



Universidad de Concepción
Dirección de Postgrado
Facultad de Ciencias Sociales - Programa de Magister en Psicología

Autoeficacia y estrés como determinantes de adherencia en pacientes hipertensos

Comuna de Retiro, Región del Maule, Chile

Tesis para optar al grado de Magister en Psicología con mención en Psicología de la Salud

FERNANDA CAROLINA MENA DÍAZ
Septiembre de 2017
CONCEPCIÓN – CHILE

Profesora Guía: Dra. Gabriela Alejandra Nazar Carter
Profesora co-Guía: Dra. Sara Elisa Elvira Mendoza Parra
Dpto. de Psicología, Facultad de Ciencias Sociales
Universidad de Concepción

AGRADECIMIENTOS

Luego de esta larga travesía, mis agradecimientos de todo corazón están dirigidos a mi familia, por ser quienes más han impulsado y apoyado en el área académica y laboral, y quienes formaron parte de todo este proceso de tesis. A mi pareja por apoyarme y ayudarme en los momentos más dificultosos. A mis amistades por sus palabras de aliento y hacerme ver los avances que lograba, y que yo no percataba.

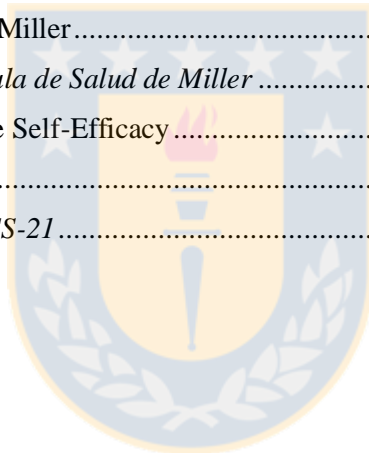
Infinitas gracias a quienes me ayudaron y brindaron su valioso tiempo y conocimiento cuando yo más lo necesité, en las búsquedas bibliográficas y en análisis de datos sobre todo. Y a mis profesoras guía, por sus valiosos comentarios, dedicación y paciencia dentro de este proceso.

Finalmente, agradezco el interés y colaboración que el personal del Cesfam Marta Estévez de Marín de la comuna de Retiro le brindó desde el minuto a uno a mi investigación, y manifiesto aquí mi gran aprecio a todas las personas encuestadas, por su gran disposición a participar y por habernos abierto las puertas de sus hogares y de su vida privada.

Tabla de contenidos

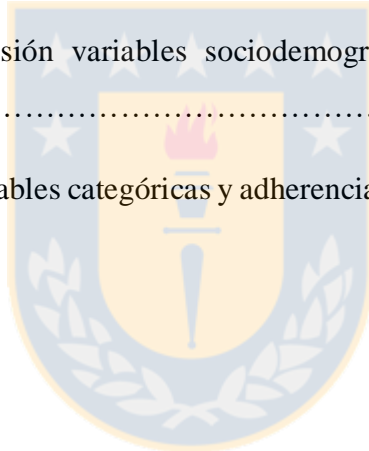
AGRADECIMIENTOS	ii
Índice de Tablas	v
Índice de Figuras y Gráficos	vi
Resumen	vii
I. Introducción	1
1. Contexto y Problematicación	1
2. Justificación del Problema	2
II. Objetivos	5
1. Objetivo general	5
2. Objetivos específicos	6
III. Marco Teórico	6
1. Adherencia al tratamiento	6
1.1 <i>Adherencia en Enfermedades Crónicas</i>	9
1.2 <i>Adherencia en pacientes con hipertensión</i>	12
2. Autoeficacia	15
2.1 <i>Autoeficacia y la salud</i>	16
2.2 <i>Autoeficacia y su relación con la Hipertensión</i>	20
3. Estrés	22
3.1 <i>Estrés e hipertensión</i>	24
3.2 <i>Estrés y otras comorbilidades complementarias en la hipertensión</i>	27
IV. Hipótesis	29
V. Método de Investigación	29
1. Tipo de Estudio y Diseño	29
2. Población y muestra	29
3. Variables del estudio	30
4. Instrumentos	34
5. Control de calidad de los datos	39
5.1 Prueba Piloto	39
5.2 Confiabilidad Escala de Conductas de Salud de Miller	40
5.3 Confiabilidad del SEMCD-S	40
5.4 Confiabilidad del DASS-21	40
5.5 Modificaciones semánticas e inclusión de preguntas complementarias	40
6. Procedimiento de recolección de la información	41
7. Análisis de datos	42

8. Consideraciones éticas.....	43
VI. Resultados.....	45
1. Perfil de la muestra.....	45
2. Comportamiento de Autoeficacia, Estrés y Adherencia al tratamiento.....	47
VII. Discusión.....	53
VIII. Conclusión.....	58
IX. Referencias.....	61
X. Anexos.....	69
Anexo 1: Documento aprobación Servicio Salud Maule.....	70
Anexo 2: Información al Paciente.....	72
Anexo 3: Consentimiento Informado.....	73
Anexo 4: Cuestionario Sociodemográfico y antecedentes de salud.....	74
<i>Anexo 4.1: Modificaciones Cuestionario Sociodemográfico.....</i>	<i>77</i>
Anexo 5: Escala de Conductas de Miller.....	79
<i>Anexo 5.1: Modificaciones Escala de Salud de Miller.....</i>	<i>83</i>
Anexo 6: Spanish Chronic Disease Self-Efficacy.....	86
Anexo 7: DASS-21.....	87
<i>Anexo 7.1: Modificaciones DASS-21.....</i>	<i>89</i>



Índice de Tablas

Tabla 1: Variables dependiente e independientes del estudio.....	31
Tabla 2: Distribución de variables según nivel de medición y estadígrafo.....	42
Tabla 3: Caracterización sociodemográficas y antecedentes de salud (n=141).....	45
Tabla 4: Estadísticos descriptivos de las medidas autoeficacia, estrés y adherencia.....	47
Tabla 5: Correlaciones entre las variables de estudio.....	49
Tabla 6: Coeficientes de Regresión adherencia total, autoeficacia y estrés con estimadores robustos.....	51
Tabla 7: Coeficientes de Regresión variables sociodemográficas, autoeficacia y estrés con estimadores robustos.....	51
Tabla 8: Prueba ANOVA con variables categóricas y adherencia al tratamiento.....	52



Índice de Figuras y Gráficos

Gráfico 1: Diferencia de grupo de fumadores y no fumadores con respecto a la Adherencia total.....	53
Figura 1: Modelo explicativo de la influencia de las variables psicológicas y sociodemográficas en la Adherencia al tratamiento.....	58



Resumen

Objetivo: Predecir la influencia del estrés y la autoeficacia en la adherencia al tratamiento de pacientes hipertensos pertenecientes al Programa Cardiovascular del Cesfam Marta Estévez de Marín de la comuna de Retiro, región del Maule.

Método: Estudio de abordaje cuantitativo, descriptivo, correlacional y transversal. La muestra estuvo constituida por 141 pacientes hipertensos(as), a través de un diseño aleatorio e intencionado, quienes respondieron un cuestionario de caracterización sociodemográfica y antecedentes de salud, la escala de Conductas en Salud de Miller, la dimensión de Estrés de la Escala de Depresión, Ansiedad y Estrés (DASS – 21) y la Escala Spanish Chronic Disease Self-Efficacy (SEMCD-S) para medir Autoeficacia. Para el análisis de datos se utilizaron estadísticos descriptivos, análisis correlacional, de regresión lineal múltiple y anova, con apoyo del programa SPSS (versión 21).

Resultados: Los resultados indican que la adherencia total se relaciona de manera débil pero significativa con autoeficacia ($r=,224$) y de manera negativa con estrés ($r=-,170^*$). La dimensión de la adherencia *manejo del estrés*, se relaciona de manera débil pero significativa con autoeficacia ($r=,297$) y esta última muestra una relación significativa y negativa con estrés ($r=-,371^{**}$). Las variables autoeficacia, número de hijos, edad y el no consumo de cigarrillos resultaron ser predictoras de adherencia al tratamiento.

Conclusiones: Esta investigación refuerza la importancia de la autoeficacia como predictor de conductas de salud, específicamente la adherencia al tratamiento. Se exploran las implicancias prácticas de estos hallazgos en el funcionamiento del programa cardiovascular, haciendo énfasis en la importancia de la intervención en variables psicológicas en población de hipertensos, y lo vital que se transforma la educación en el tratamiento de la hipertensión.

Palabras claves: *Adherencia al tratamiento, Hipertensión, Autoeficacia, Estrés.*

I. Introducción

1. Contexto y Problematicación

Las enfermedades crónicas no transmisibles constituyen la causa principal de mortalidad en numerosos países del mundo. Específicamente en Chile, no sólo posee una alta prevalencia, sino que además están en aumento, generando un problema de salud pública, y un aumento en el gasto en salud. El problema que presenta este tipo de enfermedades radica en el constante control que requiere, lo cual implica que los sujetos que las padecen adopten un cambio conductual que permita generar adherencia a tratamientos farmacológicos y especialmente dietoterápicos (Oliva & Buhning, 2011).

La hipertensión arterial es un padecimiento crónico degenerativo cardiovascular, caracterizado por el aumento de las cifras de presión arterial sistólica y diastólica consideradas como valores normales en el ser humano. Se presenta principalmente en la población con edad avanzada y afecta órganos vitales como el riñón, sistema nervioso central, ojos, corazón y sistema vascular (Genest, Koiw & Kuchet, 2005). Según la última Encuesta Nacional de Salud, en Chile el 26,9% de la población tiene hipertensión, lo que se traduce en aproximadamente en 3.600.000 personas. Además, considerando el nivel educacional, el más bajo posee la más alta prevalencia de hipertensión de un 51,1%. Y en cuanto a la prevalencia por edad, en los adultos mayores, la hipertensión llega al 75% de la población (Valdivia, 2011).

Bajo este contexto, es que la adherencia al tratamiento es considerada indispensable en el tratamiento de las enfermedades crónicas. Sin embargo, existen diferentes factores, tanto económicos, sociales, personales, o relacionados con el equipo de salud que pueden favorecer o perjudicar la adherencia al tratamiento (Bertoldo, et al., 2013). Entre los factores que favorecen la adherencia al tratamiento, es la autoeficacia la que se encuentra en la evidencia, pues se afirma que individuos que presentan una alta autoeficacia, tienen más probabilidad de iniciar cuidados preventivos, buscar tratamientos tempranos y ser más optimistas sobre la eficacia de estos (Olivari & Urra, 2007). Además los estudios indican consistentemente que los individuos con alta autoeficacia también tienen más probabilidad de evaluar su salud como mejor, estar menos enfermos o depresivos, y recuperarse mejor y más rápidamente de las enfermedades, que las

personas con baja autoeficacia (Olivari & Urrea, 2007). Dentro de lo que se considera como factores desfavorecedores para la adherencia los aporta el estudio de Flores, León, Vera y Hernández (2013) quienes indican que el estrés ambiental y psicosocial han desempeñado un papel significativo en el desarrollo de la hipertensión, mediante su actuación en los mecanismos de control agudo y a largo plazo de la presión arterial.

La Organización Mundial de la Salud (2011) considera que la medición y evaluación de la adherencia terapéutica es una necesidad continua, pues esta permite la planificación de tratamientos efectivos, eficientes y de calidad. En los últimos años, el incremento de estudios que indagan respecto a este tema ha aumentado, pero aún se requiere de estudios que permitan estimar acerca de esta conducta en diferentes enfermedades y en grupos poblacionales específicos, en especial en aquellos pacientes más vulnerables que requieren tratamientos a largo plazo, procurando, sobretudo, el control de los factores de riesgo cardiovascular (Veliz, Mendoza & Barriga, 2015 a).

En Chile, el cuidado y tratamiento de los pacientes con algún tipo de enfermedad crónica es visualizado como un desafío para el sistema, en base a la necesidad de satisfacer las demandas de estas personas, las que son variadas y complejas. Bajo este escenario, para el año 2015, el Ministerio de Salud a través del Programa de Salud Cardiovascular (PSCV) presentó, como una de sus metas, el contribuir a la disminución de los factores de riesgo cardiovascular asociados al síndrome metabólico, desarrollando parte de su seguimiento a través de controles y consultas realizadas por un equipo multidisciplinario, en el que participan el médico, la enfermera y la nutricionista, entre otros profesionales (Troncoso, Contreras & González, 2016).

2. Justificación del Problema

El cumplimiento de las prescripciones realizadas por el equipo de salud, ha sido objeto de constante atención en la psicología de la salud; se considera una de sus principales líneas de investigación por ser un problema importante y no estar aun totalmente resuelta su definición e incidencia, los factores que la afectan, los procedimientos para su evaluación y las estrategias para su intervención. Se ha puesto énfasis en la búsqueda de procedimientos y estrategias que contribuyan al control de las condiciones crónicas, ya que el hecho de que la persona cumpla o no con las prescripciones médicas es extremadamente importante (Martín, Grau & Espinosa, 2014).

La falta de adherencia a los tratamientos es un problema con repercusiones desde el punto de vista médico, económico y psicosocial (Martín, Grau & Espinosa, 2014). Entre las repercusiones médicas, se encuentran los retrasos en la curación, recaídas y aparición de complicaciones, la valoración errónea de la efectividad real del tratamiento, el cambio de tratamiento con la introducción de otros medicamentos más potentes y tóxicos que acrecientan el riesgo de la aparición de efectos secundarios agudos o la dependencia a largo plazo del uso del medicamento. Desde el punto de vista económico constituye un gasto en tiempo y recursos invertidos en la producción, así como en el estudio de la eficacia y seguridad de medicamentos que el paciente no consume o no utiliza adecuadamente. Finalmente, la falta de adherencia puede generar pérdidas desde el punto de vista personal, social y familiar, pues el paciente puede presentar complicaciones y secuelas que traigan consigo una carga de sufrimiento físico y psicológico, que pudiera evitarse, así como limitaciones irreversibles y progresivas que afectan de modo significativo su calidad de vida. En la esfera laboral puede implicar un reajuste de metas y propósitos que afectan la vida económica y suelen interferir en la comunicación con las otras personas o en los roles y responsabilidades que la persona tiene en la familia (Martín, Grau & Espinosa, 2014). Bajo este escenario Martínez et al., (2011) afirman que se requiere un grupo interdisciplinario que contemple a médico, enfermeros, nutricionistas y psicólogos para garantizar el adecuado entendimiento de la enfermedad por parte del paciente y para elaborar estrategias que garanticen el cumplimiento del plan indicado.

Más específicamente, Moreno, Roza y Cantor (2012), afirman que ha habido un gran interés por investigar variables relacionadas con el abandono y la permanencia del tratamiento médico a nivel hospitalario y en menor medida en el ámbito de la atención psicológica. Destacan además, que las investigaciones realizadas abordan principalmente aspectos relacionados con adherencia al tratamiento farmacológico o médico y hay pocas investigaciones en psicología que hagan referencia sobre el tema, por lo que se hace relevante desarrollar más estudios que permitan profundizar en estas variables.

Es precisamente debido a lo anterior, que esta investigación pretende abordar dicha necesidad, cuestionando si los factores psicológicos como la autoeficacia y el estrés influyen en la adherencia al tratamiento de los/las pacientes con hipertensión arterial

A nivel macro, la intención está en contribuir desde y a la Psicología de la Salud, aportando y estudiando desde un ámbito psicológico el proceso de adherencia al tratamiento de los/as pacientes con diagnóstico de hipertensión arterial, con material tanto teórico como empírico. Pero también, parte de la finalidad del estudio es promover la mantención de la salud de la población hipertensa, prevenir el deterioro de esta, y disminuir el gasto de los recursos sanitarios a causa del cese de tratamiento.

Por otro lado, a nivel más concreto, se aspira a contribuir en el accionar del Programa Cardiovascular impulsado por el Ministerio de Salud de Chile: el propósito es contribuir en las áreas que integran el servicio de salud: primero en la *Atención*, redireccionando la intervención, específicamente la que se le brinda a los/las pacientes hipertensos(as); con el objetivo de realizar e incorporar una detección precoz, a través de la medición de las variables de estrés y percepción de autoeficacia, las cuales se proponen en este estudio que influyen en si el/la paciente adherirá a su tratamiento o no. Y así, al realizar la detección de manera temprana de cada usuario, se estima que además ayudará a generar una implementación de nuevas herramientas y/o talleres que promuevan la adherencia en aquellos con indicadores de un futuro incumplimiento al tratamiento. En este sentido, los autores Martín, Grau y Espinosa (2014), recomiendan que se implementen intervenciones psicológicas individualizadas, con aquellos pacientes que muestren resistencia a adoptar cambios en su conducta como les fue recomendado, y que también, se desarrollen intervenciones psicológicas a las personas no adheridas al tratamiento, con el objetivo de modificar los componentes de las configuraciones psicológicas que no la favorecen.

En el área de *Educación*, realizar por parte de los funcionarios públicos, específicamente el/la psicólogo/a, acciones de psicoeducación en el tema de la adherencia al tratamiento, pero también de psicoeducación a los profesionales de la salud de cómo pueden detectar de manera precoz la posible adherencia o incumplimiento de su tratamiento de la población hipertensa. En el área de *Gestión*, se pretende por un lado, lograr establecer horas de atención permanentes del/la profesional psicólogo/a dentro del programa Cardiovascular, en la detección como en las posteriores acciones a implementar (talleres, psicoeducación, etc.) en los/as pacientes hipertensos/as que presenten los predictores psicológicos estudiados, y que alerten de su proceder en el tratamiento de la hipertensión. Pero por otro lado, también llegar a establecer un protocolo de acción para todos los profesionales que participan en el programa cardiovascular, ante casos

que se detecte no será adherentes a su tratamiento. Y finalmente, a través del área de *Investigación*, contribuir en el material científico que el centro de salud tiene, y el cual pudiese servir tanto para respaldar sus nuevas acciones a llevar a cabo, como también para impulsar en el desarrollo de más investigaciones que complementen su quehacer y los servicios que entregan a la comunidad.

Finalmente, se pretende ver a la enfermedad como un proceso de cambio, el cual depende de las acciones tempranas por parte de los/las profesionales, de las variables de tipo psicológicas del paciente, como de su contexto y características sociodemográficas. De acuerdo con lo anteriormente planteado, los resultados de este estudio se proyecta que proporcionen a los profesionales de la salud una mejor comprensión de la importancia de mejorar la autoeficacia, la adhesión y la correcta utilización de datos demográficos del paciente y características de la enfermedad para promover y entregar un mejor servicio.

Es así como los resultados de este estudio podrán ser utilizados por diversos actores relacionados con el proceso salud-enfermedad y del programa de salud cardiovascular específicamente, ya sea para desarrollar o impulsar estrategias e investigaciones, pero también para el control y anticipación en el proceso de adherencia al tratamiento en la hipertensión arterial.

La estructura para lograr los objetivos que se plantea esta investigación, sumado a los propósitos anteriormente expuestos, se basa en un abordaje cuantitativo, descriptivo, correlacional y transversal; y con una muestra aleatoria e intencionada constituida por 141 pacientes hipertensos(as). Además de contar con apoyo extenso de material teórico, que desglosa las variables dependiente (Adherencia al tratamiento) y predictoras (Autoeficacia y Estrés), sus análisis y resultados obtenidos.

II. Objetivos

1. Objetivo general

Determinar si la autoeficacia y el estrés influyen en la adherencia al tratamiento de los/las pacientes con hipertensión arterial del programa cardiovascular del Cesfam Marta Estévez de Marín, Retiro.

2. Objetivos específicos

- a. Conocer el comportamiento del estrés, la autoeficacia, la adherencia al tratamiento y las características sociodemográficas y antecedentes de salud en los/las pacientes con hipertensión arterial.
- b. Determinar si autoeficacia influye en la adherencia al tratamiento de los/las pacientes con hipertensión arterial.
- c. Establecer si el estrés influye en la adherencia al tratamiento de los/las pacientes con hipertensión arterial.

III. Marco Teórico

El marco teórico que se presenta a continuación, aborda los conceptos fundamentales de la investigación. Se abordan temas específicos como la adherencia al tratamiento, la hipertensión arterial, el estrés y la autoeficacia, mencionando sus definiciones e investigaciones que las relacionan entre ellas. Otros conceptos complementarios a la investigación, como las enfermedades crónicas y las comorbilidades en la hipertensión, igualmente con investigaciones y definiciones abstraídas de una amplia búsqueda bibliográfica, lo que permitirá comprender mejor los objetivos que esta investigación se propone.

1. Adherencia al tratamiento

De acuerdo con la OMS en el 2004 (citado en Velandia & Rivera, 2009) la adherencia es definida 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” (p. 540). Este comportamiento implica compromiso y responsabilidad de las personas con el cuidado y mantenimiento de su salud. La adherencia es un factor importante, susceptible de ser modificable y que compromete los resultados en los tratamientos instaurados: la falta de adherencia a los tratamientos farmacológicos y a las recomendaciones sobre cambios en el estilo de vida, conduce a un comportamiento contrario al que se busca alcanzar (Velandia & Rivera, 2009).

Esta definición representa un avance en la comprensión de la naturaleza psicológica del problema, pues involucra al paciente de manera activa y voluntaria, es decir se compromete, se involucra, se responsabiliza con un beneficio para su salud, que se traduce en acciones prácticas a partir de sus configuraciones psicológicas personales. Sin embargo, no sólo se refiere a la conducta de respuesta a algo que le indican. También se adhiere a un plan conductual con el que está de acuerdo, que se supone ha aceptado y a cuya elaboración ha podido contribuir. Este plan de tratamiento se elabora como una propuesta y es en conjunto con su médico, por tanto el profesional está presente, en interacción con el paciente. Esta es una dimensión muy importante del proceso que se debe considerar (Martín, Grau & Espinosa, 2014).

Según Vargas (2014), la adherencia al tratamiento es un proceso complejo que está influido por múltiples factores relacionados entre sí; entre ellos se encuentran factores propios del paciente como la *edad*, problemas sociales, laborales, económicos, nivel educacional, creencias, motivación, etc. Aspectos como la *enfermedad*, es decir, si hay presencia o ausencia de sintomatología, depresión, ansiedad, trastornos de la personalidad, pérdida de memoria, gravedad del proceso, enfermedades asociadas, otros tratamientos, etc. Aspectos relativos a los *fármacos* como las pautas de dosificación que deben cumplir, tratamientos complejos, el valor de los fármacos, efectos secundarios, no aceptación del tratamiento, efecto a medio-largo plazo, duración indefinida del tratamiento, etc. Por otro lado, aspectos del *entorno*, como la existencia de problemas familiares, barreras en el acceso a atención y el médico tratante, donde podría influir una mala relación médico-paciente, baja satisfacción del paciente y/o poca confianza con su médico, sensación de no ser escuchados, sensación de que no se les conoce, entre otros factores.

La falta de adherencia al tratamiento ha sido identificada como uno de los principales factores que inciden en el mantenimiento de la hipertensión controlada. Si bien el nivel exacto de adherencia es difícil de determinar, alrededor de la mitad de los pacientes son considerados no adherentes (Granados et al., 2007 citados en, Hirschberg, Donatti, Rijana & Selan, 2015). En otros estudios la no-adherencia oscila entre el 40% y el 80% (Banegas et al., 2002; Coca, 2005; Márquez et al., 2001, citados en Hirschberg et al., 2015).

La adherencia comprende un repertorio de acciones a realizar, las cuales precisan de orientación acerca del tratamiento farmacológico y no farmacológico, esto ya que implica cambios en el estilo de vida. Para su éxito requiere de procesos cognitivos de razonamiento y toma de

decisiones reflexionadas (Velandia & Rivera, 2009). Un estudio descriptivo correlacional que evaluó y relacionó la agencia de autocuidado y la adherencia a los tratamientos (farmacológicos y no farmacológicos) en una muestra de 201 personas que contaban con algún factor de riesgo cardiovascular como: hipertensión arterial, diabetes, obesidad y sedentarismo de un programa de enfermedades crónicas en Colombia, obtuvo como resultado que los comportamientos de adherencia que presentaron mayor dificultad en las personas del estudio estaban relacionados con el tratamiento no farmacológico. Con respecto a la adherencia se mostró alta en los ítems afines con la relación con el equipo de salud y su credibilidad en los mismos para aceptar y cumplir los tratamientos ordenados. Se consideran primordiales las características de la enfermedad en sí misma y la relación asertiva entre médico y paciente para proveer adherencia, la adecuada comunicación entre el personal de salud y el paciente, está descrita como un factor que determina la adherencia (Velandia & Rivera, 2009).

Bajo este escenario, se requiere de intervenciones de eficacia demostrada, útiles y factibles, y de un abordaje multiprofesional, donde los profesionales pueden desempeñar un papel relevante en las intervenciones a aplicar. Aunque existe evidencia de diversas intervenciones para mejorar la adherencia, actualmente no se puede recomendar una intervención específica que sirva en todos los casos y posiblemente se requiera de la combinación de varias de ellas. Vargas (2014), propone la realización de llamadas telefónicas, recordatorios, seguimiento continuo, automonitorización supervisada, terapia de tipo psicológica, familiar, etc. Sin embargo, siempre será importante reconocer la presencia de posibles factores predictores de la falta de adherencia, tales como insuficiente conocimiento del paciente de la enfermedad, falta de confianza en el tratamiento, deterioro cognitivo, trastorno psicológico concomitante, múltiples tratamientos coincidentes, tratamientos complicados, efectos adversos posibles, falta de un plan de seguimiento, mala relación médico-paciente, dificultades para acceder a la medicación o costes del tratamiento, entre otros (Vargas, 2014).

Al encontrarse relacionada la adherencia a una mejor calidad de vida de los pacientes (percepción de mayor plenitud física, emocional y social), el hincapié en esta percepción actuaría como motivador de la conducta de adhesión y dejaría claro al paciente los beneficios de la conducta adherente, ayudándolo a sostener el tratamiento en el tiempo (Hirschberg et al., 2015). En este sentido, como el cumplimiento implica realizar una serie de tareas que requieren no sólo saber qué

hacer, sino también cómo y cuándo hacerlo, se requiere entonces de una actuación eficaz, un control ambiental y beneficios contingentes al cumplimiento (Hirschberg et al., 2015). En este sentido, se estima que las intervenciones para mejorar la adherencia deben ser discutidas con el paciente, considerando sus problemas y necesidades individuales, pues el paciente activo, informado y participativo en la toma de decisiones terapéuticas, es un buen aliado para lograr un grado de adherencia óptimo y así conseguir los resultados en salud deseados (Hirschberg et al., 2015).

1.1 Adherencia en Enfermedades Crónicas

Una enfermedad crónica es una condición de salud de duración prolongada en el tiempo, definida como aquella que dura más de seis meses y a menudo de por vida, que implica algún grado de limitación en la vida cotidiana del sujeto, que requiere de largos períodos de cuidado y supervisión, ya sea como consecuencia de su severidad y/o de los efectos del tratamiento (Yeo & Sawyer, 2005).

A nivel mundial las enfermedades crónicas se han incrementado desde hace algunas décadas, siendo en el 2001 la causa de casi el 60% de los 56 millones de muertes al año y el 47% de la morbilidad (Compean et al., 2013). De acuerdo a la Organización Mundial de la Salud en el año 2011, las enfermedades crónico-degenerativas representan una de las principales causas de muerte en países desarrollados y en vías de desarrollo; en Latinoamérica, estos problemas de salud están ligados a una serie de factores de riesgo que tienen un efecto acumulativo, propiciando una mayor incidencia de enfermedades no transmisibles, que afectan tanto a hombres como mujeres. Así mismo, la OMS en el año 2007 determinó que aproximadamente 17 millones de personas morían cada año a causa de enfermedades cardiovasculares, cáncer, respiratorias, diabetes o Sida. Por lo que propone reducir la tendencia de mortalidad por enfermedades crónicas en un 2% anual hasta el año 2015, evitando que 36 millones de personas mueran por padecimientos crónicos (Soria, Vega, Nava & Saavedra, 2011).

Actualmente se considera que los factores de riesgo fuertemente asociados a niveles de presión arterial no controlados (dieta no saludable, sobrepeso, sedentarismo, consumo de tabaco y alcohol, estrés e ira) se encuentran en aumento a medida que las condiciones de vida y de trabajo de las personas, cambian hacia hábitos alimenticios menos saludables y menor exigencia de actividad

física debido a estilos de vida sedentarios (Hirschberg et al., 2015), los cuales está demostrado influye directamente en la salud física y mental de las personas. Estas conductas están asociadas al origen de diversos padecimientos crónicos como la hipertensión arterial (HTA), obesidad, hiperglicemia o diabetes mellitus (DM), la trigliceridemia, entre otros, que a su vez actúan como factores de riesgo cardiovascular (Mena, Cadena & Troncoso, 2014).

En este sentido, la mantención de estilos de vida saludable se vuelve parte importante en la prevención de enfermedades crónicas, y en el caso de las personas que ya las padece representa un aspecto esencial en su adherencia al tratamiento. (Compean et al., 2013).

La OMS (2011), bajo los antecedentes anteriormente nombrados, tiene considerado que en los países desarrollados, la adherencia al tratamiento en pacientes con enfermedades crónicas es del 50%, sin embargo, para los países no desarrollados esta cifra es aún menor, por la escasez de recursos y las inequidades en el acceso a la atención en salud (Achury et al., 2013). Dado que la conducta adherente mejora la propia percepción subjetiva del estado de salud del paciente; dicha percepción reforzaría positivamente el tratamiento médico y el cumplimiento de las conductas saludables, lo que a su vez aumentaría la probabilidad de conseguir los resultados esperados en lo que respecta al control de la presión arterial (Hirschberg et al., 2015).

La hipertensión arterial (HTA) es un problema de salud pública mundial, la cual afecta a aproximadamente mil millones de personas y está ubicada como la tercera causa de años de vida potencialmente perdidos. Específicamente, se estima que causa 7,6 millones de muertes prematuras (13,5% del total) y pérdidas por 92 millones de dólares (6% del total) de años de vida saludables (Salud, G. E. E, 2010).

En Sudamérica, su prevalencia oscila entre el 14% y el 42%, en adultos. En Chile específicamente, la hipertensión arterial es considerada como uno de los 16 problemas de salud prioritarios definidos por el Ministerio de Salud en 1997. Existe una magnitud del problema, por su rol causal de morbilidad cardiovascular, la cual está clasificada como la primera causa de muerte en el país y la más común. En cuanto a su prevalencia, se ha encontrado en estudios que varía ampliamente. Pues se ha encontrado que la prevalencia aumenta con la edad y en los sectores de nivel socioeconómico más bajo, donde en un estudio se llegó a obtener que la asociación entre el estadio de la hipertensión y la edad muestra que el mayor porcentaje de los sujetos de menos de

40 años (44,6 %) presentaba el estadio I de hipertensión, los de edad entre 40 y 59 años el estadio II (34,6 %) y los de edad igual o superior a 60 años el estadio III (48,0 %) (Silveira et al., 2015).

Por otro lado, la tasa de mortalidad de la enfermedad hipertensiva fue de 10,3/100.000 habitantes en 1.993, y el 85% de estas ocurrieron en mayores de 65 años. El estudio de carga de enfermedad realizado en Chile, mostró que la enfermedad hipertensiva produjo en 1.993 una pérdida de 60,172 años de vida saludables; es decir 4,4 AVISA por mil habitantes (Achury-Saldaña et al., 2013).

Según la Encuesta de Calidad de Vida y Salud en el 2006, la hipertensión arterial es la principal enfermedad crónica declarada en la población Chilena y la prevalencia de presión arterial elevada en personas de 17 años y más es de 33,7% (39,9% en hombres y 33,6 % en mujeres). Del total de personas con presión arterial elevada 60 % conocía su condición (74,7% y 46,8% de mujeres y hombres, respectivamente); 54,6 % de las mujeres y 20,4% de los hombres afirmó estar en tratamiento farmacológico y sólo el 11,8 % tenía la presión arterial controlada. De ellos las mujeres presentaron un mayor porcentaje de compensación que los hombres (19,1 % v/s 5,4%). Y se debe contemplar que la prevalencia de presión arterial elevada es mayor en los hombres, pero por otro lado, el conocimiento, tratamiento y control de la presión arterial es mayor en mujeres (Salud, G. E. E, 2010).

Entre los años 1988 y 2004 en la ciudad de Concepción se realizó un estudio de la prevalencia de la hipertensión en población de 15 y más años y se constató un aumento de la prevalencia de HTA de 18,6% a 21,7% en ese periodo. Esta última cifra es comparable a la prevalencia de HTA en Estados Unidos (23,4%) y Canadá (22%), pero el hecho más notable es el aumento significativo de las personas con presión arterial controlada (PA<140/90 mmHg) de 7,5% a 30,7% (Sandoval, et al., 2014).

Piedrahíta, Chavarro y Rivas (2013) plantean que respecto del tratamiento, más del 40% de los hipertensos en tratamiento toman incorrectamente la medicación y aproximadamente el 80% se equivoca en las recomendaciones alimentarias, sobre la actividad física y la disminución del tabaco y el alcohol.

Debido a la alta prevalencia de la hipertensión arterial y la morbimortalidad asociada a esta, su control constituye un reto para la salud pública. Para responder a este problema, se han diseñado

e implementado diferentes intervenciones no farmacológicas, dirigidas a la modificación de los estilos de vida asociados al incremento de los niveles de presión arterial, mostrando ser efectivos y complementarios al tratamiento farmacológico. Sin embargo, se ha encontrado que más de la mitad de los hipertensos no se encuentran en tratamiento (farmacológico o no farmacológico) (Achury et al., 2013).

El manejo y control de esta enfermedad se encuentra como prioridad en los objetivos sanitarios de la Organización Mundial de la Salud (OMS), por este motivo el autocuidado se convierte en el principal elemento terapéutico de adecuado control de la enfermedad; sin embargo, se estima que alrededor del 53 % de la población hipertensa tiene un importante déficit en el autocuidado, transformándose en la causa principal de reingresos hospitalarios y alteración de la calidad de vida en el paciente (Achury et al., 2013).

Finalmente en el Sistema Público de Salud Chileno, el Programa de Salud Cardiovascular es una estrategia integral con enfoque de riesgo para el control de la salud de aquellas personas con antecedente de enfermedad cardiovascular como la diabetes mellitus, la dislipidemia, fumadores mayores de 55 años y la hipertensión arterial. En este programa, se realizan acciones de detección, diagnóstico, tratamiento y seguimiento, siendo el más grande a nivel nacional, pues posee más de 2 millones de personas de las cuales el 82%, es decir 1.700.000 personas, tienen HTA (Sandoval et al., 2014).

Además, este factor de riesgo es parte del Régimen de Garantías Explícitas en Salud (RGES) que asegura el diagnóstico y tratamiento pertinente para cada patología desde el año 2005, e incluye una Guía Clínica para apoyar a los equipos de salud en el manejo de estos pacientes según estándares de calidad. Además, el tratamiento se encuentra garantizado en APS por el Fondo de Farmacia que dispone de recursos específicos para los fármacos de esta patología, entre otros beneficios. Finalmente, el Ministerio de Salud incorporó a la hipertensión Arterial en los Objetivos Sanitarios para la década 2011-2020 donde se busca aumentar en un 50% la cobertura efectiva del tratamiento de esta enfermedad (Sandoval et al., 2014).

1.2 Adherencia en pacientes con hipertensión

En un estudio realizado con una población de 4.000 hipertensos adscritos al programa de control de hipertensión arterial de un hospital de segundo nivel del departamento de Risaralda, se

evalúo la presencia de factores de riesgo a los que se encuentran expuestos. Se encontró que hay un gran porcentaje de pacientes que presentaron exposición a los factores de riesgo cardiovasculares evaluados, lo que se consideró como un indicador de la falta de adherencia al tratamiento. Los resultados encontrados con respecto al test de adherencia terapéutica fue de un 56,3% que consume siempre los medicamentos en el horario establecido y el 94,4% toma siempre las dosis indicadas. Por otro lado, sólo un 37,9% respondió que sigue siempre las recomendaciones de la dieta y el 36,9% que realiza actividad física. Además un 68,3% refirió que sigue el tratamiento sin supervisión de su familia, y sólo el 16,9% informó que utiliza recordatorios para facilitar el tratamiento. En este sentido, sólo un 42,1% resultaron ser adheridos al tratamiento. En cuanto a las diferencias por sexo, se encontró que el 73,3% de los hombres son hipertensos sistólicos, mientras que el 47% de las mujeres alcanzan valores de presión arterial sistólica que las clasifica como hipertensas. La presión arterial diastólica clasifica al 51,8% de los hombres como hipertensos, mientras que el 43,4% de las mujeres son prehipertensas y el 18,9% presentan presión arterial diastólica normal. A pesar de que las mujeres pueden estar sobrerrepresentadas en la muestra, se encuentra que el 74,4 % tienen sobrepeso u obesidad, mientras que en los hombres, esto corresponde al 63,8%. Más de la mitad de las mujeres (55,7%) y 7 de cada 10 hombres (66,7%) son no adheridos. En los pacientes con presión arterial sistólica elevada, se encontró en forma frecuente que tenían otros riesgos asociados. La totalidad de pacientes que no presentaron riesgo por hipertensión sistólica (6%) ni diastólica (17,2%), presentaron algún otro riesgo cardiovascular, independientemente de cuál fuera, y asimismo ocurrió entre los pacientes que no presentaron riesgo por sobrepeso (45,9%) u obesidad (27,9%). El 57,1% de las personas presentó riesgo por no adherencia al tratamiento antihipertensivo, de estos, el 6,6% presentó un riesgo cardiovascular adicional y el 30,3%, dos riesgos más (Martínez et al., 2011).

Según informe de la OMS, la edad es un factor que influye sobre la adherencia al tratamiento, pero de manera irregular. Otras fuentes, por su parte, le atribuyen a la edad un papel fundamental en la adherencia al tratamiento antihipertensivo. A medida que se incrementa la edad, existe mayor riesgo de incumplimiento de las orientaciones médicas, relacionado con la presencia en los ancianos de múltiples enfermedades crónicas, que requieren tratamiento complejo y prolongado; además, son ellos los mayores consumidores de medicamentos dispensados con prescripción (Molina, Preval & López, 2014).

En un estudio realizado en Cuba de tipo observacional y descriptivo para evaluar la adherencia al tratamiento antihipertensivo, se realizó la medición de la adherencia utilizando varios métodos indirectos: aplicando el test de Morinsky-Green-Levine (TMGL), la frecuencia de adquisición de medicamentos en la farmacia y la medición de la presión arterial. Esta última fue realizada por la enfermera de un consultorio médico de familia del área de salud, dos veces por semana, en el horario de la mañana y durante un mes, empleando un esfigmomanómetro de mercurio debidamente calibrado y el estetoscopio. Se hicieron dos mediciones separadas por un intervalo de 1 min. Se utilizó la fase I y V de los sonidos de Korotkoff (método de Korotkoff) como expresión de la presión arterial sistólica y diastólica respectivamente. Los resultados obtenidos mostraron que las pacientes comprendidas entre las edades de 70 a 79 años contestaron de forma correcta las cuatro preguntas del TMGL. Esto muestra una mayor adherencia en este grupo etario, principalmente del género femenino. Sin embargo, los pacientes entre 35 y 44 años resultaron ser los que olvidaban con mayor frecuencia los medicamentos. Referente a las preguntas 2, 3 y 4 del test, el grupo etario que más las incumplió fue el de 45-54 años. Estos resultados coinciden con la mayoría de los reportes, en los que se plantea que las mayores alteraciones en el tratamiento se presentan en los hipertensos jóvenes. Además, hay que tener en cuenta que en estos períodos de vida los niveles de estrés son más elevados debido a la gran cantidad de responsabilidades que comúnmente adquieren las personas. Con respecto al género, en todas las preguntas las mujeres resultaron ser las que obtuvieron respuestas satisfactorias, pero también fueron las mujeres las que mayor incumplimiento tuvieron en cuanto al horario y abandono del tratamiento por sentirse bien. Los hombres sólo manifestaron incumplimiento en las respuestas referidas a olvido y a abandono del tratamiento por sentirse mal, dadas principalmente por las reacciones adversas más comunes (Molina, Preval & López, 2014).

Otro estudio observacional, prospectivo, transversal, llevado a cabo en cuatro farmacias comunitarias de la provincia de Córdoba, con una duración de dos meses, en pacientes con hipertensión, diabéticos tipo II y dislipémicos a quienes se les realizó el test de Morisky Green, se obtuvo como resultado que del total de pacientes estudiados (210), el 62 % adoptó actitudes correctas con respecto al tratamiento farmacológico. El 38 % de los pacientes manifestó conductas de incumplimiento del tratamiento, sobre todo los diagnosticados con hipertensión; seguidos de las mujeres y de los que usan más de un fármaco. Por otro lado, en cuanto a las razones o causas manifestadas por los pacientes para no adherir al tratamiento, en primer lugar se encontraron

razones socioeconómicas (45%), seguidas de las razones relacionadas con el tratamiento (24%). En relación con el sexo de los pacientes, el incumplimiento fue superior en las mujeres que en los pacientes de sexo masculino; también se observó esta tendencia en pacientes que tienen prescriptos tratamientos con más de un medicamento para las referidas enfermedades (Bertoldo et al., 2013).

2. Autoeficacia

Un concepto importante en la literatura y en el contexto de la salud es la autoeficacia, el cual ha sido utilizado como un importante predictor de conductas en salud e incluso ha demostrado ser un factor importante en el abandono de conductas nocivas o la adopción de conductas promotoras de salud (Ortiz & Castro, 2009).

Bandura considera a las expectativas de autoeficacia, no como variables globales y estables, sino como cogniciones específicas y cambiantes, que se forman y se reelaboran constantemente a partir del procesamiento y la integración de la información procedente de diferentes orígenes. Es decir, la autoeficacia se refiere a la confianza que tiene una persona de que posee la capacidad para hacer las actividades que trata de hacer; de ahí que los juicios que la persona hace acerca de su autoeficacia son específicos de las tareas y las situaciones en que se involucra, y las personas las utilizan para referirse a algún tipo de meta o tarea a lograr (Ornelas, Blanco, Rodríguez & Flores, 2011). La importancia de la autoeficacia entonces, radica en que hace referencia a la confianza que tiene la persona en sus capacidades para lograr los cursos de acción necesarios para alcanzar los resultados deseados y determinaría la cantidad de esfuerzo para realizar una conducta y cómo las personas recuperarán su estabilidad en la vida frente a situaciones adversas (Ortiz & Castro, 2009).

De acuerdo con las afirmaciones de Bandura (en los años 1992 y 1997) cuando una persona se plantea la posibilidad de llevar a cabo una conducta de salud o cambiar un hábito no saludable hay tres elementos que explican la decisión final: Por un lado, la creencia de que una situación determinada es perjudicial; En segundo lugar, la creencia de que un cambio de comportamiento puede reducir la supuesta amenaza y por último, la creencia de que es suficientemente competente como para adoptar una conducta beneficiosa o para dejar de practicar una que resultaría dañina. Es entonces como desde la Teoría del Aprendizaje Social de Bandura se asume que las expectativas de autoeficacia son un importante predictor de las intenciones y acciones de los individuos frente a los eventos; ya que un elevado nivel de autoeficacia percibida se ha mostrado como un elemento protector que hace aumentar la motivación, disminuir las alteraciones emocionales, al tiempo que

mejora las conductas saludables en el cuidado físico. Por lo que la autoeficacia influye en los pensamientos, en los cursos de acción que se elige tomar; los desafíos y metas que la gente se plantea y su compromiso con las mismas; la cantidad de esfuerzo que invierten en determinadas tareas; los resultados que esperan alcanzar por sus esfuerzos; la magnitud de su perseverancia frente a los obstáculos; su resistencia a la adversidad; el nivel de estrés y depresión que experimentan cuando se enfrentan con demandas exigentes del ambiente y los logros que alcanzan (Ornelas et al., 2011).

La expectativa de autoeficacia puede llegar a influir desde los sentimientos, a los pensamientos y acciones. Donde se ha encontrado que personas con pocas expectativas su autoeficacia, tienden a mostrar una baja autoestima y sentimientos negativos sobre su propia capacidad frente a diversas situaciones. En cuanto a los pensamientos, la autoeficacia, facilita las cogniciones referidas a las habilidades propias, actuando estos pensamientos como motivadores de la acción. Y en lo que respecta a la acción, las personas que se sienten eficaces eligen tareas más desafiantes, proponiéndose metas más altas al igual que su nivel de persistencia (García, Moreno & Suárez, 2000). Además este constructo se ha correlacionado positivamente con optimismo, autoestima, autorregulación, calidad de vida, afectos positivos, competencia percibida, personalidad resistente, afrontamiento centrado en la tarea y satisfacción en el trabajo/colegio. Por otro lado, se han encontrado relaciones negativas con depresión y ansiedad (Cid, Orellana & Barriga, 2010) y desamparo (Bandura, 2001 citado en Olivari & Urra, 2007).

2.1 Autoeficacia y la salud

En el área de la salud, cobra gran importancia la autoeficacia en la prevención de conductas riesgosas y en la promoción de conductas positivas y beneficiosas para la población. En este sentido, la autoeficacia ha sido estudiada desde dos perspectivas: la *específica*, que apunta a la creencia de la persona sobre el nivel de competencia que tiene en situaciones particulares, y la *general*, la cual apunta a la sensación de competencia total de la persona que le permite enfrentar nuevas tareas y salir exitoso de una gran variedad de situaciones difíciles. Bajo este escenario además, en estudios se ha encontrado que los cambios de conducta se realizan en forma activa por parte de los pacientes cuando los profesionales de la salud motivan en las personas su capacidad de iniciarlos (Cid, Orellana & Barriga, 2010).

Según Díaz et al. (2014), se ha transformado en indispensable contar con estudios que permitan conocer el nivel de autoeficacia que poseen los pacientes de la atención primaria, para así conseguir mayor efectividad en la aplicación de los programas de control de salud y adherencia a los tratamientos (Cid, Orellana & Barriga, 2010).

La autoeficacia ha sido estudiada en relación a conductas tan diversas en distintos dominios de salud que van desde el manejo de enfermedades crónicas, en el uso de drogas, en la actividad sexual, fumar, realizar ejercicio, bajar de peso, y también la habilidad para recuperarse de los problemas de salud o para evitar potenciales riesgos para la salud (Forsyth & Carey, 1998 citados en Olivari & Urra, 2007). Las investigaciones revelan que altos niveles de autoeficacia tienen consecuencias beneficiosas para el funcionamiento del individuo y su bienestar general (Olivari & Urra, 2007).

En el contexto de la autogestión que se requiere para las enfermedades crónicas, la medición de la autoeficacia se ha centrado en dominios tales como el control del dolor y otros síntomas, la comunicación con el profesional médico, en obtener información relacionada con la salud, en el tratamiento de la depresión, y tomar la medicación. Otros en cambio, han examinado la autoeficacia en relación con otras conductas de autocuidado, como la dieta y el ejercicio, pero no necesariamente dentro del contexto de la autogestión que la enfermedad crónica requiere (Warren, Seymour & Huber, 2012). Encontrando por ejemplo, que la autoeficacia media la relación entre la depresión y la adherencia en los pacientes con diabetes y la hipertensión (Maeda et al., 2013).

Estudios realizados por el National Heart, Lung and Blood Institute 1998, citado en López, 2014. Se ha concluido que a mayor autoeficacia, hay mayor motivación para abandonar conductas causantes de daño y por ende un aumento en la adherencia al tratamiento. Dichos resultados cobran relevancia, pues se considera que aproximadamente un 40% de los pacientes no siguen las recomendaciones terapéuticas, y en el caso de los pacientes crónicos el incumplimiento aumenta a un 45%. En este sentido, se ha visto que cuando los tratamientos provocan cambios en los hábitos e invaden los diversos aspectos de la vida, afecta cognitivamente la acción de adherencia, y provocaría un aumento significativo en los porcentajes de no adherencia. Un estudio realizado en un Cesfam del área norte de la Región Metropolitana de Santiago de Chile, con 78 pacientes inscritos en el programa Cardiovascular de Adultos, tuvo como objetivo describir el nivel de

autoeficacia percibida de los usuarios con enfermedades crónicas como diabetes, hipertensión y dislipidemia, y se les aplicó la Escala de Autoeficacia General (AEG) de Baessler y Scharcer (1979). Los resultados indicaron que el 80% de la muestra se encuentra con niveles de Medio a Alto de autoeficacia, siendo ésta mayor en los varones que en las mujeres. Además se encontraron resultados discrepantes, pero logran arrojar ciertas directrices de lo que ocurre. Por ejemplo, los pacientes otorgaron atribuciones internas al éxito, asistir a las consultas médicas privadas y en la obtención de medicamentos en las farmacias. Sin embargo, otorgaron atribución externa al fracaso, a que el servicio de salud posee falencias en la infraestructura, en la asignación de horas y en la entrega de los medicamentos (Díaz et al., 2014).

En los pacientes con afecciones cardiovasculares, la autoeficacia relacionada con la mantención del funcionamiento normal y con el control de los síntomas, predijeron significativamente la adherencia al ejercicio y regímenes de dieta a largo plazo. Eso fue lo encontrado en un estudio de mujeres mayores con insuficiencia cardiaca, mostró que quienes presentan una mayor autoeficacia al inicio del estudio expresaron niveles más altos de conducta adherente, en cuanto a la medicación según lo prescrito, al ejercicio, la dieta y el manejo del estrés, a cuatro y doce meses de seguimiento (Maeda et al., 2013). En otra investigación longitudinal realizada por Sniehotta et al. (2005 citados en Ornelas et al., 2011), se estudió en una muestra de 307 pacientes cardíacos la motivación a mantener o adoptar la conducta de realizar ejercicios. Estos fueron evaluados inicialmente sobre su intención de realizar ejercicio, luego se realizaron evaluaciones a los dos y cuatro meses siguientes. Los resultados confirmaron que entre los factores evaluados, la autoeficacia funcionaba (junto a las variables de planificación de conducta y control de la acción) como mediadora entre las intenciones iniciales de realizar ejercicio y la actividad física realizada posteriormente (Ornelas et al., 2011). Más específicamente, estudios indican que aquellas personas con mayores niveles de autoeficacia se comprometen con mayor frecuencia en un programa regular de actividad física que aquellos con más bajos niveles de autoeficacia. Incluso, aquellos que presentan una alta autoeficacia tienen sentimientos mucho más fuertes de efectividad para realizar el ejercicio y para comprometerse en ese momento en realizar una mayor cantidad de actividad física que los individuos con baja autoeficacia. (Marcus, Eaton, Rossi & Harlow, 1994 citados en Olivari & Urra, 2007). Existen otros estudios que reafirman lo anterior, por ejemplo investigaciones que incluyeron individuos con diabetes, también demostraron que los mayores niveles de autoeficacia se asocian con mayores niveles de actividad física (Delahanty et

al. 2006; Gracia et al. 2006; Kim et al. 2008; Nelson et al. 2007; Plotnikoff et al. 2000 citados en Dutton et al., 2009).

Nakahara et al., (2006 citado en Fernandez, Chaplin, Schoenthaler & Ogedegbe, 2008) examinaron la relación entre los factores psicosociales y el control de la glicemia en una muestra de 256 pacientes japoneses con diabetes tipo dos. Sus resultados arrojaron que la autoeficacia predice la adherencia al tratamiento y la adherencia a su vez predijo los niveles futuros de control de la glicemia. Además, la autoeficacia también sirvió como mediador para la relación entre las variables psicosociales (por ejemplo, apoyo social) y la glicemia control. Del mismo modo, un estudio con 174 pacientes con enfermedad renal crónica encontró que una mayor autoeficacia percibida se asoció con una mayor adherencia a la medicación y las conductas de autocuidado en general (Cortina et al., 2008 citado en Fernandez et al., 2008).

Además la línea investigativa de la autoeficacia se ha interesado en evaluarla con respecto al control del dolor crónico. Así, se ha identificado a la autoeficacia como mediadora en el ajuste al dolor de espalda crónico (Woby, Watson, Roach y Urmston, 2005 citados en Olivari & Urra, 2007) y como relacionada a la aparición de dolor musculo esquelético inhabilitante. Los resultados indicaron que un bajo nivel de autoeficacia estaba relacionada con la aparición de dolor musculoesquelético inhabilitante en estas personas (Olivari & Urra, 2007).

Es más, también el interés ha estado sobre la relación de la autoeficacia con factores psicológicos como por ejemplo, la investigación llevada a cabo por Maeda et al. (2013), proporciona orientación hacia la comprensión más completa de cómo el apoyo social, y la depresión, dos grandes constructos psicológicos que han atraído una amplia atención en la investigación, puede contribuir a la adherencia al tratamiento en pacientes con insuficiencia cardiaca. Los resultados indican que, mientras que el apoyo social y la depresión se asociaron con la adherencia al tratamiento, fueron mediadas por la autoeficacia. Estos resultados son consistentes con los resultados de otros estudios anteriores que indican que la autoeficacia se relaciona significativamente con la adherencia al tratamiento, en recomendaciones como la restricción de sodio, la restricción de líquidos, medicamentos, el control del peso, actividad física y fumar y consumo de alcohol.

En esta misma línea de investigación incluyendo los factores psicológicos, para Bandura (1997 citado en Olivari & Urra, 2007) la autoeficacia para afrontar eventos amenazantes juega un rol central en las reacciones que las personas tienen al estrés. Pues estas estarían gobernadas ampliamente por la percepción de afrontamiento autoeficaz más que por las propiedades objetivas de las amenazas y demandas ambientales que experimente un individuo. Así existen estudios que se han centrado en el rol que cumple la autoeficacia sobre el nivel de estrés experimentado por personas respecto a su enfermedad o condición de salud. Así, en un estudio de Shelley y Pakenham (2004 citados en Olivari & Urra, 2007) con una muestra de estudiantes universitarios donde se midió el nivel de estrés emocional experimentado frente a una enfermedad aguda y/o crónica grave que ellos habían padecido, se encontró que entre los moderadores del nivel de estrés experimentado estaba la autoeficacia, encontrándose que el presentar un alto nivel de autoeficacia se relacionaba con menores niveles de estrés (Olivari & Urra, 2007).

Estos hallazgos tienen una importancia e implicaciones para las campañas de salud pública en promoción y prevención, pues apunta donde ubicar los esfuerzos. Primariamente en aumentar los conocimientos de salud de la persona, pero también sugiere que el aumentar la percepción de autoeficacia en los pacientes puede ser una estrategia promisoriosa (Olivari & Urra, 2007).

2.2 Autoeficacia y su relación con la Hipertensión

En los últimos años, la teoría de la autoeficacia ha sido utilizada en los estudios para explicar el comportamiento de adherencia a la medicación de pacientes hipertensos (Hacıhasanoglu, Gözüüm & Çapık, 2012). Estos estudios demostraron que un alta autoeficacia correlaciona con el cumplimiento de las indicaciones necesarias para el tratamiento. Además, estudios recientes han demostrado correlaciones positivas entre la presión arterial controlada y la autoeficacia en la adherencia a la medicación en pacientes hipertensos. Este tipo de estudios resultan de gran importancia para la evaluación de la eficacia de los tratamientos entregados a pacientes hipertensos (Hacıhasanoglu, Gözüüm & Çapık, 2012).

En el estudio realizado por Warren, Seymour y Huber (2012) se examinó la asociación entre la autoeficacia para gestionar la hipertensión a través de seis comportamientos de autocuidado prescritos clínicamente en una población de hipertensos afroamericanos. Como contexto, la población afroamericana con hipertensión se ha asociado con la autoeficacia en la adherencia a la

medicación y en la actividad física. En este sentido, los autores consideran importante que se promuevan estos estudios, pues se ha encontrado que la autoeficacia es un predictor entre los afroamericanos en comportamientos saludables, tales como seguir la dieta y con la pérdida de peso. Es por esto que su propósito en este estudio fue examinar la relación entre la autoeficacia para gestionar la hipertensión y la adherencia a las conductas de autocuidado recomendadas entre los afroamericanos con hipertensión. Los resultados encontrados fue que los pacientes con una buena autoeficacia, había aumentado significativamente las probabilidades de ser adherente a la medicación, con bajo consumo de sal, con práctica de actividad física, además de no fumar y con la utilización de estrategias de control de peso. Consistente con otros estudios, la autoeficacia es importante para la hipertensión y se asocia con el control de peso, y la dieta y con la adherencia a la medicación antihipertensiva (Warren, Seymour & Huber, 2012).

Un estudio cuasi-experimental realizado por Kaveh, Zakerimoghadam, Gheyasvandian y Kazemnejad (2012) tuvo como objetivo evaluar el efecto de un programa de autocontrol en la autoeficacia entre los pacientes hipertensos. La muestra estuvo compuesta por 150 pacientes con hipertensión que asistían a centros de atención primaria de leves a moderados afiliados a la Universidad de Teherán de Ciencias Médicas. La intervención consistió en un taller de un día durante cuatro horas y el proyecto de escenarios. Los sujetos fueron seguidos a continuación, a través de llamada telefónica: el plazo de dos meses. Finalmente los resultados mostraron diferencias significativas entre el grupo experimental y de control con respecto a la tasa de autoeficacia después de la intervención. De hecho el programa logró incrementar el nivel de autoeficacia de los pacientes, pudiendo motivar a los pacientes para cambiar sus comportamientos, la adherencia a la dieta, la medicación, el ejercicio y la actividad física, y por lo tanto la presión arterial se mostró controlada (Kaveh et al., 2012).

Un estudio en una comunidad rural en China, analizó el rol del apoyo familiar social, depresión, ansiedad y autoeficacia en los comportamientos específicos de autocuidado necesarios para la hipertensión. Los resultados indican que los hijos adultos eran identificados como la fuente principal de soporte. Además, aproximadamente entre el 22,3% y el 15,4% de los participantes informaron síntomas de ansiedad y depresión, respectivamente, sin embargo, dichos factores psicológicos no se asociaron con las conductas de autocuidado. En definitiva el apoyo social de la familia produjo una asociación positiva con la toma de medicamentos y el control de la presión

arterial, y la autoeficacia se asoció positivamente con la realización de ejercicio físico (Hu, Li & Arao, 2015).

Warren, Seymour y Huber (2012) afirman que por lo general la autoeficacia es considerada dentro de las investigaciones como un comportamiento específico, como por ejemplo en el caso de autoeficacia para tomar la medicación. Desde un punto de vista teórico, y bajo los hallazgos encontrados por los autores, cuando se evalúa la autoeficacia en relación con la autogestión necesaria dentro de una enfermedad crónica, sugieren que alentar a los pacientes a tener más confianza en su capacidad para cuidar de su presión arterial puede producir múltiples beneficios en términos de su adherencia. Es importante destacar que la autoeficacia no es un rasgo, pues es una característica capaz de mutar, y por lo tanto, susceptible de intervención. Por lo que se sugiere que las intervenciones podrían también intentar inducir sentimientos de éxito en el individuo, y así ayudar a que el paciente perciba que la persistencia y el progreso gradual son indicativos de un mejor dominio de su propia conducta (Annesi, Johnson & McEwen, 2015).

3. Estrés

El estrés se define como “la relación entre la persona y el ambiente, en la que el sujeto percibe en qué medida las demandas ambientales constituyen un peligro para su bienestar, si exceden o igualan sus recursos para enfrentarse a ellas” (Lazarus & Folkman, 1984, citado en Sierra, Ortega & Zubeidat, 2003, p.37). El estrés se reconoce como una respuesta inespecífica del organismo ante una diversidad de exigencias. Se trata de un proceso de adaptación y de alerta, siendo imprescindible para la supervivencia de la persona; éste no se considera una emoción en sí mismo, sino que es el agente generador de las emociones (Sierra, Ortega & Zubeidat, 2003).

Se han descrito numerosos factores que afectan la adherencia al tratamiento en pacientes crónicos, sin embargo, se sabe que el estrés juega un papel importante dentro del conjunto de trastornos a la salud *física*, así como *emocional* y *psicológica* (Sánchez, Hipólito, Mugártegui & Yáñez, 2016).

De acuerdo con la APA (2013), en el aspecto *físico*, los niveles elevados de estrés, comúnmente aumentan la probabilidad de un comportamiento hostil, pueden empeorar factores de riesgo cardiovascular existentes y producir enfermedades del corazón. Y en apoyo a lo mencionado

anteriormente, Treiber, Davis y Turner (2001, citados en Flores, et al., 2013), indican que se ha considerado que el estrés ambiental y psicosocial han desempeñado un papel significativo en el desarrollo de la hipertensión, mediante su actuación en los mecanismos de control agudo y a largo plazo de la presión arterial, pues señalan que la exposición al estrés trae como resultado, aumentos en la presión arterial y que se encuentra mediados por el Sistema Nervioso Simpático (SNS) para satisfacer la necesidad inmediata de un mayor riego sanguíneo al cerebro y al cuerpo. La activación del SNS a su vez acelera el sistema renina-angiotensina-aldosterona (RAAS), que incluye la liberación de la hormona vasoconstrictora angiotensina II, que contribuye al aumento agudo de la presión arterial. Además, continúan afirmando que este patrón de respuesta se asocia con aumentos importantes de la tensión cardíaca, de la pared vascular y del estrés intravascular de cizallamiento (fuerza aplicada o presión ejercida contra la superficie y las capas de la piel a medida que los tejidos se deslizan en planos opuestos, pero paralelos) que a lo largo del tiempo contribuye a la remodelación vascular y ventricular precoz que finalmente conducen a la hipertensión (Flores, et al., 2013).

En un estudio realizado en México a población con diabetes se encontró que los factores *emocionales* juegan un papel importante en el control de la enfermedad, en concreto la activación emocional en respuesta al estrés se considera uno de los principales actores implicados. El estrés y la depresión son factores que se asocian a un descontrol metabólico derivado en gran parte por el riesgo de falta de adherencia al tratamiento por olvido o descuido. En el estudio se encontró una asociación entre la falta de adherencia al tratamiento con el estrés, la proporción de estrés en el total de pacientes con descontrol metabólico fue 65%; además un 27% de los pacientes tuvo algún grado adherente a tratamiento. Una de las fuentes de estrés más relevantes es la misma enfermedad, en la esfera social del individuo el hecho de verse o sentirse enfermo, puede hacerle considerarse diferente a los demás. Estos factores crean un círculo vicioso entre estrés, depresión y baja adherencia al tratamiento con el consecuente descontrol metabólico ya evidenciado (Sánchez et al., 2016).

Se observa que el estado *psicológico* de una persona afecta en gran medida la condición física del cuerpo humano. Un estudio que llevaron a cabo Wiernik et al (2014), demostró que hubo una interacción significativa entre el estrés percibido y el estatus laboral con la presión sanguínea. Precisamente, se encontró que el estrés percibido se asoció negativamente con la hipertensión

arterial en individuos de alto estatus ocupacional, pero asoció positivamente entre los de baja condición social o en paro. Este resultado está en línea con las anteriores pruebas que muestran que la tensión laboral puede estar relacionada con la presión arterial en el sitio de trabajo o al riesgo de accidente cerebrovascular diferente a través de las categorías profesionales. Sin embargo, este estudio anterior, como varios otros, fue transversal.

Adicionalmente la evidencia empírica reporta alta incidencia de la depresión, la ansiedad y el estrés en los pacientes con hipertensión (Mushtaq & Najam, 2014 a). Además, es importante considerar los resultados encontrados en una población de estudio de Colombia, que mostró una asociación positiva entre el IMC con la Hipertensión, independiente de la edad, sexo, consumo de tabaco, el estrés y la diabetes (Pérez, Gutiérrez, Vioque & Torres, 2001).

La escalada de problemas de salud en el mundo requieren profesionales de la salud e investigadores para descubrir los factores responsables en el desarrollo de diferentes enfermedades, y uno de ellos incluye la hipertensión. Los factores biológicos, sociales y psicológicos son a menudo considerados como riesgos significativos de la hipertensión.

3.1 Estrés e hipertensión

En esta era de ritmo rápido la mayoría de las personas están expuestas a un estrés mental que es la forma más común y frecuente de estrés. Además, la edad de aparición de la hipertensión es ahora más temprano que antes, por lo que se transforma en algo importante la detección precoz de personas que podrían ser hipertensos futuros. Consecuentemente, la reactividad cardiovascular al estrés en la predicción de la hipertensión a futuro se convierte en importante (Bedi, Varshney & Babbar, 2000).

Si el individuo combate con un severo conflicto o frustración, incertidumbre, o la privación; el resultado es el estado de estrés. Hacer frente al estrés varía de un individuo a otro y, a veces es difícil de manejar. Cuando se vivencian momentos de estrés, el individuo busca maneras y medios para cumplir con esa dificultad. Durante ese proceso se ha visto que existe una elevación de la presión arterial, y más aún algunos investigadores han informado de la relación de la hipertensión con la emoción. Por otro lado, hay quienes consideran el estrés como un factor importante en la etiología de la hipertensión, pues afirman una relación positiva entre las estrategias utilizadas para el estrés con los problemas de la hipertensión. En este sentido, Lindquest, Beilin, y Knuiman (1997

citado en Mushtaq & Najam, 2014 a) habían demostrado que hacer frente a las situaciones de estrés se asociaron significativamente con la elevación de la presión arterial y en última instancia, causando hipertensión.

Según Dressler (1984), los pacientes que padecen de hipertensión tienen una estructura psicodinámica característica determinada por un conflicto entre tendencias pasivas, dependientes y un exceso de compensación, hostiles, impulsos agresivos competitivos que conducen al temor y aumentar la actitud pasiva dependiente. Sumado a esto, Crump, Sundquist, Winkleby y Sundquist (2016) afirman que la baja resistencia al estrés puede contribuir a comportamientos de vida poco saludables que se conocen factores de riesgo para hipertensión. Un estudio de cohorte en población Danesa de 7.066 adultos con 10 años de seguimiento, obtuvieron como resultado que el estrés percibido se asoció con la falta de actividad física, sin éxito en dejar de fumar o en la reducción del alcohol, y el uso de medicamentos antihipertensivos se relacionaron con el trastorno de estrés.

Existen tres estudios que fueron los pioneros en relacionar el estrés con la hipertensión. En el primer estudio, con una muestra de trabajadores de las fábricas en Suiza (Schar et al., 1973, citados en Dressler, 1984), sin embargo, los investigadores encontraron una débil relación entre el estrés y la hipertensión. Debido a que el estrés percibido se midió en un nivel demasiado global, pues se ha hecho énfasis en que el estrés surge de los conflictos, eventos, e inconsistencias en el ámbito social-ambiental. En un segundo estudio se empleó el mismo método para la medición del estrés percibido y no encontraron ninguna relación entre la percepción del estrés y la hipertensión diagnosticada (Jalowiec & Powers, 1981 citados en Dressler, 1984). En un tercer estudio clínico en población de hipertensos y no hipertensos sobre la percepción que tenían de la interacción médico-paciente, se encontró que las personas con hipertensión pueden tender a percibir estímulos nocivos como menos estresantes como un intento de anular su propia reactividad cardiovascular. El punto importante a señalar aquí es que cualquier investigación que intente medir la percepción de estrés también debe tener en cuenta las defensas que la persona utiliza tales como la negación o la supresión. Los individuos pueden utilizar mecanismos de defensa para evitar confrontar circunstancias de estrés, que a su vez pueden conducir a alterar sus percepciones (Sapira et al. 1971 citados en Dressler, 1984). El proceso de la enfermedad puede afectar a la percepción del estrés, pues saber que uno está enfermo es una experiencia que amenaza la misma y puede dar lugar a un efecto negativo, con sentimientos de impotencia, lo que a su vez puede conducir a una mayor

percepción del estrés Además, hay quienes han encontrado en sus investigaciones, que en general las personas con hipertensión perciben los eventos comunes con un mayor impacto, y esto parece especialmente cierto para los acontecimientos que implican la pérdida de apoyos sociales importantes (Dressler, 1984).

Los primeros estudios realizados para medir la función cardiovascular durante el estrés mental se realizaron por Brod et al. (1963 citados en Bedi, Varshney & Babbar, 2000). En dichas investigaciones se llevaron a cabo experimentos en que se sometía a los participantes a realizar cálculos matemáticos mentalmente, y que a la vez, constantemente se les pedía aumentar la velocidad de respuesta. Lo que se descubrió es que las respuestas típicas fueron aumento de la presión arterial y gasto cardíaco. Por lo que los hechos anteriores señalan que fisiológicamente hay una serie de cambios, pero transitorios en el sistema cardiovascular cuando hay exposición a estrés, lo que se denomina como la respuesta cardiovascular al estrés. Sumado a eso, también existen investigaciones que sugieren que si existe una respuesta exagerada, podría estar relacionado con desarrollar una hipertensión a futuro. En este sentido, las elevaciones en la presión arterial, sin influencia de ejercicio, reflejan ajustes cardiovasculares en respuesta a las tensiones psicológicas que vivencia la persona, un fenómeno descrito como reactividad cardiovascular. Sin embargo, hay quienes creen que esta hipótesis puede ser catalogada como poco convincente, pues afirman la relativa cantidad de estudios que indican una alta reactividad a estresores, por lo que se cuestiona si esto sucede durante las actividades de la vida diaria, además, se apoyan en que aún falta desarrollar estudios a largo plazo para realizar dicha afirmación con mayor respaldo (Bedi, Varshney & Babbar, 2000).

Por otro lado, los datos del estudio de White Hall II (Mushtaq & Najam, 2014 b) llegaron a la conclusión de que la respuesta de presión sanguínea a un factor de estrés psicológico, no es un predictor independiente de la presión arterial durante el seguimiento y, por tanto, la medición de la reactividad de la presión arterial no es un índice clínico útil del curso de la presión arterial futuro. Esto demostró que las reacciones de la presión arterial al estrés psicológico pueden jugar poco o ningún papel causal en la hipertensión. En otras palabras, el estrés mental se asocia con cambios en la presión arterial, y las personas que tienen las respuestas más intensas, con mayores aumentos en la frecuencia cardíaca y/o la presión arterial, denominados como respondedores "activos", son conocidas por desarrollar hipertensión crónica. Además, relacionado con lo anterior se ha

encontrado que existe un efecto del estrés sobre la reactividad cardiovascular, la cual varía con el tipo de personalidad de la persona (Mushtaq & Najam, 2014 b).

También se encuentra evidencia contraria a lo anteriormente expuesto. Un estudio realizado en pacientes hipertensos encontró una correlación positiva entre el estrés psicológico y la hipertensión, lo cual apoyaría la noción de esta patología como una enfermedad emocional (Mushtaq & Najam, 2014 b). En este sentido, en la medida en que la persona vivencia o atraviesa un conflicto o frustración severa, además de incertidumbre, impaciencia o privación, se obtiene como resultado el estrés. Además, se afirma que los sucesivos acontecimientos estresantes causan estragos en la hipertensión. Por otra parte, factores de tipo sociodemográfico juegan un papel importante, como el trabajo, el ingreso mensual, el trabajo del cónyuge, número de personas que tiene a su cargo, además del peso de la persona, resultan ser los predictores significativos de la hipertensión. Es por esto que se ha observado que un gran número de hombres hipertensos parece tener estrés en el trabajo, pues junto con su responsabilidad muchas veces de mantener una familia, se suman las largas horas de trabajo, las cuales igualmente se han convertido en un importante predictor de hipertensión en la presente investigación (Mushtaq & Najam, 2014 b).

Finalmente, muchas hipótesis podrían explicar las diferencias de sexo en la relación entre la tensión o estrés con la aparición de la hipertensión. En primer lugar, los hombres y las mujeres no están expuestos a los mismos factores de estrés. Por lo tanto, la percepción de estrés en mujeres puede afirmarse una alta presión arterial en mayor medida que en hombres. En segundo lugar, las mujeres tienen una tendencia a informar de su bienestar emocional, y por lo tanto el estrés percibido, puede encontrarse resultados con mayor precisión que los hombres, al menos por dos razones: una mejor capacidad de reconocer esta estado emocional y una mayor tendencia a revelar estado emocional. Además, de una mejor precisión en la estimación de estrés, lo que podría haber dado lugar a la mejor precisión en la búsqueda de una asociación con la hipertensión (Wiernik et. Al., 2014).

3.2 Estrés y otras comorbilidades complementarias en la hipertensión

Al igual que los pacientes con otras condiciones médicas crónicas, los pacientes hipertensos experimentan muchas emociones profundas que aumentan su riesgo para el desarrollo de los trastornos de salud mental. Estas emociones negativas pueden influir negativamente en su

comportamiento de adherencia. Como se encontró en estudios con población VIH/SIDA y otro grupo con síndrome coronario agudo, que el estrés influyó negativamente en el comportamiento de adherencia a la medicación por ejemplo. Donde se transforma en imprescindible para el manejo de la hipertensión, que los pacientes se adhieran a las terapias farmacológicas y no farmacológicas (Kretchy, Owusu & Danquah, 2014).

El impacto de la salud mental en la hipertensión ha sido bien estudiado. Los factores de riesgo asociados a la hipertensión caen en tres categorías a) fisiológica: La enfermedad arterial coronaria, la diabetes mellitus y enfermedad al riñón b) factores de comportamiento: fumar, la dieta, estilo de vida sedentario y por último c) factores psicosociales que son el estrés, la ira, la ansiedad, el agotamiento, la depresión y el apoyo social y la depresión (Taylor, 1999; Delaney et al, 2010 citados en Anjum, 2015).

De manera complementaria, se puede agregar que el número de estudios que examinan la relación entre los factores psicosociales y la hipertensión y sus complicaciones ha crecido en los últimos años, en un intento por identificar y abordar los factores de riesgo modificables. Sin embargo, el estudio de los aspectos psicosociales de la hipertensión y enfermedades relacionadas se sigue considerando limitada y requiere que los científicos dediquen una atención considerable a los factores de riesgo no tradicionales, tales como la depresión, el estrés, y el apoyo social (Heard, 2011).

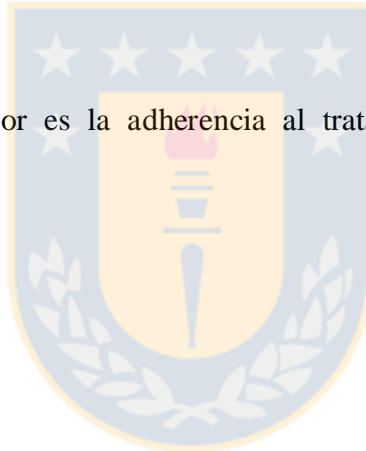
En un estudio realizado en población hipertensa, el principal hallazgo fue que los pacientes con síntomas de insomnio mostraron un incremento en el estrés percibido, en utilizar estrategias de afrontamiento poco eficaces, y mayores tasas de síntomas ansiolíticos y depresivos, en comparación a la muestra de participantes hipertensos que no tienen síntomas de insomnio. En este sentido el insomnio, la ansiedad, la depresión y la hipertensión pueden compartir varios mecanismos fisiopatológicos, como la activación (o hiperactivación) del sistema nervioso simpático y el eje hipotálamo-pituitario-adrenal, lo que puede explicar la compleja interrelación que se encuentra en esta población (Palagini et al., 2016). En este sentido, los síntomas de insomnio pueden estar asociados con la resistencia al tratamiento anti-hipertensivo en esta población. Lo anterior es consistente con estudios previos que muestran una relación entre la mala calidad del sueño y la hipertensión resistente. Por otro lado, las personas con hipertensión y síntomas de insomnio mostraron altos niveles de percepción de estrés. Este hallazgo es coherente con estudios

anteriores que muestran que un alto nivel de estrés percibido se asocia con el insomnio. Tema importante, pues una alta percepción de estrés se ha asociado con un mayor riesgo cardiovascular (Palagini et al., 2016). Finalmente, la pérdida de sueño asociadas con el insomnio podrían actuar como un factor de estrés neurobiológico que conduce a la activación del sistema nervioso simpático y el eje adrenal hipotálamo-hipofisario, lo que contribuye tanto al desarrollo de los trastornos psiquiátricos como al mantenimiento de la hipertensión y su gravedad (Palagini et al., 2016).

A partir de la revisión anterior, esta investigación propone las siguientes hipótesis de trabajo.

IV. Hipótesis

1. A mayor autoeficacia mayor es la adherencia al tratamiento de los/las pacientes con hipertensión arterial.
2. A menor estrés mayor es la adherencia al tratamiento de los/las pacientes con hipertensión arterial.



V. Método de Investigación

1. Tipo de Estudio y Diseño

El estudio utilizó un diseño de abordaje cuantitativo, descriptivo y correlacional. Los datos fueron tomados en un sólo corte temporal, por lo que corresponde a un estudio transversal.

2. Población y muestra

Los criterios de inclusión de la muestra fueron:

- Tener entre 15 años y más
- Ser diagnosticados con hipertensión en un período superior a 6 meses, pues de esta manera se asegura que la persona tiene experiencia en el programa.
- Estar inscrito en el Programa Cardiovascular del Cesfam Marta Estévez de Marín.

Los criterios de exclusión fueron:

- Pacientes con deterioro cognitivo severo
- No vivir en la comuna
- Presentar como comorbilidades diabetes y dislipidemia

Existen 1.846 pacientes hipertensos(as), pertenecientes al Programa Cardiovascular del Cesfam Marta Estévez de Marín de la comuna de Retiro (Región del Maule). De ellos la población se redujo a 363 pacientes hipertensos puros.

La muestra fue intencionada dirigida a pacientes con hipertensión, que cumplieran con los criterios de inclusión y exclusión de este estudio, los que fueron elegidos aleatoriamente. El listado fue dispuesto en una nómina con nombre, Rut, dirección del domicilio y teléfono de contacto de cada paciente. La muestra quedó conformada por 141 personas que cumplían con los criterios de inclusión del estudio y ese tamaño fue el decidido, pues permite detectar una correlación significativa de por lo menos 0,3.

De los participantes, 34 eran hombres (24,1%) y 107 eran mujeres (75,9%). El promedio de edad de la muestra fue de 61 años (DE= 11,3; rango de 34 a 85 años).

3. Variables del estudio

A continuación se muestran las variables de estudio (ver Tabla 1):

Tabla 1: Variables dependiente e independientes del estudio

Variable Dependiente	Variables Independientes
Adherencia al tratamiento	<ul style="list-style-type: none"> • Autoeficacia • Estrés • Variables sociodemográficas: (sexo, edad, sector residencia, estado civil, nivel de estudios, situación laboral, composición familiar, participación social) • Antecedentes de salud: (Diagnóstico crónico, años del diagnóstico, hábito tabáquico, consumo medicación para presión, horas sueño, adaptación a duración y cuidado de la hipertensión)

Fuente: Elaboración propia.

Variables Independientes

a) Autoeficacia

Definición conceptual: es la estimación subjetiva del paciente respecto a sus habilidades para controlar la enfermedad hipertensiva. Se midió a través del cuestionario Spanish Chronic Disease Self-Efficacy que indaga, con 4 preguntas, respecto a la seguridad del paciente para evitar que la fatiga o cansancio, dolencias, el estado emocional, síntomas o problemas de salud interfieran con las cosas que quiere hacer.

Definición operacional: La percepción de autoeficacia es una variable continua que expresa el nivel de seguridad, obtenido del puntaje total que alcanza el paciente hipertenso en la SEMCD-S, cuyo rango va desde 4 a 40 puntos.

b) Estrés

Definición conceptual: es la estimación subjetiva del paciente respecto a la percepción que tiene del ambiente y sus amenazas. Se midió a través del cuestionario The Depression Anxiety Stress Scale que indaga, con 21 preguntas, respecto si a la persona le aplicó durante la semana pasada, sintomatología como la disforia, desesperanza, la devaluación de la vida, el autodesprecio, falta de interés, anhedonia, e inercia. Además de la activación autonómica, efectos musculares,

ansiedad situacional y la experiencia subjetiva de ansiedad que le afectan. Por último, síntomas como nerviosísimo, excitación, agitación, irritabilidad e impaciencia. Para los efectos de este estudio, se utilizará sólo la dimensión de Estrés del DASS-21.

Definición operacional: El estrés es una variable continua que expresa los estados emocionales negativos en la dimensión de estrés del instrumento, obtenidos del puntaje que logra el paciente hipertenso en la subescala del *DASS-21*, cuyo rango va desde 0 a 21 puntos.

c) Variables Sociodemográficas y Antecedentes de Salud

1. Sexo: Condición civil que ostenta el individuo y que se le otorga en el momento de nacer. Se consideraron las categorías naturales de mujer y hombre.

1 = Hombre 2 = Mujer

2. Edad: Tiempo transcurrido desde la fecha de nacimiento hasta el momento de la investigación. La edad se comprobó con lo que indica la cédula de identidad, y se consideraron las edades de 15 años y más, según la clasificación del Sistema de Salud Chileno.
3. Sector de residencia: Lugar geográfico de la comuna en el cual que la persona vive de manera permanente hasta el momento de la investigación evaluado a través del cuestionario sociodemográfico.
4. Estado Civil: Condición civil establecida por el estado Chileno. La cual fue directamente preguntada al paciente a través de un ítem dispuesto en el cuestionario.
5. Situación de pareja: Condición de relación estable con una pareja. La variable se preguntó a través de una pregunta directa y se establecieron las categorías de:
1 = Con pareja 2 = Sin pareja
6. Nivel de Estudios: Es el grado de instrucción formal que tiene la persona. La variable se medirá con unas categorías establecidas en el cuestionario y que será manifestado por el/la paciente.
7. Situación Laboral: Es la práctica de una actividad remunerada por parte del/la paciente. Las categorías se encuentran dentro del ítem del cuestionario

8. N° de horas de trabajo remunerado a la semana: Es la cantidad de horas que la persona es remunerada por realizar alguna acción o actividad semanalmente. La variable será medida con lo manifestado por el/la paciente.
9. Composición familiar: se comprende como las personas que habitan en un mismo hogar y que componen las relaciones que el/la paciente mantiene constantemente. La cual fue directamente preguntada al paciente a través de un ítem dispuesto en el cuestionario.
10. Participación social: Se entiende como la participación constante de la persona con algún grupo social como junta de vecinos, agrupación religiosa, actividad deportiva, etc. Se consideraron las categorías:
- 1 = Sí 2 = No 3 = ambas (social y deportiva)
11. Diagnóstico de enfermedades y/o discapacidad: Será entendido como la información entregada por un profesional de la salud en algún momento del historial clínico de la persona acerca de padecer una enfermedad crónica. Este fue preguntado al/la paciente a través de un ítem dispuesto en el cuestionario y luego verificado en los registros con los que cuenta el Cefam.
12. Años del diagnóstico: N° de años en que la persona recuerda haber recibido la noticia de padecer hipertensión arterial, por parte de un profesional de la salud. Se le preguntará directamente al/la paciente y se verificó con los registros del Cefam.
13. Medicación para la Hipertensión: prescripción del consumo de medicamentos para la presión. Se le preguntó directamente al/la paciente y se verificó con los registros del Cefam.
14. Hábito tabáquico: Es el consumo de cigarrillos por parte del/la paciente. Esta variable se midió preguntándole al paciente a través de un cuestionario con la pregunta cerrada: ¿fuma? Con tres opciones de respuesta:
- 1 = Sí 2 = No 3 = Dejó de fumar
15. N° de horas que duerme diarias: Es el número de horas que la persona destina para dormir dentro del día (24 horas). Se le preguntó directamente al/la paciente.

16. Adaptación a la duración del tratamiento: es la aceptación del paciente de la duración del tratamiento y cuidado de su enfermedad hipertensiva de por vida. Esta variable se midió a través de una pregunta directa en la que el/la paciente refirió si había aceptado la duración de su tratamiento. Se categorizó en:

a= Adaptado: paciente acepta que la duración de su tratamiento y cuidado es de por vida

b = No adaptado: paciente no acepta que la duración de su tratamiento y cuidado es de por vida

c = No lo ha pensado: paciente refiere que no ha pensado en su situación de tratamiento y cuidado, porque no sabía que era de por vida.

Variable Dependiente

Adherencia al tratamiento

Definición conceptual: es la estimación subjetiva del/la paciente respecto a su conducta en la toma de medicamentos, el seguimiento de la dieta o la modificación del estilo de vida, que fueron prescritos médicamente. Se medirá a través de la Escala de Conductas en Salud de Miller, que indaga con 20 preguntas, respecto a la dieta prescrita, limitaciones en el fumar, actividades a realizar, toma de medicamentos indicados, y respuestas frente a situaciones de estrés (nerviosísimo o tensión).

Definición operacional: La adherencia al tratamiento es una variable continua que indica si la persona realiza la acción, obtenido del puntaje total que logra el/la paciente hipertenso en la Escala de Conductas de Salud de Miller, cuyo rango va desde 20 a 60 puntos.

4. Instrumentos

a) **Cuestionario Sociodemográfico y antecedentes de salud (Anexo 4):** Este cuestionario creado tiene como propósito recolectar los siguientes datos: sexo, edad, sector de residencia, escolaridad, trabajo u ocupación, n° de horas de trabajo, composición familiar, participación social, enfermedad crónica que refiere tener el/la paciente, años desde el diagnóstico, consumo de medicamentos, hábito de fumar, horas de sueño y adaptación a la

duración del tratamiento. Este cuestionario fue aplicado por la investigadora y por sus colaboradores.

b) **Escala de Conductas de Salud de Miller ECS (1988) (Anexo 5-Parte A):** es una escala que cuenta con cinco sub-escalas relacionadas con la dieta, ingesta de medicamentos, realización de actividad, dejar de fumar y respuesta al estrés, en el contexto del hogar, el trabajo, las actividades recreativas y sociales. La ECS está compuesta por dos partes: la parte A, que está dirigida al paciente para medir directamente la conducta de adherencia y la parte B, que se aplica en forma independiente a un miembro de la familia que sea significativo para el paciente. La parte B, se aplica con el propósito de validar las respuestas del paciente al régimen terapéutico. Ambas partes contienen las mismas sub escalas, preguntas y opciones de respuesta. Sólo cambia la forma a quien va dirigido el enunciado. A continuación se describen cada una de las sub escalas:

- **Seguir la dieta prescrita:** mide la adherencia del paciente respecto del régimen de alimentación indicado incluyendo las indicaciones sobre el consumo de alcohol. Esta sub escala contiene cuatro preguntas que permite conocer el seguimiento de la dieta en el contexto del hogar, lugar de trabajo, actividades recreativas y sociales, cada una con tres opciones de respuesta que van desde “usted está seguro(a) de no realizar la acción” (1 punto) a “usted está seguro(a) de realizar la acción” (3 puntos).
- **Limitar el consumo de tabaco:** esta sub escala mide la adherencia del paciente respecto a la restricción en el consumo de tabaco. Contiene cuatro preguntas que indagan sobre la disminución del consumo de cigarrillos en el hogar, lugar de trabajo, actividades recreativas y sociales, cada una con tres opciones de respuesta que van desde “usted está seguro(a) de no realizar la acción” (1 punto) a “usted está seguro(a) de realizar la acción” (3 puntos).
- **Seguir las actividades prescritas:** permite medir la adherencia del paciente respecto a las actividades indicadas por el médico o la enfermera para el cuidado de su salud en relación a la enfermedad crónica que padece a través de cuatro preguntas que indagan el cumplimiento de las indicaciones en el contexto del hogar, lugar de trabajo, actividades recreativas y sociales. Cada pregunta tiene tres opciones de respuesta que

van desde “usted está seguro(a) de no realizar la acción” (1 punto) a “usted está seguro(a) de realizar la acción” (3 puntos).

- Tomar los medicamentos: permite medir la adherencia del paciente respecto a la toma de medicamentos prescritos, con cuatro preguntas que evalúan el cumplimiento del tratamiento farmacológico en el contexto del hogar, lugar de trabajo, actividades recreativas y sociales. Cada pregunta tiene tres opciones de respuesta que van desde “usted está seguro(a) de no realizar la acción” (1 punto) a “usted está seguro(a) de realizar la acción” (3 puntos).
- Manejo del Estrés: esta sub escala mide la adherencia del paciente respecto al manejo de las situaciones que le causan estrés, en el contexto del hogar, lugar de trabajo, actividades recreativas y sociales. Contiene cuatro preguntas con tres posibilidades de respuesta que van desde “usted está seguro(a) de no realizar la acción” (1 punto) a “usted está seguro(a) de realizar la acción” (3 puntos).

La sumatoria de los puntajes de cada sub-escala va desde un puntaje máximo de 12 puntos por cada conducta (máximo total= 60) y el puntaje mínimo de 4 puntos (mínimo total= 20). A medida que aumenta el puntaje, mayor es la Adherencia al tratamiento (Veliz, 2014). El instrumento fue validado en pacientes infartados y diabéticos por (Miller, Wikoff, Garrett, McMahon & Smith, 1990). El Alfa de Cronbach para estos estudios varió desde 0.82 a 0.91 para las cinco sub escalas del instrumento (Veliz, 2014). En Chile, esta escala traducida al español fue validada en pacientes infartados e hipertensos. Se modificaron las categorías de respuesta, pasando de 5 posibilidades de respuesta de la versión original a 3 opciones en la versión modificada. El Alfa de Cronbach en la versión modificada varió desde 0,58 a 0,93 para las cinco sub escalas (Mendoza, 1998). En la aplicación del instrumento en Chile, se encuentran concordancia y relaciones significativas entre lo reportado por el paciente y su familiar significativo (Miller et al., 1990). Lo anterior señala que las respuestas de la parte A y de la B son similares en materia de adherencia al tratamiento. En este estudio se prescindirá de la parte B, pues existe una alta correlación entre las respuestas. Además cabe destacar que para esta investigación se utilizó la versión modificada del instrumento, dadas las características que presenta al momento de aplicación, para un mejor análisis de los datos.

c) **Spanish Chronic Disease Self-Efficacy Scale (SEMCD-S) del Stanford Patient Education Research Center (en la década del 90) (Anexo 6):** En la década de 1980, el Centro de Investigación de la Educación del Paciente de Stanford comenzó a explorar la Autoeficacia como un medio para mejorar los resultados de los programas de autogestión, inicialmente para las personas con artritis. Como parte de este esfuerzo se desarrolló una medida de 20 ítems para la autoeficacia de la artritis. Los ítems fueron luego traducidos al español y después de las pruebas psicométricas se desarrolló una versión más breve de la escala. Para evaluar un programa en español de autogestión de la artritis. Posteriormente se empleó una versión en inglés de la escala de 8 ítems, y se ha descrito y validado más recientemente. Desde los años noventa, se creó un conjunto de escalas de autoeficacia para medir los tipos específicos de autoeficacia relacionados con el manejo de enfermedades crónicas. Primero experimentaron con escalas de 1 a 5 puntos, pero los primeros resultados sugirieron que las escalas de 5 puntos no eran lo suficientemente sensibles para cambiar. Según la recomendación de Bandura, se cambió a escalas de 10 puntos de autoeficacia específica de cada tarea. La sumatoria de los puntajes de cada subescala va desde un puntaje máximo de 10 puntos por cada conducta (máximo total= 40) y el puntaje mínimo de 1 puntos de cada subescala (mínimo total= 4). La puntuación va desde 1 “muy inseguro” a 10 “muy seguro”, donde a mayor puntuación, mayor seguridad o confianza. Una puntuación ≥ 7 indica una buena probabilidad de que el plan de acción se cumpla, mientras que un puntaje < 7 sugiere que una reevaluación de la estrategia y la resolución de problemas son beneficiosos para evitar el fracaso (Lorig & Holman, 2003). En un estudio realizado por Lorig et al., (1996 citados en Kim, Chae & Yoo, 2012), los coeficientes alfa de Cronbach oscilaron entre 0,77 a 0,91 para las subescalas, lo que indica una consistencia interna aceptable (Kim, Chae & Yoo, 2012). Poco después de la creación de la escala original, varias escalas de autoeficacia en español se desarrollaron traduciendo las preguntas al español y luego confirmándolas con las traducciones anteriores. Al igual que con los cuestionarios en inglés, los investigadores deseaban reducir el número de ítems tanto como fuera factible para reducir la carga del cuestionario sobre los participantes. Los seis ítems traducidos en español de la SEMCD fueron probados en un pequeño grupo de hispanohablantes (N=67) con enfermedades crónicas. Los resultados sugieren que dos de los seis ítems (quinto y sexto) no contribuyeron tanto como los otros a la escala global. La

fiabilidad alfa de Cronbach se redujo ligeramente de 0,93 para cuatro ítems a 0,89 cuando se incluyeron los seis ítems, y los dos ítems presentaron correlaciones de menor a mayor escala (0,46 y 0,67 respectivamente, en comparación con 0,81 a 0,86 para los otros cuatro ítems). Así, se utilizó una versión de cuatro ítems para la evaluación del programa de autocontrol de la enfermedad crónica de habla hispana (Tomando Control de Su Salud) y posteriormente se ha utilizado en estudios adicionales (Ritter & Lorig, 2014). Todas las traducciones se han encontrado válidas y confiables (Ritter, Lorig & Laurent, 2016). Las escalas demostraron alta confiabilidad de consistencia interna (alfa de Cronbach) en todos los estudios independientes. La consistencia interna para cada muestra, osciló entre 0,88 y 0,91 para el SEMCD. La media del SEMCD-S de cuatro ítems fue ligeramente mayor en 6,2 para los dos estudios en español. La fiabilidad para el SEMCD-S fue de 0,95 y 0,94 en las dos muestras.

- d) **Depression, Anxiety and Stress Scale de Lovibond & Lovibond (1995) DASS-21 (Anexo 7):** es un inventario de autoinforme de 21 reactivos que miden los estados emocionales negativos de la depresión, la ansiedad y el estrés. Cada una de las tres escalas comprende 7 enunciados relacionados con el contenido. En este estudio, fue utilizada sólo la dimensión de estrés, la cual mide la dificultad de relajación de la tensión, nerviosísimo, la excitación, agitación, irritabilidad e impaciencia (ítems 1 – 6 – 8 -11 – 12 – 14 – 18).

Los puntajes de cada opción, sirven para evaluar el grado en que la persona experimenta cada estado negativo durante la semana pasada. La sumatoria de los puntajes de cada subescala va desde un puntaje máximo de 3 puntos por subescala (máximo total= 63) y un puntaje mínimo de 0 puntos para cada subescala (mínimo total= 0). La puntuación va desde un 0 “No me aplicó” hasta 3 “Me aplicó mucho o la mayor parte del tiempo”. A medida que aumenta el puntaje, mayor la sintomatología de estrés.

Se desarrolló una versión abreviada del instrumento (DASS - 21) para situaciones en que se necesite realizar una aplicación más breve. Esta última ha sido traducida y validada en población hispana (Daza, Novy, Stanley & Averill, 2002 citados en Antúnez & Vinet, 2012) y ha sido analizada su estructura factorial y propiedades psicométricas, encontrándose una estructura de tres factores mediante análisis factorial confirmatorio (Clara et al., 2001 citados en Antúnez & Vinet, 2012) y análisis factorial exploratorio

(Antony et al., 1998 citados en Antúnez & Vinet, 2012). Recientemente, también se realizó un estudio de validación del DASS - 21 en Chile (Román, 2010 citado en Antúnez & Vinet, 2012), en estudiantes de enseñanza media, con una edad promedio de 15 años. Obteniéndose correlaciones significativas entre la escala de Estrés del DASS - 21 con el BAI ($r = 0,64$), como con el BDI ($r = 0,57$). En un estudio para determinar las características psicométricas y la validación de la Escala Abreviada de Depresión, Ansiedad y Estrés (DASS - 21) con una muestra de 484 estudiantes universitarios chilenos. Los resultados obtenidos indican que el DASS - 21 sería un instrumento confiable, con un desempeño psicométrico aceptable en población universitaria no consultante chilena, con una adecuada validez de constructo, convergente y discriminante, así como una sólida consistencia interna. Acerca de la confiabilidad de las escalas, son destacables los índices de consistencia interna que presentaron las escalas de Depresión, Ansiedad y Estrés (DASS - 21), evidenciando una adecuada confiabilidad que se reflejó en valores sobre el alfa 0.73 en sus escalas. Cabe mencionar que los instrumentos utilizados para evaluar la validez convergente y divergente del DASS - 21 (BDI, BAI y SCL - 90 - R) presentaron índices de confiabilidad total mayores al alfa 0.87, lo que avalaría la consistencia y estabilidad de los resultados obtenidos con estos instrumentos (Antúnez & Vinet, 2012).

5. Control de calidad de los datos

5.1 Prueba Piloto

Se realizó una prueba piloto a 40 personas con diagnóstico de hipertensión y que pertenecían a la nómina entregada por el Cesfam, pero también se consideró a personas que no cumplieran con la totalidad de los criterios de inclusión; esto permitió dilucidar las modificaciones necesarias a realizar a algunas secciones de los instrumentos del estudio.

Luego de esto, se aplicó el set de instrumentos a una persona más con las modificaciones correspondientes para verificar la comprensión de los enunciados de todos los instrumentos fuera completa.

5.2 Confiabilidad Escala de Conductas de Salud de Miller

Para la presente investigación, se obtuvieron las siguientes consistencia interna para cada subescala del instrumento: Seguir la Dieta prescrita $\alpha=0,822$; Seguir las Actividades Prescritas $\alpha=0,792$; Tomar los Medicamentos $\alpha=0,883$ y Manejo del Estrés $\alpha=0,830$. Finalmente es importante mencionar que para la subescala de Limitar el Consumo de Tabaco no se pudo calcular su consistencia interna por no contar con suficientes casos.

5.3 Confiabilidad del SEMCD-S

En este estudio la consistencia interna de la escala fue de $\alpha=0,791$.

5.4 Confiabilidad del DASS-21

Para los ítems que miden ansiedad y depresión, la consistencia interna fue de $\alpha=0,774$ y $\alpha=0,749$ respectivamente. Y específicamente para la dimensión de estrés del instrumento -que es la que se consideró dentro del estudio- se obtuvo un α de 0,778.

5.5 Modificaciones semánticas e inclusión de preguntas complementarias

Durante la aplicación de las pruebas piloto se percató que debido a la baja escolarización de la población, había ciertos ítems u opciones de respuesta que no eran comprendidos por las personas encuestadas (Anexo 5.1 y Anexo 7.1). Además se percibió la necesidad de agregar dos preguntas al cuestionario de antecedentes de salud referidas al hábito tabáquico y a la adaptación a la duración del tratamiento (Anexo 4.1). Esta última se decidió agregar, pues se reiteraba una baja percepción de lo que implica la hipertensión como enfermedad crónica en los encuestados. La investigación de Mendoza (1998), fundamenta esta modificación, pues se vio que la aceptación de la duración del tratamiento que el paciente tiene, determina la mayor o menor probabilidad de adherencia a tratamiento.

Por último, se agregó también una pregunta en la sección 3 del cuestionario de conductas de salud de Miller: ¿Recuerda usted las indicaciones médicas que le dieron? (Anexo 5.1), pues durante el proceso se hizo necesario abordar las indicaciones que la persona recordaba o no para una mejor recogida de la información.

6. Procedimiento de recolección de la información

- Se envió una carta al alcalde de la comuna de Retiro, para la aprobación del proyecto e intervención investigativa en el Cesfam. Además se envió la documentación solicitada por el Servicio de Salud Maule, para la revisión que realiza su comité de ética y así comenzar la toma de datos. En febrero fueron entregados los documentos, y el permiso de la directora fue dado a fines del mes de marzo. Cabe destacar que fue autorizado por la directora del Cesfam el comienzo de la toma de datos, pues la aprobación del proyecto por parte del SSM fue informada el día viernes 14 de julio del 2017 (Anexo 1).
- Se revisaron los cuestionarios para asegurar de que cada uno de ellos contenga un número de folio.
- En abril fue capacitado un estudiante de enfermería para la heteroaplicación de la encuestas. Logró aplicar 30 encuestas aproximadamente desde abril a mayo. En ese periodo hubo problemas con encontrar a las personas en su domicilio y 5 personas se negaron a participar, pues antes y luego del Censo les fue dicho a los pacientes por el personal del Cesfam que no respondieran a nadie que fuese a hacer preguntas si esa persona no tenía una credencial de identificación, lo cual perjudicó la aplicación de las encuestas.
- A principios de junio fueron contactados y capacitadas dos estudiantes de ingeniería de primero y segundo año y una asistente de la educación quienes aplicaron los instrumentos restantes para completar la muestra, pues la persona que había comenzado con el proceso tuvo que retirarse del proceso. Estos tres aplicadores realizaron 110 encuestas más sin mayores inconvenientes, finalizando a principios del mes de julio.
- Cada participante fue contactado por teléfono para ir a su domicilio a realizar la encuesta. En cada caso fueron leídos el documento llamado información al paciente y firmados los consentimientos informados (Anexo 2 y Anexo 3 respectivamente) antes de comenzar con la aplicación.
- Cada aplicación fue voluntaria y anónima como especifica el consentimiento informado, y los 5 casos que se negaron a participar fueron respetados.
- Se presentaron problemas con encontrar a los(as) pacientes en sus domicilios, lo que produjo que la toma de datos tardara en completarse más de lo planificado (abril a junio de

2017). Además “perjudicó” el periodo de aplicación la simultaneidad con la fecha del censo nacional, donde había desconfianza por parte de los participantes en responder a otras encuestas. Para solucionar esto, se mostraba el consentimiento informado que contenía la firma de la investigadora y de la directora del Cesfam.

- La segunda semana de julio, se comenzó a construir la base de datos, para lo cual se vaciaron los datos obtenidos en una planilla Excel y posteriormente fueron traspasados al software SPSS versión 21.
- Una vez construida la base de datos se revisó que estos hayan sido digitalizados correctamente.

7. Análisis de datos

Tabla 2: Distribución de variables según nivel de medición y estadígrafo

Nivel de Medición	VARIABLES	Estadígrafo	Variable Dependiente
Binaria	<ul style="list-style-type: none"> • Sexo • Situación de pareja • Vive con la pareja • Participación social • Consumo medicamentos 	U Mann Whitney	Adherencia al Tratamiento
Discreta	<ul style="list-style-type: none"> • N° hijos • N° de personas que viven en el hogar • Diagnóstico de enfermedades • Estado civil • Nivel de estudios • Situación laboral • Sector de residencia • Hábito tabáquico • Adaptación a duración y cuidado de la enfermedad 	Análisis de Varianza (Anova)	
Continua	<ul style="list-style-type: none"> • Edad • Horas de trabajo • Años desde el diagnóstico • Horas de sueño • Estrés • Autoeficacia 	Regresión Lineal	

Fuente: Elaboración propia.

Se realizó un análisis de tipo descriptivo de las variables independientes y la variable dependiente, para determinar el promedio, desviación estándar, puntajes máximos y mínimos con el fin de conocer cómo se comportan las variables a partir de los datos. Además se analizó la consistencia interna de las escalas y subescalas utilizadas mediante el coeficiente Alfa de Cronbach.

Finalmente, para la prueba de hipótesis se realizó un análisis correlacional utilizando el coeficiente de correlación de Spearman; Regresión lineal múltiple y ANOVA de las variables del estudio, considerando un nivel de significación de 0.05. Para estos análisis se utilizó el paquete estadístico del programa SPSS 21.

8. Consideraciones éticas

A lo largo de todo este estudio, se cumplió con los 7 requisitos éticos de la investigación científica establecidos por Ezequiel Emanuel, los cuales se justifican a continuación:

1. Valor social: se cumplió este principio a través de los resultados, ya que permitió conocer acerca de las variables psicológicas que influyen en la adherencia al tratamiento. En lo científico como en lo social, la intención es que estos resultados obtenidos contribuyan en los tratamientos. Se contribuya en las acciones que se llevan a cabo en el programa cardiovascular del sistema de salud chileno -más específicamente en el Cesfam Marta Estévez de Marín-, en beneficio de la salud de los/as pacientes y de entregar mejores tratamientos a quienes padecen de hipertensión arterial.

2. Validez científica: Se llevaron a cabo pruebas piloto, las cuales permitieron dar cuenta de las modificaciones necesarias a realizar para una mayor comprensión de los enunciados por parte de los/as participantes y también la preparación previa de los encuestadores para aclarar de mejor manera las dudas de las personas. Además fueron llevados a cabo pruebas de confiabilidad y validez a los instrumentos, y de esta manera asegurar que los resultados fuesen confiables.

3. Selección equitativa del sujeto: la selección de los sujetos fue respetando los criterios de inclusión y exclusión. Luego de contar con la nómina definitiva de participantes entregada por la directora del Cesfam y del médico a cargo del programa cardiovascular, se tuvo la precaución de que todos tuvieran la misma posibilidad de participar, pues se realizó al azar la elección de cada

uno/a. Se realizó un llamado para comentar que había sido seleccionada para participar en una investigación y se consultaba la disposición a participar en ella.

4. Proporción favorable de riesgo-beneficio: este requisito se cumplió pues la investigación fue sometida a evaluación de dos comités, los cuales no señalaron presencia de daño o riesgo para los/as participantes.

5. Evaluación independiente: El proyecto fue evaluado por el Comité de Ética del Servicio de Salud Maule, para aprobar la pertinencia de la intervención a realizar en el Cesfam Marta Estévez de Marín de la Comuna de Retiro, el cual fue aceptado, sin ningún tipo de reparos en julio del 2017 (Anexo 2).

6. Consentimiento informado: previo a la aplicación de los instrumentos fueron explicados a los(as) participantes los objetivos del estudio y se les informó acerca de la voluntariedad de la participación, pudiendo negarse a participar o retirarse del estudio cuando así lo estimara necesario, la confidencialidad y el anonimato de sus datos personales, al igual que sus respuestas entregadas. Posterior a esto se procedió a leer el consentimiento informado, el cual contenía lo expresado anteriormente, además de los datos de la investigadora. Sólo fueron parte del estudio quienes comprendieron, aceptaron y firmaron el documento, y se dejó una copia de este a cada participante y otra para la investigadora, para respaldo de ambas partes de lo acordado (Anexo 4).

7. Respeto a los sujetos inscritos: Cada participante fue informado -incluso antes de ser entregado el consentimiento informado- de sus derechos en la investigación, pues puede retirarse del estudio cuando lo decida sin sanción alguna. También que su información personal estará registrada en las encuestas, pero que nadie, a parte de la investigadora y sus colaboradores tendrá acceso a ella, y que en los resultados la información recabada será trabajada como datos numéricos. Otro aspecto informado a cada participante es que cualquier cambio que se realizara en la investigación o toma de datos les sería informado. Finalmente, se les comunicó que podrán acceder a los resultados del estudio, una vez finalizado este, acercándose al equipo del programa cardiovascular de su Cesfam.

VI. Resultados

En esta sección se darán a conocer los resultados obtenidos luego de realizar los análisis estadísticos: Se realizará una caracterización demográfica y de los antecedentes de salud obtenidos del cuestionario creado para esta investigación, además de las características descriptivas de las variables dependiente e independientes del estudio, las correlaciones encontradas, regresión múltiple y Anova.

1. Perfil de la muestra

Las características sociodemográficas encontradas en la muestra de 141 personas que cumplían con los criterios de inclusión y exclusión del estudio se presentan a continuación en la Tabla 3:

Tabla 3: Caracterización sociodemográfica y antecedentes de salud (n=141)

	Variable	%
Sexo	Hombre	24,1
	Mujer	75,9
Edad	30-50 años	14,7
	51-70 años	60,8
	71-90 años	24,5
Estado civil	Soltero	18,4
	Casado	55,3
	Divorciado(a)/Separado(a)	11,3
Nivel estudios	Viudo(a)	15
	No sabe leer ni escribir	7,1
	Enseñanza básica incompleta	34
	Enseñanza básica completa	28,4
	Enseñanza media incompleta	7,1
	Enseñanza media completa	17,7
	Estudios superiores incompleto	1,4
Situación laboral	Estudios superiores completos	4,3
	Trabajando	24,8
	Retirado/pensionado/incapacitado	23,4
	Cesante	4,3
Horas de trabajo semanales	Dueño(a) de casa	44
	0-20 horas	77,3
	21-40 horas	4,2
N° personas en hogar	41-60 horas	18,5
	1-4 personas	82,2
	5-8 personas	17,8
N° hijos	0-4 hijos	93,7
	5-10 hijos	6,3
Convive con pareja	Sí	62,4
	No	37,6

Participación social	Sí	40,3
	No	51,8
	Ambas (social y deportiva)	7,8
Años diagnóstico HTA	1-15 años	76,6
	16-31 años	21,3
	32-45 años	2,1
Pastilla para la presión	Sí	96,5
	No	3,5
¿Fuma?	Sí	11,3
	No	88,7
Horas sueño	3-7 horas diarias	43,3
	8-12 horas diarias	56,7
¿Duración de enfermedad (HTA) de por vida?	Acepta la duración y cuidado es de por vida	85,1
	No acepta duración y cuidado es de por vida	8,5
	No lo ha pensado, no sabía que era de por vida	6,4

Fuente: Elaboración propia.

La muestra estuvo conformada mayoritariamente por mujeres con un 75,9%, y la media total de edad fue de 62 años (DE= 11,348; rango de 34-85 años). En la distribución de edad por grupos, la muestra se concentró mayoritariamente en el rango entre los 51 y 70 años. En cuanto al estado civil de la muestra, hay un 18,4% de solteros(as), un 55,3% que se encuentra casado(a), un 11,3% que está separado(a) o divorciado(a) y un 15% que está viudo(a).

En cuanto al nivel de estudios un 7,1% no sabe leer ni escribir, un 34% tiene enseñanza básica incompleta, un 28,4% completó su enseñanza básica, un 7,1% tiene enseñanza media incompleta, un 17,7% completó su enseñanza media. En cuanto a estudios superiores, un 1,4% no los completó y un 4,3% tiene una carrera técnica profesional.

Respecto a la situación laboral, un 24,8% se encuentra trabajando, un 23,4% está retirado/pensionado/incapacitado, un 4,3% está cesante y un 44% es dueño(a) de casa. En cuanto a las horas de trabajo remunerado a la semana, se encontró una media de 10,82 horas (DE=8,44). Donde específicamente un 77,3% de la muestra trabaja de 0-20 horas, un 4,2% trabaja entre 21-40 horas y un 18,5% trabaja entre 41-60 horas semanales.

La composición familiar mostró que en 82,2% de los hogares habitan entre 1-4 personas y en un 17,8% de los hogares habitan entre 5-8 personas. En referencia al número de hijos que tenía la persona encuestada, un 93,7% de ellos(as) tenían entre 0-4 hijos y un 6,3% tenían entre 5-10 hijos. Además un 62,4% se encuentra conviviendo con su pareja y un 37,6% no lo hace.

En cuanto a la participación social se encontró que un 40,3% de la muestra participa de actividades sociales o deportivas; un 51,8% no participa de actividades sociales de ningún tipo y un 7,8% participa de actividades tanto sociales (de tipo religiosas) como deportivas (como talleres del adulto mayor).

En relación a los antecedentes de salud de la muestra, se encontró que un 76,6% de la muestra tiene entre 1-15 años de diagnosticado de hipertensión, un 21,3% entre 16-31 años y un 2,1% tiene entre 32-45 años de diagnosticado(a) de hipertensión, donde la media fue de 11,52 años (DE=8,76. Además a un 96,5% de la muestra le fue indicado el consumo de pastilla para la presión y sólo a un 3,5% no le fue indicado para tratar su hipertensión. El 11,3% fuma y el 88,7% no lo hace. En cuanto a las horas de sueño, se encontró que un 43,3% duerme entre 3-7 horas diarias y un 56,7% entre 8-12 horas diarias; con una media de 7,48 horas (DE=1,69). Finalmente se encontró que un 85.1% de la muestra acepta que la duración de su tratamiento y cuidados son de por vida, un 8.5% no lo acepta y un 6.4% no lo ha pensado, porque no sabía que era de por vida.

2. Comportamiento de Autoeficacia, Estrés y Adherencia al tratamiento

A continuación en la Tabla 4, se presenta el comportamiento de las variables del estudio:

Tabla 4: Estadísticos descriptivos de las medidas autoeficacia, estrés y adherencia (n=141)

	N	Mínimo	Máximo	Media	DE
Autoeficacia	141	11,00	40,00	30,71	7,04509
Estrés	141	7,00	28,00	13,70	5,08744
Adherencia Total	141	1,67	3,00	2,61	,33807
• Subescala Dieta	139	1,00	3,00	2,40	,71196
• Subescala Limitar Fumar	141	0	3	,19	,578
• Subescala Indicaciones	140	1,00	3,00	2,52	,64524
• Subescala Medicamentos	140	1,00	3,00	2,84	,41065
• Subescala Manejo de Estrés	141	1,00	3,00	2,68	,53132
N válido (por lista)	138				

Fuente: Elaboración propia.

Los resultados obtenidos del análisis descriptivo y que responden a los objetivos del estudio, indican que la variable autoeficacia obtuvo una media de 30,71 (DE=7,04) considerando un puntaje máximo de 40 puntos. La variable estrés obtuvo una media de 13,70 (DE=5,08) considerando la escala con un puntaje máximo total de 21 puntos. Finalmente, en cuanto a la adherencia total, la media obtenida fue de 2,61 (DE=0,33), considerando una escala con puntaje máximo de 60 puntos. Y en las dimensiones de esta variable, la subescala *dieta* obtuvo una media de 2,40 (DE=0,71); para la subescala de *limitar el fumar* su media fue de 0,19 (DE=0,57); la subescala de *seguir indicaciones* obtuvo una media de 2,52 (DE=0,64); la subescala de *consumo de medicamentos* la media obtenida fue de 2,84 (DE=0,41); y finalmente para la subescala del *manejo del estrés* la media obtenida fue de 2,68 (DE=0,53).

Se realizó un análisis de comparación de grupos en las medidas de las variables autoeficacia, estrés y adherencia y todas sus dimensiones, según antecedentes sociodemográficos y de salud. Se encontraron diferencias significativas en la subescala de indicaciones ($p=,017$) y la subescala de medicamentos ($p=,028$) según sexo. Es decir, los hombres obtienen mayor puntaje en la dimensión *seguir indicaciones* que las mujeres y por el contrario en la subescala *medicamentos*, las mujeres obtienen mayor puntaje que los hombres. Otras diferencia encontradas fueron en la subescala de seguir la dieta según la edad ($p=,021$), donde quienes tienen más edad muestran mayor puntaje de adherencia en seguir la dieta, a diferencia de quienes son más jóvenes. También se encontró diferencias significativas en la subescala de limitar el fumar ($p=,015$) según si conviven o no con sus parejas, esto es, personas que no se encuentran conviviendo con la pareja, muestran mayores puntuaciones de limitación en fumar, que aquellos que sí conviven con su pareja.

Las puntuaciones en adherencia total variaron significativamente según nivel de estudios de las personas, ($p=,003$). Quienes tienen enseñanza superior incompleta o completa obtuvieron mayor puntaje de adherencia total, respecto de quienes tienen menos escolaridad. Otra de las diferencias significativas encontradas es en la subescala de dieta ($p=,037$) con respecto a la situación laboral de la persona, quienes se encontraban retirados/pensionados y cesantes muestran mayor puntaje de adherencia a la *dieta* que quienes trabajan o son dueños(as) de casa. Otro hallazgo de diferencias significativas se obtuvo en la subescala de *consumo de medicamentos* ($p=,021$) en relación a la participación social, es decir, quienes participan de actividades sociales y deportivas, consiguen mayor puntaje de adherencia en su medicación que quienes no participan o que sí lo hacen pero o

de tipo social o deportivo. Finalmente, las últimas diferencias significativas encontradas fueron en las subescalas de: *seguir indicaciones* ($p=,012$), *consumo de medicamentos* ($p=,008$), en el *manejo del estrés* ($p=,004$) y en la adherencia total ($p=,009$) con respecto a si la persona está en conocimiento que su enfermedad (hipertensión) es de por vida. Quienes sabían que su enfermedad es de por vida, en términos generales, obtuvieron un mayor puntaje en las dimensiones de seguir indicaciones, consumo de medicamentos, en el manejo del estrés y en la adherencia total, a diferencia de quienes no sabían y quienes no aceptaban que era de por vida.

Se realizó un análisis de las correlaciones bivariadas entre autoeficacia, el estrés, las subescalas de: *dieta*, *indicaciones*, *consumo de medicamentos* y *manejo de estrés*, y la variable de adherencia total. Los resultados indican que la adherencia total se relaciona de manera débil pero significativa con la autoeficacia ($r=,224$) y con el estrés igualmente de manera débil y negativa ($r=-,170^*$). Además, con respecto a la dimensión de la adherencia, el *manejo del estrés*, se relaciona de manera débil pero significativa con la autoeficacia ($r=,297$) y con el estrés de manera negativa ($r=-,211^*$).

Otro resultado encontrado es que la autoeficacia muestra una relación significativa y negativa con el estrés ($r=-,371^{**}$). Con respecto a las demás variables del estudio, no se encontraron relaciones significativas. La Tabla 5 presenta el análisis de correlación:

Tabla 5: Correlaciones entre las variables de estudio

Rho de Spearman		Dieta	Indicaciones	Medicación	Manejo Estrés	Adher total	Autoeficacia	Estrés
Sub. Dieta	Coefficiente de correlación	1,000	,241**	,205*	-,058	,509**	,030	-,053
	Sig. (bilateral)	.	,004	,015	,500	,000	,725	,533
	N	139	138	139	139	139	139	139
Sub. Indicaca	Coefficiente de correlación		1,000	,339**	,238**	,656**	,108	-,051
	Sig. (bilateral)		.	,000	,005	,000	,203	,552
	N		140	139	140	140	140	140
Sub. Medica m	Coefficiente de correlación			1,000	,041	,409**	,057	,033
	Sig. (bilateral)			.	,634	,000	,502	,700
	N			140	140	140	140	140

Sub. Manejo	Coefficiente de correlación	1,000	,632**	,297**	-,211*
estrés	Sig. (bilateral)	.	,000	,000	,012
	N	141	141	141	141
Adher total	Coefficiente de correlación		1,000	,224**	-,170*
	Sig. (bilateral)		.	,008	,044
	N		141	141	141
Autoef	Coefficiente de correlación			1,000	-,371**
	Sig. (bilateral)			.	,000
	N			141	141
Estrés	Coefficiente de correlación				1,000
	Sig. (bilateral)				.

*p<0.05; **p<0,01; ***p<0,001

Fuente: Elaboración propia.

Luego de los análisis expuestos anteriormente, la hipótesis uno: **A mayor Autoeficacia mayor es la Adherencia al tratamiento de los/as pacientes con Hipertensión Arterial**, y la hipótesis dos: **A menor Estrés mayor es la Adherencia al tratamiento de los/as pacientes con Hipertensión Arterial** se aprueban.

Se realizó un análisis de regresión múltiple con las mismas variables independientes, pero considerando como variable dependiente sólo la adherencia total (sin sus subescalas). Los resultados indican que la variable autoeficacia es la única que resulta significativa para predecir adherencia al tratamiento. Sin embargo, al revisar los supuestos del modelo de autocorrelación y normalidad de los errores, se ve que estos no se cumplen por lo que se vuelve a realizar la regresión, pero con estimadores robustos con el software libre R.

Al revisar el comportamiento de los residuos se notó que no se cumplían los supuestos de normalidad ni de varianzas constantes (homocedasticidad), por lo que se procedió a realizar nuevamente las pruebas de significancia al mismo modelo de regresión pero ahora con estimadores robustos mediante matrices HAC (Newey, West, White). En los resultados se vuelve a confirmar que entre la variable de estrés (p=0,42378) y la variable autoeficacia (p=0,01062), la única variable

significativa para predecir la adherencia al tratamiento, a un nivel de significancia del 5%, es la autoeficacia. (Ven Tabla número 6).

Tabla 6: Coeficientes de Regresión adherencia total, autoeficacia y estrés con estimadores robustos

P. Adherencia Total ~ Autoeficacia + Estrés

F (4,136)= 2.494 p = 0.04583 R ² _{aj} = 0.0409				
	Estimate	Std. Error	t value	Pr(> t)
(Intercept)	2.3689147	0.1912890	12.384	2E-16
Autoeficacia	0.010391	0.0040105	2.5909	0.01062
Estrés	-0.0088461	0.0110261	-0.8023	0.42378

Fuente: Elaboración propia.

Se realizó el análisis de un siguiente modelo que incorporaba algunas variables demográficas y antecedentes de salud y las variables autoeficacia y estrés con respecto a la adherencia al tratamiento. Y al igual que antes, por no cumplimiento en los supuestos de los residuos, se utilizaron estimadores robusto, obteniendo como resultados: que la autoeficacia (p=0,0081) sigue siendo significativa, al igual que la edad de la persona (p=0,0124) y el número de hijos (p=0,0034) con respecto a la adherencia al tratamiento, aunque con valores beta (dependiente) cercanos a 0. (Ver Tabla 7).

Tabla 7: Coeficientes de Regresión variables sociodemográficas, autoeficacia y estrés con estimadores robustos

F = 3.106 (9,131) p = 0.002045 R ² _{aj} = 0.1192				
	Estimate	Std. Error	t value	Pr(> t)
(Intercept)	1.8562	0.3093	6.0020	1.80E-08
Nº hijos	-0.0479	0.0160	-2.9840	0.0034
Horas trabajo	-0.0015	0.0017	-0.8590	0.3920
Horas sueño	-0.0115	0.0164	-0.7010	0.4844
Nº personas en el hogar	0.0289	0.0180	1.6060	0.1108
Edad	0.0074	0.0029	2.5360	0.0124
Nivel de estudios	0.0348	0.0221	1.5750	0.1177
Años diagnóstico HTA	0.0029	0.0033	0.8870	0.3768
Autoeficacia	0.0111	0.0041	2.6890	0.0081
Estrés	-0.0060	0.0056	-1.0700	0.2864

Fuente: Elaboración propia.

Finalmente se realizó una prueba ANOVA para analizar la influencia de las variables categóricas en la adherencia donde se compararon grupos mediante un modelo multifactorial de primer orden (sin probar interacciones). Se obtuvo que la única variable categórica que genera diferencia entre sus grupos es la asociada al hábito tabáquico ($p=0,00506$), vale decir, hay una diferencia significativa en términos del puntaje de adherencia total entre quienes fuman y quienes no, siendo estos últimos quienes presentan mayor puntaje (ver Gráfico 1). Con respecto a las demás variables del estudio: sexo ($p=0,59055$), participación social ($p=0,47388$), consumo de pastilla para la presión ($p=0,44532$), estado civil ($p=0,23946$) y situación laboral ($p=0,52959$) no se encontraron diferencias significativas. Los resultados se encuentran en la Tabla 8.

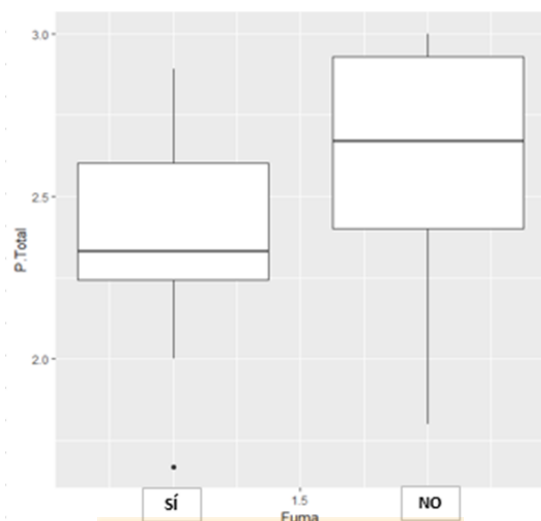
Tabla 8: Prueba ANOVA con variables categóricas y adherencia al tratamiento

	Df	Sum Sq	Mean Sq	F value	Pr(>F)
Sexo	1.0000	0.0320	0.0319	0.2910	0.59055
Participación social	2.0000	0.1650	0.0823	0.7510	0.47388
Pastilla para la presión	1.0000	0.0640	0.0642	0.5860	0.44532
Hábito tabáquico	1.0000	0.8920	0.8917	8.1360	0.00506
Estado civil	3.0000	0.4670	0.1558	1.4220	0.23946
Situación laboral	3.0000	0.2440	0.0812	0.7410	0.52959
Residuals	129.0000	14.1370	0.1096		

Fuente: Elaboración propia.

A continuación en el gráfico 1 se presenta la diferencia significativa en términos del puntaje de adherencia total entre quienes fuman y quienes no, siendo estos últimos quienes presentan mayor puntaje:

Gráfico 1: Diferencia de grupo de fumadores y no fumadores con respecto a la Adherencia total



Fuente: Elaboración propia

VII. Discusión

Esta investigación abordó el fenómeno de la adherencia al tratamiento, buscando identificar sus factores predictores de naturaleza psicosocial.

Entre los resultados obtenidos destaca que quienes se encontraban en conocimiento que su enfermedad es de por vida, obtuvieron mayor puntajes en adherencia a consumir sus medicamentos, a seguir indicaciones, a manejar el estrés y en la adherencia total. Estos hallazgos son coincidentes con lo que manifiesta Vargas (2014), quien refiere que uno de los factores capaces de predecir la falta de adherencia, es precisamente el conocimiento suficiente o insuficiente por parte del paciente sobre su enfermedad. Más aún, esto no sólo aplica para la población con hipertensión solamente, ya que en estudios con adolescentes con diabetes, unas de las variables que se asociaron con la adherencia fueron el conocimiento sobre la enfermedad ($p=0,001$) y la percepción de autoeficacia ($p=0,027$) (Ortiz, 2004). Finalmente, y para ir más allá incluso, autores como Tutasig y Del Consuelo (2013) manifiestan que la información sobre su enfermedad que recibe el paciente desde los profesionales de la salud, sumado a las experiencias que tienen durante

los controles y/o la frecuencia con la que asisten a ellos, les permite un manejo más adecuado de su enfermedad y por ello una mejor adherencia al tratamiento.

Otro de los hallazgos de esta investigación indica que quienes participan de actividades sociales y deportivas, son más adherentes en su consumo de medicamentos que quienes no participan. Dichos resultados coinciden con otros estudios realizados en Ecuador, que han analizado la adherencia en pacientes hipertensos con respecto a la presencia de actividad deportiva, afirmando que realizar actividad física genera buenos niveles de adherencia al tratamiento (Tutasig & Del Consuelo, 2013). Reforzando así que la adherencia no sólo depende de las características de cada persona sino también de los ambientes en los cuales participa y que potencian su autocuidado en la enfermedad hipertensiva (Tutasig & Del Consuelo, 2013).

Un resultado que puede leerse como contradictorio es lo encontrado en la convivencia de pareja, donde quienes no se encontraban conviviendo con su pareja, son más adherentes en la limitación de fumar que aquellos que sí conviven con su pareja. Por otro lado, este hallazgo podría explicarse por las características de la muestra del estudio, pues más de la mitad de la es mayor a los 50 años, y dentro de este grupo hay personas con estado civil de divorciado y viudo, es decir, sin pareja, lo que no permitiría en este sentido atribuir específicamente que la adherencia obtenida en la limitación al fumar se deba a si está en convivencia o no con la pareja, sino más bien debido a la etapa de vida en que la población encuestada se encuentra.

Otro resultado que destaca es que quienes se encontraban retirados/pensionados y cesantes muestran mayor puntaje de adherencia a la dieta que quienes trabajan o son dueños(as) de casa. Estos hallazgos son coincidentes nuevamente con lo reportado por Tutasig y Del Consuelo (2013), quienes encontraron que quienes obtuvieron una mejor adherencia fueron pacientes jubilados. Aún más, esto concuerda con otros estudios realizados en otros países como Brasil, México y Cuba, donde igualmente se obtuvo que los pacientes jubilados tenían mejor nivel de adherencia en relación a los trabajadores. Se puede agregar además que el grupo de cesantes y jubilados, podrían disponer de mayor tiempo para acudir a controles o realizar las indicaciones que médicos o enfermeras les hayan entregado, a diferencia de las personas que trabajan, donde la cantidad de actividades y responsabilidades asociadas a su trabajo, pueden favorecer el olvido o la no compatibilidad de horarios para controles, seguimiento de dieta, etc.

Finalmente, son interesantes las diferencias significativas en relación al sexo, donde fueron los hombres quienes adhirieron más a seguir indicaciones a diferencia de las mujeres. Por otro lado, estas últimas mostraron mayor adherencia en el consumo de medicamentos que los hombres. La evidencia en la literatura sobre este tema es relativa, Tutasig y Del Consuelo (2013) encontraron que el género femenino tiene mejor nivel de adherencia en relación al masculino. Sin embargo, en otro estudio realizado en Chile se encontró que se encontró que los hombres alcanzaron mayores puntajes respecto a las mujeres atribuyendo este hecho a los roles de género que se adoptan en el cuidado de la salud en la pareja, dado que son las mujeres asumen mejor el rol de cuidadoras de sus familiares y esposos lo que garantiza apoyo al seguimiento de indicaciones médica. Otros estudios no han encontrado diferencias por sexo en la adherencia al tratamiento (Tutasig & Del Consuelo, 2013). Es necesario considerar que en la muestra se compuso mayoritariamente por mujeres y que se requiere de una homogeneidad en la muestra para poder justificar de mejor manera el resultado.

Respecto a la edad, las personas, de más edad aparecieron como más adherentes. Esto no coincide con lo que dice un estudio de Molina, Preval y López (2014), pues manifiestan que a medida que se incrementa la edad, existe mayor riesgo de incumplimiento de las orientaciones médicas, relacionado con la presencia en los ancianos de múltiples enfermedades crónicas, que requieren tratamiento complejo y prolongado; además, son ellos los mayores consumidores de medicamentos dispensados con prescripción (Molina, Preval & López, 2014). Sumado a esto, la OMS (2004) señala que la edad es un factor que puede influir sobre la adherencia al tratamiento, pero de manera irregular, por considerarlo como un factor poco consistente como predictor, pues depende de otros aspectos como el entorno y el tipo de tratamiento (Tutasig & Del Consuelo, 2013). Sin embargo, en esta investigación, reveló algo distinto a lo que dicta la literatura, pues mostró ser un predictor importante de adherencia. Lo que de igual manera podría deberse a la gran cantidad de personas adultas mayores que contó este estudio, además de lo que se infiere como justificación es el tiempo que ellos disponen para controlar su salud, a diferencia de las personas más jóvenes.

Dentro de los hallazgos esperados se encuentra que quienes tienen enseñanza superior incompleta o completa obtuvieron mayor puntaje de adherencia total, a diferencia de aquellos que tienen menos escolaridad. Donde se puede especular que en la medida en que más conocimientos

tengo o más acceso a la información que tiene la persona, puede tomar mejores decisiones con respecto a su salud. Y también está dentro de lo esperado, es que las personas que trabajan más horas a la semana tienen mayor puntaje de autoeficacia que aquellos que trabajan menos. Esto último podría explicarse ya que la autoeficacia es un constructo que se ha correlacionado previamente con positivamente con optimismo, autoestima, autorregulación, calidad de vida, afectos positivos, competencia percibida, personalidad resistente, afrontamiento centrado en la tarea y satisfacción en el trabajo/colegio. (Bandura, 2001 citado en Olivari & Urrea, 2007).

Se efectuaron análisis de correlación y de regresión, y los resultados indican que la autoeficacia se relaciona de manera débil pero significativa con el manejo del estrés y con la adherencia total. Lo anterior es afirmado en la literatura, donde la autoeficacia aparece significativamente relacionada con la adherencia al tratamiento, lo que concuerda con ciertos trabajos que han planteado que la autoeficacia es una variable mediacional que tiene relación con comportamientos saludables y de adherencia al tratamiento (AlKhawaldeh, Al-Hassan y Froelicher, 2012; Álvarez y Barra, 2010; Balcázar et al., 2011; Mishali et al., 2011, citados en Canales & Barra, 2014). Estos resultados son consistentes con los resultados de otros estudios anteriores que indican que la autoeficacia se relaciona significativamente con la adherencia al tratamiento, en recomendaciones como la restricción de sodio, la restricción de líquidos, medicamentos, el control del peso, actividad física y fumar y consumo de alcohol (Maeda et al., 2013).

En cuanto a la relación entre autoeficacia y manejo de estrés y vivencia del estrés, autores como Bandura (1997 citado en Olivari & Urrea, 2007) apoya estos resultados con literatura afirmando que la autoeficacia para afrontar eventos amenazantes juega un rol central en las reacciones que las personas tienen al estrés, pues estas estarían gobernadas ampliamente por la percepción de afrontamiento autoeficaz más que por las propiedades objetivas de las amenazas y demandas ambientales que experimente un individuo. Así existen estudios que se han centrado en el rol que cumple la autoeficacia sobre el nivel de estrés experimentado por personas respecto a su enfermedad o condición de salud. Así, en un estudio de Shelley y Pakenham (2004 citados en Olivari & Urrea, 2007) con una muestra de estudiantes universitarios donde se midió el nivel de estrés emocional experimentado frente a una enfermedad aguda y/o crónica grave que ellos habían padecido, se encontró que entre los moderadores del nivel de estrés experimentado estaba la

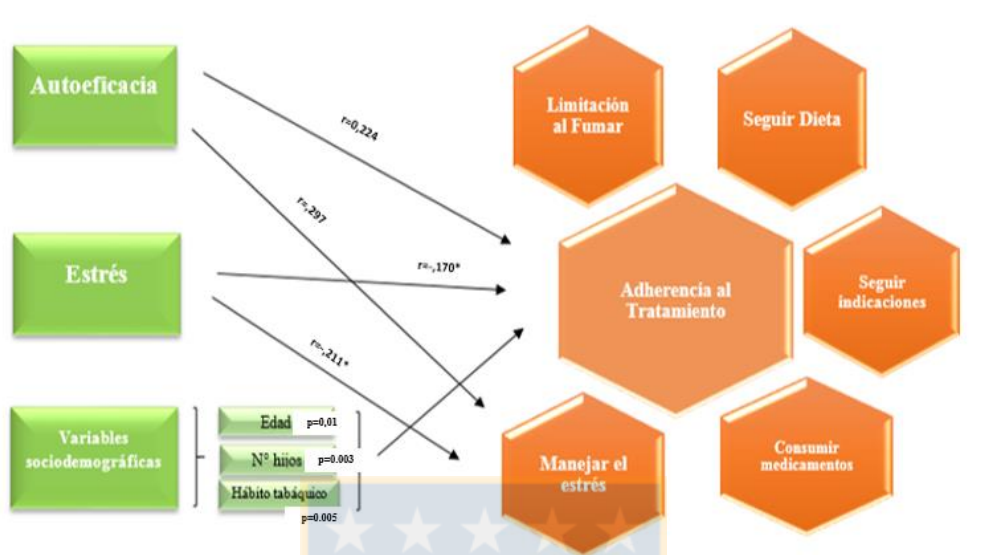
autoeficacia, encontrándose que el presentar un alto nivel de autoeficacia se relacionaba con menores niveles de estrés (Olivari & Urra, 2007). Más concretamente, un estudio de mujeres mayores con insuficiencia cardiaca mostró que quienes presentan una mayor autoeficacia al inicio del estudio expresaron niveles más altos de conducta adherente, en cuanto a la medicación según lo prescrito, al ejercicio, la dieta y el manejo del estrés, a cuatro y doce meses de seguimiento (Maeda et al., 2013).

Otro hallazgo es que el estrés se relaciona significativamente con la adherencia total, ambos de manera negativa. Es decir, a mayor presencia de estrés, menor es el manejo del estrés y menor es la adherencia; y viceversa, a menor presencia de estrés, mayor es el manejo del estrés y por consiguiente mayor es la adherencia al tratamiento. Dichos hallazgos igualmente se encuentran respaldados por una amplia literatura, como por ejemplo lo que manifiestan Crump, Sundquist, Winkleby y Sundquist (2016) quienes afirman que la baja resistencia al estrés puede contribuir a comportamientos de vida poco saludables que se conocen como factores de riesgo para hipertensión.

Además, se logró confirmar la hipótesis uno y dos, pues la variable que predice la adherencia es la autoeficacia. Incluso a ello se suman las variables sociodemográficas, aunque ellas no estaban dentro de los objetivos de la investigación, informan que la edad, el número de hijos y el hábito tabáquico influyen en la adherencia al tratamiento. Y finalmente la no presencia del hábito tabáquico influye en la adherencia al tratamiento. Si bien las relaciones son débiles, esto podría explicarse por el tamaño muestral, cabe destacar, que a pesar de ser una muestra pequeña, la significancia aparece, lo que deja entrever los resultados que podrían surgir con más personas encuestadas.

A continuación se puede apreciar en la Figura 1 el modelo predictivo de la adherencia al tratamiento: la autoeficacia ($p=0,008$), la edad ($p=0,01$), el número de hijos ($p=0,003$) y el hábito tabáquico ($p=0,05$). Además de las variables con las cuales se relaciona de manera significativa, aunque mínima: estrés ($r=-0,170$) y la autoeficacia ($r=0,224$).

Figura 1: Modelo explicativo de la influencia de las variables psicológicas y sociodemográficas en la Adherencia al tratamiento



Fuente: Elaboración propia

VIII. Conclusión

Los objetivos propuestos en la presente investigación aludían a determinar la influencia de las variables psicológicas en la adherencia al tratamiento de personas hipertensas controladas en el Cesfam de la comuna de Retiro. Con dichos objetivos se permitió esclarecer la importancia de la variable psicológica de autoeficacia, confirmando que es la encargada de predecir el comportamiento de la persona con respecto a su tratamiento.

En este sentido se refuerza la importancia de la autoeficacia como predictor de conductas de salud, específicamente la adherencia al tratamiento, y su rol en población menor a 50 años, en la población que trabaja de manera remunerada y en quienes presentan una menor escolarización, pues fueron dichos grupos quienes presentaban una menor adherencia a sus tratamientos. Se exploran las implicancias prácticas de estos hallazgos, en el funcionamiento del programa cardiovascular, haciendo énfasis en la importancia de contar con un profesional psicólogo dentro del equipo y la intervención focalizada a realizar en la población de hipertensos. Considerando

vital la educación en los cuidados y duración del tratamiento de la hipertensión por parte de los profesionales de la salud, y así beneficiar la adherencia al tratamiento.

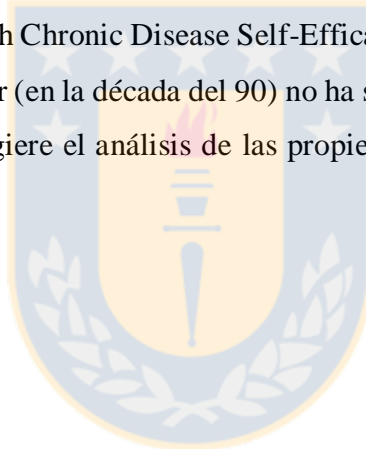
Esta investigación procuró indagar una gama de factores, que sin duda dictarán el rumbo a llevar a cabo en el tratamiento y su éxito o su fracaso. Con los resultados encontrados se pretende contribuir a la Psicología de la Salud, en cuanto a los conocimientos que existen sobre el proceso de adherencia al tratamiento y cuál es su variable psicológica que la predice cuando se trabaja con pacientes que presentan hipertensión arterial. Además concretamente, la intención está en contribuir desde mi investigación al programa cardiovascular, sobre todo fijando el foco en la prevención y promoción de la salud, de la mano de la psicología:

En las áreas que integran el servicio de salud público: En el área de *Atención*, sería importante incorporar la detección precoz por parte de un profesional psicólogo(a), a cada paciente incorporado al programa cardiovascular -por diagnóstico de hipertensión- para detectar la presencia de niveles de estrés y autoeficacia que presenta. Pues así desde un primer momento se realiza una especie de “diagnóstico” y de inmediato elaborar intervenciones para aumentar o disminuir sus niveles de autoeficacia y estrés respectivamente, y así potenciar su adherencia al tratamiento. Además, de dar atención específica para grupos etarios, haciendo una psicoeducación exhaustiva en cuanto a lo que consiste la hipertensión y sus cuidados, etc. En el área de *Educación*, sería importante realizar por parte del/la psicólogo/a psicoeducación a los/as profesionales que conforman el equipo del programa cardiovascular, con respecto a la importancia e impacto que tienen Autoeficacia y el Estrés en la Adherencia al tratamiento de los/as pacientes hipertensos/as, apuntando específicamente a qué grupos se debe dirigir la atención y de qué manera. En el área de *Gestión*, sería un factor muy importante destinar horas de atención permanentes al/la psicólogo/a dentro del equipo del programa cardiovascular, para realizar la detección como también para acciones futuras como: implementar talleres que potencien la participación social, psicoeducación de lo que implica la hipertensión, sus cuidados y su duración, e intervenciones individuales para personas que obtienen gran puntaje de estrés, enseñando técnicas de relajación y de afrontamiento de estrés y baja autoeficacia, enseñando o potenciando acciones que influyen en la confianza en sus propias capacidades. Pero también para que trabaje con los grupos más jóvenes, con quienes fuman y tienen hijos, además dar una atención focalizada en seguir las indicaciones de adherencia para hombres como para mujeres, etc. Y finalmente, en el área de *Investigación*, el propósito

siempre fue contribuir con material dentro del centro de salud Marta Estévez de Marín, que pudiese servir como respaldo para emprender nuevas acciones de atención a sus pacientes con hipertensión.

Limitaciones del estudio y sugerencias

El estudio presenta algunas limitaciones. Una de ellas, es la muestra pequeña, donde el número de personas encuestadas. Aún así, se sugiere que futuras investigaciones incluyan una mayor cantidad de participantes para una mayor generalización de los resultados. Además, coincidente con lo anterior es que dado lo específico del lugar donde fueron obtenidos los datos, es decir, un pueblo rural, con baja cantidad de servicios básicos y la población sea de atención primaria y con hipertensión arterial específicamente y no otro tipo de patologías o comorbilidades, hace que estos resultados no sean del todo generalizables para otro tipo de población, pues apunta a quienes se atienden en el programa cardiovascular del Cesfam Marta Estévez de Marín. Una última limitación del estudio es que la escala Spanish Chronic Disease Self-Efficacy Scale (SEMCD-S) del Stanford Patient Education Research Center (en la década del 90) no ha sido validada en Chile, aunque para este estudio fue pertinente, se sugiere el análisis de las propiedades psicométricas de las escalas para población Chilena.



IX. Referencias

- Achury, D., Rodríguez, S., Achury, L., Padilla, M., Leuro, J., Martínez, M. & Camargo, L. (2013). Efecto de un plan educativo en la capacidad de agencia de autocuidado del paciente con hipertensión arterial en una institución de segundo nivel. *Aquichan*, 13(3), 363-372.
- Anjum, A. (2015). Psychological stress, distress, anthropometric and lifestyle as correlates of hypertension in a sample of Pakistani opulation. *Journal of Behavioural Sciences*, 25(2), 83-105.
- Annesi, J., Johnson, P., & McEwen, K. (2015). Changes in self-efficacy for exercise and improved nutrition fostered by increased self-regulation among adults with obesity. *The Journal of Primary Prevention*, 36(5), 311-321.
- Antúnez, Z., & Vinet, E. (2012). Escalas de depresión, ansiedad y estrés (DASS - 21): Validación de la versión abreviada en estudiantes universitarios chilenos. *Terapia Psicológica*, 30(3), 49-55.
- Bedi, M., Varshney, V., & Babbar, R. (2000). Role of cardiovascular reactivity to mental stress in predicting future hypertension. *Clinical and Experimental Hypertension*, 22(1), 1-22.
- Bertoldo, P., Ascar, G., Campana, Y., Martín, T., Moretti, M., & Tiscornia, L. (2013). Cumplimiento terapéutico en pacientes con enfermedades crónicas. *Revista Cubana de Farmacia*, 47(4), 468-474.
- Canales, S. & Barra, E. (2014). Autoeficacia, apoyo social y adherencia al tratamiento en adultos con diabetes mellitus tipo II. *Revista Psicología y Salud*, 24(2), 167-173.

- Cid, P., Orellana, A., & Barriga, O. (2010). Validación de la escala de autoeficacia general en Chile. *Revista Médica de Chile*, 138(5), 551-557.
- Compean, L., Quintero, L., Del Ángel, B., Reséndiz, E., Salazar, B., & González, J. (2013). Educación, actividad física y obesidad en adultos con diabetes tipo 2 desde la perspectiva del autocuidado de Orem. *Aquichan*, 13(3), 347-362.
- Crump, C., Sundquist, J., Winkleby, M., & Sundquist, K. (2016). Low stress resilience in late adolescence and risk of hypertension in adulthood. *Heart*, 102,541-547.
- Dressler, W. (1984). Hypertension and perceived stress: A St. Lucian example. *Ethos*, 12(3), 265-283.
- Dutton, G., Tan, F., Provost, B., Sorenson, J., Allen, B., & Smith, D. (2009). Relationship between self-efficacy and physical activity among patients with type 2 diabetes. *Journal of Behavioral Medicine*, 32(3), 270-277.
- Fernandez, S., Chaplin, W., Schoenthaler, A., & Ogedegbe, G. (2008). Revision and validation of the medication adherence self-efficacy scale (MASES) in hypertensive African Americans. *Journal of Behavioral Medicine*, 31(6), 453-462.
- Flores, I., León, M., Vera, E., & Hernández, M. (2013). Intervenciones psicológicas para el manejo y reducción de estrés en pacientes hipertensos: una revisión sobre su efectividad. *Psychologia. Avances de la Disciplina*, 7(2), 25-44.
- García, A., Moreno, J., & Suárez, P. (2000). Escala de autoeficacia general: datos psicométricos de la adaptación para población española. *Psicothema*, 12(2), 509-513.
- Genest J., Koiw E., & Kuchet O. (2005). *Hipertensión Arterial*. New York: Mc-Graw Hill.

- Hacihasanoglu, R., Gözüm, S., & Çapık, C. (2012). Validity of the Turkish version of the medication adherence self-efficacy scale-short form in hypertensive patients/Hipertansif hastalarda ilaca uyum öz-etkililik ölçeği kısa formunun Türkçe'sinin geçerliliği. *Anadolu Kardiyoloji Dergisi: AKD*, 12(3), 241-249.
- Heard, E. (2011). Mediating effects of social support on the relationship among perceived stress, depression, and hypertension in African Americans. *Journal of the National Medical Association*, 103(2), 116-122.
- Hirschberg, S., Donatti, S., Rijana, I., & Selan, V. (2015). La relación entre adherencia terapéutica y calidad de vida en la hipertensión arterial. *PSIENCIA. Revista Latinoamericana de Ciencia Psicológica*, 6(2), 1-8.
- Hu, H., Li, G., & Arao, T. (2015). The association of family social support, depression, anxiety and self-efficacy with specific hypertension self-care behaviours in Chinese local community. *Journal of Human Hypertension*, 29(3), 198-203.
- Kaveh, O., Zakerimoghadam, M., Gheyasvandian, S., & Kazemnejad, A. (2012). Effect of self-management program on self-efficacy in hypertensive patients. *Journal of Mazandaran University of Medical Sciences*, 22(92), 19-28.
- Kim, C. J., Chae, S., & Yoo, H. (2012). Psychometric testing of the chronic disease self-efficacy scale–Korean version (CDSSES-K). *Journal of Transcultural Nursing*, 23(2), 173-180.
- Kretchy, I., Owusu, F., & Danquah, S. (2014). Mental health in hypertension: assessing symptoms of anxiety, depression and stress on anti-hypertensive medication adherence. *International Journal of Mental Health Systems*, 8(1), 1-13.

- López, C. (2014). *Autoeficacia y Locus de Control en pacientes con sobrepeso u obesidad en tratamiento de reducción de peso*. Tesis para la obtener el grado de licenciada en Psicología. Facultad de Ciencias Sociales Universidad de Palermo, Buenos Aires, Argentina.
- Maeda, U., Shen, B., Schwarz, E., Farrell, K., & Mallon, S. (2013). Self-efficacy mediates the associations of social support and depression with treatment adherence in heart failure patients. *International Journal of Behavioral Medicine*, 20(1), 88-96.
- Martín, L., Grau, J., & Espinosa, A. (2014). Marco conceptual para la evaluación y mejora de la adherencia a los tratamientos médicos en enfermedades crónicas. *Revista Cubana de Salud Pública*, 40(2), 222-235.
- Mena, I., Cadena, J., & Troncoso, D. (2014). Nursing intervention on a Mexican family with risk factors for chronic and degenerative illnesses. *Enfermería Universitaria*, 11(2), 67-72.
- Mendoza, S. (1998). *Creencias en salud y adherencia de pacientes hipertensos controlados en centros de salud de la comuna de Concepción*. Tesis para la obtener el grado de Magister en Enfermería con mención en Enfermería en Salud Comunitaria. Facultad de medicina Universidad de Concepción, Concepción, Chile.
- Molina, D., Preval, Y., & López, M. (2014). Adherencia al tratamiento antihipertensivo en pacientes del municipio San Miguel del Padrón. *Revista Cubana Farmacológica*, 48(4), 4.
- Moreno, J., Rozo, M., & Cantor, M. (2012). Permanencia y abandono terapéutico en un centro de servicios psicológicos. *Psychologia: Avances de la Disciplina*, 6(2), 23-34.

- Mushtaq, M., & Najam, N. (2014 A). Coping strategies of stress used by people suffering from hypertension. *Pakistan Journal of Psychology*, 45(2), 3-22.
- Mushtaq, M., & Najam, N. (2014 B). Depression, anxiety, stress and demographic determinants of hypertension disease. *Pakistan Journal of Medical Sciences*, 30(6), 1293-1298.
- Oliva, P., & Buhring, K. (2011). Problemas de adherencia a dietoterapia en pacientes hipertensos pehuénches. *Revista Chilena de Nutrición*, 38(3), 285-289.
- Olivari, C., & Urra, E. (2007). Autoeficacia y conductas de salud. *Ciencia y Enfermería*, 13(1), 9-15.
- Organización Mundial de la Salud (2011). *Informe Sobre la Situación Mundial de la Enfermedades No Transmisibles 2010*. Resumen de orientación: Ginebra. Recuperado el 11 de septiembre de 2015, a partir de: http://www.who.int/nmh/publications/ncd_report2010/es/
- Ornelas, M., Blanco, H., Rodríguez, J., & Flores, F. (2011). Análisis psicométrico de la escala autoeficacia en conductas de cuidado de la salud física en universitarios de primer ingreso. *Formación Universitaria*, 4(6), 21-34.
- Ortiz, J. B., & Castro, M. (2009). Bienestar psicológico de los adultos mayores, su relación con la autoestima y la autoeficacia: Contribución de enfermería. *Ciencia y Enfermería*, 15(1), 25-31.
- Ortiz, S. (2004). Factores psicológicos y sociales asociados a la adherencia al tratamiento en adolescentes diabéticos tipo 1. *Psykhé (Santiago)*, 13(1), 21-31.
- Palagini, L., Bruno, R., Cheng, P., Mauri, M., Taddei, S., Ghiadoni, L & Morin, C. (2016). Relationship between insomnia symptoms, perceived stress and coping strategies in

- subjects with arterial hypertension: psychological factors may play a modulating role. *Sleep Medicine*, *19*, 108-115.
- Pérez, L., Gutiérrez, L., Vioque, J., & Torres, Y. (2001). Relation between overweight, diabetes, stress and hypertension: A case–control study in Yarumal–Antioquia, Colombia. *European Journal of Epidemiology*, *17*(3), 275-280.
- Piedrahíta, C., Chavarro, M., & Rivas, C. (2013). Adhesión al tratamiento de la hipertensión arterial en dos municipios de Colombia. 2010-2011. *Hacia La Promoción de la Salud*, *18*(1), 81-96.
- Ritter, P., Loring, K., & Laurent, D. (2016). Characteristics of the Spanish-and English-language self-efficacy to manage diabetes scales. *The Diabetes Educator*, *1*-11.
- Ritter, P., & Lorig, K. (2014). The English and Spanish self-efficacy to manage chronic disease scale measures were validated using multiple studies. *Journal of Clinical Epidemiology*, *67*(11), 1265-1273.
- Salud, G. E. E. (2010). *Guía Clínica Hipertensión Arterial Primaria o Esencial en Personas de 15 años y más*. Santiago: Minsal.
- Sánchez, J., Hipólito, A., Mugártegui, S., & Yáñez, R. (2016). Estrés y depresión asociados a la no adherencia al tratamiento en pacientes con diabetes mellitus tipo 2. *Atención Familiar*, *23*(2), 43-47.
- Sandoval, D., Chacón, J., Muñoz, R., Henríquez, Ó., Koch, E., & Romero, T. (2014). Influencia de factores psicosociales en la adherencia al tratamiento farmacológico antihipertensivo:

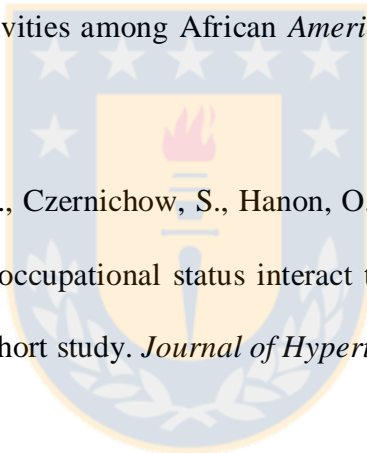
- Resultados de una cohorte del programa de salud cardiovascular de la región metropolitana, Chile. *Revista Médica de Chile*, 142(10), 1245-1252.
- Sierra, J., Ortega, V., & Zubeidat, I. (2003). Ansiedad, angustia y estrés: tres conceptos a diferenciar. *Revista Mal Estar e Subjetividade*, 3(1), 10-59.
- Silveira, D., Riegel, F., Petri, J., Graça, M., Oliveira & Soares, L. (2015). Características de los pacientes tratados de crisis hipertensiva en un hospital de emergencias. *Journal of Nursing Reference*. 4(5), 27-36.
- Soria, R., Vega, Z., Nava, C., & Saavedra, K. (2011). Interacción médico-paciente y su relación con el control del padecimiento en enfermos crónicos. *Liberabit*, 17(2), 223-230.
- Troncoso, C., Contreras, N., & González, S. (2016). Adherencia al control nutricional en varones con patologías crónicas. *Revista Chilena de Nutrición*, 43(1), 12-17.
- Valdivia, G. (2011). Encuesta nacional de salud 2009-2010: Enseñanzas y desafíos. *Revista Chilena de Enfermedades Respiratorias*, 27(1), 5-6.
- Velandia, A. & Rivera, L. (2009). Agencia de Autocuidado y Adherencia al Tratamiento en Personas con Factores de Riesgo Cardiovascular. *Revista de Salud Pública*, 11(4), 538-548.
- Veliz, L., Mendoza, S., & Barriga, O. (2015 a). Adherencia terapéutica en usuarios de un programa de salud cardiovascular de atención primaria en Chile. *Revista Peruana de Medicina Experimental y Salud Pública*, 32(1), 51-57.

Veliz, L., Mendoza, S., & Barriga, O. (2015 b). Adherencia terapéutica y control de los factores de riesgo cardiovasculares en usuarios de atención primaria. *Enfermería Universitaria*, 12(1), 3-11.

Veliz, L. (2014). *Automedicación y adherencia terapéutica como determinantes del control integral de enfermedades cardiovasculares*. Tesis para la obtención de grado Doctor en Enfermería, Departamento de Enfermería, Facultad de Medicina, Universidad de Concepción, Concepción, Chile.

Warren, J., Seymour, R., & Huber, L. (2012). The association between self-efficacy and hypertension self-care activities among African American adults. *Journal of Community Health*, 37(1), 15-24.

Wiernik, E., Nabi, H., Pannier, B., Czernichow, S., Hanon, O., Simon, T & Limosin, F. (2014). Perceived stress, sex and occupational status interact to increase the risk of future high blood pressure: the IPC cohort study. *Journal of Hypertension*, 32(10), 1979-1986.





Anexo 1: Documento aprobación Servicio Salud Maule



Servicio de Salud Maule
Comité Ético Científico

DOCUMENTO DE APROBACIÓN DE PROTOCOLO DE INVESTIGACIÓN EN SERES HUMANOS

Título del estudio:

“Autoeficacia y estrés como determinantes de adherencia en pacientes hipertensos, Comuna de Retiro, VII región, Chile”.

Investigadora responsable: Psicóloga Fernanda Mena Díaz

Lugar de realización: CESFAM de la comuna de Retiro

Patrocinador: Universidad de Concepción

Documentación recibida:

1. Protocolo del estudio.
2. Consentimiento informado para participantes.
3. Curriculum vitae de la investigadora principal.
4. Carta de la investigadora en que declara conocer la normativa y leyes que regulan la investigación en seres humanos.
5. Acta de aprobación del protocolo por el CEC de la Universidad de Concepción.

Documentos revisados y aprobados por el Comité:

1. Protocolo del estudio.
2. Consentimiento informado para participantes.

Fundamentos de la aprobación:

- La investigadora tiene las capacidades y competencia acorde a los requerimientos de la investigación.
- Los aspectos científicos del proyecto son considerados adecuados.
- Se considera que el proyecto tiene valor social ya que puede aportar a aumentar el conocimiento y redundar en mejorar aspecto de salud de personas.

- El balance riesgos/beneficio es favorable para la realización de esta investigación, no hay potenciales efectos adversos o complicaciones derivadas directamente de la investigación.
- El Consentimiento Informado que se utilizará asegura la voluntariedad de los participantes, el respeto a su dignidad y derechos y la confidencialidad de sus datos.

Aprobación

Este proyecto ha sido **aprobado** con fecha 14 de Julio de 2017 por el Comité ético Científico del Servicio de Salud Maule.



Talca, 14 julio 2017.

Anexo 2: Información al Paciente

Estimados(as) participantes:

Junto con saludarles, les informo sobre el estudio “Autoeficacia y Estrés como determinantes de Adherencia en hipertensos, Comuna de Retiro, VII Región, Chile”. Este estudio busca conocer algunas variables psicológicas en los pacientes hipertensos de nuestra comuna, y cómo estas pueden afectar en su adherencia al tratamiento. Será desarrollado por investigadores de la Universidad de Concepción y en asociación con funcionarios del Cesfam Marta Estévez de Marín.

La investigación contempla responder cuestionarios de no más de 30 minutos de duración y los datos obtenidos serán absolutamente confidenciales y no serán mencionados en ocasión alguna.

La participación en esta investigación es totalmente voluntaria y podrán abandonar el estudio, en cualquier momento si así lo desean sin ningún tipo de consecuencia.

Finalmente, quienes lo deseen podrán solicitar un informe en el cual se resuman los resultados obtenidos, escribiendo al correo fmene@udec.cl.

Saludos cordiales,

Fernanda Mena Díaz

Tesista Magister en Psicología

Universidad de Concepción



CARTA DE CONSENTIMIENTO INFORMADO

Estimado(a) usuario(a):

Se me ha solicitado autorización para colaborar con el proyecto de tesis de magíster **“Autoeficacia y Estrés como determinantes de Adherencia en pacientes hipertensos, Comuna de Retiro, VII Región, Chile”**

El objetivo general de la investigación es determinar la influencia de factores psicológicos en la adherencia al tratamiento de los pacientes con Hipertensión Arterial.

La colaboración solicitada consiste en responder a un set instrumentos, cuya aplicación se estima en 45 minutos de duración, la cual estará a cargo de la investigadora responsable Fernanda Mena Díaz.

Se me ha informado lo siguiente:

- Mi colaboración será totalmente voluntaria y la podré suspender en cualquier momento del proyecto, sin expresión de causa y sin consecuencias negativas para mí, ni para la universidad.
- Este estudio no presenta riesgos identificables para mi integridad física o psicológica.
- Los datos solicitados para la aplicación de los instrumentos no son anónimos, pero serán manejados bajo absoluta confidencialidad y los nombres de los participantes no aparecerán en ninguna parte del estudio o publicación de sus resultados. Estos datos estarán guardados en archivo electrónico, codificados con clave de acceso y los documentos en papel serán custodiados por el Investigador Responsable.
- Los resultados de la investigación serán utilizados para el desarrollo de la tesis, presentación en conferencias y publicación de resultados en revistas científicas. En cada una de estas instancias se velará por mantener la estricta confidencialidad y privacidad de los(as) participantes.
- Si lo solicito, recibiré un informe final de los resultados de la investigación. En este informe se resguardará la identidad individual de cada participante.

Ante cualquier duda puedo comunicarme con la responsable de esta investigación, la Psicóloga y candidata a Magíster en Psicología de la Salud: Fernanda Mena Díaz, mediante e-mail: fmena@udec.cl, teléfono: 979776902.

Nombre y Firma participante

Firma Investigadora

Dir. Bernardita Contreras

Anexo 4: Cuestionario Sociodemográfico y antecedentes de salud

Cuestionario Sociodemográfico y antecedentes de salud

1. Sexo: _____ **Hombre = 1 ; Mujer =2**

2. Edad: _____ (años)

3. Sector de residencia (encierre la letra que corresponda a su situación):

a) Las Rosas	
b) Los Robles	
c) Santa Teresa	
d) Retiro	
e) El Lucero	
f) San Isidro	
g) Maitenes	
h) San Ignacio	
i) Piguchén	
j) Santa Delfina	
k) Copihue	
l) Villaseca	
m) Santa Isabel	

4. Estado civil (encierre la letra que corresponda a su situación):

a) Soltero(a)
b) Casado(a)
c) Separado(a) o Divorciado(a)
d) Viudo(a)

5. Situación de pareja: _____ **Con pareja = 1 ; Sin pareja = 2**

6. Nivel de estudios (encierre la letra que corresponda a su situación):

- a) No sabe leer ni escribir.
- b) Enseñanza básica incompleta
- c) Enseñanza básica completa (egresado(a) de 8vo básico).
- d) Enseñanza media incompleta
- e) Enseñanza media completa (egresado(a) de 4to medio)
- f) Estudios superiores incompletos
- g) Estudios superiores completos

7. Situación laboral actual (encierre la letra que corresponda a su situación):

- a) Trabaja
- b) Retirado / pensionista / incapacitado
- c) Cesante, ha trabajado anteriormente
- d) Cesante, busca primer empleo
- e) Estudiante (que no trabaja)
- f) Dueña(o) de casa

8. En caso de trabajar de manera remunerada, escriba el número de horas de trabajo semanales:

9. Composición de la familia:

- a. ¿Cuántas personas viven su hogar?
- b. ¿Convive la pareja en el domicilio familiar? (Sí = 1; No = 2)
- c. Especifique el número de hijos

10. ¿Participa de algún grupo o actividad social? (junta de vecinos, agrupación religiosa, actividad deportiva, etc.) _____ **Sí = 1 ; No = 2. Ambas = 3. ¿Cuál?** _____

11. ¿Ha sido diagnosticado con alguna de las siguientes enfermedades? (encierre la letra que corresponda a su situación):

- a) Hipertensión Arterial (HTA)
- b) Diabetes Mielitus 2 (DM2)
- c) Dislipidemia **
- d) HTA-DM2
- e) HTA – Dislipidemia
- f) DM2 - Dislipidemia
- g) HTA - DM2 - Dislipidemia
- h) No sabe
- i) Otra enfermedad y/o discapacidad ¿Cuál? _____

Dislipidemias: Colesterol y Triglicéridos altos.

12. ¿Hace cuántos años se le diagnosticó la hipertensión?: _____

13. ¿A usted le han indicado medicamentos para tratar su Hipertensión (pastilla para la presión)?

_____ Sí = 1 ; No = 2.

14. ¿Fuma? _____ Sí = 1 ; No = 2. ; Dejó de fumar = 3 ¿Hace cuánto? _____

15. ¿Cuántas horas diarias duerme aproximadamente? _____

16. ¿Está en conocimiento usted que su enfermedad es de por vida?

- a. **Adaptado** (Acepta que la duración de su tratamiento y cuidado es de por vida)
- b. **No adaptado** (El paciente no acepta que la duración y cuidado es de por vida)
- c. **No lo ha pensado** (no ha pensado, porque no sabía que era de por vida)

Anexo 4.1: Modificaciones Cuestionario Sociodemográfico

- Se realizó la modificación, luego de la revisión de la comisión de la investigación:

Instrumento Inicial	Instrumento Actual
3. Sector de Residencia: _____	3. Sector de residencia (encierre la letra que corresponda a su situación): <div style="border: 1px solid black; padding: 10px;"> <ul style="list-style-type: none"> a) Las Rosas b) Los Robles c) Santa Teresa d) Retiro e) El Lucero f) San Isidro g) Maitenes h) San Ignacio i) Piguchén j) Santa Delfina k) Copihue l) Villaseca m) Santa Isabel </div>

Además le fueron agregadas dos preguntas que durante la prueba piloto se vieron necesarias de hacer:

Pregunta 14.

¿Fuma? _____ **Sí = 1 ; No = 2. ; Dejó de fumar = 3** ¿Hace cuánto? _____

Esta pregunta se decidió agregar para ayudar en la escala de Conductas de Salud de Miller, en la sección 2 de “limitación en el fumar”, pero también en la sección 3 “seguir actividades indicadas”.

Pregunta 16.

a) Adaptado (Acepta que la duración de su tratamiento y cuidado es de por vida)

b) No adaptado (El paciente no acepta que la duración y cuidado es de por vida)

c) No lo ha pensado (no ha pensado, porque no sabía que era de por vida)



ESCALA DE CONDUCTAS EN SALUD DE MILLER
PACIENTES HIPERTENSOS (Parte A)

NOMBRE: _____

INSTRUCCIONES:

Este cuestionario contiene 5 secciones de enunciados que se refieren a recomendaciones que el médico y la enfermera le hicieron en el Cesfam para ayudarlo(a) en el tratamiento de su enfermedad. Estas recomendaciones se relacionan con: la **dieta** prescrita, **limitaciones en el fumar, actividades** a realizar, toma de **medicamentos** indicados, y respuestas frente a situaciones de **estrés** (nerviosísimo o tensión).

En cada enunciado usted tendrá 3 posibilidades de respuesta en las que podrá expresar la forma en que lleva a cabo las recomendaciones que le han dado ya sea en su casa, su trabajo, mientras participa en deportes o actividades recreativas o sociales. Los puntajes van del 1 al 3, donde:

- 1** indica que usted está seguro(a) de no realizar la acción,
- 2** indica que usted cree que la realiza sólo a veces
- 3** refiere a que usted está seguro(a) de realizar la acción.

Si alguna acción de cualquier sección no es aplicable a su situación, no la conteste.

Si alguna acción de cualquier sección no es aplicable a su situación, no la conteste. Será muy útil si usted responde tantos enunciados como sea posible.

GRACIAS

SECCIÓN 1: (ACCIÓN: SEGUIR LA DIETA PRESCRITA)

	NO	A VECES	SÍ
1. Cuando usted está en su casa, ¿usted sigue la dieta que le indicó el médico o la enfermera?			
2. Cuando usted está en su trabajo, ¿usted sigue la dieta que le indicó el médico o la enfermera?			
3. Cuando participa en actividades deportivas o recreativas, ¿usted sigue la dieta que le indicó el médico o la enfermera?			
4. Cuando participa en actividades sociales, ¿usted sigue la dieta que le indicó el médico o la enfermera?			

SI USTED FUMA, RESPONDA POR FAVOR LAS SIGUIENTES PREGUNTAS, DE LO CONTRARIO DEJE EN BLANCO Y PASE A LA SECCIÓN 3

SECCIÓN 2: (ACCIÓN: LIMITACIÓN EN EL FUMAR)

A usted se le indicó dejar de fumar. Desde ese momento hasta ahora, considera usted:

	NO	A VECES	SÍ
1. Cuando usted está en su casa, ¿usted fuma menos cigarrillos?			
2. Cuando usted está en su trabajo, ¿usted fuma menos cigarrillos?			

3. Cuando participa en deportes o actividades recreativas, ¿usted fuma menos cigarrillos?			
4. Cuando participa en actividades sociales, ¿usted fuma menos cigarrillos?			

SECCIÓN 3: (ACCIÓN: SEGUIR ACTIVIDADES INDICADAS)

¿Recuerda usted las indicaciones médicas que le dieron?

SI _____ NO _____

	NO	A VECES	SÍ
1. Cuando usted está en casa, ¿usted realiza las actividades que le indicó el médico o la enfermera?			
2. Cuando usted está en su trabajo, ¿usted realiza las actividades que le indicó el médico o la enfermera?			
3. Cuando participa en deportes o actividades recreativas, ¿usted sigue las actividades que le indicó el médico o la enfermera?			
4. Cuando participa en actividades sociales, ¿usted realiza las actividades que le indicó el médico o la enfermera?			

SI USTED CONSUME MEDICAMENTOS PARA LA PRESIÓN, RESPONDA POR FAVOR LAS SIGUIENTES PREGUNTAS, DE LO CONTRARIO DEJE EN BLANCO Y PASE A LA SECCIÓN 5

SECCIÓN 4: (ACCIÓN: TOMA DE MEDICAMENTOS INDICADOS)

	NO	A VECES	SÍ
1. Cuando usted está en su casa, ¿usted toma los medicamentos que le indicó el médico o la enfermera?			
2. Cuando usted está en su trabajo, ¿usted toma los medicamentos que le indicó el médico o la enfermera?			
3. Cuando participa en deportes o actividades recreativas, ¿usted toma los medicamentos que le indicó el médico o la enfermera?			
4. Cuando participa en actividades sociales, ¿usted toma los medicamentos que le indicó el médico o la enfermera?			

SECCIÓN 5: (ACCIÓN: MODIFICACIÓN DE MIS RESPUESTAS A SITUACIONES DE ESTRÉS)

	NO	A VECES	SÍ
1. Cuando está en su casa, ¿usted puede superar situaciones que le provocan tensión o nerviosismo?			
2. Cuando está en el trabajo, ¿usted puede superar situaciones que le provocan tensión o nerviosismo?			
3. Cuando participa en actividades deportivas o recreacionales, ¿usted puede superar situaciones que le provocan tensión o nerviosismo?			
4. Cuando participa en actividades sociales, ¿usted puede superar situaciones que le provocan tensión o nerviosismo?			

Anexo 5.1: Modificaciones Escala de Salud de Miller

- La primera modificación realizada luego de las pruebas piloto fue agregar un enunciado al comienzo de la escala, con el objetivo de funcionar como recordatorio para los encuestadores:

“Si alguna acción de cualquier sección no es aplicable a su situación, no la conteste”

- En la Sección 1: (ACCIÓN: SEGUIR LA DIETA PRESCRITA) los cambios fueron:

	NO	A VECES	SÍ
1. Cuando usted está en su casa, ¿usted sigue la dieta que le indicó el médico o la enfermera?			
2. Cuando usted está en su trabajo, ¿usted sigue la dieta que le indicó el médico o la enfermera?			
3. Cuando participa en actividades deportivas o recreativas, ¿usted sigue la dieta que le indicó el médico o la enfermera?			
4. Cuando participa en actividades sociales, ¿usted sigue la dieta que le indicó el médico o la enfermera?			

Además fue agregado el siguiente enunciado:

“Si usted fuma, responda por favor las siguientes preguntas, de lo contrario deje en blanco y pase a la sección 3”

En la sección 2: (ACCIÓN: LIMITACIÓN EN EL FUMAR) las modificaciones realizadas fueron:

- Se agrega el siguiente enunciado: “A usted se le indicó dejar de fumar. Desde ese momento hasta ahora, considera usted:”

	NO	A VECES	SÍ
1. Cuando usted está en su casa, ¿usted fuma menos cigarrillos?			
2. Cuando usted está en su trabajo, ¿usted fuma menos cigarrillos?			
3. Cuando participa en deportes o actividades recreativas, ¿usted fuma menos cigarrillos?			
4. Cuando participa en actividades sociales, ¿usted fuma menos cigarrillos?			

- En la sección 3: (ACCIÓN: SEGUIR ACTIVIDADES INDICADAS) las modificaciones fueron:

- ¿Recuerda usted las indicaciones médicas que le dieron? SI _____ NO _____

	NO	A VECES	SÍ
1. Cuando usted está en casa, ¿usted realiza las actividades que le indicó el médico o la enfermera?			
2. Cuando usted está en su trabajo, ¿usted realiza las actividades que le indicó el médico o la enfermera?			
3. Cuando participa en deportes o actividades recreativas, ¿usted sigue las actividades que le indicó el médico o la enfermera?			
4. Cuando participa en actividades sociales, ¿usted realiza las actividades que le indicó el médico o la enfermera?			

“Si usted consume medicamentos para la presión, responda por favor las siguientes preguntas, de lo contrario deje en blanco y pase a la sección 5”

En la sección 4: (ACCIÓN: TOMA DE MEDICAMENTOS INDICADOS) las modificaciones fueron:

	NO	A VECES	SÍ
1. Cuando usted está en su casa, ¿usted toma los medicamentos que le indicó el médico o la enfermera?			
2. Cuando usted está en su trabajo, ¿usted toma los medicamentos que le indicó el médico o la enfermera?			
3. Cuando participa en deportes o actividades recreativas, ¿usted toma los medicamentos que le indicó el médico o la enfermera?			
4. Cuando participa en actividades sociales, ¿usted toma los medicamentos que le indicó el médico o la enfermera?			



Spanish Chronic Disease Self-Efficacy

En las siguientes preguntas nos gustaría saber qué piensa Ud. de sus habilidades para controlar su enfermedad. Por favor marque el número que mejor corresponda a su nivel de seguridad de que puede realizar en este momento las siguientes tareas.

<p>1. ¿Qué tan seguro(a) se siente Ud. de poder evitar que la fatiga o cansancio debido a su enfermedad interfiera con las cosas que quiere hacer?</p>	<p>Muy inseguro(a) 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 Muy seguro(a)</p>
<p>2. ¿Qué tan seguro(a) se siente Ud. de poder evitar que las dolencias debido a su enfermedad interfieran con las cosas que quiere hacer?</p>	<p>Muy inseguro(a) 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 Muy seguro(a)</p>
<p>3. ¿Qué tan seguro(a) se siente Ud. de poder evitar que el estado emocional debido a su enfermedad interfiera con las cosas que quiere hacer?</p>	<p>Muy inseguro(a) 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 Muy seguro(a)</p>
<p>4. ¿Qué tan seguro(a) se siente Ud. de poder evitar que algunos otros síntomas o problemas de salud que tiene interfieran con las cosas que quiere hacer?</p>	<p>Muy inseguro(a) 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 Muy seguro(a)</p>

DASS-21

Piense en la semana pasada.... ¿En qué medida le han pasado estas cosas?

La escala de calificación es la siguiente:

0 = Casi nada 1 = Un poco 2 = Bastante 3 = Mucho

1.	Me costó mucho relajarme	0	1	2	3
2.	Me di cuenta que tenía la boca seca	0	1	2	3
3.	No podía sentir ningún sentimiento positivo	0	1	2	3
4.	Se me hizo difícil respirar.....	0	1	2	3
5.	Se me hizo difícil tomar la iniciativa para hacer cosas	0	1	2	3
6.	Reaccioné exageradamente en ciertas situaciones	0	1	2	3
7.	Sentí que mis manos temblaban	0	1	2	3
8.	Sentí que tenía muchos nervios	0	1	2	3
9.	Estaba preocupado por situaciones en las cuales podía tener pánico o en las que podría hacer el ridículo	0	1	2	3
10.	Sentí que no tenía nada por que vivir	0	1	2	3
11.	Noté que me agitaba	0	1	2	3
12.	Se me hizo difícil relajarme	0	1	2	3
13.	Me sentí triste y deprimido	0	1	2	3
14.	No toleré nada que me impidiera seguir con lo que estaba haciendo..	0	1	2	3
15.	Sentí que estaba al punto de pánico	0	1	2	3
16.	No me pude entusiasmar por nada.....	0	1	2	3
17.	Sentí que valía muy poco como persona	0	1	2	3
18.	Sentí que estaba muy irritable	0	1	2	3

- | | | | | |
|--|---|---|---|---|
| 19. Sentí los latidos de mi corazón a pesar de no haber hecho ningún esfuerzo físico.... | 0 | 1 | 2 | 3 |
| 20. Tuve miedo sin razón | 0 | 1 | 2 | 3 |
| 21. Sentí que la vida no tenia ningún sentido | 0 | 1 | 2 | 3 |



Anexo 7.1: Modificaciones DASS-21

Instrumento Original	Instrumento Modificado
<p>Por favor lea las siguientes afirmaciones y coloque un círculo alrededor de un número (0, 1, 2, 3) que indica cuánto esta afirmación le aplicó a usted <u>durante la semana pasada</u>. No hay respuestas correctas o incorrectas. No tome demasiado tiempo para contestar.</p>	<p>Piense en la semana pasada... ¿En qué medida le han pasado estas cosas?</p>
<p><i>La escala de calificación es la siguiente:</i></p> <p>0 = No me aplicó</p> <p>1 = Me aplicó un poco, o durante parte del tiempo</p> <p>2 = Me aplicó bastante, o durante una buena parte del tiempo</p> <p>3 = Me aplicó mucho, o la mayor parte del tiempo</p>	<p><i>La escala de calificación es la siguiente:</i></p> <p>0 = Casi nada</p> <p>1 = Un poco</p> <p>2 = Bastante</p> <p>3 = Mucho</p>
<p>14. <i>No toleré nada que no me permitiera continuar con lo que estaba haciendo</i></p>	<p>14. <i>No toleré nada que me impidiera seguir con lo que estaba haciendo...</i></p>