidad Javeriana, para usar la cuarta versión que evalúa la adherencia al tratamiento farmacológico y no farmacológico de personas con riesgo cardiovascular modificable.

El instrumento de Adherencia al tratamiento farmacológico presentó dificultades para su interpretación y análisis por lo cual se solicitó permiso a la docente Claudia Bonilla de la Universidad del Tolima para utilizar la tercera versión del Instrumento de Adherencia a tratamientos farmacológicos en personas con riesgo cardiovascular modificable.

La aplicación de los instrumentos se realizó de la siguiente manera, se habló directamente con cada funcionario que cumplía los criterios de inclusión para presentar la investigación, obtener el consentimiento informado y concertar el momento en el cual se aplicarían los instrumentos.

Durante la aplicación de los instrumentos se garantizó un espacio de privacidad, en el cual la persona pudiera enfocarse en el desarrollo del mismo, en promedio se utilizaron 20 a 30 minutos responder, los instrumentos fueron guiados por parte de los investigadores; durante la sesión el investigador realizaba la lectura de la pregunta y daba un espacio para que se contestara la misma y llegado el caso se resolvieran las dudas respecto al ítem, se aplicaron la escala que evalúa la agencia de autocuidado y la escala que evalúa la adherencia al tratamiento farmacológico y no farmacológico.

IDENTIFICACIÓN DE LA AGENCIA DE AUTOCUIDADO

Para identificar la capacidad de agencia de autocuidado en las personas sujeto de estudio, se aplicara la Escala de Valoración de Agencia de Autocuidado (ASA), versión Colombiana revisada y adaptada por la Doctora Edilma Reales de la Facultad de Enfermería de la Universidad Nacional de Colombia (62).

Se realizará una explicación individual a cada participante sobre el manejo de la escala ASA, y posteriormente de forma auto-administrada se permitirá que cada persona conteste de manera anónima según su vivencia personal de autocuidado. Como ya se ha mencionado, este es un instrumento que consta de 24 ítems con una escala likert que presenta cuatro opciones de respuesta donde el puntaje o calificación de 1, corresponde a una respuesta de nunca haber realizado la actividad de autocuidado enunciada (significando esta calificación al nivel más bajo de agencia de autocuidado), la calificación de 2 se refieren a una respuesta de casi nunca, 3 casi siempre y 4 siempre (siendo esta calificación al nivel más bajo de agencia de autocuidado). La sumatoria de todos los ítems permite identificar la puntuación para el nivel de agencia. Las posibles puntuaciones de la escala tienen un rango mínimo de 24 y máximo de 96 puntos. La categorización de los resultados se realizará de la siguiente forma:

- ✓ De 24 a 59 Baja Agencia de Autocuidado
- ✓ De 60 a 96 Alta Agencia de Autocuidado

IDENTIFICACIÓN ADHERENCIA AL TRATAMIENTO FARMACOLÓGICO Y NO FARMACOLÓGICO

Para identificar la adherencia al tratamiento farmacológico y no farmacológico en los funcionarios de la Universidad Católica de Manizales con algún factor de riesgo cardiovascular modificable, se utilizara un "instrumento para evaluar la adherencia a tratamientos en pacientes con algún factor de riesgo

cardiovascular”versión 3 (63) este instrumento fue desarrollado por Claudia Bonilla y Edilma de Reales enfermeras Magister en Enfermería de la Universidad Nacional; el instrumento consta de 53 ítems en 4 dimensiones las cuales son respectivamente: Factores Socioeconomicos, factores relacionados con el paciente, factores reacionados con el sistema sanitario y factores propios del tratamiento.

Cada ítem se responde de acuerdo a una escala likert que presenta tres opciones de respuesta donde el puntaje de calificación de 0, corresponde a una respuesta de nunca, la calificación de 1 se refieren a una respuesta de a veces y 2 siempre. La sumatoria de todos los ítems permite identificar la puntuación para el nivel de adherencia. Las posibles puntuaciones de la escala tienen un rango mínimo de 0 y máximo de 106 puntos. La categorización de los resultados se realizará de la siguiente forma:

- ✓ Ventaja para adherencia: 84.8 – 106 (80-100%)
- ✓ En riesgo de no desarrollar comportamientos de adherencia 63.6 – 83.7 (60-79%)
- ✓ No puede responder con comportamientos de adherencia < 63.6 (<60%)

Con la aplicación de este instrumento se identificara la adherencia por parte de la muestra seleccionada al los tratamientos farmacologicos y no farmacologicos que tengan establecidos para el control de sus factores de riesgo cardiovascular.

ANÁLISIS DE LA INFORMACIÓN:

La información obtenida durante el desarrollo de todo el proyecto, se proyecto en un plano normalizado en el software IBM SPSS Versión 22, licenciado legalmente en la Universidad Católica. Cada una de las fases del proyecto, permitirá analizar y responder a los objetivos planteados, de la siguiente forma.

Con la información obtenida en el proyecto, se podrá identificar el nivel de agencia de autocuidado que maneja la población sujeto de estudio. Además se podrá observar que acciones contribuyen a que exista una adecuado o por el contrario un déficit en la agencia de autocuidado del funcionario.

Con la aplicación del segundo instrumento se puede medir el grado de adherencia a los tratamientos farmacológico y no farmacológico que el funcionario tiene impuesto para el control de sus factores de riesgo de tipo cardiovascular modificable. Esto permitirá establecer posteriormente, las diferencias existentes

entre el nivel agencia de autocuidado y la adherencia al tratamiento farmacológico y no farmacológico llegando a unas relaciones sujetas por la dimensiones propias de cada ámbito que se pueden apreciar en los diferentes instrumentos de evaluación.

CONTROL DE SESGOS:

Para el control de sesgos se tendrá en cuenta la lo siguiente:

Sesgos de información: Dentro de las estrategias que se utilizaran para evitar las pérdidas, se realizará socialización previa al grupo de funcionarios elegidos con el fin de obtener su consentimiento y se establecerá una educación previa a los estudiantes sobre los instrumentos que se aplicarán a la población durante el estudio (escala asa e instrumento de adherencia al tratamiento v3) con el fin de que los funcionarios tengan los mínimos errores durante el desarrollo del cuestionario, tanto los estudiantes como el docente encargado acompañarán a los estudiantes .

Tabla 2. Cronograma de actividades.

CRONOGRAMA DE ACTIVIDADES														
Actividad	Resultado	Responsable	Mes											
			1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12
Selección de la muestra con el programa de salud ocupacional														
Aprobación por el comité de ética														
Presentación de propuesta funcionarios elegidos														

Aplicación escala de agencia de autocuidado y escala de adherencia a tratamiento																			
Elaboración bases de datos y análisis de la información																			
Elaboración de informe final																			
Elaboración artículo																			
Presentación informe final																			

RESULTADOS

Resultado sociodemograficos

Del total de la muestra se encontró que el 65.8% corresponden a funcionarios hombres y el 34% correspondes a mujeres, como lo representa en la (Gráfico1). La distribución por edad se encuentra que el 17,07% corresponde a adultos jóvenes, el 75.61% a adultos maduros y el 7.32% a adultos mayores; la OMS define los rangos de edad así adulto joven: de 18-43 años, adulto maduro: de 35-64 años y adulto mayor: >65 años (Gráfico 2). El índice de masa corporal arrojó que el 0,00% tiene delgadez, el 31,71% tienen un adecuado índice de masa corporal, el 34,15% se encuentran en sobrepeso y el 34,15% en obesidad entendiéndose los valores así: delgadez: < 18,5, normal de 18,5 – 24.99, sobrepeso 25 -29.9, obesidad > 30, (Gráfico 3). En cuanto a la hipertensión se encontró que el 55,00% corresponde a funcionarios hipertensos y el 45,00 no hipertensos, (Gráfico 4). Al preguntar a los funcionarios por antecedentes de dislipidemia se encontró que el 56,1% contestaron de manera afirmativa y el 43,9% de manera negativa (Gráfico 5), dentro de los hábitos de vida el 7.32% son personas fumadoras y el 92,68% no (Gráfico 6).

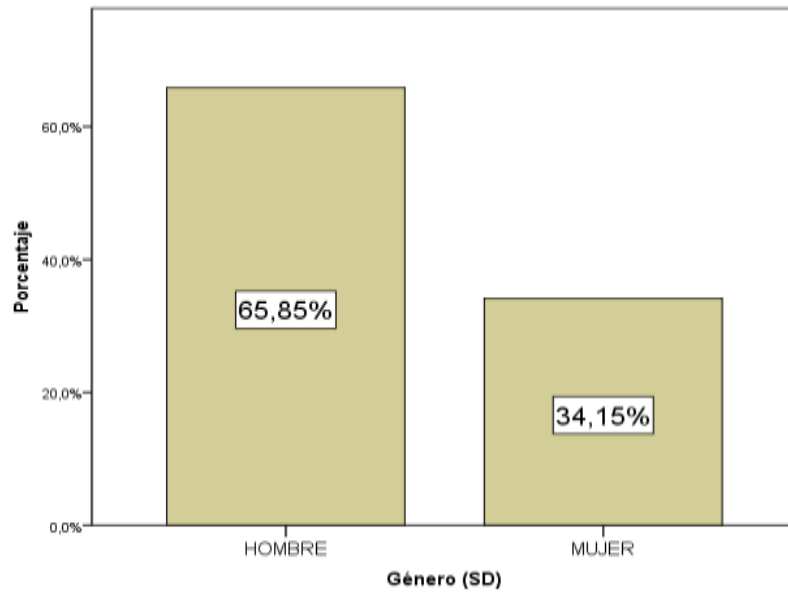


Gráfico 1. Distribucion por Genero

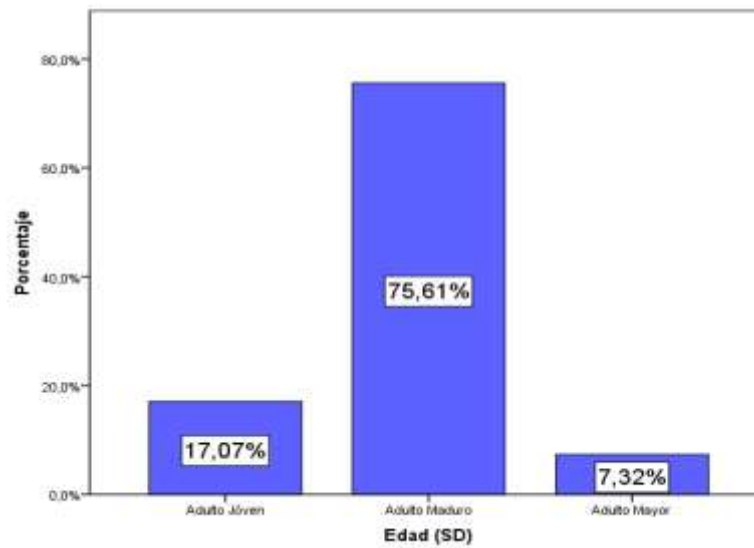


Gráfico 2. Distribucion por edad.

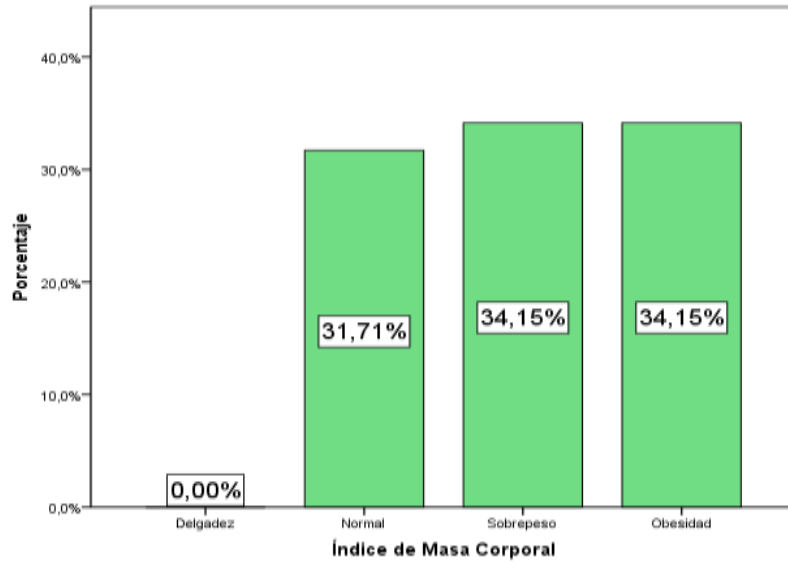


Gráfico 3. Distribucion por Indice de Masa corporal.

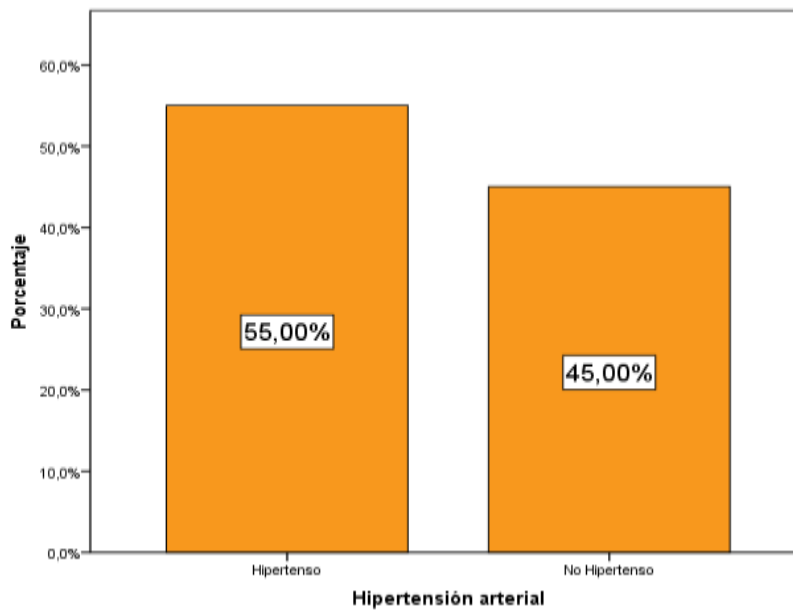


Gráfico 4. Hipertensión arterial grupo funcionarios.

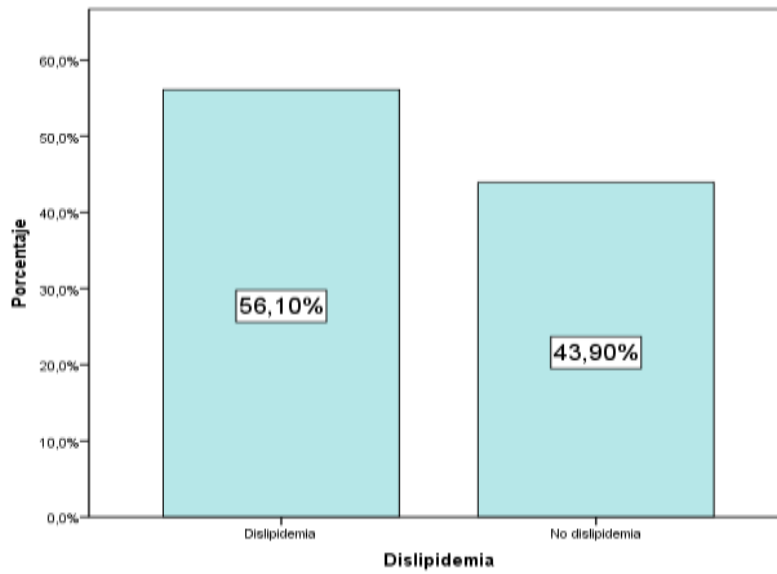


Gráfico 5. Dislipidemia en el grupo de funcionarios.

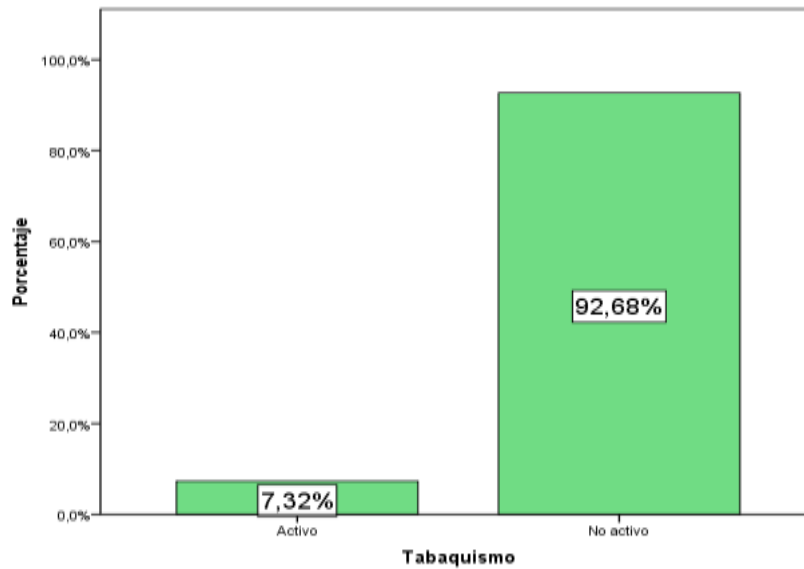


Gráfico 6. Tabaquismo en el grupo de funcionarios.

Análisis escala ASA

La escala de valoración de agencia de autocuidado (ASA) posee un rango real de respuesta de 24 a 96 puntos, la muestra obtenida fue un total de 41 funcionarios con al menos un factor de riesgo cardiovascular y un tratamiento farmacológico o no farmacológico instaurado para su control, Se obtuvieron un rango de respuesta entre 60 como puntaje mínimo a 96 como puntaje máximo, con un promedio 76 puntos que indican una adecuada agencia de autocuidado por parte del 100% población que participo en el estudio (ver tabla3).

Estadísticos descriptivos

	N	Mínimo	Máximo	Media	Desv. típ.
Puntaje Total	41	60	96	76,98	9,603
N válido (según lista)	41				

Tabla 3. Puntaje estadístico

Al realizar el análisis por ítems del cuestionario de agencia de autocuidado (ASA), se determinaron las mayores frecuencias reportadas en cada opción de respuesta encontrando lo siguiente:

- En la opción de respuesta “NUNCA”, el ítem que obtuvo mayor frecuencia de respuesta, fue el ítem 21 que hace referencia a que las 23 personas respondieron, que NUNCA “pueden conseguir la información necesaria sobre qué hacer si su salud se ve afectada por otro lado, el ítem número 9 con frecuencia de 17 personas, se refiere a: “ Yo NUNCA puedo alimentarme de manera tal que se mantenga un peso correcto para mí”, lo que puede indicar que no existe un seguimiento a un adecuado régimen alimentario.
- En la opción de respuesta “CASI NUNCA” los ítems que obtuvieron mayor frecuencia de respuesta fueron los ítems 9 y 20 que fueron contestadas por 20 personas como CASI NUNCA puedo alimentarme de manera tal que se mantenga un peso correcto para mí.
- En la opción de respuesta “CASI SIEMPRE”, el ítem que obtuvo mayor frecuencia

de respuesta, fue el número 10, en el que 30 personas respondieron: “CASI SIEMPRE Cuando hay situaciones que me afectan yo las manejo de manera que pueda mantener mi forma de ser. En segundo lugar el ítem 22 obtuvo una frecuencia de respuesta de 26 personas la cual afirma: CASI SIEMPRE si yo no puedo cuidarme puedo buscar ayuda.

- Por último la opción de respuesta “SIEMPRE” el ítem que obtuvo mayor frecuencia de respuesta fue el número 4, en el que 41 personas respondieron: “ yo SIEMPRE puedo hacer lo necesario para mantener limpio el ambiente donde vivo, en segundo lugar el ítem 14 obtuvo 33 respuestas a la siguiente afirmación: SIEMPRE cuando obtengo información sobre mi salud pido explicaciones sobre lo que no entiendo

Teniendo en cuenta que dentro de las afirmaciones del cuestionario ASA existen algunos ítems negativos (ítem # 6, 11 y 20, los cuales se califican de manera inversa), se realiza de la misma forma, el análisis respectivo para las respuestas emitidas en estos ítems encontrando lo siguiente:

En la opción de respuesta “NUNCA” el ítem que obtuvo mayor frecuencia de respuesta fue el número 20 en la que 16 personas respondieron “SIEMPRE” Debido a mis ocupaciones diarias me resulta difícil sacar tiempo para cuidarme

En la opción de respuesta “CASI NUNCA” el ítem que obtuvo mayor frecuencia de respuesta fue el número 20 en la que 20 personas respondieron “CASI SIEMPRE” debido a mis ocupaciones diarias me resulta difícil sacar tiempo para cuidarme.

En la opción de respuesta “CASI SIEMPRE” el ítem que obtuvo mayor frecuencia de respuesta fue el número 6 en las que 23 personas respondieron “CASI NUNCA” me faltan las fuerzas necesarias para cuidarme como debo.

En la opción de respuesta “SIEMPRE” el ítem que obtuvo mayor frecuencia de respuesta fue el número 11 en las que 13 personas respondieron Pienso en hacer ejercicio y descansar un poco durante el día pero “NUNCA” llego a hacerlo. (Ver gráfico 7).

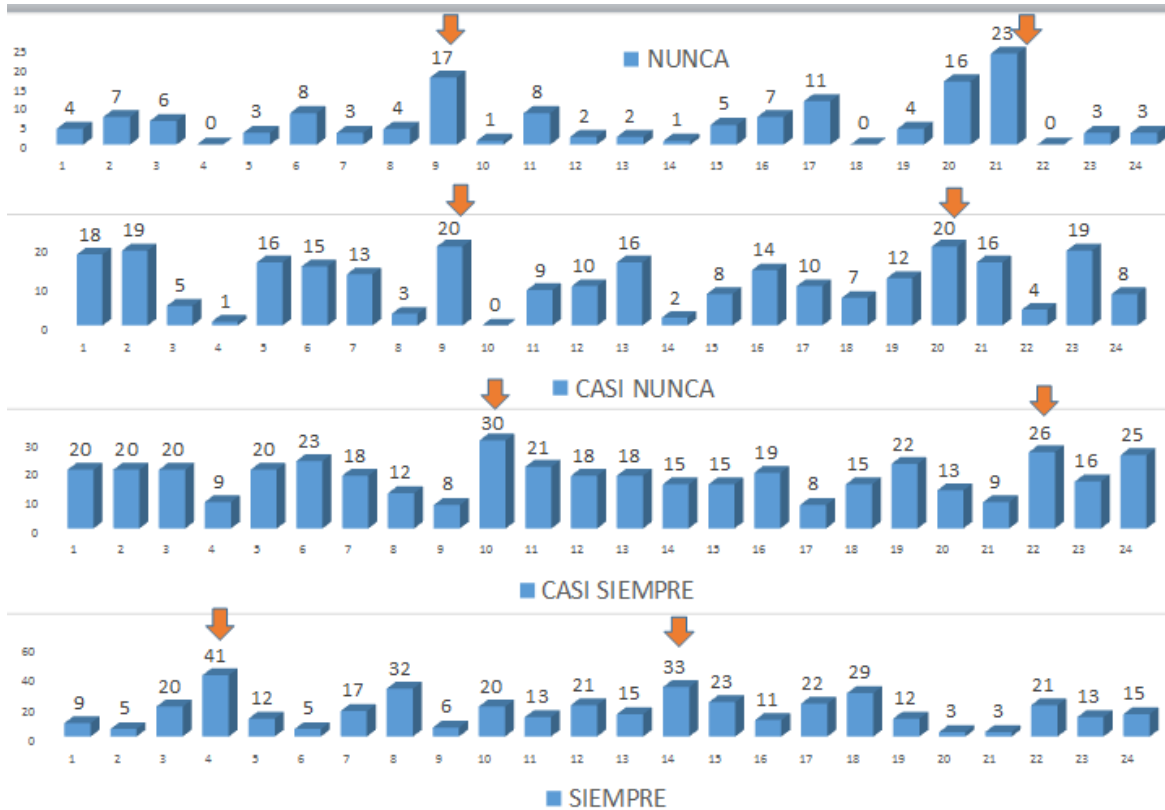


Gráfico 7. Nivel de agencia.

Fiabilidad escala ASA

Se realizó un análisis de fiabilidad de la escala ASA usando un método estadístico multivariado, en la cual conto un Alfa de Cronbach de 0,880 indicando un alto nivel de fiabilidad en los resultados que se arrojaron en la escala ASA. Teniendo en cuenta que la fiabilidad se describe como la veracidad de los datos.

Estadísticos de fiabilidad

Alfa de Cronbach	N de elementos
,880	24

Tabla 4. Fiabilidad ASA

ANALISIS ADHERENCIA AL TRATAMIENTO

Para evaluar la adherencia al tratamiento se utilizó el instrumento “Factores que influyen en la adherencia al tratamiento farmacológico y no farmacológico en pacientes con factores de riesgo de enfermedad cardiovascular” versión 3. La lectura del instrumento se basó de acuerdo a las respuestas que se obtuvieron en cada una de las 4 dimensiones que lo componen las cuales son:

Se obtuvo un puntaje total que podía tener un valor de 0 a 106 puntos, de acuerdo al valor total se clasificaba según los siguiente rangos:

- ✓ Ventaja para adherencia: 84.8 – 106 (80-100%)
- ✓ En riesgo de no desarrollar comportamientos de adherencia 63.6 – 83.7 (60-79%)
- ✓ No puede responder con comportamientos de adherencia < 63.6 (<60%)

A nivel general se encontró que el 2.44% de los funcionarios no tenían comportamientos de adherencia, el 51,22% presentan riesgo de no adherencia y solo el 46,34% tenían ventaja de adherencia al tratamiento farmacológico y no farmacológico (Gráfico 8). El promedio de respuesta en los funcionarios estudiados fue de 83, 5 puntos que es equivalente a un riesgo de no desarrollar comportamientos de adherencia.

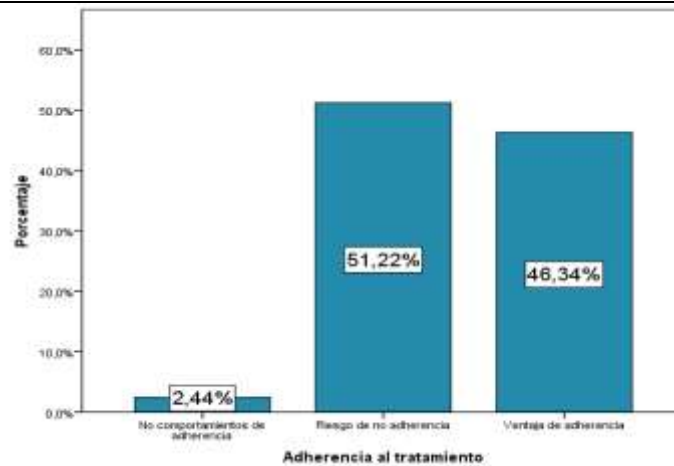


Gráfico 8. Adherencia al tratamiento

Se analizaron cada una de las dimensiones de acuerdo a la clasificación general encontrando que;

- La Dimensión I corresponde a los factores socioeconómicos, presentaron una mayor frecuencia de respuesta en comportamientos que favorecen la adherencia, lo cual corresponde con la población estudiada ya que todos presentan acceso a los sistemas de salud y un ingreso que les permite costearse su tratamiento farmacológico o no farmacológico.
- La Dimensión II corresponde a los factores relacionados con el proveedor de salud, presentaron una mayor frecuencia de respuesta los no comportamientos y riesgo de adherencia, posiblemente por el trato de médicos y enfermeros, se brinda poca enseñanza, educación e información, falta de organización y no se responde las inquietudes.
- La Dimensión III que corresponde a los factores relacionados con la terapia, presentaron una mayor frecuencia de respuesta, el riesgo de no adherencia porque posiblemente cuando mejoran los síntomas suspenden el tratamiento, consideran que los medicamentos le causan dependencias, piensan que les ocasiona una reacción adversa, que hay costumbres difíciles de cambiar como la alimentación y el ejercicio.
- La Dimensión VI que corresponde a los factores relacionados con el paciente, presentaron una mayor frecuencia de respuesta la ventaja de adherencia porque considera que es importante seguir su tratamiento para mejorar la salud y porque creen que son los responsable de seguir el cuidado de la salud.

Tabla de frecuencias			
DIMENSION	No comportamientos de adherencia	Riesgo de no adherencia	Ventaja de adherencia
Factores Socioeconómicos	1	8	32
Factores relacionados con el proveedor de salud	8	11	22
Factores relacionados con la terapia	2	11	28
Factores relacionados con el paciente	0	9	32

Tabla 5. Frecuencias adherencia al tratamiento.

Usando un método estadístico multivariado de escalamiento óptimo derivado del análisis de componentes principales categóricos, el cual contó con un Alfa de Cronbach de 0,883 indicando un alto nivel de fiabilidad en los resultados que se arrojaron del instrumento de adherencia al tratamiento farmacológico y no farmacológico, Teniendo en cuenta que la fiabilidad se describe como la veracidad de los datos. (tabla 6):

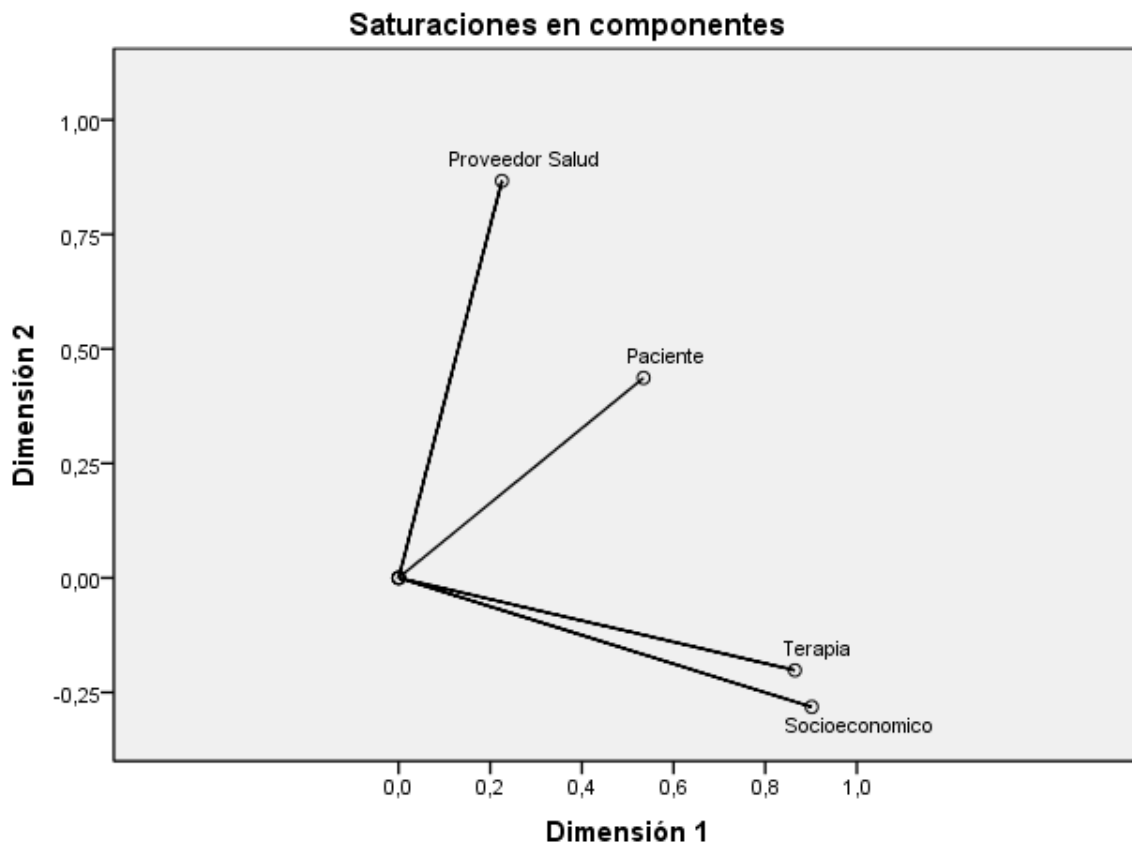
Tabla 6. Alfa de Cronbach.

Dimensión	Alfa de Cronbach
1	,631
2	,078
Total	,883 ^a

El Alfa de Cronbach Total está basada en los auto valores totales.

- Se cogieron las cuatro dimensiones y se proyectaron en un plano normalizado en el software IBM SPSS Versión 22, licenciado legalmente en la Universidad Católica de , lo cual se realizó con el fin de evidenciar cuales son las dimensiones respecto a la adherencia que se encuentran relacionadas entre sí, encontrando que: Existe una relación lineal fuerte entre las dimensiones

de: factores relacionados con la terapia y los factores socioeconómicos, contando con mayor discriminación la dimensión de: Factores relacionados con el nivel socioeconómico, por ende las dimensiones que caracterizan el nivel de adherencia del individuo son los factores relacionados con el proveedor de salud, factores relacionados con el paciente y los factores relacionados con el nivel socioeconómico, evidenciado en el gráfico 9 de saturación de componentes a continuación (tabla 5):



Normalización principal por variable.

Gráfico 9. Saturación de componentes.

Saturaciones en componentes

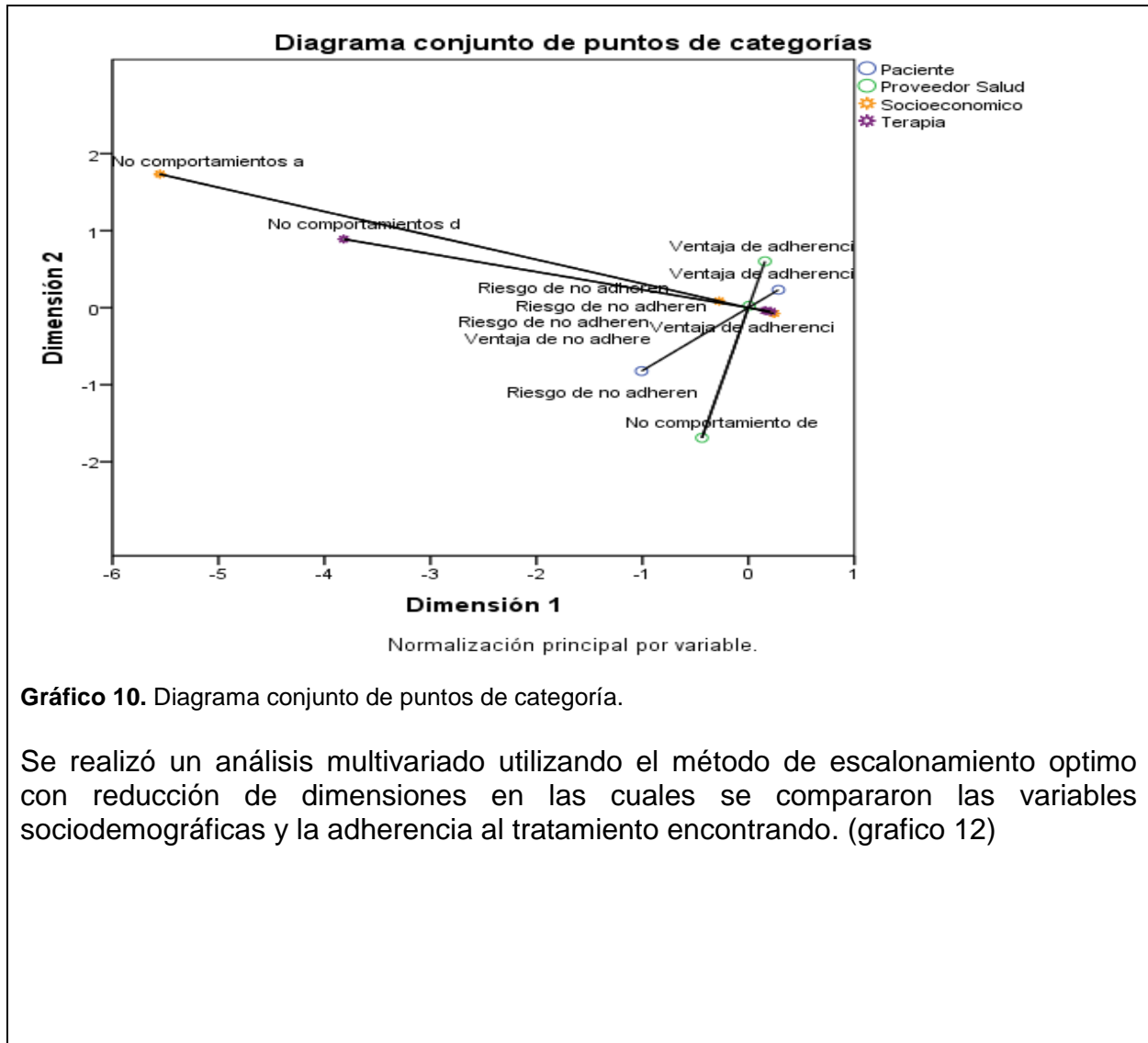
	Dimensión
--	-----------

	1	2
Socioeconómico	,902	-,282
Proveedor Salud	,225	,867
Terapia	,865	-,202
Paciente	,534	,437

Normalización principal por variable.

Tabla 7. Saturaciones en componentes.

- En el diagrama conjunto de puntos de categorías en el cual se puede observar las dimensiones ilustradas por puntos, las categorías de: ventaja de adherencia, riesgo de no adherencia y comportamiento de no adherencia. Teniendo como punto de partida el cero (0) en el eje X, donde los puntos que se encuentren más alejados del punto de partida refleja mayor correlación entre ellos, aspecto evidenciado en los no comportamientos definidos por los factores relacionados con la terapia y los no comportamientos definidos por los factores relacionados con el nivel socioeconómico, hecho que se evidencia en el gráfico 10:



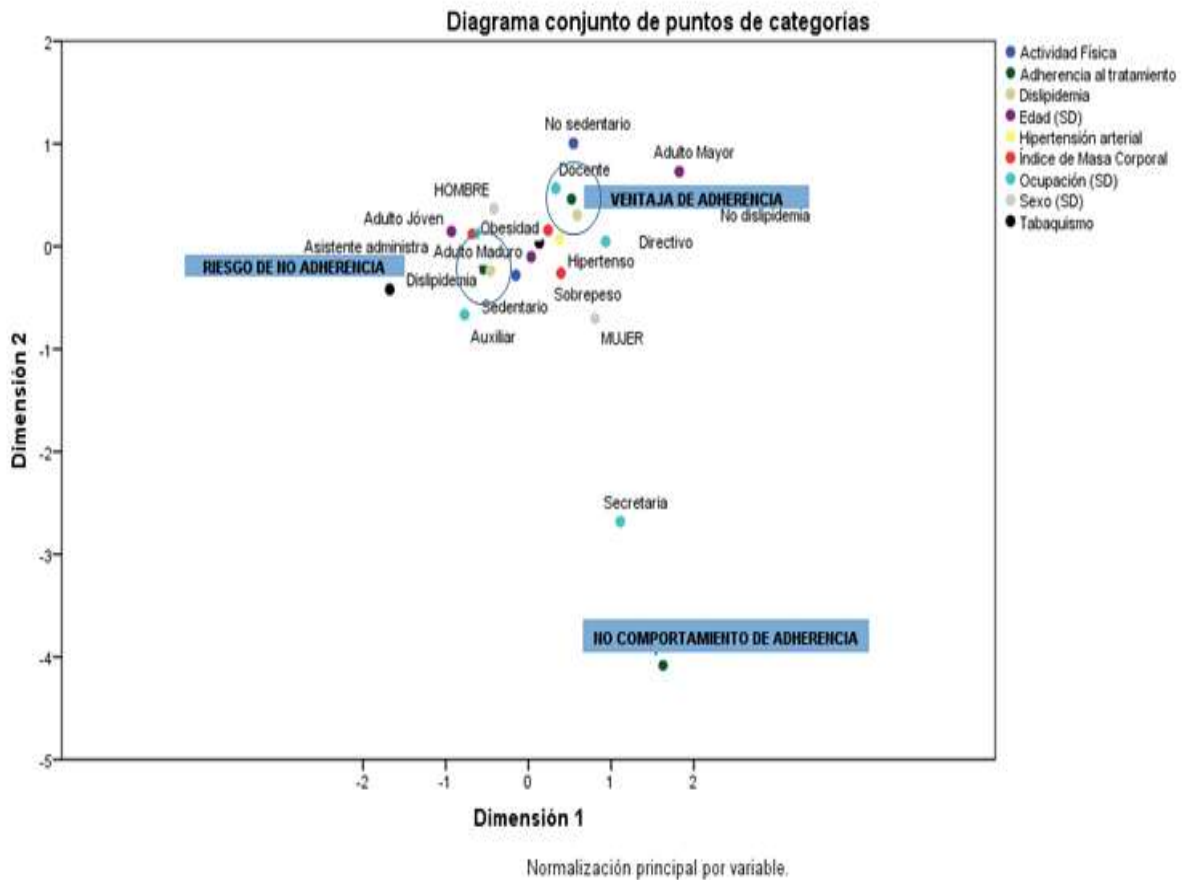


Grafico 11. Diagrama correlación adherencia y datos sociodemográficos.

DISCUSIÓN

Los hallazgos encontrados en el presente estudio donde el 100% de la población tenía una buena agencia de auto cuidado según los resultados arrojados por el instrumento, no coincide en la mayoría de sus aspectos con otros estudios realizados, abordando la temática de autocuidado. En comparación con el estudio realizado por Anita Velandia- Arias, Luz N. Rivera Álvarez llamado “ Agencia de Autocuidado y Adherencia al Tratamiento en Personas con Factores de Riesgo Cardiovascular en el cual se halló el 62,3% de un total de la muestra sometida a estudio 201 personas con factor de riesgo cardiovascular presentaron una regular agencia de autocuidado). (64)

Por otra parte Edith Arredondo Holguín “Comportamientos y capacidad de agencia

de autocuidado de adultos con insuficiencia cardiaca” cuya muestra fue un total de 206 personas adultas, usando la escala de agencia de autocuidado (ASA) para valorar, encontrándose que la frecuencia global de comportamientos de autocuidado en un 14% de los pacientes, media en un 79% y baja en un 7%. (65)

Según la información mostrada anteriormente, se evidencia que la capacidad de agencia de autocuidado en general dentro de la población analizada en un porcentaje superior al 50% en ambos estudios está ubicada entre los rangos de alta o moderada (media), observándose que la agencia de autocuidado baja oscila en rangos bajos inferiores al 30%, en contraste con un 100% de alta agencia de autocuidado de una población de funcionarios universitarios, aunque se debe tener en cuenta el contexto en el que se desenvuelve la población. En el estudio realizado en la Universidad Católica de Manizales la población es universitaria con cargos administrativos, mantenimiento y/o educativos, de igual forma aun así varíen los contextos donde se desarrollaron las investigaciones, los factores cardiovasculares que se sometieron a análisis son los mismos y se aplicó el mismo instrumento para indagar la agencia de autocuidado.

En cuanto a la adherencia al tratamiento farmacológico y no farmacológico se obtuvo un rango de puntaje entre 63 y 101 puntos con un promedio de respuesta fue de 83,5 puntos equivalente a un riesgo de no desarrollar comportamientos de adherencia, los valores obtenidos expresados en porcentaje según cada categoría fueron: 53.9% de la población presento ventaja de adherencia, un 43,6% presento riesgo de no desarrollar comportamientos de adherencia, tan solo un 2,4% de la población objeto de estudio presento comportamientos de no adherencia al tratamiento. (66)

En concordancia con un estudio realizado por Inna Elida Flórez Torrez “Adherencia a tratamientos en pacientes con factores de riesgo cardiovascular” realizado con 293 pacientes. En dicho estudio se encontró que globalmente la población sometida a estudio en un 88% estaba sin riesgo de no adherencia al tratamiento, solo un 12% de la población presento un riesgo moderado de no adherirse al tratamiento. Se debe tener en cuenta que en este estudio se utilizó la primera versión del instrumento para evaluar la adherencia al tratamiento, el cual constaba de 72 ítems, en general la adherencia fue de carácter positivo, teniendo en cuenta que el 88% con adherencia al tratamiento contaba con ventajas de adherencia en las 4 dimensiones, las cuales no han sufrido modificaciones para la tercera versión del instrumento, para este argumento se debe mencionar que más del 90% de la población sometida a estudio pertenecía a un nivel socio económico, medio – alto al igual que estaban vinculados a un régimen contributivo dentro del sistema de salud colombiano (67). Aunque el contexto de la población es diferente en ambos estudios, los niveles de adherencia identificados son más bajos en los funcionarios de la universidad católica.

Por otro lado tenemos un estudio realizado por Eugenia herrera guerra llamado "Adherencia al tratamiento en personas con hipertensión arterial", con una muestra total de 177 pacientes, cuyos hallazgos no fueron positivos: la mayoría de los participantes se ubicaron en riesgo de no desarrollar comportamientos de adherencia equivalente a un 42%, seguido de ventaja de adherencia equivalente a un 39%, tan solo un 19% con comportamientos de no adherencia (68). En comparación con el estudio realizado en los funcionarios de la universidad católica se encuentra similitud en el porcentaje de la población con tendencia a no desarrollar comportamientos de adherencia, en ambos estudios se encuentra una correlación entre los factores socioeconómicos y relacionados con la terapia como se mencionó con anterioridad, hecho que puede representar una dependencia de la adherencia a los tratamientos en relación con dichas dimensiones, aunque existe grandes diferencias en las características sociodemográficas de las poblaciones sometidas a estudio.

Sometiendo a análisis el estudio que más se relaciona con el ejecutado en los funcionarios de la universidad católica, el realizado por Anita Velandia- Arias, Luz N. Rivera Álvarez " Agencia de Autocuidado y Adherencia al Tratamiento en Personas con Factores de Riesgo Cardiovascular, en la unidad de cuidado intermedio, hospital de Tunjuelito Bogotá Colombia" La media resultante de la adherencia al tratamiento fue de 59,6 los valores de respuesta de los participantes oscilaron entre 45 y 70 puntos, frente al rango real del cuestionario de 14 a 70 puntos. El 77 % de las personas presento buena adherencia al tratamiento farmacológico y no farmacológico y el 23 % tuvo regular adherencia. Se observó una tendencia en las dos escalas hacia las respuestas 'casi siempre' y 'siempre' (69).

Los comportamientos de adherencia que presentaron los participantes fueron:

- El 94 % de las personas solicita el tratamiento que se le ha prescrito
- El 93 % de los participantes cumple las citas del profesional de salud
- El 92,5 % de las personas informa que está cumpliendo el tratamiento prescrito (hace referencia a tratamiento farmacológico)
- El 91,5 % de los participantes aceptan el diagnóstico que le da el profesional de salud. (70)

Comparando ambos resultados, aunque el instrumento aplicado varia en la versión con la cual se ejecutó, las dimensiones analizadas son las mismas y de igual manera existe diferencias amplias en los resultados obtenido, gracias a que la ventaja de adherencia es el factor que prima en el estudio en Tunjuelito, frente al riesgo de no adherirse al tratamiento en el estudio realizado en los funcionarios de la universidad católica de Manizales, siendo poblaciones con características y contextos diferentes sigue siendo más bajo el nivel de adherencia al tratamiento y existen riesgos potenciales en los funcionarios de la universidad católica de Manizales.

ESTRATEGIA DE DIFUSIÓN Y COMUNICACIÓN

La estrategia que se utilizara para la difusión del conocimiento, surge a raíz de los productos del proyecto investigativo, será por medio de la publicación de un artículo científico, en el cual se resume y se comunicará a la comunidad académica, el trabajo realizado y los diferentes resultados que se hayan a lo largo del desarrollo del mismo

CONCLUSIONES

- Existe una adecuada agencia de autocuidado en el cien por ciento de los funcionarios de la universidad católica de Manizales según los resultados arrojados por el instrumento de evaluación de agencia de autocuidado.
- Ocurren falencias en la adherencia al tratamiento farmacológico y no farmacológico en la población objeto de estudio, ya que según los resultados arrojados en el instrumento, existe una prevalencia en la población de comportamientos que ponen en riesgo la adherencia al tratamiento farmacológico y no farmacológico.
- No existe una relación lineal entre la agencia de autocuidado y la adherencia al tratamiento farmacológico, hecho evidenciado en que el cien por ciento de los funcionarios posee una alta agencia de autocuidado, pero tan solo un 46,34% tenían ventaja de adherencia al tratamiento.

RECOMENDACIONES

- Capacitar a todos los funcionarios de la Universidad Católica de Manizales, sobre los factores de riesgo que tienen o pueden llegar a tener, ya que las enfermedades cardiovasculares son la tercera causa de muerte a nivel mundial por lo cual se puede intervenir por medio del ejercicio y hábitos alimenticios saludables.
- Agilizar los procesos de investigación para que no se pierda la motivación por indagar más allá.
- Motivar a los estudiantes que están en los semestres inferiores para que aprovechen los espacios de investigación.

REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS

1. *Rodríguez Acelas A, Gómez Ochoa A Factores influyentes en adherencia al tratamiento en pacientes con riesgo cardiovascular av.enferm., XXVIII (1): 63-71, 2010*
2. *Organización mundial de la salud (revista en internet); factores que influyen en la adherencia al tratamiento; [consultado 16 agosto 2013]. Disponible en: <http://www.who.int/dietphysicalactivity/pa/es/>*
3. *DANE. Diez primeras causas de defunción, según departamento de residencia. Año 2009. [internet]. [consultado 2013 agosto 15]. Disponible en:http://www.dane.gov.co/index.php?option=com_content&view=article&id=788&Itemid=11*
4. *ENSIN 2010 Encuesta Nutrición en Colombia. Bogotá más activa. [internet]. [consultado 2012 agosto 15]. Disponible en: Bogota.gov.co. des <http://www.bogotamasactiva.gov.co/?q=node/481>*
5. *Health Report 2000 - World Health Organization The World health report 2000: health systems: improving performance. Health Organization, 1211 Geneva 27, Switzerland, which will be glad to provide the. [Internet] [consultado 2013 agosto 16]. Disponible en: www.who.int/whr/2000/en/whr00_en.pdf*
6. *RAILE Alligoog Martha, Tomey Ann Marriner. Modelos y Teorías en Enfermería. España. Florence Nightingale. La Enfermería Moderna. ed. 2011. Pag. 47*
7. *Arredondo Holguín E. Comportamientos y capacidad de agencia de autocuidado de adultos con insuficiencia cardiaca av.enferm., XXVIII (1): 21-30, 2010*
8. *Organización mundial de la salud (revista en internet) 2004 disponible en: http://www.paho.org/hq/index.php?option=com_docman&task=doc_view&gid=18722&Itemid=*
9. *Ortiz Suarez C. Instrumento para evaluar la adherencia al tratamiento en pacientes con factores de riesgo cardiovascular av.enferm., XXVIII (2): 73-87, 2010*

10. *Organización mundial de la salud (revista en internet) 2004 disponible en:* http://www.paho.org/hq/index.php?option=com_docman&task=doc_view&gid=18722&Itemid=
11. *Rodríguez Acelas A, Gómez Ochoa A Factores influyentes en adherencia al tratamiento en pacientes con riesgo cardiovascular av.enferm., XXVIII (1): 63-71, 2010*
12. *Organización mundial de la salud (revista en internet); factores que influyen en la adherencia al tratamieto; [consultado 16 agosoto 2013]. Disponible en:* <http://www.who.int/dietphysicalactivity/pa/es/>
13. *OMS | ¿Cuál es la enfermedad que causa más muertes en el mundo? 20 Oct 2010. Cuál es la enfermedad que causa más muertes en el mundo? [Internet] [consultado 2013 agosto 16]. Disponible en:* www.who.int/features/qa/18/es/index.html
14. *Florez Torres I, Adherencia a tratamientos en pacientes con factores de riesgo cardiovascular av.enferm., XXVII (2): 25-32, 2009*
15. *RAILE Alligoog Martha, Tomey Ann Marriner. Modelos y Teorías en Enfermería. España. Florence Nightingale. La Enfermería Moderna. ed. 2011. Pag.*
16. *Lothar Heinemann y Gerd Heuchert. Enciclopedia de Salud y Seguridad en el Trabajo. Sistema Cardiovascular [internet]. 2001; tercera edición. [consultado 2013 agosto 16]. Disponible en:* http://www.ucm.es/info/seas/estres_lab/enciclo/Trabajo%20y%20enfermedad%20cardiovascular.pdf
17. *OMS. Cuáles son las principales causas de muerte en el mundo. [internet]. [consultado 2013 agosto 16]. Disponible en:* <http://www.lanacion.com.ar/1432049-cuales-son-las-principales-causas-de-muerte-de-las-personas-en-el-mundo>
18. *Guías de alimentación y salud UNED. Alimentación en las Enfermedades cardiovasculares. [internet]. [consultado 2013 agosto 20]. Disponible en:* http://www.uned.es/pea-nutricion-y-dietetica-l/guia/enfermedades/cardiovasculares/calc_metodos_utiliza.htm

19. *Factores de riesgo cardiovascular - Instituto del Corazón de Texas. [internet]. [consultado 2013 agosto 20]. Disponible en: http://texasheart.org/HIC/Topics_Esp/HSmart/riskspan.cfm*
20. *Guía de alimentación en salud; [internet] alimentación en las enfermedades cardiovasculares; [consultado: 18 septiembre 2014]; disponible en internet: http://www.uned.es/pea-nutricion-y-dietetica-l/guia/enfermedades/cardiovasculares/factores_de_riesgo.htm*
21. *Guías de prevención primaria en riesgo cardiovascular. Tópicos selectos. Revista Colombiana de Cardiología. JULIO 2009 VOLUMEN 16 SUPLEMENTO 3. . [internet]. [consultado 2013 agosto 20]. Disponible en http://www.scc.org.co/Portals/0/guia_preencion_topicos-selectos.pdf*
22. *Sarah Choi. Anthropometric Measures and Lipid Coronary Heart Disease Risk Factors in Korean Immigrants With Type 2 Diabetes. Journal of Cardiovascular Nursing. September/October 2011 Vol. 26, No. 5, pp 414Y422*
23. *Sarah Choi. Anthropometric Measures and Lipid Coronary Heart Disease Risk Factors in Korean Immigrants With Type 2 Diabetes. Journal of Cardiovascular Nursing. September/October 2011 Vol. 26, No. 5, pp 414Y422*
24. *Rodríguez Acelas A, Gómez Ochoa A Factores influyentes en adherencia al tratamiento en pacientes con riesgo cardiovascular av.enferm., XXVIII (1): 63-71, 2010*
25. *Guías de prevención primaria en riesgo cardiovascular. Tópicos selectos. Revista Colombiana de Cardiología. JULIO 2009 VOLUMEN 16 SUPLEMENTO 3. . [internet]. [consultado 2013 agosto 20]. Disponible en http://www.scc.org.co/Portals/0/guia_preencion_topicos-selectos.pdf*
26. *Guía de cardiología; guías de prevención primaria en riesgo cardiovascular [internet]; [consultado 18 sep. 14]; Pág. 89; disponible en internet: http://scc.org.co/wp-content/uploads/2012/08/11-guia_preencion_topicos-selectos-2009.pdf*
27. *Guía de cardiología; guías de prevención primaria en riesgo cardiovascular [internet]; [consultado 18 sep. 14]; Pág. 81 ; disponible en internet: http://scc.org.co/wp-content/uploads/2012/08/11-guia_preencion_topicos-selectos-2009.pdf*
28. *López Díaz Alba L. Guerrero G. Sandra. Perspectiva Internacional del Uso de la Teoría de Orem. Invest.educ.enferm.2006; (24) 2 90-100. [Internet].*

- [Consultado 2013 agosto 23]. Disponible en:
http://www.scielo.org.co/scielo.php?pid=S0120-53072006000200010&script=sci_arttext
29. Espita C. Luz C. Asociación de los factores básicos condicionantes del autocuidado y la capacidad de agencia de autocuidado en personas con hipertensión arterial que asisten a consulta externa del hospital universitario la samaritana. Tesis Maestría. [Internet]. [Citado 23 Agst. 2013]. Disponible en:
<http://www.bdigital.unal.edu.co/4828/1/luzcarineespitiacruz.2011.pdf>
30. Rivera Álvarez LN. Capacidad de Agencia de Autocuidado en Personas con Hipertensión Arterial hospitalizadas en una Clínica de Bogotá, Colombia. Revista de Salud Pública 2006; 8235-247. Disponible en:
<http://redalyc.uaemex.mx/redalyc/src/inicio/ArtPdfRed.jsp?iCve=42280309>
Consultado el 18 de agosto de 2013
31. Lic. Luz Nelly Rivera Álvarez, Lic. Luz Patricia Díaz. Relación entre la capacidad de agencia de autocuidado y los factores de riesgo cardiovascular. [Internet]. 2[citado 2013 agosto 18]. Disponible en:
<http://www.scielosp.org/pdf/rsap/v8n3/v8n3a09>
32. Millán Méndez Israel E.. Evaluación de la capacidad y percepción de autocuidado del adulto mayor en la comunidad. Rev Cubana Enfermer [revista en la Internet]. 2010 Dic [citado 2013 agosto 26] ; 26(4): 202-234. Disponible en:
http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0864-03192010000400007&lng=es
33. Espitia C. Luz C. Asociación de los factores básicos condicionantes del autocuidado y la capacidad de agencia de autocuidado en personas con hipertensión arterial que asisten a consulta externa del hospital universitario la samaritana. Tesis Maestría. [Internet]. [Citado 23 Agst. 2013]. Disponible en:
<http://www.bdigital.unal.edu.co/4828/1/luzcarineespitiacruz.2011.pdf>
34. Evers GC, Isenberg MA, Philipsen H, Senten M, Brouns G. Validity testing of the Dutch translation of the appraisal of the self-care agency A.S.A.-scale. [Internet]. [citado 2013 Agst 23]. Disponible en:
<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/8375976>
35. Germán Enrique Silva, Esmeralda Galeano, Jaime Orlando Correa; adherencia al tratamiento, implicaciones de la no adherencia; [internet]; [consultado 18 agosto 2013]; disponible en internet:
<http://www.actamedicacolombiana.com/anexo/articulos/v30n4a4.pdf>

36. *Organización mundial de la salud (revista de internet) 2013. Disponible en : http://www.who.int/topics/chronic_diseases/es/*
37. *Health Report 2000 - World Health Organization The World health report 2000: health systems: improving performance. Health Organization, 1211 Geneva 27, Switzerland, which will be glad to provide the. [Internet] [consultado 2013 agosto 8]. Disponible en: www.who.int/whr/2000/en/whr00_en.pdf*
38. *Rodríguez Acelas A, Gómez Ochoa A Factores influyentes en adherencia al tratamiento en pacientes con riesgo cardiovascular av.enferm., XXVIII (1): 63-71, 2010*
39. *Herrera Lian A. factores que influyen en la adherencia a tratamientos en pacientes con riesgo de enfermedad cardiovascular av.enferm., XXVI (1): 36-42, 2008*
40. *Espitia C. Luz C. Asociación de los factores básicos condicionantes del autocuidado y la capacidad de agencia de autocuidado en personas con hipertensión arterial que asisten a consulta externa del hospital universitario la samaritana. Tesis Maestría. [Internet]. [Citado 23 Agst. 2013]. Disponible en: <http://www.bdigital.unal.edu.co/4828/1/luzcarineespitiacruz.2011.pdf>*
41. *Herrera Lian A. factores que influyen en la adherencia a tratamientos en pacientes con riesgo de enfermedad cardiovascular av.enferm., XXVI (1): 36-42, 2008*
42. *Consuelo Ortiz; [internet] Instrumento para evaluar la adherencia a tratamientos en pacientes con algún factor de riesgo cardiovascular; [consultado 18 agosto 2013]; disponible en internet: <http://www.scielo.org.co/pdf/aven/v28n2/v28n2a07>*
43. *Republica de Colombia, ministerio de salud; Resolución 8430 de 1993 [internet]; [consultado 17 septiembre 2014]; disponible en internet: http://www.unisabana.edu.co/fileadmin/Documentos/Investigacion/comite_de_etica/Res__8430_1993_-_Salud.pdf*
44. *Ley 266 de 1996 por la cual se reglamenta la profesión de enfermería en Colombia y se dictan otras disposiciones, disponible en : http://www.secretariasenado.gov.co/senado/basedoc/ley/1996/ley_0266_1996.html*

45. *Ministerio de Protección Social. Marco Político para la Actividad Física en Colombia. [Internet] [consultado 2013 Agosto 8]. Disponible en: <http://www.minproteccionsocial.gov.co/buscar/Results.aspx?k=mortalidad%20cardiovascular>*
46. *Modelos probabilísticos de riesgo cardiovascular. Estudio Framingham. Proyecto SCORE. [internet]. [consultado 2013 agosto 8]. Disponible en: <http://www.seh-felha.org/modelries.htm>*
47. *Álvarez Cosmea y Cols. Comparación de los modelos SCORE y Framingham en el cálculo de alto riesgo cardiovascular para una muestra de varones de 45 y 65 años de Asturias. Rev. Esp. Salud Pública [revista en la Internet]. [consultado 2013 Agosto 26]. Disponible en: http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1135-57272005000400004&Ing=es*
48. *Wilson Peter y Cols. Prediction of coronary heart disease using risk factor categories. [internet]. [consultado 2013 agosto 15]. Disponible en: <http://circ.ahajournals.org/content/97/18/1837.full.pdf> Castelli WP, McNamara PM, Kannel WB. Medical Criteria. [internet]. [Consultado 2013 agosto 15]. Disponible en: http://www.medicalcriteria.com/es/criterios/framingham_es.htm*
49. *PRACTICE GUIDELINE 2010 ACCF/AHA Guideline for Assessment of Cardiovascular Risk in Asymptomatic Adults. [Internet]. [consultado 2013 agosto 15]. Disponible en: <http://content.onlinejacc.org/cgi/content/full/56/25/e50>*
50. *World Health Organization. The top 10 causes of death. Available At: http://www.who.int/gho/ncd/risk_factors/overweight/en/ Accessed agosto 13, 2012*
51. *Sarah Choi. Anthropometric Measures and Lipid Coronary Heart Disease Risk Factors in Korean Immigrants With Type 2 Diabetes. Journal of Cardiovascular Nursing. September/October 2011 Vol. 26, No. 5, pp 414Y422*
52. *Dosman Viviana A, Triviño Lisbeth P, Uribe Yeni L, Agredo Ricardo A, Jerez Alejandra M. Asociación entre la aptitud física y los factores de riesgo de síndrome metabólico en trabajadores de una institución universitaria. Rev. Colom. Cardiol. [serial on the Internet]. 2009 Aug [cited 2013 August 19]; 16(4): 153-158. Available from: http://www.scielo.org.co/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0120-56332009000400003&Ing=en*

53. Quiroz Carlos A y col. *Impacto de la rehabilitación cardíaca en pacientes con fallacardiaca de origen isquémico. Cardiología del Adulto, Trabajos Libres. Vol. 18 No. 1. 2010. [Internet] [consultado 2013 Agosto 13]. Disponible en: <http://www.scc.org.co/REVISTASCC/v18/v18n1/pdf/v18n1a4.pdf>*
54. Anchique Claudia V y cols. *Estado actual de la rehabilitación cardiovascular en colombia. Vol. 18 No. 6. 2011. . [internet]. [consultado 2013 septiembre 15]. Disponible en: <http://www.scc.org.co/REVISTASCC/v18/v18n6/pdf/v18n6a2.pdf>*
55. Nuria v. farrera, dante h. moine, Daniel c. Yáñez. *Hipertensión arterial: implementación de un programa de intervención de control y adherencia al tratamiento en un Centro de Atención Primaria de la Salud de la ciudad de Paraná. Rev Fed Arg Cardiol 2010; 39 (3): 194-203*
56. Casas Piedrahita M. Chavarro Olarte I. Cardona Rivas D. *Adhesión al tratamiento de la hipertensión arterial en dos municipios de Colombia. 2010-2011. Hacia la Promoción de la Salud, Volumen 18, No.1, enero - junio 2013.*
57. Herrera Guerra E. *Adherencia al tratamiento en personas con hipertensión arterial. Revista av.enferm., XXX (2): 67-75, 2012.*
58. Varela Arevalo M. *El reto de evaluar la adherencia al tratamiento en la hipertensión arterial. Pensamiento Psicológico, vol. 7, No 14, 2010,*
59. Olvera Arreola S. Salazar Gomez T. *Impacto del apoyo familiar en la adherencia terapéutica de los pacientes hipertensos. Revista mexicana de enferm cardiol. Vol. 17, Núms. 1-3*
60. Landeros-Olvera, E. (2013). *Análisis de concepto: “decisión de cambio” para mejorar las conductas de salud en el contexto de las enfermedades crónicas en adultos. Aquichan, 13(1)*
61. Castaño-Castrillón JJ, Echeverri-Rubio C, Giraldo-Cardona JF, Maldonado-Mora A, Melo-Parra J, Meza-Orozco GA, Montenegro-Gutiérrez CG , Peláez-Ramos CA , Perdomo-Muñoz JM, Rodríguez-Arias EA . *Treatment adherence of hypertensive patients’ being attended by Assbasalud ESE, Manizales (Colombia) 2011. Rev. Fac. Med. 2012;*
62. Manrique Abril F, Fernández A, Velandia A. *Análisis factorial de la Escala Valoración de Agencia de Autocuidado (ASA) en Colombia. Aquichan, Norteamérica, 9, ene. 2010. [Internet]. [Citado 23 agosto. 2013]. Disponible en: <http://aquichan.unisabana.edu.co/index.php/aquichan/articulo/view/1521/1966>*

63. *Consuelo Ortiz; [internet] Instrumento para evaluar la adherencia a tratamientos en pacientes con algún factor de riesgo cardiovascular; [consultado 18 agosto 2013]; disponible en internet: <http://www.scielo.org.co/pdf/aven/v28n2/v28n2a07>*
64. *Anita Velandia, Luz. N Alvarez; Agencia de Autocuidado y Adherencia al Tratamiento en Personas con Factores de Riesgo Cardiovascular. [revista de salud publica. agosto 2009;23]; Disponible en Internet: <http://www.ukessays.co.uk/tool/vancouver-referencing-generator/#ixzz3FllpzCbm>*
65. *Arredondo Holguín E. Comportamientos y capacidad de agencia de autocuidado de adultos con insuficiencia cardíaca av.enferm., XXVIII (1): 21-30, 2010*
66. *Ortiz Suarez C. Instrumento para evaluar la adherencia al tratamiento en pacientes con factores de riesgo cardiovascular av.enferm., XXVIII (2): 73-87, 2010*
67. *Florez Torres I, Adherencia a tratamientos en pacientes con factores de riesgo cardiovascular av.enferm., XXVII (2): 25-32, 2009*
68. *Herrera Lian A. factores que influyen en la adherencia a tratamientos en pacientes con riesgo de enfermedad cardiovascular av.enferm., XXVI (1): 36-42, 2008*
69. *Anita Velandia, Luz. N Alvarez; Agencia de Autocuidado y Adherencia al Tratamiento en Personas con Factores de Riesgo Cardiovascular. [revista de salud publica. agosto 2009;23]; Disponible en Internet: <http://www.ukessays.co.uk/tool/vancouver-referencing-generator/#ixzz3FllpzCbm>*
70. *Anita Velandia, Luz. N Alvarez; Agencia de Autocuidado y Adherencia al Tratamiento en Personas con Factores de Riesgo Cardiovascular. [revista de salud publica. agosto 2009;23]; Disponible en Internet: <http://www.ukessays.co.uk/tool/vancouver-referencing-generator/#ixzz3FllpzCbm>*

ANEXOS

CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA PROYECTO DE INVESTIGACION

Título de la Investigación: Agencia de autocuidado y adherencia al tratamiento en funcionarios universitarios con factores de riesgo cardiovascular modificable 2014”.

Este formato de consentimiento informado está dirigido a la población de funcionarios pertenecientes a la Universidad Católica de Manizales.

Los autores del proyecto son el siguiente profesional y estudiantes pertenecientes a la UCM:

Investigadores:

Jorge Eliecer Rodríguez Marín. Enfermero. Especialista en Cuidado Critico al Adulto. Actualmente Docente del programa de Enfermería de la UCM.

Kevin Alejandro Gómez. Estudiante Pregrado Enfermería

María Alejandra Cabrera Cedeño. Estudiante Pregrado Enfermería

Con este documento lo estamos invitando a participar de este proyecto de investigación, el cual tiene como objetivo:

- Describir la relación existente entre el proceso de agencia de autocuidado y la adherencia al tratamiento farmacológico y no farmacológico de los funcionarios de la Universidad Católica de Manizales, que presentan factores de riesgo cardiovascular modificable.

Usted es un posible candidato a participar de esta investigación debido a que, sufre de una enfermedad como Hipertensión o Dislipidemia y además de ello toma medicamentos para la misma.

APLICACIÓN DE ESCALAS

Se les aplicara a cada uno de ellos las escalas de valoración de Agencia de Autocuidado (ASA) versión colombiana y el cuestionario de adherencia al tratamiento farmacológico y no farmacológico, por lo cual usted deberá responder de manera sincera las preguntas de los formatos.

Tenga en cuenta que:

- ✓ La participación en este estudio es voluntaria.
- ✓ En todo momento se respetara su autonomía para participar en las actividades aquí planteadas.
- ✓ Se responderá todos sus interrogantes sobre las dudas que le surjan.
- ✓ Durante todo el proceso investigativo se le conservara confidencialmente sus datos.

Antes de firmar el actual consentimiento deseamos agradecerle por su intención de participar de este proyecto y le informamos que: usted está en libertad de solicitar en cualquier momento información sobre el estado de la investigación. Para lo cual nos podrá contactar en el programa de Enfermería de la universidad católica de Manizales.

También debe saber que podrá retirarse de la investigación en cualquier momento y que esto no le acarreará inconvenientes con la institución.

Los beneficios que usted obtendrá al participar en este proyecto de investigación será:

- ✓ Evaluar la agencia de autocuidado que usted tiene y la adherencia al tratamiento farmacológico y no farmacológico.

Es necesario que usted sepa que para poder participar en esta investigación usted debe cumplir con los siguientes requisitos:

- ✓ Ser funcionario de la UCM.
- ✓ Tener una enfermedad como Hipertensión o Dislipidemia y estar tomando medicamentos para la misma.
- ✓ Responder a los cuestionarios que se le van a realizar.

Los riesgos a los cuales usted se somete al participar en esta investigación son mínimos ya que no le realizaremos ninguna intervención y su participación solo está limitada a la aplicación de las escalas validadas.

Yo _____ identificado (a) con Cc:
_____ de _____ he leído comprendiendo la información anterior, se me han resuelto mis interrogantes de manera satisfactoria, me aclararon que los resultados consignados podrán ser publicados o difundidos con el único propósito de la investigación y protegiendo mi identidad.

Por lo anterior decido participar de manera voluntaria de este proyecto de investigación.

Firma: _____

Cc: _____ De _____

Investigadores:

Jorge Eliecer Rodríguez Marín

María Alejandra Cabrera Cedeño

Kevin Alejandro Gómez González

Datos investigadores: Jorge Eliecer Rodríguez Marín. Celular: 3128716034. 8782900 extensión: 3131
María Alejandra Cabrera Cedeño. Celular: 3134687098
Kevin Alejandro Gómez González. Celular: 3142318511

Autorización para utilizar instrumento de Adherencia al Tratamiento.

Ibagué, Junio 26 de 2014

Profesor
JORGE ELIECER RODRIGUEZ MARIN
Estudiantes
Kevin Alejandro Gómez Gonzales
María Alejandra Cabrera Cedeño
Universidad Católica de Manizales
Colombia

Por medio de la presente y en razón a su solicitud para la utilización del instrumento "factores que influyen en la adherencia al tratamiento en pacientes con problemas cardiovasculares" en su investigación "Agencia de Autocuidado y Adherencia en funcionarios universitarios con factores de riesgo cardiovascular modificable 2014". Le informo que consultadas las autoras del mismo se autoriza su uso teniendo en cuenta que se deben dar los créditos del mismo a las autoras y solicitamos se nos comente los resultados de su investigación.

Anexo instrumento versión 3

Cordialmente,


CLAUDIA PATRICIA BONILLA IBÁÑEZ
Autora

Autorización para utilizar escala ASA.

alba rosa fernandez <afernandezx@hotmail.com>

17/9/
13

Hola Claudia, me complace saber de tu interés en la validez del instrumento de autocuidado, como investigadora y autora del artículo sobre la misma, no tengo ningún inconveniente en que apliques el ASA versión colombiana en tu investigación,

Suerte en tu trabajo,
Alba Rosa Fernández

alba rosa fernandez <afernandezx@hotmail.com>

18/9/1
3

para mí

Hola, te envio varios archivos que serán de mucha utilidad en tu investigación...

1. un extracto de mi tesis doctoral sobre el ASA con la referencia de la tesis
2. dos artículos sobre el ASA, (desconozco cuál o cuáles has revisado) donde conseguirás referencias que te servirán y que forman parte del extracto
3. la escala ASA que utilicé en la tesis, en uno de los art está parte de las pruebas psicometricas aplicadas por mi para lograr esta version

Espero que te sea útil este material, saludo, suerte
Alba Rosa Fernández

**Instrumento para evaluar los factores que influyen en la adherencia a tratamientos
 farmacológicos y no farmacológicos en pacientes con factores de riesgo de
 enfermedad cardiovascular
 Versión 3**

No. _____ FECHA: _____

NOMBRE: _____ EDAD: _____

DIRECCIÓN: _____

TELÉFONO: _____

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

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

FACTORES INFLUYENTES	NUNCA	A VECES	SIEMPRE
I DIMENSIÓN			
Factores socioeconómicos			
1. Tiene disponibilidad económica su familia para atender las necesidades básicas: (alimentación, salud, vivienda, educación.)			
2. Puede costearse los medicamentos.			
3. Cuenta con los recursos económicos para trasladarse al lugar de la consulta.			
4. Cuenta con permisos laborales para asistir a sus citas.			
5. Reconoce que a pesar de los costos para conseguir los medicamentos y seguir recomendaciones vale la pena hacerlo.			
6. Los cambios en la dieta, se le dificultan debido al alto costo de los alimentos recomendados.			
7. Puede leer la información escrita sobre el manejo de su enfermedad.			
8. Cuenta con el apoyo de su familia o personas allegadas para cumplir su tratamiento.			
9. Las relaciones entre los miembros de la familia que viven con usted lo desaniman para seguir los			

tratamientos.			
10. Las diversas ocupaciones que tiene dentro y fuera del hogar le dificultan seguir el tratamiento.			
11. El contacto con otras personas o grupos que están tratando de mejorar su salud le sirven de ejemplo.			
12. Los que le ayudan saben qué tan grave es la enfermedad y su tratamiento.			
13. Las distancias de su casa o trabajo a los consultorios le dificultan el cumplimiento de sus citas.			
14. Comparte con otras personas sus preocupaciones y estos lo animan a seguir su tratamiento.			
II DIMENSIÓN			
FACTORES RELACIONADOS CON EL PROVEEDOR: SISTEMA Y EQUIPO DE SALUD			
15. El trato del médico y las enfermeras lo anima a volver a sus controles.			
16. El personal de enfermería le enseña y da recomendaciones escritas sobre sus tratamientos.			
17. La información verbal de parte del médico es detallada y precisa.			
18. Tiene dudas acerca de la manera de tomar sus medicamentos, en cuanto a la cantidad, los horarios y la relación con las comidas.			
19. La institución a la que consulta muestra desorganización en la atención que le brinda.			
20. Las personas que lo atienden se ven demasiado ocupadas para escucharlo por mucho tiempo.			
21. Las personas que lo atienden responden sus inquietudes y dificultades con respecto a su tratamiento.			
22. Se da cuenta que su médico controla si está siguiendo el tratamiento por las preguntas que le hace.			
23. Recibe información sobre los beneficios de los medicamentos ordenados por su médico.			
24. Recibe orientación sobre la forma de ajustar los horarios de los medicamentos de acuerdo a sus actividades diarias.			
25. En el caso que usted fallara en su tratamiento su médico y enfermera entenderían sus motivos.			
26. Conoce por medio escrito que señala fecha, horario y lugar del próximo control.			
27. El médico y la enfermera le dan explicaciones con palabras que su familia o usted entienden.			
28. Cuando le cambian el médico que lo atiende, esto lo confunde.			
29. El cambio frecuente de medicamentos lo confunde.			

30. Siente que no recibe atención de salud con la misma calidad que los demás.			
31. El médico y la enfermera le han explicado qué resultados va a tener en su salud con el tratamiento que se le está dando.			
32. El trato que recibe del personal médico y los demás es el que usted espera.			
33. La institución de salud le da oportunidades de aprender a reconocer los riesgos que tiene y como modificarlos.			
34. Conoce los riesgos que llevan a una persona a sufrir enfermedad cardiovascular.			
35. Puede conseguir sus medicamentos de acuerdo al tipo de afiliación a la que pertenece.			
III DIMENSIÓN			
FACTORES RELACIONADOS CON LA TERAPIA			
36. Tiene forma de distinguir los diferentes medicamentos para no confundirlos.			
37. Cuando mejoran sus síntomas, usted suspende el tratamiento.			
38. Anteriormente ha presentado dificultades para cumplir su tratamiento.			
39. Piensa que algunos de los medicamentos, le crean dependencia por eso no lo toma.			
40. Esta convencido que el tratamiento es beneficioso y por eso sigue tomándolo.			
41. Cree al igual que su familia que todo este tratamiento y cambios en sus costumbres son contrarios a su fe y sus valores.			
42. Reconoce que vale la pena cumplir el tratamiento y las recomendaciones para mejorar su salud.			
43. Cree que hay costumbres sobre alimentos y ejercicios difíciles de cambiar.			
44. Cree conveniente para su salud controlar el peso, mediante la dieta y el ejercicio.			
45. Los medicamentos que toma actualmente le alivian los síntomas			
IV DIMENSIÓN			
FACTORES RELACIONADOS CON EL PACIENTE			
46. Su enfermedad limita sus oportunidades de estar con otras personas.			
47. Le parece que el médico y usted coinciden en la esperanza de mejoría con el tratamiento y los cambios que está haciendo es sus hábitos.			
48. Siente rabia con la enfermedad por las incomodidades que le produce			
49. Se interesa por conocer sobre su condición de salud y			

la forma de cuidarse.			
50. Se angustia y se siente desanimado por las dificultades para manejar su enfermedad.			
51. Se siente discriminado o alejado de su familia o grupo a causa de los tratamientos y recomendaciones que tiene que seguir.			
52. Cree que es importante seguir su tratamiento para mejorar su salud.			
53. Cree que es usted es el responsable de seguir el cuidado de su salud.			






FACULTAD DE ENFERMERIA
 Doctorado en Enfermería

Cédula:

ESCALA PARA EVALUAR LA CAPACIDAD DE AGENCIA DE AUTOCUIDADO

Instrucciones: Los enunciados que se listan a continuación son utilizados por algunas personas para describirse a sí mismos en su forma habitual de ser. Por favor lea cada uno de ellos, marque con una equis (X) la carita que corresponda al grado que mejor lo describe como usted es. No hay respuesta correcta o incorrecta, solo asegúrese de que selecciona la que mejor corresponde a su capacidad o a sus habilidades.

ENUNCIADOS	ESCALA LIKERT			
	Nunca	Casi nunca	Casi siempre	Siempre
1. A medida que cambian las circunstancias yo voy haciendo ajustes para mantenerme con salud.				
2. Reviso si las formas que practico habitualmente para mantenerme con salud son buenas.				
3. Si tengo problemas para moverme o desplazarme yo hago los arreglos para conseguir ayuda.				
4. Yo puedo hacer lo necesario para mantener limpio el ambiente donde vivo.				
5. Para mantenerme con salud yo pongo en primer lugar lo que sea necesario hacer.				
6. Me faltan las fuerzas necesarias para cuidarme como debo.				
7. Yo puedo buscar mejores formas para cuidar mi salud que las que tengo ahora.				
8. Con tal de mantenerme limpio yo puedo cambiar la frecuencia con que me baño.				
9. Yo puedo alimentarme de manera tal que se mantenga un peso correcto para mí.				
10. Cuando hay situaciones que me afectan yo las manejo de manera que pueda seguir tal como soy.				

ENUNCIADOS	ESCALA LIKERT			
	Nunca	Casi nunca	Casi siempre	Siempre
11. Pienso en hacer ejercicio y descansar un poco durante el día pero no llego a hacerlo.				
12. Cuando necesito ayuda puedo recurrir a mis amigos de siempre.				
13. Puedo dormir lo suficiente como para sentirme descansado (a).				
14. Cuando obtengo información sobre mi salud pido explicaciones sobre lo que no entiendo.				
15. Yo examino mi cuerpo para ver si hay algún cambio.				
16. He sido capaz de cambiar hábitos que tenía muy arraigados con tal de mejorar mi salud.				
17. Si tengo que tomar una nueva medicina hay donde obtener información sobre los efectos secundarios indeseables.				
18. Soy capaz de tomar medidas para garantizar que mi familia y yo no corramos peligros.				
19. Soy capaz de evaluar qué tanto me sirve lo que hago para mantenerme con salud.				
20. Debido a mis ocupaciones diarias me resulta difícil sacar tiempo para cuidarme.				
21. Si mi salud se ve afectada yo puedo conseguir la información necesaria sobre qué hacer.				
22. Si yo no puedo cuidarme puedo buscar ayuda.				
23. Puedo sacar tiempo para mí.				

ENUNCIADOS	ESCALA LIKERT			
	Nunca	Casi nunca	Casi siempre	Siempre
24. A pesar de mis limitaciones para movilizarme soy capaz de cuidarme como a mí me gusta.	