



**UNIVERSIDAD DEL BÍO-BÍO**

FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD Y DE LOS ALIMENTOS  
ESCUELA DE ENFERMERÍA

**ADHERENCIA DE USUARIOS HIPERTENSOS A CONTROLES DEL  
PROGRAMA DE SALUD CARDIOVASCULAR RELACIONADA CON LA  
SATISFACCION USUARIA EN EL CENTRO DE SALUD FAMILIAR LOS  
VOLCANES, CHILLAN, 2011**

AUTORES:

Daniela Fuentealba Guzmán

Natalia Fuentes Guerrero

Nelson Valdés Anabalón

Carolina Villa Labrín

DOCENTE GUÍA:

EU. Mg. Pamela Montoya Cáceres.

TESIS PARA OPTAR AL GRADO DE LICENCIADO EN ENFERMERÍA

CHILLÁN – CHILE

2011

## **AGRADECIMIENTOS**

Los autores de la tesis agradecemos a:

Nuestra docente guía Pamela Montoya por su apoyo.

Funcionarios del CESFAM Los Volcanes por su disposición a ayudarnos.

Todos los usuarios que accedieron a colaborar en ésta investigación.

A nuestras familias por el apoyo y comprensión entregados durante los meses en que se llevó a cabo esta investigación.

## DEDICATORIA

Gracias a Dios por darme la gracia necesaria para realizar esta labor, como también a mis padres que han sido el pilar fundamental en esta vida, además a los colaboradores que nos encontramos en el camino y que permanecen en el permanente anonimato, solo decir muchas gracias.

Nelson

Gracias a mi familia por su apoyo, en especial a mi mamá por su cariño, apoyo, consejos y fortaleza para afrontar las circunstancias difíciles.

Carolina

Agradecer a mi madre quien no solo siempre me ha brindado su apoyo durante mi carrera, sino que me ha inspirado a ser una buena profesional como ella lo es.

Daniela

Mi tesis la dedico con todo mi amor y cariño.

A ti Dios que me diste la oportunidad de vivir y de regalarme una familia y amigos maravillosos. A mi madre que desde siempre hizo todo cuanto estuvo a su alcance para sacarnos adelante, a mi hermano que a pesar de todo lo que hemos vivido siempre ha sido mi apoyo fundamental e incondicional y a mis amigos que de una u otra forma siempre están ahí.

Natalia

## RESUMEN

Estudio de diseño descriptivo, correlacional de corte transversal cuyo propósito fue determinar si influye la satisfacción usuaria en la adherencia a control en los usuarios hipertensos del centro de salud familiar (CESFAM) Los Volcanes, en la comuna de Chillán 2011.

El universo estuvo constituido por 1320 hipertensos puros entre 20 a 64 años de edad, inscritos en el Programa de Salud Cardiovascular (PSCV) que se atienden en el CESFAM Los Volcanes.

En la recolección de datos se utilizó un cuestionario que contó con dos partes. La primera es una modificación que hicieron los investigadores del cuestionario hecho por Figueroa et al agregándose la escala ESOMAR de nivel socioeconómico; la segunda parte consta de una escala de satisfacción de los pacientes (CECSS).

Para garantizar la calidad de los datos recolectados el instrumento fue sometido a prueba piloto en el CESFAM Violeta Parra.

Para el análisis de los datos se construyó una base de datos en el programa Microsoft Excel para luego analizarlos en el programa estadístico SPSS versión 17. Los resultados obtenidos demostraron que la adherencia se relaciona directamente con la satisfacción. Por lo tanto, a la luz de los resultados obtenidos se considera necesario realizar un estudio con una mayor muestra y así obtener una apreciación más global de los hechos y los factores que afectan a la adhesión a controles.

**Palabras claves:** Adherencia, Satisfacción usuaria, Hipertensos, PSCV, control.

## **ABSTRACT**

Study design was descriptive, correlational cross-section whose purpose was to determine whether user satisfaction influences in her adherence to hypertension control among users of family health center (CESFAM) Volcanoes in the town of Chillán 2011.

The universe consisted of 1320 hypertensive pure 20 to 64 years old, enrolled in the Cardiovascular Health Program to serve in the Family Health Centers Volcanoes of the town of Chillán.

The data collection used a questionnaire which had two parts first is a modification made by the researchers of the questionnaire made by Figueroa et al and the scale of socioeconomic status ESOMAR, the second part consists of a patient satisfaction scale .

To ensure the quality of the collected data the instrument was pilot tested in CESFAM Violeta Parra.

For the analysis of data is a database built in Microsoft Excel and then analyzed in SPSS. The results showed that adherence is directly related to satisfaction. So in light of the results is considered necessary to conduct a study to increase sample for a more global appreciation of the facts and factors affecting adherence to controls.

**Keywords:** compliance, users satisfaction, hypertension, CVHP, control.

## INDICE

I. INTRODUCCION .....	1
1.1 PRESENTACIÓN Y FUNDAMENTACIÓN DEL PROBLEMA.....	3
1.2 PROBLEMATIZACIÓN .....	5
1.3 MARCO TEÓRICO .....	6
1.4PROPÓSITO DE LA INVESTIGACIÓN .....	23
1.5OBJETIVOS GENERALES Y ESPECÍFICOS .....	23
1.6HIPÓTESIS.....	25
1.7 LISTADO DE VARIABLES.....	26
II. METOLOGIA DE LA INVESTIGACION .....	27
2.1 TIPO DE DISEÑO.....	27
2.2 UNIVERSO Y MUESTRA .....	27
2.3UNIDAD DE ANÁLISIS .....	27
2.4 ASPECTOS ÉTICOS .....	28
2.5 PROCEDIMIENTO PARA LA RECOLECCIÓN DE LOS DATOS .....	28
2.6 DESCRIPCIÓN DEL INSTRUMENTO RECOLECTOR.....	28
2.7 PRUEBA PILOTO .....	30
2.8 PROCESAMIENTO DE LOS DATOS .....	30
III. ANALISIS .....	31
3.1 ANÁLISIS DE RESULTADOS.....	31
3.2 DISCUSION .....	51
IV. CONCLUSIONES, SUGERENCIAS Y LIMITACIONES .....	56
V. BIBLIOGRAFIA.....	59
VI. ANEXOS.....	

## I. INTRODUCCION

La presente investigación tiene como punto de partida el incremento sostenido de las enfermedades crónicas no transmisibles, pues, de acuerdo a la Organización Mundial de la Salud (OMS), éstas son causantes, aproximadamente, de 1,7 millones de defunciones anualmente <sup>(2)</sup>. Según la Organización Panamericana de Salud (OPS), para el 2015, se espera que las muertes debido a enfermedades crónicas no transmisibles, aumenten en un 17% <sup>(50)</sup>.

Dentro de las enfermedades crónicas no transmisibles, la de mayor prevalencia es la hipertensión arterial. A nivel mundial, un 15% de la población, está diagnosticada como pre hipertensa, un billón de personas son hipertensas, de los cuales, un 70% vive en países en vías de desarrollo <sup>(3)</sup> y cerca del 30% de la población mundial, se cree que padece esta enfermedad pero por diferentes motivos no están diagnosticados o presentan diagnósticos inconclusos <sup>(13)</sup>.

En Latinoamérica, a niveles gubernamentales, se han tomado medidas con el fin de ejecutar nuevas políticas de salud, para brindar una atención adecuada y oportuna a quienes presentan patologías cardiovasculares.

Siguiendo el modelo latinoamericano, Chile ha incorporado variadas estrategias, destacándose el Programa de Salud Cardiovascular (PSCV) en la atención primaria, que tiene como objetivo principal el reducir la morbilidad y la mortalidad por enfermedades cardiovasculares mediante la prevención y tratamiento oportuno y efectivo de los pacientes con factores de riesgo cardiovascular y/o con enfermedades cardiovasculares que se controlan en atención primaria <sup>(49)</sup>.

El MINSAL, establece que la meta sanitaria de cobertura nacional para los hipertensos inscritos a un determinado Centro de Salud Familiar (CESFAM) con edades iguales o superiores a los 15 años, es de un 65%. En el servicio de salud Ñuble, la meta sanitaria tiene una cobertura para los hipertensos que varía entre el 65% en el CESFAM Los Volcanes y un 57% del CESFAM de Portezuelo <sup>(4)</sup>.

Sin embargo, las metas sanitarias pueden no llegar a cumplirse, lo que impacta negativamente en la salud del usuario. La causa de ello, de acuerdo a estudios previos de Rojas Jaime, 2003 es la insatisfacción de los usuarios, que lleva a que los usuarios no busquen atención, no acudan a sus citas, no sigan las indicaciones médicas <sup>(14)</sup>.

Considerando estos antecedentes, por medio de la presente investigación se busca conocer si la satisfacción usuaria influye en la adherencia a controles de salud de hipertensos beneficiarios del PSCV del CESFAM Los Volcanes, año 2011.

## 1.1 PRESENTACIÓN Y FUNDAMENTACIÓN DEL PROBLEMA

La OMS estima que el año 2015 morirán cerca de 20 millones de personas a causa de las enfermedades crónicas no transmisibles, en especial las relacionadas con el sistema cardiovascular <sup>(5)</sup>.

En Chile, el 29% de la población fallece por enfermedades del sistema circulatorio, ahí radica la importancia de la adherencia al PSCV por parte de los usuarios hipertensos <sup>(6)</sup>. Es así como en Chile durante Julio 2005- Julio 2006 se implementó el régimen de Garantías Explícitas en Salud (GES) incorporando la hipertensión arterial esencial o primaria, dentro de las primeras patologías crónicas no trasmisibles <sup>(7)</sup>, lo anterior, considerando la importancia clínica y el alto impacto biopsicosocial que presentan sus complicaciones <sup>(8)</sup>.

Entre las tareas actuales, se destaca la prevención y educación para evitar la descompensación y aumentar el conocimiento por parte de los usuarios hipertensos, sin olvidar la continua detección de nuevos diagnósticos. Por otra parte, la salud se debe fomentar a través de mejoras en el acceso al tratamiento y difusión de los programas comunitarios <sup>(9)</sup>.

En Chile, de acuerdo a la encuesta CASEN 2006 el 76,9% de la población se atendió en el sistema de salud público, abordándose principalmente los estratos de menores ingresos, asimismo, se observó que el 73,7% de la población de menores ingresos, correspondiente al 60% del total del país, fueron beneficiarios del sistema público de salud <sup>(10)</sup>.

En la provincia de Ñuble, los registros de defunciones fueron 2.945 en el año 2008, donde las causas de muerte por enfermedades del sistema cardiovascular y tumores representaron el 44% del total. De este porcentaje el 23% de las muertes en la provincia fueron consecuencia de alguna enfermedad del sistema cardiovascular, constituyéndose así la principal causa de fallecimiento de sus habitantes <sup>(11)</sup>.

Esta investigación se realizará en el CESFAM Los Volcanes, por ser uno de los establecimientos de salud municipal con mayor número de usuarios inscritos.

## **IMPORTANCIA PARA LA ENFERMERIA**

La importancia del problema del incumplimiento de la asistencia a controles por parte de los usuarios hipertensos se hace indiscutible si se analizan las repercusiones que éste tiene desde el punto de vista clínico, médico, económico y psicosocial.

Conocer y fomentar la adherencia a los controles del PSCV por parte de los usuarios es tarea primordial del equipo de salud que prestan sus servicios sanitarios en dicho programa, es así como el profesional de enfermería cumple un rol fundamental en detectar los factores que influyen en los usuarios para la correcta asistencia.

Realizar un estudio investigativo que dé cuenta de los factores que influyen en los usuarios al momento de ausentarse a los controles, da la oportunidad de modificarlos y así disminuir la tasa de falla a ellos.

Por otro lado, conocer la percepción de satisfacción de los usuarios en cuanto al profesional de enfermería es importante, porque se identifican las fortalezas, las cuales se refuerzan; y las debilidades, tratar de disminuirlas.

## **PROBLEMA**

¿Existe relación entre la adherencia de los usuarios hipertensos al control del programa de salud cardiovascular del CESFAM Los Volcanes y la satisfacción usuaria?

### **1.2 PROBLEMATIZACIÓN**

- ¿Influye el tiempo de espera en la adherencia de los usuarios hipertensos al control del PSCV?
- ¿Existe relación entre la constitución familiar y la adherencia de los usuarios hipertensos al control del PSCV?
- ¿Influirá la edad en la adherencia de los usuarios hipertensos al control del PSCV?
- ¿Existirá relación del estado civil en la adherencia de los usuarios hipertensos al control del PSCV?
- ¿Influirá el nivel de educacional en la adherencia de los usuarios hipertensos al control del PSCV?
- ¿Se relacionará el nivel socioeconómico con la adherencia de los usuarios hipertensos al control del PSCV?
- ¿Influirá el sexo en la adherencia de los usuarios hipertensos al control del PSCV?
- ¿Afectará la condición laboral en la adherencia de los usuarios Hipertensos al control del PSCV?
- ¿Afectará la distancia del hogar al CESFAM los Volcanes en la adherencia de los usuarios hipertensos al control del PSCV?

### 1.3 MARCO TEÓRICO

La hipertensión arterial, se define como “presión arterial sistólica mayor a 140 mmHg. y una diastólica mayor de 90 mmHg. por un tiempo prolongado” <sup>(52)</sup>.

La hipertensión primaria es la que presenta una mayor incidencia, así, en Estados Unidos, un 90 a 95% de los hipertensos, eran hipertensos primarios <sup>(28)</sup>.

En la hipertensión primaria, no es posible determinar la causa de ella, se plantea que se debe a múltiples factores entre los que se encuentran: ingesta excesiva de sodio, estrés que lleva a una actividad excesiva del sistema nervioso simpático, aumentando la contractilidad cardíaca, alteraciones genéticas, obesidad, factores endoteliales <sup>(28)</sup>.

La hipertensión secundaria, se presenta principalmente en menores de 30 años o mayores de 5 y se puede deber a enfermedad renal crónica, hipertensión reno-vascular, coartación de la aorta, hiperaldosteronismo primario, síndrome de Cushing, feocromocitoma <sup>(52)</sup>.

En forma general, la hipertensión es asintomática hasta que se desarrollan complicaciones en los órganos diana. En el caso de hipertensión arterial no complicada no se produce: vértigo, rubor facial, cefalea, fatiga, epistaxis. La hipertensión arterial grave, referente a los casos de urgencia de la hipertensión arterial, puede causar síntomas cardiovasculares, neurológicos, renales y retinianos graves <sup>(56)</sup>. Debido a que la hipertensión causa una mayor resistencia cardíaca a la sangre, este responde aumentando su masa muscular (hipertrofia ventricular izquierda) para hacer frente a ese sobreesfuerzo. Este incremento de la masa muscular acaba siendo perjudicial, porque no viene acompañado de un aumento equivalente del riego sanguíneo y puede producir insuficiencia cardíaca, aneurisma lo que puede llevar a la muerte <sup>(45)</sup>.

A nivel mundial, la hipertensión arterial es reconocida como un importante problema de salud pública, afecta aproximadamente a 1.500 millones de personas, representando de un 20% a un 30% de la población adulta del mundo <sup>(15)</sup>.

Según una investigación publicada en *Therapeutic Advances in Cardiovascular Disease*, el problema podría ser muy grave si no se toman medidas inmediatas, pues cada año mueren cerca de 18 millones de personas a causa de enfermedades cardiovasculares (8 millones atribuidas a la hipertensión), 80% de estas muertes ocurre en países en desarrollo. Prevén que en Latinoamérica, para el 2020, las tasas de mortalidad por enfermedades cardiovasculares aumentará aproximadamente un 145%, por lo que se observará una aceleración en la transición demográfica y epidemiológica determinada por el envejecimiento poblacional y la epidemia de enfermedades crónicas, liderada por la enfermedad cardiovascular <sup>(26)</sup>.

De la encuesta nacional de salud del año 2009-2010 realizada por el MINSAL, se obtiene que, del total de la población de hipertensos el 51,1% posee baja educación, la población con mayor número de casos es el grupo etario entre 44 y 64 años con una prevalencia del 44%, en que el 65,05% de los usuarios tiene conocimiento de su enfermedad, el 37,26% se encuentra en tratamiento y el 16,49% asiste a controles de salud <sup>(17)</sup>.

En cuanto a la tasa de defunciones por enfermedades cardiovasculares, la Octava región del Bío-Bío, ocupa el segundo lugar nacional en defunciones, correspondiendo a un 29% del total de las muertes ocurridas en el año 2008 <sup>(17)</sup>.

En Chile, la diabetes, dislipidemia e hipertensión se encuentran incluidas en el PSCV, que fue establecido en el año 2002. Los usuarios pertenecientes a éste programa, reciben atención en forma gratuita, oportuna, bajo un enfoque familiar de salud.

Con respecto a la atención, en Chile, la hipertensión arterial primaria, se encuentra dentro de las patologías beneficiarias de las Garantías Explícitas en Salud (GES). Que establece garantías de acceso, oportunidad y financiamiento <sup>(47)</sup>.

El acceso garantiza que todo beneficiario de 15 años y más, con sospecha, tendrá acceso a confirmación diagnóstica, tratamiento y monitoreo continuo de la presión arterial según indicación médica <sup>(47)</sup>.

En oportunidad, se considera: confirmación diagnóstica y tratamiento. La confirmación diagnóstica debe ser dentro de 45 días desde la primera consulta con presión arterial mayor o igual a 140/90mmhg. Para la confirmación del diagnóstico, se debe realizar:

- Control de enfermería que comprende anamnesis, examen físico que incluye medición de peso, estatura y circunferencia de cintura.
- Exámenes básicos de laboratorio: hematocrito, creatinina plasmática, examen completo de orina, glicemia, uricemia, perfil lipídico, potasio plasmático.
- ECG obligatorio en personas > 50 años o en pacientes con antecedentes personales de enfermedad cardiovascular, independiente de la edad y/o en hipertensos en etapas 2 y 3.
- Control por médico con exámenes.
- Consulta Especialidad sospecha de HTA secundaria, refractariedad verdadera al tratamiento.

Posterior al diagnóstico de la patología, se debe clasificar, considerando los factores de riesgo mayores modificables y no modificables <sup>(46)</sup>.

El tratamiento debe iniciarse dentro de 24 horas desde la confirmación diagnóstica y atención con especialista: dentro de 90 días desde la derivación, según indicación médica <sup>(47)</sup>.

El MINSAL, en sus normas sanitarias del 2011, establece que, se debe lograr la reducción de las enfermedades prevenibles a través del manejo de los factores de riesgo y del control del 65% de los hipertensos de 20 años y más <sup>(18)</sup>.

La adherencia terapéutica, en el año 2001 fue definida por la OMS como “el grado en que el paciente sigue las instrucciones médicas”, pero debido a que en esta definición se dejan de lado las intervenciones no médicas, se modifica, incorporando conceptos de Haunes y Rando, quedando 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 de un prestador de asistencia sanitaria” <sup>(19)</sup>. Por otro lado, la no

adherencia terapéutica se define como “falla en el cumplimiento de instrucciones terapéuticas, ya sea de forma voluntaria o inadvertida” <sup>(51)</sup>.

Martín, en el año 2009 en su investigación “Adherencia Al Tratamiento En Hipertensos De Áreas De Salud Del Nivel Primario”, considera que la adherencia es parte del comportamiento humano, implicado en la salud y expresión de la responsabilidad de los individuos con el cuidado y mantenimiento de la misma, por lo que permite enfatizar el papel activo del paciente en el proceso de ejecución de las indicaciones dadas por el equipo de salud, todo esto debe conducir a lograr mejores niveles de adherencia <sup>(21)</sup>.

Los factores que determinan una baja adhesión al tratamiento son múltiples, pues varían de paciente en paciente e incluso, en el mismo paciente de acuerdo a las circunstancias. Sepúlveda, 2007 <sup>(51)</sup> clasificó los factores que pueden influir positiva o negativamente en la adherencia al tratamiento. Estos son:

1. Factores personales: edad, sexo, nivel socioeconómico, escolaridad, estado civil, situación laboral, creencias, percepciones y expectativas del paciente, gravedad percibida en cuanto a las posibles consecuencias de una enfermedad, deterioro sensorial, deterioro cognitivo y estados alterados del ánimo, percepción de los síntomas, entre otros <sup>(51)</sup>.

En cuanto al nivel socioeconómico, la OMS, señala que este no es una variable consistente en la relación con la adherencia <sup>(58)</sup>.

2. Servicios de salud: organización de los servicios de salud y distancia al centro de salud.

Sepúlveda, 2007, señala que las políticas de atención pueden afectar negativamente en cuanto a la adhesión a las consultas debido a que las empresas prestadoras de servicios de salud, buscan aumentar la cobertura de los servicios a costa de los gastos, lo que pudiera influir en la adherencia de los pacientes <sup>(51)</sup>. Pero Martín, señala que las políticas públicas y la tecnología, no afectan directamente a la adherencia, ya que según el análisis realizado por la OMS “en los países desarrollados la adherencia terapéutica en pacientes que padecen enfermedades crónicas es sólo el 50 % y se supone que esta deficiencia sea aún

mayor en países en desarrollo dada la escasez de recursos y las inequidades en el acceso a la atención sanitaria”<sup>(21)</sup>.

3. Relación entre el paciente y el profesional de la salud: confianza, continuidad, accesibilidad, flexibilidad y confidencialidad son factores que influyen favorablemente.

4. Régimen terapéutico: en el caso de no adherencia al medicamento, las situaciones más frecuentes son: no iniciar la toma del medicamento, no tomarlo de acuerdo con las instrucciones, omitir una o más dosis, duplicar la dosis (sobredosis), suspender prematuramente el tratamiento, tomar la dosis a una hora equivocada, tomar medicamentos por sugerencia de personal no médico, tomar el medicamento con bebidas o alimentos prohibidos o con otros medicamentos (contraindicados, vencidos o guardados en lugares no apropiados), costos.

Si un paciente no cumple con las indicaciones médicas es imposible estimar el efecto del tratamiento, lo que a su vez puede contribuir a prolongar la terapia y perpetuar enfermedades o problemas de salud e incluso conducir a la muerte. El no cumplimiento, pudiera explicarse, porque cuando un tratamiento genera cambios en los hábitos de vida e invade diversas áreas (laboral, social, familiar), se tiende a no sentir la necesidad de seguir un tratamiento o recomenzarlo, sobre todo porque los pacientes con enfermedades crónicas, generalmente no presentan síntomas, incluso, los pacientes más adherentes, tienden a descansar del tratamiento durante intervalos variables de tiempo. En el caso de la hipertensión arterial, este fenómeno ocurre en el 40% de los casos, con una tasa de abandono entre el 25 a 50%<sup>(51)</sup>.

5. Apoyo social: contiene tres aspectos principales: el afectivo (reconocimiento, aceptación, estimulación.), el apoyo instrumental (recibir dinero o ayuda para realizar una actividad o resolver una situación) y la información (recibir instrucciones, información pertinente para resolver una situación).

6. Motivación: teóricamente, un individuo con alta motivación se involucra en su propia salud, cambios en el estilo de vida y búsqueda de información en asuntos relacionados con su enfermedad.

7. Estado de ánimo: el estado de ánimo del paciente se puede ver afectado cuando desconoce el manejo de su enfermedad, por lo que manifiesta poco interés por lo que lo rodea.

Ayuso D, y Grande R., 2006, señalan que la adherencia se asocia significativamente a la atención recibida de los profesionales de la salud, siendo cinco veces más probable que no se adhieran al tratamiento las personas insatisfechas con la atención que las que sí lo están <sup>(20)</sup>.

En términos generales, el comportamiento del paciente frente al régimen terapéutico depende de la importancia que éste conceda a sus síntomas y a su enfermedad, de la fe que tenga en la eficacia y seguridad del tratamiento y de la confianza que deposite en el profesional de la salud y en sus consejos, así en Estados Unidos, las pérdidas anuales causadas por la baja adhesión a los tratamientos médicos ascienden a cien mil millones de dólares cada año, representados en gastos del sistema de salud y en lo que se deja de producir por parte de las personas enfermas. De esto, 25 mil millones son para pagar atención no hospitalaria de complicaciones que se hubieran podido evitar si se hubiera cumplido adecuadamente el tratamiento prescrito <sup>(51)</sup>.

La OMS, indica que “la adherencia deficiente a los tratamientos a largo plazo compromete gravemente la efectividad del tratamiento, de manera que es un tema fundamental para la salud de la población desde la perspectiva de calidad de vida y economía de la salud. Las intervenciones encaminadas a mejorar la adherencia terapéutica proporcionarían un considerable rendimiento de la inversión mediante la prevención primaria (de factores de riesgo) y la prevención secundaria (de los resultados de salud adversos)” <sup>(23)</sup>.

La ONU en el 2004, señala que para mejorar la adherencia terapéutica, se debe considerar cinco dimensiones interactuantes, estas son: factores relacionados con el sistema o el equipo de asistencia sanitaria, factores socioeconómicos, factores relacionados con el tratamiento, factores relacionados con el paciente y factores relacionados con la enfermedad. En los factores

socioeconómicos, se encuentra la lejanía al centro de salud la que ha demostrado ser una barrera significativa en la adherencia terapéutica.

Con respecto a los factores relacionados con el paciente, se encuentra que la edad, el sexo, la educación, la ocupación, los ingresos, el estado civil no se han asociado definitivamente con la adherencia <sup>(48)</sup>.

La falta de adherencia a controles, es considerada por Sepúlveda, 2007<sup>(51)</sup> como una de las formas más comunes y graves de la falta adherencia.

Para enfermería, la adherencia es un tema relevante, considerándose que uno de los roles de los profesionales de la salud es garantizar la adhesión a la terapia por lo que es considerado un problema de salud pública, de naturaleza compleja, subjetiva, multidimensional <sup>(21)</sup>. Por lo que para enfermería, el trabajar con usuarios crónicos, constituye un reto, pues a menudo ellos actúan o reaccionan en formas bastante diferentes a las que el equipo médico suele considerar aceptable <sup>(28)</sup>.

En el intento de buscar, explicar y describir estos fenómenos se asociará a una teoría de enfermería <sup>(53)</sup>.

De acuerdo al enfoque holístico de la atención en salud, se trata a la persona como un sistema compuesto por los subsistemas biológico, psicológico y social <sup>(24)</sup>. La teoría de Betty Neumann, precisamente, considera el enfoque holístico del paciente, pues para ella, los sistemas clientes son únicos y cada uno de ellos está compuesto por factores comunes conocidos o con características innatas que interacciona entre los factores fisiológicos, psicológicos, sociocultural, de desarrollo y espiritual por lo que el cliente cambia o se mueve constantemente interaccionando con el entorno. Según Neumann, la salud es un movimiento continuo, dinámico y sujeto a un cambio constante que va del bienestar a la enfermedad. Cuando hay bienestar o estabilidad óptimos, indica que las necesidades totales del sistema están satisfechas. Un estado reducido de bienestar es el resultado de las necesidades del sistema no satisfechas <sup>(54)</sup>.

En la teoría de sistemas, las acciones o intervenciones son las que ayudan a que el cliente mantenga la estabilidad del sistema o la consiga. Pueden

producirse antes o después de que las líneas de defensa sean superadas por lo que lo recomendable es que la intervención se inicie cuando se sospeche de la existencia de un elemento estresante o éste ya ha sido identificado. Las intervenciones se basan en el grado real de reacción, recursos, objetivos y el resultado previo. Neuman considera tres niveles de intervención que son el primario, secundario y terciario. La prevención secundaria es el conjunto de intervenciones o de tratamientos iniciados después de que se manifiesten los síntomas de estrés. Tanto los recursos internos como externos del cliente se utilizan para estabilizar el sistema con la intención de reforzar las líneas internas de resistencia, reducir la reacción y aumentar los factores de resistencia <sup>(54)</sup>.

\*Ver Anexo 5.

## **MARCO EMPÍRICO**

Diversos estudios se han realizado abordando el tema de la adherencia en pacientes hipertensos.

La Organización de las Naciones Unidas para la Agricultura y la Alimentación (FAO), señala que la buena adherencia se ha asociado con mejor control de la presión arterial y reducción de las complicaciones de la hipertensión. Así, en un estudio de cohorte, en que participaron 400 usuarios ambulatorios urbanos pobres, se les intervino durante 5 años. Como consecuencia, se produjo una mejora en la adherencia, que se asoció con mejor control de la presión arterial y reducción significativa (53,2% menos) de las tasas de mortalidad relacionadas con la hipertensión. En otro estudio, se detectó que los pacientes que no se adhirieron al tratamiento tenían 4,5 veces más probabilidad de tener complicaciones de la cardiopatía coronaria que quienes lo hicieron. Sin embargo, no es seguro que esta mayor tasa de complicaciones se haya relacionado directamente con la adherencia deficiente a la medicación antihipertensora. El bajo nivel socioeconómico, el analfabetismo y el desempleo son factores de riesgo importantes de adherencia deficiente. Otros factores relevantes relacionados con el paciente pueden incluir la comprensión y la aceptación de la enfermedad, la percepción del riesgo para la salud relacionado con la enfermedad, la conciencia

sobre los costos y los beneficios del tratamiento, la participación activa en el monitoreo y la toma de decisiones en relación con el tratamiento de la enfermedad<sup>(48)</sup>.

Menéndez Villalva “et al”, 2004, España. Realizaron un estudio observacional, transversal en un centro de salud docente de ámbito semiurbano, con una muestra de 236 usuarios hipertensos incluidos en el programa de control y seguimiento de la hipertensión arterial del Centro de Salud Mariñamansa.

El estudio tuvo como finalidad de determinar la influencia de variables sociales en el cumplimiento terapéutico de la hipertensión arterial, donde se estudiaron variables clínicas, sociofamiliares y variables de cumplimiento del tratamiento. En cuanto al tipo de familia, la muestra poblacional manifestó pertenecer en un 64,3% a una familia nuclear y un 35,7% a otros tipos de familia. Se observó que, los usuarios pertenecientes a familias nucleares presentaron un 93,2% de adherencia al tratamiento farmacológico de la hipertensión arterial con un 6,8% de no adherencia y los pertenecientes a otros tipos de familia presentaron un 82,5% de adherencia al tratamiento y un 17,5% de no adherencia. Con respecto al estado civil, los usuarios en estudio, manifestaron ser mayormente casados con un 64,8%, seguido de viudos 27,1%, solteros 6,8% y separados un 1,3% . La escolaridad estuvo representada mayormente en la muestra por usuarios con educación primaria en un 73,3%, seguidos por bachiller 13,4%, graduados 11,4%, analfabetos 8,9% y diplomados un 3%. Ninguna de estas dos últimas variables resultó significativa con respecto al cumplimiento terapéutico de la hipertensión arterial<sup>(12)</sup>.

En España, en el año 2006, J. Schmidt Río-Valle; et al, realiza un estudio cualitativo descriptivo sobre la adherencia terapéutica en que participaron hipertensos pertenecientes al programa de crónicos hacía cinco años en un centro de salud, la muestra estuvo constituida por veinte pacientes, valorándose la adherencia terapéutica mediante el test de Morinsk y Green. En cuanto a los resultados obtenidos, en la mayoría de los pacientes el incumplimiento farmacológico se debe a olvidos o porque se infravalora la enfermedad; en el caso

de las medidas higiénico-dietéticas no se llevan a cabo por desmotivación o por un cierto conflicto entre las indicaciones y el estilo de vida. El análisis de las circunstancias personales, de las creencias y actitudes de los pacientes demostraron que tenían grandes dificultades para perder peso y las relaciones sociales las llevaban a cabo comiendo y bebiendo <sup>(40)</sup>.

Concluyen que los funcionarios de la salud deben proporcionar información adecuada acerca de los efectos secundarios, interacciones medicamentosas, beneficios derivados de los fármacos antihipertensivos, también deben informar sobre la naturaleza de la hipertensión arterial de un modo efectivo y repetitivo puesto que se olvida hasta el 100% de la información recibida. En el caso de las medidas higiénico- dietéticas no se llevan a cabo el cumplimiento por parte de los pacientes por desmotivación o conflicto entre las indicaciones sanitarias y el estilo de vida. Por lo que aconsejan llegar a un acuerdo entre pacientes y profesionales de salud para establecer el tratamiento, las medidas más adecuadas, el modo de llevarlo a cabo y potenciar la educación sanitaria <sup>(40)</sup>.

En el año 2006, en Colombia, se realiza por Orozco Astrid, un estudio con el fin de determinar los factores que influyen en la adherencia a tratamientos farmacológicos y no farmacológicos. Se trata de un estudio descriptivo- cualitativo, de corte transversal, en que la muestra estuvo constituida por 276 pacientes obtenidos a través de un muestreo aleatorio simple, en que el 68% correspondió al sexo femenino y el 32% al masculino, el rango etáreo se encontró entre los 35 y los 106 años. Un 48% de la muestra se desempeña como dueña de casa, seguido por un 32% de trabajadores activos. Se empleó un instrumento validado y se procesó en el programa SPSS <sup>(55)</sup>.

En este estudio, se encontró que el 98% de los participantes se encuentran sin riesgo de no adherencia y un 2% con un riesgo moderado, por lo que para los autores de la investigación constituyó un grupo con clase funcional buena, comprometido con el cuidado de su salud y adherido al tratamiento farmacológico y las recomendaciones dadas por el personal de la salud, también es interpretado

como un sistema de atención que promueve comportamientos positivos que facilitan la adherencia al tratamiento <sup>(55)</sup>.

Con respecto al apoyo familiar para cumplir con el tratamiento, un 95% manifestó tenerlo, un 89% expresó que se encuentra en contacto con grupos que le sirven de ejemplo para cuidarse, por que en general, las personas que se sienten aisladas de los demás tienden a no ser cumplidoras, mientras que aquellas que disfrutan de relaciones personales cercanas están más dispuestas a seguir con el tratamiento prescrito <sup>(55)</sup>.

Sobre la asistencia a los controles, el 98% de los participantes siempre han tenido conocimiento respecto a las citas de control y expresan que el tratamiento ha sido beneficioso. Un 95% expresó que recibe enseñanzas con palabras sencillas por parte del médico y enfermeras; un 94% consideró que el trato que reciben del personal de salud lo animan a volver a los controles, y el 88% expresó que consigue los medicamentos a través del carnet. En cuanto a la distancia hogar- lugar de atención un 75% expresó que no ha sido impedimento para asistir a las citas <sup>(55)</sup>.

Con el fin de analizar el impacto sobre la adherencia de las creencias de los síntomas relacionados con el aumento de la presión arterial. Se realizó en el año 2007 en España, un estudio por Granados “et al” de corte analítico-transversal, con una muestra de 163 pacientes hipertensos bajo tratamiento farmacológico, en que un 69% eran mujeres y un 31% hombres, con un rango etáreo entre los 20 a 65 años, excluyéndose a quienes presentaban otro trastorno. Para la recolección de los datos, se empleó el cuestionario de creencias de hipertensión arterial <sup>(44)</sup>. Como resultados de la investigación se descubrió que un 21% de los pacientes no informaron mantener creencias sobre síntomas relacionados con la presión arterial y un 78% mantiene creencias acerca de los síntomas que se asocian a la presión arterial. Con respecto a la adherencia, un 49% falla en la adherencia, debido a abandonos voluntarios de la medicación que ocurre en un 77% de los casos. Las razones que tuvieron los pacientes para presentar una adherencia inadecuada, fueron en un 83% por ausencia de

síntomas, un 7% por olvidos y un 9% por otras razones como fueron descansar del tratamiento, evitar posibles efectos secundarios entre otros <sup>(44)</sup>.

Ayuso D, y Grande R., 2006, señalan que la adherencia se asocia significativamente a la atención recibida de los profesionales de la salud, siendo cinco veces más probable que no se adhieran al tratamiento las personas insatisfechas con la atención que las que sí lo están <sup>(20)</sup>.

Con respecto a la adhesión a los controles de salud de los usuarios hipertensos, en el año 2007, Sepúlveda Gloria, en Colombia, establece los factores que pueden influir positiva o negativamente en la adherencia <sup>(51)</sup>.

Con respecto a los antecedentes sociodemográficos, los usuarios con edades extremas (muy jóvenes, o adultos mayores) presentan menor adhesión al tratamiento pues en los niños, intervienen las decisiones de los padres o adultos a cargo de ellos, mientras que en los ancianos, es más frecuente el olvido, confusión, dificultad para leer y comprender las indicaciones. Según el estado civil, considera que los pacientes que viven solos, divorciados y solteros, incumplen con mayor frecuencia los tratamientos prescritos, pues generalmente las personas con enfermedades mentales crónicas, que están aisladas o son rechazadas socialmente adhieren menos a las terapias. Así mismo, menciona que la situación laboral de los pacientes influye en la adherencia, pues los desempleados presentan una baja adherencia al tratamiento <sup>(51)</sup>.

Menciona también que la adherencia a los controles desempeña un papel central en el consecución o suspensión de casi cualquier encuentro clínico, para esto es necesario que la alianza terapéutica entre el paciente y el profesional de la salud es necesaria para el éxito de tratamiento, el equipo de salud es consciente de que la adhesión del paciente no siempre es óptima, que requiere ser reforzada y que la no adhesión puede tener efectos negativos en el resultado del tratamiento y en el estado de salud del paciente <sup>(51)</sup>.

La buena calidad del cuidado proporcionado por los profesionales de la salud, impacta positivamente en la adherencia, se considera como parámetros para determinar la buena calidad del cuidado: la percepción de la competencia del

profesional, calidad y claridad de la comunicación, disposición de los profesionales respecto a incluir a los pacientes en decisiones referentes al tratamiento, sentimiento de apoyo, satisfacción con el equipo de salud, información adecuada de lo que se espera con relación a la gravedad, duración, efectos colaterales y conveniencia de las citas y procedimientos <sup>(51)</sup>.

El año 2007, se realizó una intervención educativa sobre adhesión terapéutica en adultos mayores hipertensos en la comunidad “Manzanillo”. En que la muestra fue de 115 usuarios mayores de 60 años, a los que se aplicó el cuestionario de Morinsky-Green y el método de recuento simple de comprimidos para valorar el grado de cumplimiento terapéutico antes y después de la intervención. Se encontró mejor cumplimiento terapéutico en los pacientes entre 60 a 64 años (13,0% a 84,7%), en el sexo femenino (17,1% a 87,5%). Los hipertensos que mostraron más avances en el cumplimiento terapéutico fueron los que tenían un esquema medicamentoso de monoterapia (38.2 a 91.1%) y combinación simple (6,3% a 73%) <sup>(57)</sup>.

En Colombia, en el 2008, Vélez et al, realizaron un estudio sobre satisfacción usuaria denominado “Acceso al programa de hipertensión en el sistema general de seguridad social en salud” <sup>(41)</sup>, en que participaron 403 usuarios hipertensos, seleccionados aleatoriamente y se emplearon tres cuestionarios que fueron aplicados a los responsables de los programa y a las personas que realizan los controles, para luego efectuar un análisis univariado utilizando el programa estadístico SPSS versión 12. donde se determinó que el nivel de satisfacción de los usuarios alcanzó un 86,8%, el 13,2% insatisfecho, señaló que esto se debe a: ausencia de los medicamentos en farmacia, dificultades en adquirir hora de atención, trato distante por parte de los médicos, atención muy rápida, incompatibilidad con sus horarios de trabajo, lo que lleva a que a algunos solo asistan para que les entreguen sus medicamentos o cuando se sienten mal, mientras que otros pacientes, prefieren atenderse en forma particular debido a las dificultades señaladas. Acerca de la persona que realiza los controles, el 92,3% refiere que lo hace el médico, el 5,2% la enfermera, y el 0,5 el

médico y la enfermera. De los usuarios que asisten a controles, entre el 88% y el 95% reciben información de los factores de riesgo relacionados con su enfermedad. Al 27,3% de los usuarios lo han remitido al especialista. La mayoría de ellos 41,8% al cardiólogo, y al internista 36,4%. Los otros especialistas a los que han sido remitidos son: oftalmólogo, nefrólogo, urólogo, cirujano, vascular y psicólogo. En relación con el número de días que debieron esperar los usuarios para la atención, se encontró que el 27,2% esperó entre 1 y 8 días, y el 36,3% más de un mes. Entre los que han sido remitidos, el 52,7% considera que la cita no fue oportuna. Las razones que les dieron en la institución de salud fueron: "no hay esa especialidad", "el médico está en vacaciones", "mucha gente esperando para la cita", "no hay contrato con especialista", entre otras. Se resalta que 25 de los usuarios aun después de que su cita se demoró más de 8 días la consideran oportuna. Al preguntar a los usuarios si conoce el tipo de hipertensión que tienen, 57% responde afirmativamente. De esta proporción el 45,6% menciona que tiene hipertensión leve, el 27,1% moderada y el 26,3% severa. Tres de cada diez usuarios refieren conocer qué les causó la enfermedad: dieta, herencia, hábitos y estilo de vida, y factores biológicos, entre otros <sup>(41)</sup>.

En Cuba, Martín, en el año 2009, se realizó un estudio de corte transversal denominado "Adherencia al tratamiento en hipertensos de áreas de la salud de nivel primario". En que participaron usuarios hipertensos, sin patologías psiquiátricas ni otras enfermedades crónicas, mayores de 20 años, bajo tratamiento médico por más de un año. La estructura del proceso se operacionalizó considerando: implicación personal, relación transaccional entre paciente y profesional, y cumplimiento del tratamiento. La recolección de la información se realizó por medio de una entrevista semiestructurada y los datos fueron procesados por medio del programa SPSS 11.5 <sup>(42)</sup>.

En este estudio, se establece que la adherencia terapéutica no sólo se refiere al cumplimiento de los medicamentos, sino al cumplimiento incompleto y deficiente de las indicaciones expresadas por errores de omisión, de dosis, de tiempo, también implica la ausencia a consultas de seguimiento e interconsultas,

modificación deficiente de hábitos y estilos de vida necesarios para el mejoramiento de la enfermedad y la práctica de la automedicación <sup>(21)</sup>.

En los resultados, se encontró que presentan asociación significativa el nivel socioeconómico, siendo aproximadamente cinco veces más probable que no adhieran al tratamiento las personas con insuficiente dinero para comprar los medicamentos, en la variable sexo, el masculino es un factor protector, pues en ellos se reduce la probabilidad de no adherirse al tratamiento, lo que podría explicarse por los roles de género en que las mujeres asumen el rol de cuidadoras de sus familiares lo que garantizaría la adherencia al tratamiento. También la variable ocupación muestra una asociación significativa con la adherencia, lo que pudiera deberse a que las personas jubiladas y dueñas de casa, tienen mayores probabilidades de cumplir su tratamiento, pues disponen de más tiempo. Así mismo, la escolaridad presenta una asociación significativa con la adherencia terapéutica <sup>(21)</sup>.

Resultó no significativa, la asociación entre la falta de medicamentos en farmacia y la no adherencia, también la edad no demostró asociación significativa en ninguna de las áreas de salud estudiadas, sobre ésta variable, la OMS señala que la edad es un factor que puede influir en la adherencia terapéutica pero de manera irregular <sup>(21)</sup>.

Los autores de la investigación concluyen que en la adherencia al tratamiento antihipertensivo, influyen factores socioeconómicos, demográficos, de la red familiar y social del paciente, organización del servicio de salud, particularidades de la enfermedad y tratamiento, factores psicológicos <sup>(21)</sup>. Los factores que favorecen u obstaculizan el proceso de adherencia al tratamiento, son la disponibilidad de medicamentos antihipertensivos, percepción de apoyo de la red familiar, presencia de efectos indeseable de los medicamentos, complejidad del tratamiento, conocimientos acerca de la enfermedad y el tratamiento. Señala que influyen en la adherencia factores sociales, económicos, familiares, individuales, propios de las características de la enfermedad y del tratamiento, particularidades de la organización de los servicios de salud y calidad de la

atención médica en especial, referido al proceso de comunicación establecido entre profesionales y usuarios <sup>(21)</sup>.

Carhuallanqui Rolando “et al” Perú <sup>(59)</sup>, 2010, realizan un estudio observacional, descriptivo, prospectivo, transversal en el que se entrevistó a pacientes atendidos en consultorios externos del Hospital Nacional Cayetano Heredia utilizando el Test de Morisky-Green para determinar su adherencia al tratamiento farmacológico y se determinó el nivel de presión arterial. La muestra seleccionada fue de 103 usuarios, mayores de 18 años, con diagnóstico de hipertensión arterial de más de seis meses, con capacidad para leer y entender el consentimiento informado, sin comorbilidad metabólica (diabetes mellitus, dislipidemia, síndrome metabólico, insuficiencia renal, obesidad) que requieran tratamiento farmacológico y no hayan sufrido complicaciones debidas a hipertensión arterial, que no hayan consumido cafeína o tabaco ni haber realizado ejercicio físico en los 30 minutos previos a la entrevista.

Las características basales de los usuarios participantes fue principalmente de una edad mayor o igual a 60 años 80,6%, de sexo femenino 69,9%, con un tiempo de enfermedad mayor a 3 años en un 80% de los casos, con un nivel de instrucción mayoritariamente primaria 54% seguida por secundaria en un 36%, analfabeto en un 7% y educación superior en un 6%. El estado civil fue en un 70% casado, seguido por viudo 13%, soltero 7%, conviviente 6% <sup>(59)</sup>.

Los datos fueron procesados utilizando el programa EpiInfo.

En cuanto al estado civil, se encontró que el ser soltero, casado, divorciado o conviviente no determina una relación significativa con respecto a la adherencia, si lo es en el caso de los viudos con un p menor a 0,05 <sup>(59)</sup>.

En el año 2010, en el CESFAM Los Volcanes de la provincia de Ñuble, Chile, Salazar, realizó un estudio sobre satisfacción usuaria, en que se aplicó una encuesta a noventa usuarios inscritos, con un rango etáreo que va desde los 18 hasta los 60 y más años, donde participaron un 83% mujeres y un 17% hombres, en que la ocupación fue mayoritariamente dueña de casa, 58%, seguido por estudiantes, 11%. Donde se concluyó que en cuanto a la calidad de la atención

proporcionada por los funcionarios profesionales y no profesionales del CESFAM, enfermería ocupa el tercer lugar de trece existiendo 31 pacientes que lo califican de bueno. Al preguntarles sobre qué es lo mejor del CESFAM, señalaron en el cuarto lugar de siete categorías, que lo mejor es la atención del personal y un 30% señala sentirse insatisfecho en cuanto a la atención. Ante la pregunta ¿qué cambios haría para mejorar la atención?, en primer lugar mencionaron el “el mejorar la atención y hacer menos vida social” <sup>(43)</sup>.

En el año 2011, en España, Orueta, en la investigación “Factores relacionados con el incumplimiento a citas concertadas de un grupo de pacientes hipertensos”. La investigación fue de tipo observacional analítico en que participaron 129 usuarios hipertensos bajo control en un centro de salud de Toledo. A estos usuarios, se les realizó un seguimiento de un año y se consideró incumplidor al que faltó más del 20% de las citas <sup>(25)</sup>.

Como resultado de la investigación, se determinó que: existió incumplimiento en el 11,2% de las consultas, fueron incumplidores el 24,8% de los usuarios. En cuanto al sexo, los más incumplidores fueron los varones con un 36,2% v/s 18,3% de las mujeres. Con respecto a la edad, los menos de 50 años, concentraron el 66,7% de los incumplidores. En el nivel educacional, no se obtuvieron diferencias importantes, así, un 22,2% incumplidores eran analfabetos, 24,4% tenían estudios primarios y un 28% de los incumplidores tenían estudios medios/ superiores. Los usuarios más incumplidores fueron los que vivían solos, correspondiendo a un 45,5%, en cambio, los que vivían en familia o con otras personas presentaron un 22,2% de incumplimiento. No se evidenciaron diferencias en el cumplimiento en función de la consulta, hora de citación, intervalo entre las citas o distancia desde la última consulta a demanda. Por los que los investigadores refieren que no existe un perfil claro del paciente hipertenso incumplidor a controles, pero probablemente habría que estar alerta y/o tomar medidas anticipatorias en varones jóvenes y pacientes con incumplimientos previos <sup>(25)</sup>.

#### **1.4 PROPÓSITO DE LA INVESTIGACIÓN**

Determinar si influye la satisfacción usuaria en la adherencia a Control de los pacientes hipertensos del PSCV del CESFAM Los Volcanes.

#### **1.5 OBJETIVOS GENERALES Y ESPECÍFICOS**

##### **✓ OBJETIVO GENERAL 1**

Determinar las características sociodemográficas de las personas hipertensas del PSCV del CESFAM Los Volcanes.

##### **OBJETIVOS ESPECÍFICOS**

- Identificar el sexo de los usuarios hipertensos del PSCV del CESFAM Los Volcanes.
- Conocer el estado civil de los usuarios hipertensos del PSCV del CESFAM Los Volcanes.
- Conocer el nivel de escolaridad de los usuarios hipertensos del PSCV del CESFAM Los Volcanes.
- Identificar la edad de los usuarios hipertensos del PSCV del CESFAM Los Volcanes.
- Conocer el nivel socioeconómico de los usuarios hipertensos del PSCV del CESFAM Los Volcanes.
- Conocer el tiempo de espera de los usuarios hipertensos del PSCV del CESFAM Los Volcanes.
- Conocer la condición laboral de los usuarios hipertensos del PSCV del CESFAM Los Volcanes.
- Conocer la distancia del hogar de los usuarios de los pacientes hipertensos del PSCV del CESFAM Los Volcanes.
- Conocer la constitución familiar los usuarios hipertensos del PSCV del CESFAM Los Volcanes.

✓ **OBJETIVO GENERAL 2**

Relacionar la adherencia a control con las características sociodemográficas de los usuarios hipertensos del PSCV del CESFAM Los Volcanes.

**OBJETIVOS ESPECÍFICOS**

- Conocer si la adherencia a control de los usuarios hipertensos del PSCV del CESFAM Los Volcanes, está relacionada con el sexo de los usuarios.
- Determinar si la adherencia a control de los usuarios hipertensos del PSCV del CESFAM Los Volcanes, está relacionada con la edad de los usuarios.
- Conocer si la adherencia a control de los usuarios hipertensos del PSCV del CESFAM Los Volcanes, está relacionada con la condición laboral de los usuarios.
- Determinar si la adherencia a control de los usuarios Hipertensos del Programa Cardiovascular del CESFAM Los Volcanes, está relacionada con el nivel de educacional de los usuarios.
- Conocer si la adherencia a control de los usuarios hipertensos del PSCV del CESFAM Los Volcanes, está relacionada con el estado civil de los usuarios.
- Conocer si la adherencia a control de los usuarios hipertensos del PSCV del CESFAM Los Volcanes, relacionada con el nivel socioeconómico de los usuarios.
- Determinar si la adherencia a control de los usuarios hipertensos del PSCV del CESFAM Los Volcanes, está relacionada con la distancia del hogar de los usuarios.
- Conocer si la adherencia a control de los usuarios hipertensos del PSCV del CESFAM Los Volcanes, está relacionada con la constitución familiar.

✓ **OBJETIVO GENERAL 3**

Relacionar la adherencia a controles con la percepción de satisfacción de los usuarios hipertensos del PSCV del CESFAM los Volcanes.

**OBJETIVOS ESPECÍFICOS**

- Conocer la adherencia a los controles de los usuarios hipertensos del PSCV del CESFAM Los Volcanes.
- Determinar la percepción de satisfacción usuaria de los usuarios hipertensos del PSCV del CESFAM Los Volcanes.
- Determinar si la adherencia a los controles de salud del PSCV está relacionada con la satisfacción usuaria de los hipertensos del PSCV del CESFAM Los Volcanes.

**1.6HIPÓTESIS**

H1: Existe relación entre la adherencia a control de los usuarios hipertensos del PSCV con los factores sociodemográficos: edad, sexo, nivel socioeconómico, constitución familiar, condición laboral.

H2: Existe relación entre la adherencia a control de los usuarios hipertensos del PSCV con la distancia del hogar al CESFAM y el tiempo de espera de los usuarios.

H3: Existe relación entre la adherencia a control de los usuarios hipertensos del PSCV con la satisfacción usuaria.

## 1.7 LISTADO DE VARIABLES

### ✓ VARIABLE DEPENDIENTE

Adherencia a control de usuarios hipertensos del PSCV del CESFAM los Volcanes.

### ✓ VARIABLES INDEPENDIENTES

- Percepción de la satisfacción de los usuarios hipertensos del PSCV Cardiovascular del CESFAM los Volcanes.
- Edad de los usuarios Hipertensos del PSCV del CESFAM los Volcanes.
- Nivel socioeconómico de los usuarios hipertensos del PSCV del CESFAM los Volcanes.
- Sexo de los usuarios hipertensos del PSCV del CESFAM los Volcanes.
- Nivel educacional de los usuarios hipertensos del PSCV del CESFAM los Volcanes.
- Estado civil de los usuarios hipertensos del PSCV del CESFAM los Volcanes.
- Tiempo de espera de los usuarios hipertensos del PSCV del CESFAM los Volcanes, para la atención.
- Constitución familiar de los usuarios hipertensos del PSCV del CESFAM los volcanes.
- Condición laboral de los usuarios hipertensos del PSCV del CESFAM los Volcanes.
- Distancia del hogar al CESFAM de los usuarios hipertensos del PSCV del CESFAM los Volcanes.

## Anexo N° 1

## **II. METOLOGIA DE LA INVESTIGACION**

### **2.1 TIPO DE DISEÑO**

Diseño no experimental, de tipo descriptivo correlacional y corte transversal.

### **2.2 UNIVERSO Y MUESTRA**

El universo, de acuerdo a información actualizada al 22 de marzo del 2011, correspondió a 1320 hipertensos puros entre 20 a 64 años de edad, inscritos en el Programa de Salud Cardiovascular del Centro de Salud Familiar Los Volcanes de Chillán.

Se calculó un tamaño muestral de 107 usuarios, considerando un 95% de confianza con un error de muestreo de 0.8% con una prevalencia de hipertensión arterial en adultos entre 20 y 64 años de 26,9% <sup>(17)</sup>.

Los usuarios se seleccionaron mediante muestreo al azar simple con una tabla de número aleatorios construida a partir del programa Excel.

### **2.3 UNIDAD DE ANÁLISIS**

Usuarios hipertensos inscritos en el programa cardiovascular del CESFAM Los Volcanes.

### **CRITERIOS DE ELIGIBILIDAD**

- Criterios de inclusión:
  - Hipertensos puros.
  - Rango etáreo mayor o igual a los 20 años y menor o igual a 64 años.
- Criterios de exclusión:
  - Usuarios diabéticos que además presenten diagnóstico de dislipidemia e hipertiroidismo.

## **2.4 ASPECTOS ÉTICOS**

Primero, se solicitó la autorización para la aplicación del instrumento mediante una solicitud dirigido a las directoras del CESFAM Violeta Parra y CESFAM Los Volcanes, para la aplicación de la prueba piloto y muestra de estudio, respectivamente.

A cada usuario seleccionado se les solicitó su consentimiento para participar en este trabajo por medio de un documento escrito, en donde señala el propósito de la investigación y forma de recolectar los datos solicitados, en donde se le garantiza la voluntariedad, anonimato, confidencialidad, información, con el derecho a rechazo o retracto antes y/o durante la recopilación de los datos, sin esperar razones por parte de investigador. Se entendió su participación voluntaria cuando el sujeto haya leído, comprendido y firmado el documento (huella dactilar, si así fuere necesario). \*Ver anexo n° 4

## **2.5 PROCEDIMIENTO PARA LA RECOLECCIÓN DE LOS DATOS**

Los usuarios se obtuvieron de la base de datos del CESFAM, actualizada hasta el 22 de marzo del 2011, usando el programa Excel (office 2003,) la que contenía los usuarios pertenecientes al PSCV, la cual fue facilitada para esta investigación. En esta base de datos se eligieron aleatoriamente a los usuarios que cumplían con los requisitos de selección. Una vez electos los usuarios se procedió a la recolección de datos, con la previa autorización de los usuarios mediante un consentimiento informado.

## **2.6 DESCRIPCIÓN DEL INSTRUMENTO RECOLECTOR**

El instrumento recolector fue constituido por dos partes. La primera, consiste en la recolección de información sociodemográfica y biomédica de la población en estudio por medio de 6 preguntas cerradas, la que fue realizada por Figueroa et al, 2003 <sup>(37)</sup> y modificado por los autores de este trabajo, eliminándose categoría de Fonasa para clasificación social (es cambiante actualmente se utiliza tarjeta magnética de Fonasa), reemplazándose por la medición del nivel

socioeconómico según la “Sociedad Europea de Opinión e Investigación de Mercados” (European Society for Opinion and Marketing Research) (Esomar) <sup>(38)</sup>, quedando el instrumento con 7 preguntas, de las cuales 2 son preguntas abiertas y 5 son cerradas, politómicas.

La segunda parte consistió en la medición de la atención brindada por el profesional de enfermería hacia los usuarios <sup>(39)</sup> empleándose la Escala de satisfacción de los pacientes (CECSS), que consiste en un instrumento estructurado constituido por 17 ítems en su versión original con escala likert de cinco posibles respuestas (nunca, casi nunca, no seguro, a veces y siempre) validada en Chile y España en el año 2007 <sup>(39)</sup>. A esta escala se le adicionó dos ítems, con el objetivo de describir la percepción de amabilidad y oportunidad para realizar preguntas al profesional de enfermería. Con ello, este instrumento totalizó 19 ítems.

Dado que la escala de satisfacción de pacientes fue modificada con la adición de dos ítems al instrumento original, se procedió a reasignar los puntajes de la variable utilizando la metodología propuesta por Rivera <sup>(42)</sup>, en donde se construyeron intervalos de clase tomando los valores máximos y mínimos teóricos de la escala (96 y 19, respectivamente), para calcular el valor de rango ( $R=77$ ), y con ello determinar la amplitud para cada uno de los tres intervalos, quedando finalmente la estructura de las categorías como sigue: “casi nunca” con tramos de 19 a 44 puntos, “medianamente” con 45 a 70 puntos y “casi siempre” con 71 a 96 puntos.

Las dos partes del instrumento fueron sometidas a revisión por la docente guía del trabajo, en donde se realizaron modificaciones de estilo y redacción en función a los objetivos que se pretenden lograr en esta investigación. \*Ver anexo N°4

## **2.7 PRUEBA PILOTO**

Con el objetivo de estandarizar procedimientos, autoentrenamiento de los encuestadores, verificación de tiempos de aplicación, determinar errores en el instrumento en cuanto a comprensión y gramática, se realizó una prueba piloto a 10 usuarios pertenecientes al CESFAM Violeta Parra que cumplieran con los criterios de inclusión y exclusión. Una vez recogida los datos, por consenso se determinó realizar nuevas modificaciones a las dos partes del instrumento. En la primera parte, se reorientó la pregunta relacionada con la variable adherencia (número de citas y número de controles asistidos en el año). Para la segunda parte se mejoraron ítems respecto a la forma de redacción de la aseveración, siendo en la aplicación final del instrumento de fácil comprensión para los usuarios encuestados.

## **2.8 PROCESAMIENTO DE LOS DATOS**

Luego de la recolección de datos, se procedió a la creación de una matriz en el programa estadístico SPSS versión 17, en donde se construyeron tablas de frecuencia que incluyen frecuencias observadas y relativas porcentuales en variables nominales y frecuencias acumuladas para aquellos de tipo ordinal.

Con el objeto de describir variables cuantitativas, se calcularon las medidas de tendencia central y de dispersión. Con el objeto de relacionar las variables de estudio, se construyeron tablas de contingencia, calculándose para cada una de ellas la prueba de independencia ( $\chi^2$ ), si todas las celdas hayan presentado frecuencia esperada superior a cinco. Si lo anterior no fuera cumplido, se reemplazó por el coeficiente gamma (variables ordinales) y V de Cramer (cuando al menos una variable sea de tipo nominal). Para todas las pruebas estadísticas se asumió un nivel de significación del 5%.

### III. ANALISIS

#### 3.1 ANÁLISIS DE RESULTADOS

Los sujetos estudiados fueron 107 usuarios pertenecientes a los sectores Los Cóndores 1 y 2 del CESFAM Los Volcanes. Durante el levantamiento de datos se presentó 69 usuarios con cambios de domicilio y/o direcciones falsas, 96 por ausencia de sus moradores y 4 usuarios que no consintieron participar en el estudio, quienes fueron reemplazados aleatoriamente por igual número de sujetos.

**Tabla 3.1**  
Distribución de usuarios hipertensos del  
CESFAM Los Volcanes según sexo

<b>SEXO</b>	<b>n</b>	<b>%</b>
Masculino	20	18,7
Femenino	87	81,3
<b>TOTAL</b>	<b>107</b>	<b>100</b>

**Fuente:** "Adherencia a controles de pacientes hipertensos del programa cardiovascular relacionada con la satisfacción usuaria del CESFAM Los Volcanes, Chillán, 2011".

La tabla 3.1 muestra que del total de hipertensos pertenecientes del PSCV encuestados, el 18,7% fueron de sexo masculino y el 81,3% de sexo femenino.

**Tabla 3.2**

Distribución de usuarios hipertensos del CESFAM  
Los Volcanes según estado civil

<b>ESTADO CIVIL</b>	<b>n</b>	<b>%</b>
Soltero sin convivencia	17	15,9
Separado - Divorciado	7	6,5
Convivencia estable	2	1,9
Casado	75	70,1
Viudo	6	5,6
<b>TOTAL</b>	<b>107</b>	<b>100</b>

Fuente: Ídem fuente1

En cuanto al estado civil de los hipertensos pertenecientes al PSCV, la tabla 3.2 muestra que el 15,9% resultó soltero sin convivencia, el 6,5% soltero o divorciado, el 1,9% con convivencia estable, el 70,1% casado y el 5,6% viudo.

**Tabla 3.3**  
Distribución de usuarios hipertensos del CESFAM Los Volcanes según escolaridad.

<b>ESCOLARIDAD</b>	<b>n</b>	<b>%</b>	<b>% ACUM</b>
Educación básica completa e incompleta	48	44,9	44,9
Educación media completa e incompleta	51	47,7	92,5
Educación superior completa e incompleta	8	7,5	100
<b>TOTAL</b>	<b>107</b>	<b>100</b>	

Fuente: Ídem fuente1

Respecto a la escolaridad de los usuarios hipertensos del PSCV, la tabla 3.3 muestra que el 44,9% de los encuestados tenía estudios de educación básica completa e incompleta, el 47,7% poseía estudios de educación media completa e incompleta y el 7,5% indicó tener estudios universitarios completos e incompletos.

**Tabla 3.4**  
Distribución de usuarios hipertensos del CESFAM Los Volcanes según edad.

<b>EDAD</b>	<b>n</b>	<b>%</b>	<b>% ACUM</b>
20 a 34	3	2,8	2,8
35 a 49	47	43,9	46,7
50 a 64	57	53,3	100
<b>TOTAL</b>	<b>107</b>	<b>100</b>	

Fuente: Ídem fuente1

La tabla 3.4 muestra que, de los usuarios hipertensos, pertenecientes al PSCV, encuestados, el 2,8% presentó una edad entre 20 y 34 años, el 43,9% entre 35 y 49 años, y el 53,3% entre 50 y 64 años.

**Tabla 3.5**  
Distribución de usuarios hipertensos del CESFAM Los Volcanes según nivel socioeconómico.

<b>NIVEL SOCIOECONÓMICO</b>	<b>n</b>	<b>%</b>	<b>% ACUM</b>
Bajo	7	6,5	6,5
Medio- bajo	45	42,1	48,6
Medio	39	27,1	75,7
Medio-alto	23	21,5	97,2
Alto- Muy Alto	3	2,8	100
<b>TOTAL</b>	<b>107</b>	<b>100</b>	

Fuente: Ídem fuente1

En cuanto al nivel socioeconómico de los usuarios hipertensos del PSCV, la tabla 3.5 muestra que el 6,5% se presentó un nivel bajo, el 42,1% medio-bajo, el 27,2% medio, el 21,5% medio alto y el 2,8% presentó un nivel alto o muy alto.

**Tabla 3.6**  
Distribución de usuarios hipertensos del CESFAM Los Volcanes según tiempo de espera.

<b>TIEMPO DE ESPERA</b>	<b>n</b>	<b>%</b>	<b>% ACUM</b>
Hasta 15 minutos	12	11,2	11,2
15 a 20 minutos	15	14	25,2
20 a 30 minutos	26	24,3	49,5
30 y más minutos	54	50,5	100
<b>TOTAL</b>	<b>107</b>	<b>100</b>	

Fuente: Ídem fuente1

La tabla 3.6 indica que el tiempo de espera de los usuarios hipertensos pertenecientes al PSCV en el CESFAM fue, en un 11,2% menor a los 15 minutos, entre 15 a 20 minutos en el 14%, entre 20 a 30 minutos en el 24,3% y más de 30 minutos en el 50,5% de los usuarios.

**Tabla 3.7**  
Distribución de usuarios hipertensos del CESFAM Los Volcanes según condición laboral

<b>CONDICION LABORAL</b>	<b>n</b>	<b>%</b>
Cesante	47	43,9
Esporádico	11	10,3
Estable	34	31,8
Jubilado	15	14
<b>TOTAL</b>	<b>107</b>	<b>100</b>

Fuente: Ídem fuente1

Con respecto a la condición laboral, la tabla 3.7, indica que el 43,9% de los usuarios hipertensos se encontró cesante al momento del levantamiento de los datos, el 10,3% con trabajo esporádico, el 31,8% con trabajo estable y el 14% jubilado.

**Tabla 3.8**  
Distribución de usuarios hipertensos del CESFAM Los Volcanes según distancia del hogar.

<b>DISTANCIA DEL HOGAR</b>	<b>n</b>	<b>%</b>	<b>% ACUM</b>
1 a 4 cuadras	56	52,3	52,3
4 a 8 cuadras	42	39,3	91,6
8 cuadras y más	9	8,4	100
<b>TOTAL</b>	<b>107</b>	<b>100</b>	

Fuente: Ídem fuente1

La tabla 3.8 determina la distancia desde el hogar del usuario hipertenso perteneciente al PSCV al CESFAM, en que el 52,3% vivían entre 1 y 4 cuadras, el 39,3% entre 4 y 8 cuadras y el 8,4% a más de 8 cuadras.

**Tabla 3.9**  
Distribución de usuarios hipertensos del CESFAM Los Volcanes según constitución familiar.

<b>CONSTITUCION FAMILIAR</b>	<b>n</b>	<b>%</b>	<b>% ACUM</b>
Vive en familia nuclear	97	90,7	90,7
Vive con familia compuesta o unipersonal	10	9,3	100
<b>Total</b>	<b>107</b>	<b>100</b>	

Fuente: Ídem fuente1

En relación a la tabla 3.9 muestra la constitución familiar del usuario hipertenso del PSCV, indica que el 90,7% vive en una familia nuclear formada por ellos mismos y el 9,3% relató vivir con familiar compuesta o unipersonal.

**Tabla 3.10**  
Estado de adherencia según sexo de los usuarios hipertensos del CESFAM Los Volcanes.

SEXO	ADHERENCIA		TOTAL
	Adherente	No adherente	
Masculino	18(23,1)	2(6,9)	<b>20(18,7)</b>
Femenino	60(76,9)	27(93,1)	<b>87(81,3)</b>
<b>TOTAL</b>	<b>78(100)</b>	<b>29(100)</b>	<b>107(100)</b>

$\chi^2 = 3,642$ ; gl= 1; p=0,056  
n (%)

Fuente: Ídem fuente1

La tabla 3.10 muestra que en los hombres, el 23,1% presentó adherencia al control del PSCV y un 6,9% no lo presentó; en las mujeres, el 76,9% presentó adherencia al control del PSCV y el 93,1% indicó no presentar adherencia al control, no habiendo una relación significativa (p=0,056).

**Tabla 3.11**  
Estado de adherencia según edad de los usuarios hipertensos del CESFAM Los Volcanes.

EDAD	ADHERENCIA		TOTAL
	Adherente	No adherente	
20 a 34	1(1,3)	2(6,9)	<b>3(2,8)</b>
35 a 49	30(38,5)	17(58,6)	<b>47(43,9)</b>
50 a 64	47(60,3)	10(34,5)	<b>57(53,3)</b>
<b>TOTAL</b>	<b>78(100)</b>	<b>29(100)</b>	<b>107(100)</b>

V de Cramer= 0,255;  $p=0,031$

Fuente: Ídem fuente1

n (%)

La tabla 3.11 señala que en el grupo de edad entre 20 y 34 años el 1,3% de los sujetos estudiados presentó adherencia al control del PSCV y el 6,9% indicó no ser adherente; en el grupo de 35 a 49 años, el 38,5% se consideró adherente y el 58,6% señaló lo contrario. En el tramo de 50 a 64 años, el 60,3% indicó ser adherente al control de salud y el 34,5% relató no adherir al control del PSCV, habiendo una relación significativa ( $p=0,031$ ).

**Tabla 3.12**  
Estado de adherencia según condición laboral de los usuarios hipertensos del CESFAM Los Volcanes.

<b>CONDICION LABORAL</b>	<b>ADHERENCIA</b>		<b>TOTAL</b>
	Adherente	No adherente	
Cesante	31(39,7)	16(52,1)	<b>47(43,9)</b>
Esporádico	9(11,5)	2(6,9)	<b>11(10,3)</b>
Estable	23(29,5)	11(37,9)	<b>34(31,8)</b>
Jubilado	15(19,2)	0(0)	<b>15(14)</b>
<b>TOTAL</b>	<b>78(100)</b>	<b>29(100)</b>	<b>107(100)</b>

V de Cramer= 0,267; p=0,054  
n (%)

Fuente: Ídem fuente1

La tabla 3.12 muestra que en los usuarios cesantes el 39,7% indicó ser adherente y un 52,1% no. Usuarios con situación laboral estable el 29,5% indicó adherir al control y el 37,9% no lo indicó. En los usuarios con trabajo esporádico el 11,5% señaló adherir al control y el 6,9% no lo señaló. En los jubilados, el 19,2% indicó adherencia y ninguno relató no adherir al control, no habiendo relación significativa (p=0,054).

**Tabla 3.13**  
Estado de adherencia según nivel educacional de los usuarios hipertensos del CESFAM Los Volcanes

<b>NIVEL EDUCACIONAL</b>	<b>ADHERENCIA</b>		<b>TOTAL</b>
	Adherente	No adherente	
Educación básica completa e incompleta	37(47,4)	11(37,9)	<b>48(44,9)</b>
Educación media completa e incompleta	38(48,7)	13(44,8)	<b>51(47,7)</b>
Educación superior completa e incompleta	3(3,8)	5(17,2)	<b>8(7,5)</b>
<b>TOTAL</b>	<b>78(100)</b>	<b>29(100)</b>	<b>107(100)</b>

V de Cramer = 0,228; p=0,062  
n (%)

Fuente: Ídem fuente1

La tabla 3.13 señala que en los usuarios con educación básica completa e incompleta el 47,4% indicó ser adherente al control de salud en PCV y el 37,9% no lo hizo; en los usuarios con educación media completa e incompleta el 48,7% manifestó adherencia al control y un 44,8% indicó que no, y en los usuarios con educación superior completa o incompleta el 3,8% mostró adherencia al control de PSCV y no lo muestra el 17,2%, no habiendo relación significativa (p=0,062).

**Tabla 3.14**  
Estado de adherencia según estado civil de los usuarios hipertensos del CESFAM Los Volcanes

ESTADO CIVIL	ADHERENCIA		TOTAL
	Adherente	No adherente	
Soltero sin convivencia	13(16,7)	4(13,4)	<b>17(15,9)</b>
Separado-Divorciado	6(7,7)	1(3,4)	<b>7(6,5)</b>
Convivencia estable	2(2,6)	0(0)	<b>2(1,9)</b>
Casado	52(66,7)	23(79,3)	<b>75(70,1)</b>
Viudo	5(6,4)	1(3,4)	<b>6(5,6)</b>
<b>TOTAL</b>	<b>78(100)</b>	<b>29(100)</b>	<b>107(100)</b>

V de Cramer = 0,145; p=0,690  
n (%)

Fuente: Ídem fuente 1

La tabla 3.14 muestra que en los casados el 66,7% indicó ser adherente al control de salud del PCV y el 79,3% indicó que no; en los solteros sin convivencia el 16,7% refirió ser adherentes al control y el 13,4% no; en los separados o divorciados el 7,7% expresó ser adherente al control de salud del PCV y el 3,4% no lo indicó; en los viudos el 6,4% relató ser adherente a los controles de salud PCV y el 3,4% no lo relató, y en de los convivientes el 2,6% y ninguno señaló no ser adherente, no resultando una relación significativa (p=0,690).

**Tabla 3.15**  
Estado de adherencia según nivel socioeconómico de los usuarios hipertensos del CESFAM Los Volcanes

NIVEL SOCIOECONOMICO	ADHERENCIA		TOTAL
	Adherente	No adherente	
Bajo	7(9)	0(0)	<b>7(6,5)</b>
Medio- bajo	35(44,9)	10(34,5)	<b>45(42,1)</b>
Medio	18(23,1)	11(37,9)	<b>29(27,1)</b>
Medio-alto	17(21,8)	6(20,7)	<b>23(21,5)</b>
Alto - Muy alto	1(1,3)	2(6,9)	<b>3(2,8)</b>
<b>TOTAL</b>	<b>78(100)</b>	<b>29(100)</b>	<b>107(100)</b>

V de Cramer = 0,260; p=0,123  
n (%)

Fuente: Ídem fuente1

La tabla 3.15 muestra que en usuarios con estrato socioeconómico medio bajo un 44,9% indicó adherencia al control del PSCV y el 34,5% no lo refirió; en los pertenecientes al estrato socioeconómico medio el 23,1% manifestó ser adherentes a los controles de salud del PCV y el 37,9% no lo manifestó; en usuarios con estrato medio bajo el 21,8% indicó ser adherentes a los controles y el 20,7% no; en usuarios con bajo nivel socioeconómico el 9% relató ser adherente al control y ninguno indicó no ser adherente, y en usuarios con nivel socioeconómico alto y muy alto el 1,3% relató ser adherente al control y el 6,9% no, resultando una asociación no significativa (p=0,123)

**Tabla 3.16**  
Estado de adherencia según distancia del hogar de los usuarios hipertensos del CESFAM Los Volcanes

DISTANCIA DEL HOGAR	ADHERENCIA		TOTAL
	Adherente	No adherente	
1 a 4 cuadras	43(55,1)	13(44,8)	<b>56(52,3)</b>
4 a 8 cuadras	29(37,2)	13(44,8)	<b>42(39,3)</b>
8 cuadras y más	6(87,7)	3(10,3)	<b>9(8,4)</b>
<b>TOTAL</b>	<b>78(100)</b>	<b>29(100)</b>	<b>107(100)</b>

V de Cramer = 0,93; p=0,631 Fuente: Ídem fuente1

n (%)

La tabla 3.16 señala que en los usuarios que vivían a una distancia del hogar al CESFAM de 8 y más cuadras el 87,7% presentaron adherencia al control del PSCV y un 10,3% de este mismo grupo no, en los usuarios que vivían entre 1 y 4 cuadras del CESFAM el 55,1% expresó ser adherente al control y el 44,8% no, en los usuarios que vivían entre 4 y 8 cuadras de distancia del CESFAM el 37,2% revelaron ser adherente a los controles y el 44,8% no lo hizo, no resultando una relación significativa (p=0,631).

**Tabla 3.17**  
Estado de adherencia según constitución familiar de los usuarios hipertensos del CESFAM Los Volcanes

CONSTITUCION FAMILIAR	ADHERENCIA		TOTAL
	Adherente	No adherente	
Familia nuclear	70(89,7)	27(93,1)	<b>97(90,7)</b>
Familia compuesta o unipersonal	8(10,3)	2(6,9)	<b>10(9,3)</b>
<b>TOTAL</b>	<b>78(100)</b>	<b>29(100)</b>	<b>107(100)</b>

V de Cramer = 0,051; p=0,596

Fuente: Ídem fuente1

n (%)

La tabla 3.17 muestra que los usuarios que pertenecieron a una familia nuclear indicaron una adherencia al control de un 89,7% y el 93,1% no lo indicó, en los usuarios que expresaron vivir en una familia compuesta o unipersonal, el 10,3% indicó adherencia al control y el 6,9% expresó que no, resultando una relación no significativa ( $p=0,596$ ).

**Tabla 3.18**  
Distribución de usuarios hipertensos del CESFAM Los Volcanes según adherencia.

<b>ADHERENCIA</b>	<b>n</b>	<b>%</b>	<b>% ACUM</b>
Adherente	78	72,9	72,9
No adherente	29	27,1	100
<b>TOTAL</b>	<b>107</b>	<b>100</b>	

Fuente: Ídem fuente1

La tabla 3.18 señala que un 72,9% de los usuarios es adherente al control del PSCV y el 27,1% no lo es.

**Tabla 3.19**  
Distribución de usuarios hipertensos del CESFAM Los Volcanes según satisfacción usuaria.

<b>SATISFACCIÓN USUARIA</b>	<b>n</b>	<b>%</b>	<b>% ACUM</b>
Casi nunca satisfecho	7	6,5	6,5
Medianamente satisfecho	24	22,4	28,9
Casi siempre satisfecho	76	71,1	100
<b>TOTAL</b>	<b>107</b>	<b>100</b>	

Fuente: Idem fuente1

La tabla 3.19 muestra que un 71,1% de los usuarios estuvo casi siempre satisfecho, el 22,4% se presentó medianamente satisfecho y 6,5% de los usuarios indicó estar casi nunca satisfecho.

**Tabla 3.20**  
Estado de adherencia según satisfacción de los usuarios hipertensos del CESFAM Los Volcanes.

SATISFACCION USUARIA	ADHERENCIA		TOTAL
	Adherente	No adherente	
Casi nunca satisfecho	2(2,6)	5(17,2)	<b>7(6,5)</b>
Medianamente satisfecho	15(19,2)	9(31)	<b>24(22,4)</b>
Casi siempre satisfecho	61(78,2)	15(51,7)	<b>76(71)</b>
<b>TOTAL</b>	<b>78(100)</b>	<b>29(100)</b>	<b>107(100)</b>

V de Cramer = 0,311;  $p=0,006$

Fuente: Ídem fuente1

n(%)

La tabla 3.20 señala que el 2,6% de los usuarios que respondieron estar casi nunca satisfechos fueron adherentes al control de salud y el 17,2% no lo fue, el 19,2% en los medianamente satisfechos resultó ser adherente y el 31% no, el 78,2% en los casi siempre satisfechos indicó ser adherente a los controles de salud del PCV y el 51,7% no; la relación resultó ser significativa ( $p=0,006$ ).

### 3.2 DISCUSION

De acuerdo con los resultados de esta investigación se presentan los datos obtenidos y respaldados en el marco referencial.

En cuanto a las variables sociodemográficas de este estudio la relación con la adherencia resultó no significativa en su mayoría, exceptuando la variable edad de los usuarios hipertensos.

Respecto a la variable sexo, la mayor parte de la muestra se constituyó por el sexo femenino con un 81,3% resultando la relación con la adherencia al control no significativa, a diferencia del estudio de Martín, 2009, quien manifestó que la mayor adherencia al tratamiento está dada por el género femenino, ya que asume el rol de cuidadora de sus familiares lo que garantizaría la adherencia al tratamiento, pues está más consciente de su autocuidado <sup>(21)</sup>. Los investigadores, creemos que se contrapone a nuestro estudio, debido a que el tamaño de la muestra resultó ser insuficiente.

En relación a la edad, se dividió la muestra por tramos, y la mayor representación fue de 50 a 64 años con el 53,3% resultando la relación entre la adherencia a control y la edad significativa. En concordancia con este estudio Sepúlveda, 2007, relató que en cuanto a la edad los usuarios con edades extremas, muy jóvenes o adultos mayores, presentan menor adhesión al tratamiento, siendo los adultos, responsables y conscientes de su autocuidado, sin limitaciones cognitivas como los adultos mayores <sup>(51)</sup>. Según la OMS la edad es un factor que puede influir en la adherencia terapéutica, pero de manera irregular <sup>(21)</sup>.

En cuanto a la condición laboral, el grupo que predominó en esta investigación fue el de los cesantes con un 43,9% seguido por los de condición laboral estable con un 31,8% teniendo una relación no significativa con la adherencia a control. Martín, año 2009, señala que la variable ocupación presenta asociación significativa con la adherencia lo que pudiera deberse a que los jubilados y dueñas de casa disponen de más tiempo. Además Sepúlveda en el año 2007, señaló que la situación laboral de los pacientes influye en la adherencia,

pues los desempleados presentan una baja adherencia al tratamiento, debido a que los bajos ingresos producidos por el desempleo predicen una menor respuesta al tratamiento <sup>(51)</sup>. Desde nuestro punto de vista, la realidad de nuestro entorno se vio reflejada en los resultados, pues en esta investigación los jubilados tienen una adherencia del 100%, pudiendo deberse a la asociación que hace Martín con el tiempo libre.

El nivel educacional abarcaba mayoritariamente la educación media completa e incompleta con un 47,7% resultando la relación con la adherencia a control no significativa. Así mismo, Sepúlveda, el 2007, en su estudio indica que los pacientes con baja escolaridad (analfabeta o educación básica) y con alto nivel educativo (universitario) adhieren menos a los tratamientos <sup>(51)</sup>. Menéndez, 2004 señaló en su investigación que la escolaridad no resultó significativa con respecto al cumplimiento terapéutico de la hipertensión arterial. La ONU. 2004, señala que no existe una asociación significativa entre la educación y la adherencia <sup>(48)</sup>. Martín, 2009, por su parte, señala que la escolaridad presenta una asociación significativa con la adherencia terapéutica <sup>(21)</sup>. En relación a los resultados de nuestra investigación, atribuimos la no significancia de esta variable a la poca representatividad de la muestra y a la realidad local. Por otro lado dichos resultados concuerda con la ONU.

De acuerdo con el estado civil de los usuarios, en este estudio predominan los casados con un 70,1% no resultando una relación significativa con la adherencia a control. Menéndez, el 2004, corrobora estos resultados, pues en su investigación, los usuarios en estudio, manifestaron ser mayormente casados con un 64,8%, no resultando significativo con respecto a la adherencia <sup>(12)</sup>. Por su parte la ONU, 2004, establece que no existe una asociación significativa entre estado civil y adherencia <sup>(48)</sup>. Por otro lado Sepúlveda 2007 indicó respecto al estado civil que los pacientes solteros y divorciados incumplen con mayor frecuencia los tratamientos prescritos <sup>(51)</sup>. Carhuallanqui, 2010, señaló que los usuarios viudos presentan una asociación significativa con la adherencia <sup>(59)</sup>.

En relación al nivel socioeconómico predomina la estratificación medio baja con un 42,1% y la relación resultó ser no significativa. Por el contrario, Martín, año 2009 presentó que las personas con insuficiente dinero para comprar medicamentos tiene 5 veces más probabilidades de no adherir al tratamiento <sup>(21)</sup>. Por otra parte la OMS, concuerda con esta investigación agregando que el nivel socioeconómico no es consistente en la relación con la adherencia y la FAO señala que el bajo nivel socioeconómico es un factor de riesgo de adherencia deficiente <sup>(48)</sup>. La diferencia entre Martín y esta investigación se debe a que en nuestro país, Chile, el tratamiento farmacológico es gratuito ya que se encuentran incluidos en el AUGE.

La distancia del hogar al CESFAM se estratificó por tramos considerando las cuadras, donde la mayor distribución se concentró entre 1 y 4 cuadras con un 52,3%, obteniendo una relación no significativa con la adherencia a control. Según Martín, 2009 en su estudio esto se corrobora con la expresión del 75% de los estudiados que indicaron no ser un impedimento para asistir a las citas <sup>(21)</sup>. Sin embargo, la ONU 2004, señala que la lejanía al centro de salud ha demostrado ser una barrera significativa en la adherencia terapéutica <sup>(48)</sup>. Podemos atribuir la no significancia de esta variable en cuanto a la adherencia a control, a la realidad local del CESFAM Los Volcanes, contraponiéndose a lo señalado por la ONU.

Respecto a la variable constitución familiar los resultados revelaron que el mayor porcentaje se concentró en los usuarios que vivían en familias nucleares con un 90,7%, no resultando significativa la relación con la adherencia a control. Por el contrario, Menéndez, 2004, España, señala que los usuarios pertenecientes a familias nucleares presentaron en la investigación un 93% de adherencia al tratamiento con un 6,8% de no adherencia y los pertenecientes a otros tipos de familia presentaron un 82,5% de adherencia al tratamiento y un 17,5% de no adherencia <sup>(12)</sup>. Orozco, 2010, relata que el 95% de los usuarios estudiados manifiestan contar con apoyo familiar y de grupo, los que les sirven de ejemplo para cuidarse. En general las personas que se sienten aisladas tienden a no cumplir con los tratamientos y las que disfrutan de relaciones personales

cercanas están más dispuestas a cumplir <sup>(55)</sup>. Sepúlveda, 2007, expresa que los usuarios que viven solos incumplen con mayor frecuencia los tratamientos prescritos, pues las personas que están aisladas o son rechazadas socialmente adhieren menos a las terapias. Martín, año 2009, por otra parte, establece que la percepción de apoyo de la red familiar puede favorecer u obstaculizar la adherencia <sup>(21)</sup>. En cuanto al análisis de la constitución familiar, consideramos que es un apoyo importante para el usuario y a veces definitorio en la adhesión a control, como lo demuestran estudios previos. En la presente investigación, los resultados podrían deberse a que el tamaño de la muestra influyó negativamente al no ser representativo.

La satisfacción de los usuarios en esta investigación fue de un 71% en los casi siempre satisfechos y la relación con la adherencia a los controles resultó altamente significativa, Orozco, 2010, en su estudio dice que el 94% de las personas consideró que el trato que reciben del personal de salud los anima a volver a los controles considerándolo como satisfacción <sup>(55)</sup>. Los resultados de la presente investigación señalan que, los usuarios que se encuentran satisfechos con la atención brindada por los profesionales de enfermería adhieren más a los controles que aquellos menormente satisfechos, de allí la importancia de brindar un servicio acorde a las necesidades de los usuarios. Al brindar una atención desde un punto de vista holístico, repercutirá positivamente en la salud de los usuarios, pues el asistir a los controles de salud del programa cardiovascular, reciben orientación personalizada, gratuita y oportuna, fortaleciendo así el autocuidado en la promoción de estilos de vida saludable y prevención de complicaciones de la hipertensión. Es importante señalar que en nuestro País, la adhesión a control es un requisito ya que la asistencia permite a los usuarios, obtener el tratamiento farmacológico y lograr una terapia adecuada de acuerdo a sus necesidades.

El modelo de Betty Neuman, aplicado al ejercicio de enfermería en la atención primaria, permite considerar los factores biopsicosocial- demográficos, lo cual es concordante con el enfoque de salud familiar que se aplica actualmente en

nuestro sistema de salud. Relacionada a esta investigación, dicha teoría enfatiza que los profesionales de enfermería deben ser capaces de detectar, disminuir o eliminar los factores estresantes del entorno que afecten de manera negativa la adherencia de los usuarios hipertensos al control del PSCV.

La percepción de satisfacción usuaria así como también la edad son factores que se relacionaron de manera significativa con la adherencia a controles. En este caso los factores antes mencionados, van a afectar a la persona, debido a que éste se comporta como un sistema abierto, dinámico, autorregulable y programable. Ej.: el usuario elige si vá o no a control <sup>(54)</sup>. De ahí la importancia del rol del profesional de enfermería, quien debe ser el intermediario entre el sistema y el usuario, para disminuir o manejar de mejor manera los factores estresantes del entorno.

## IV. CONCLUSIONES, SUGERENCIAS Y LIMITACIONES

### CONCLUSIONES

A través de los resultados obtenidos en la investigación “Adherencia a controles de usuarios hipertensos del programa de salud cardiovascular relacionada con la satisfacción usuaria del CESFAM Los Volcanes, Chillan 2011”, con una muestra de 107 usuarios se puede concluir lo siguiente en orden de significancia:

1. La adherencia se relaciona con la edad significativamente con un  $p=0,031$ , indicando que el grupo etario con mayor adherencia es el tramo de 50 a 64 años con un 53,3%.
2. Respecto a la satisfacción usuaria se determinó que se relaciona directamente con la adherencia con un  $p=0,006$  altamente significativo siendo el grupo clasificado como casi siempre satisfecho con un 71%.
3. El sexo masculino correspondió al 18,7% de la muestra y el femenino corresponde al 81,3%, con un  $p=0,056$  no resultando significativo.
4. La población cesante corresponde a un 43,9% de la muestra. Resultando una asociación no significativa con un  $p=0,054$ .
5. En cuanto al nivel educacional estuvo mayormente representado por la educación media completa e incompleta con un 47,7% resulto una asociación con la adherencia no significativa correspondiente a un  $p=0,062$ .
6. Respecto al estado civil está representado por los casados con un 70,1% y la asociación resulto no significativa con un  $p=0,690$ .

7. El nivel socioeconómico mayoritariamente correspondió a el estrato medio bajo con un 42,1% y un  $p=0,123$  resultando una relación no significativa con la adherencia.
8. La relación entre adherencia y la distancia al hogar representada por el tramo de 1 a 4 cuadras con un 52,3%, resultado no significativa con un  $p=0,631$ .
9. La constitución familiar indico que el 90,7% pertenece a una familia nuclear formada por los usuarios siendo principalmente no adherente con un  $p=0,596$  siendo no significativo.
10. La hipótesis H1, se acepta sólo para la variable edad.
11. La hipótesis H2 se rechaza porque no existe relación significativa entre la adherencia a control de los usuarios hipertensos del PSCV con la distancia del hogar al CESFAM y el tiempo de espera de los usuarios, comportándose cada variable en forma independiente.
12. La hipótesis H3 se acepta, ya que existe relación entre la adherencia a control de los usuarios hipertensos del PSCV con la satisfacción usuaria, con  $V$  de Cramer = 0,311;  $p=0,006$ .
13. Finalmente es importante destacar que esta investigación puede constituir un referente para que las entidades responsables de los seguimientos de estos programas actúen en consecuencia a los objetivos del PSCV.

## **SUGERENCIAS**

- 1 Difundir los resultados de esta investigación, para que el equipo de salud conozca los aspectos relevantes de ésta.
- 2 Considerar para estudios posteriores del tema, aumentar el número de la muestra e incluir los sesgos de selección, medición y de confusión y de esta forma lograr disminuir los errores.
- 3 Realizar estudios relacionados con el tema en usuarios en diabéticos y dislipidémicos pertenecientes al PSCV.
- 4 Crear y validar un instrumento para evaluar el grado de satisfacción usuaria externo en atención primaria.
- 5 Evaluar la satisfacción usuaria interna y externa de los profesionales, ya que la insatisfacción puede repercutir en la atención.

## **LIMITACIONES**

- 1 Escaso número de estudios sobre adherencia a control de salud en bibliotecas, revistas e internet.
- 2 Situación laboral de los usuarios varones, pues al momento de las visitas, estos no se encontraban por estar trabajando.
- 3 Debido a la escasa investigación sobre adherencias a controles de salud, no se encontró un instrumento validado, solo existían instrumentos para medir adherencias al tratamiento por lo que se debió modificar un instrumento preexistente con el fin de adaptarlo a la realidad de la muestra en estudio.

## V. BIBLIOGRAFIA

- (1). LLIBRE, Guerra J., GUERRA, Hernández M., PERERA, Miniet E. Comportamiento de las enfermedades crónicas no transmisibles en adultos mayores. Tesis. La Habana, Cuba. Instituto superior de ciencias médicas de la Habana, Facultad "Finlay Albarrán", 2008. p.1.
- (2) CENTRO DE PRENSA. Enfermedades cardiovasculares [en línea] Nota informativa, OMS <<http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs317/es/index.html>>  
[Consulta: 10 Marzo 2011 18:40]
- (3) LINO, L. Hipertensión arterial sistémica [en línea] Centro de recursos informativos, Monografías S.A. <<http://www.monografias.com/trabajos19/hipertension-arterial/hipertension-arterial.shtml>> [consulta: 10 Marzo 2011]
- (4) SERVICIO DE SALUD ÑUBLE. Metas sanitarias y de mejoramiento de la atención en el nivel primario de salud. [Excel] MINSAL.[2011]. 1p.
- (5) GONZÁLES, Dayana "et al" Cuentas en diabetes mellitus, enfermedades cardiovasculares y obesidad [en línea] México, Instituto nacional de salud pública <[http://www.who.int/nha/developments/mexico\\_cvd\\_accounts.pdf](http://www.who.int/nha/developments/mexico_cvd_accounts.pdf)>  
[consulta: 20 Marzo 2011].
- (6) REVISTA CIELO. Prevalencia de factores de riesgo cardiovascular en adultos [En línea] <[http://www.scielosp.org/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0036-36342008000300002](http://www.scielosp.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0036-36342008000300002)> [consulta: 10 Mayo 2011]
- (7) RED SALUD. Guías clínicas AUGE. [En línea]  
<[http://www.redsalud.gov.cl/portal/url/page/minsalcl/g\\_gesauge/guias.html](http://www.redsalud.gov.cl/portal/url/page/minsalcl/g_gesauge/guias.html)>  
[Consulta: 10 Mayo 2011]
- (8) CURSOS DE BIENESTAR Y SALUD. Hipertensión arterial. [En línea]  
<<http://www.mailxmail.com/curso-hipertension-arterial-estudio-crisis-hipertensiva/marco-teorico-tesis-sobre-hipertension-arteria>> [Consulta: 10 Mayo 2011]
- (9) ATENCIÓN PRIMARIA. Hipertensión Arterial: Manejo Actual y Riesgos. Epidemiología y Desafíos [En línea] <<http://www.mednet.cl/link.cgi/Medwave/PuestaDia/APS/1879>>  
[Consulta: 10 Julio 2011]
- (10) MINISTERIO DE SALUD. Aumenta el número de chilenos atendidos en el sector público de salud [En línea] Santiago, Chile  
<[http://redsalud.gov.cl/minsal/noticias/noticias.php?id\\_n=96&show=5-2010](http://redsalud.gov.cl/minsal/noticias/noticias.php?id_n=96&show=5-2010)> [Consulta: 10 Mayo 011]

- (11) SERVICIO DE SALUD ÑUBLE. Situación de salud del Ñuble. [En línea] Chillán, Chile  
<<http://www.serviciodesaludnuble.cl/index.php?Destino=hlwrmvgmlx&Sub=6123:18>>  
[Consulta: 10 Mayo 2011]
- (12) MENÉNDEZ VILLALBA, C “et al”. Influencia de variables sociales en el cumplimiento terapéutico de la hipertensión arterial. [en línea] Cadernos de atención primaria. 2004. Vol. 11 (3) <[http://www.agamfec.com/pdf/CADERNOS/VOL11/VOL11\\_3/03A\\_Orixinails\\_N11\\_3.pdf](http://www.agamfec.com/pdf/CADERNOS/VOL11/VOL11_3/03A_Orixinails_N11_3.pdf)>  
[Consulta: 23 Julio 2011]
- (13) ROJAS Porte, Miguel. Prevalencia de la hipertensión arterial [En línea] Portales Médicos. <<http://www.portalesmedicos.com/publicaciones/articulos/17/1/Prevalencia-de-la-hipertension-arterial.html>> [Consulta: 11 Julio 2011]
- (14) ROJAS Moya, Jaime. Gestión por procesos, para mejorar la atención del usuario en los establecimientos de salud del sistema nacional de salud [En línea] Fundación Universitaria Andaluza Inca Gracilazo.  
<<http://www.eumed.net/libros/2007b/269/26.htm>> [Consulta: 11 Julio 2011]
- (15) RODRÍGUEZ, Cobián A. Diagnóstico y tratamiento del paciente pre hipertenso: una necesidad impostergable. Revista MEDISUR. Vol. 7(3): 2. Mayo, 2009.
- (16) ORDÚÑEZ, G. Pedro, PÉREZ, F. Enrique, HOSPEDALES, James. Más allá del ámbito clínico en el cuidado de la hipertensión arterial. Revista Panamericana de Salud Pública. Vol. 28 (4): 6.
- (17) MINISTERIO DE SALUD. Encuesta nacional de salud 2009-2010 [pdf] Chile. Gobierno de Chile. [2010] 45p.
- (18) SERVICIO DE SALUD ÑUBLE. Metas Sanitarias y de Mejoramiento de la Gestión. [en línea]  
Chile<[http://www.serviciodesaludnuble.cl/index.php?Destino=hlwrmvgmlx&Sub=hgzvn\\_knlxm&Vin=hlhrnliknlx\\_rmr](http://www.serviciodesaludnuble.cl/index.php?Destino=hlwrmvgmlx&Sub=hgzvn_knlxm&Vin=hlhrnliknlx_rmr)> [Consulta: 1 Julio 2011]
- (19) RODRIGUEZ, M. “et al”. Efecto de la actuación farmacéutica en la adherencia del tratamiento farmacológico de pacientes ambulatorios con riesgo cardiovascular. Tesis (Doctorado). Granada, España, 2008. 311 p.
- (20) AYUSO D. y GRANDE R. La gestión de enfermería y los servicios generales en las organizaciones sanitarias. España. Díaz de Santos. 2006. 605 p.

- (21) MARTÍN, Alfonso L. Adherencia al tratamiento en hipertensos de áreas de salud del nivel primario. 2003-2007. Tesis para optar por el Grado Científico de Doctora en Ciencias de la Salud. La Habana, Cuba. Ministerio de Salud Pública, Escuela nacional de salud pública, 2009. p.145.
- (22) GIRBÉS, J., CARBONELL M., CALDUCH, J. Determinantes del tiempo de espera en urgencias hospitalarias y su relación con la satisfacción del usuario. Tesis. Alicante, España. Emergencias: Revista de la Sociedad Española de Medicina de Urgencias y Emergencias, 2006. 31p.
- (23) GAGO López, M. “et al”. Evidencias en cumplimiento terapéutico. Enfermería basada en la evidencia [en línea] Portales médicos.  
<http://www.portalesmedicos.com/publicaciones/articulos/2377/1/Evidencias-en-cumplimiento-terapeutico.-Enfermeria-basada-en-la-evidencia> [Consulta: 15 Diciembre 2010]
- (24) MARTÍNEZ Miguélez, M. Fundamentación epistemológica del enfoque centrado en la persona [en línea]  
<<http://miguelmartinezm.atspace.com/Fundamen%20Epistem%20del%20ECP.html>> [Consulta: 16 Diciembre 2010]
- (25) ORUETA Gómez, R. “et al”. Factores relacionados con el incumplimiento a citas concertadas de un grupo de pacientes hipertensos [en línea] Scielo. Medifam. Marzo 2001. Vol. 11 (3) < [http://scielo.isciii.es/scielo.php?pid=S1131-57682001000300003&script=sci\\_arttext](http://scielo.isciii.es/scielo.php?pid=S1131-57682001000300003&script=sci_arttext)> [Consulta: 07 Junio 2011]
- (26) NAVAS, M. Hipertensión, grave en América Latina [en línea] BBC en Internet. Viernes 26 de junio de 2009.  
<[http://www.bbc.co.uk/mundo/ciencia\\_tecnologia/2009/06/090626\\_hipertension\\_latinamerica\\_men.shtml](http://www.bbc.co.uk/mundo/ciencia_tecnologia/2009/06/090626_hipertension_latinamerica_men.shtml)> [Consulta: 9 Julio 2011]
- (27) AHUMADA, Luisa “et al”. Guía clínica: Hipertensión arterial primaria o esencial en personas de 15 años y más. Santiago, Chile. MINSAL. 36p.
- (28) SMELTZER, SUZANNE y BARE, BRENDA. Enfermería Médico- quirúrgica. Novena edición. Mc Graw Hill. Vol. 2.
- (29) REAL ACADEMIA ESPAÑOLA. Adherencia [en línea] Diccionario De La Lengua española. <[http://buscon.rae.es/draeI/SrvltConsulta?TIPO\\_BUS=3&LEMA=adherencia](http://buscon.rae.es/draeI/SrvltConsulta?TIPO_BUS=3&LEMA=adherencia)> [Consulta: 22 Diciembre 2010]

- (30) EDITORIAL BABER, diccionario enciclopédico. Editorial Baber. Barcelona, España. 1991. Pág. 1332
- (31) REAL ACADEMIA ESPAÑOLA. Edad [en línea] Diccionario De La Lengua española <[http://buscon.rae.es/draeI/SrvltConsulta?TIPO\\_BUS=3&LEMA=edad](http://buscon.rae.es/draeI/SrvltConsulta?TIPO_BUS=3&LEMA=edad)>  
[Consulta: 22 Diciembre 2010]
- (32) REAL ACADEMIA ESPAÑOLA. Sexo [en línea] Diccionario De La Lengua española <[http://buscon.rae.es/draeI/SrvltConsulta?TIPO\\_BUS=3&LEMA=sexo](http://buscon.rae.es/draeI/SrvltConsulta?TIPO_BUS=3&LEMA=sexo)>  
[Consulta: 22 Diciembre 2010]
- (33) BIBLIOTECA DEL CONGRESO NACIONAL DE CHILE [en línea] Chile <<http://www.bcn.cl/ecivica/tiper>> [Consulta: 22 Diciembre 2010]
- (34) REAL ACADEMIA ESPAÑOLA. Tiempo. [en línea] Diccionario De La Lengua española <[http://buscon.rae.es/draeI/SrvltConsulta?TIPO\\_BUS=3&LEMA=tiempo](http://buscon.rae.es/draeI/SrvltConsulta?TIPO_BUS=3&LEMA=tiempo)>  
[Consulta: 22 Diciembre 2010]
- (35) MINISTERIO DEL TRABAJO Y PREVISION SOCIAL [en línea] Chile <<http://www.trabajoinfantil.cl/definiciones.html>> [Consulta: 22 Diciembre 2010]
- (36) REAL ACADEMIA ESPAÑOLA. [en línea] Diccionario De La Lengua Española. <[http://buscon.rae.es/draeI/SrvltConsulta?TIPO\\_BUS=3&LEMA=distancia](http://buscon.rae.es/draeI/SrvltConsulta?TIPO_BUS=3&LEMA=distancia)> [Consulta: 22 Diciembre 2010]
- (37) INSTITUTO DE SALUD PÚBLICA. Proyecto en la inasistencia de los usuarios del programa cardiovascular del centro de salud Dr. Eduardo Raggio Lanata de la comuna de Catemu, en el periodo enero a diciembre del 2004 a cargo de Fabiola Figueroa V, Maria Derderian F, Marcela Olivares O. Documentos sobre Investigación. Diplomado en Salud Pública y Salud Familiar, Chile 2003.
- (38) ADIMARC. Adaptación De Esomar Para La Medición De Nivel Socioeconómico [en línea] Santiago, Chile <<http://www.microweb.cl/idm/documentos/ESOMAR.pdf>>  
[Consulta: 16 Diciembre 2010]
- (39) ADIMARC. Mapa socioeconómico de Chile [en línea] <[http://www.adimark.cl/medios/estudios/Mapa\\_Socioeconomico\\_de\\_Chile.pdf](http://www.adimark.cl/medios/estudios/Mapa_Socioeconomico_de_Chile.pdf)> [Consulta: 16 Diciembre 2010]

- (40) SCHMIDT Río-Valle, J. “et al”. Adherencia terapéutica en hipertensos. Estudio cualitativo [en línea] Scielo<[http://scielo.isciii.es/scielo.php?pid=S1132-12962006000200005&script=sci\\_arttext](http://scielo.isciii.es/scielo.php?pid=S1132-12962006000200005&script=sci_arttext)> [Consulta: 25 Diciembre 2010]
- (41) VÉLEZ; ET ALT. Acceso al programa de hipertensión en el sistema general de seguridad social en salud, 2008” [en línea] Hacia la promoción de la salud, vol.13, enero – diciembre 2008, págs. 195-209 <[http://promocionsalud.ucaldas.edu.co/downloads/Revista13\\_12.pdf](http://promocionsalud.ucaldas.edu.co/downloads/Revista13_12.pdf)> [Consulta: 10 Abril 2011]
- (42) RIVERA Caamaño, María del P., Estadística y diseño experimental. Chillán: Universidad del Bío-Bío. Depto. de Ciencias Básicas, 1999.
- (43) SALAZAR, A. Encuesta de satisfacción usuaria [ppt] CESFAM Los Volcanes, Chillán, 2010.
- (44) GRANADOS G. “et al”. Creencias en síntomas y adherencia al tratamiento farmacológico en pacientes con hipertensión. Tesis. España. Ministerio de Educación y Ciencia y Fondos FEDER, 2007. p. 12.
- (45) Fundación española del corazón. [en línea] Sociedad española de Cardiología. <http://www.fundaciondelcorazon.com/prevencion/riesgo-cardiovascular/hipertension-tension-alta.html>[Consulta: 09 Julio 2011]
- (46) MINSAL. Hipertensión arterial en personas de 15 años y más [en línea] Santiago, Chile. Gobierno de Chile. <[http://www.redsalud.gov.cl/portal/url/page/minsalcl/g\\_gesauge/g\\_publico/hipertensionarterial.html](http://www.redsalud.gov.cl/portal/url/page/minsalcl/g_gesauge/g_publico/hipertensionarterial.html)> [Consulta: 09 Julio 2011]
- (47) SUPERINTENDENCIA DE SALUD. Hipertensión arterial primaria o esencial en personas de 15 años y más. Santiago, Chile. Gobierno de Chile. <<http://www.supersalud.gob.cl/568/w3-propertyvalue-521.html>> [Consulta: 09 Julio 2011]
- (48) FAO. Adherencia a los tratamientos a largo plazo. Pruebas para la acción [en línea] Ginebra, Suiza. Organización Mundial de la Salud.<<http://www.paho.org/spanish/ad/dpc/nc/nc-adherencia.pdf>>[Consulta: 07 Julio 2011]
- (49) DIVISION DE PREVENCIÓN Y CONTROL DE ENFERMEDADES. Programa de salud cardiovascular 2008. [word] MINSAL. [2008]. 11p.
- (50) ABEGUNDE Dele “et al”. Prevención de enfermedades crónicas [En línea] Ginebra. Suiza. Departamento de Enfermedades Crónicas y Promoción de la Salud, OMS <[http://www.who.int/chp/chronic\\_disease\\_report/part1/es/index4.html](http://www.who.int/chp/chronic_disease_report/part1/es/index4.html)> [Consulta: 19 Octubre, 2010]

- (51) SEPÚLVEDA Carrillo, G. Adhesión de los pacientes a las consultas de control ambulatorio [en línea] Colombia. Redalyc. Sistema de información científica Investigación en enfermería: imagen y desarrollo.  
<[http://www.sld.cu/galerias/pdf/sitios/revsalud/documento\\_de\\_tesis\\_para\\_rcsp\\_libertadfinal.pdf](http://www.sld.cu/galerias/pdf/sitios/revsalud/documento_de_tesis_para_rcsp_libertadfinal.pdf)> [Consulta: 10 Junio 2011]
- (52) ROJAS, P., MONTERO, J., MOORE, P. Hipertensión arterial [en línea] PUC  
<<http://escuela.med.puc.cl/publ/medamb/hipertensionarterial.html>>[Consulta: 09 Julio 2011]
- (53) GONZÁLEZ Juárez, Liliana. Introducción a los modelos y teorías de enfermería [en línea] México. <<http://cexpe.iztacala.unam.mx/historico/recomedu/orbe/eneo/lgonzal.html>> [Consulta: 30 Junio 2011, 11:45].
- (54) MARRINER, Ann. Modelos y teorías en enfermería. 6º edición. Madrid, España. Elsevier. 2007. p.828.
- (55) OROZCO CONTRERAS, ASTRID. Factores que influyen en la adherencia a tratamientos farmacológicos y no farmacológicos en los pacientes inscritos en el programa de control de la hipertensión arterial de la unidad básica de atención, COOMEVA [en línea] Colombia. Salud Uninorte 2010  
<[http://www.imbiomed.com.mx/1/1/articulos.php?method=showDetail&id\\_articulo=68854&id\\_seccion=2610&id\\_ejemplar=6888&id\\_revista=158](http://www.imbiomed.com.mx/1/1/articulos.php?method=showDetail&id_articulo=68854&id_seccion=2610&id_ejemplar=6888&id_revista=158)>[consulta : 27 de Diciembre, 2010]
- (56) EL MANUAL MERK por BEERS MARK “et al” Novena edición. España. Editorial ELSEVIER. 2007. 1º volumen.
- (57) VEGA Carbó, Enrique “et al”. Intervención educativa sobre adhesión terapéutica en adultos mayores hipertensos en la comunidad “Manzanillo”. Año 2007 [en línea] La Habana. Cuba. Ilustrados.com, Monografías, tesis, bibliografías, educación.<<http://www.ilustrados.com/tema/12590/Intervencion-educativa-sobre-adhesion-terapeutica-adultos.html>>[Consulta: 07 Julio 2011]
- (58) BAYARRE Veá, Héctor “et al”. Cumplimiento e incumplimiento del tratamiento antihipertensivo desde la perspectiva del paciente. [en línea] Revista cubana de salud pública.12 de mayo 2007. Vol. 33 (3).  
<[http://www.scielosp.org/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0864-34662007000300013](http://www.scielosp.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0864-34662007000300013)> [Consulta: 07 Julio 2011].

(59) CARHUALLANQUI, ROLANDO “et al”. Adherencia al tratamiento farmacológico en pacientes hipertensos atendidos en un hospital general. [en línea] Revista Medica Herediana Vol. 21 (4).

<[http://www.scielo.org.pe/scielo.php?pid=S1018130X2010000400005&script=sci\\_arttext](http://www.scielo.org.pe/scielo.php?pid=S1018130X2010000400005&script=sci_arttext)>

[Consulta: 24 Agosto 2011]

## VI. ANEXOS

### Anexo 1: DEFINICION NOMINAL Y OPERACIONAL DE LAS VARIABLES

<b>Variable dependiente</b>	<b>Definición nominal.</b>	<b>Definición operacional.</b>	<b>Obtención de datos</b>
<b>Adherencia a control:</b>	Asistencia de los usuarios a controles. <sup>(29)</sup>	Se mide la asistencia al Programa de Salud Cardiovascular, mediante los tarjetones del CESFAM, siendo indicador de adherencia tres controles anuales de asistencia.	Información recopilada a través de revisión de tarjetones en el CESFAM.

<b>Variable independiente</b>	<b>Definición nominal.</b>	<b>Definición operacional.</b>	<b>Obtención de datos</b>
<b>Percepción de la satisfacción usuaria:</b>	Sensación interior que resulta de una acción determinada, dirigida hacia una o varias personas <sup>(30)</sup>	Se mide aplicando Escala de satisfacción de los pacientes (CECSS), se estratificará del modo siguiente: casi nunca satisfecho (19-44 pts), medianamente satisfecho (45-70 pts), casi siempre satisfecho (71-96 pts).	Aplicando la escala de satisfacción de los pacientes (CECSS)
<b>Edad de los pacientes:</b>	Tiempo que ha vivido una persona o ciertos animales o vegetales. Cada uno de los períodos en que se considera dividida la vida humana. <sup>(31)</sup>	Se obtendrá la información de base de datos del CESFAM los Volcanes y luego corroborando al momento de aplicar el instrumento, se medirá por rangos de edad: 20-34; 35-49; 50-64	¿Qué edad tiene usted? ____
<b>Sexo de los pacientes:</b>	Condición orgánica, masculina o femenina, de los animales y las plantas. Conjunto de seres pertenecientes a un mismo sexo. <sup>(32)</sup>	Se obtendrá con el instrumento recolector, se clasificarán en femenino y masculino.	Consultando al usuario y datos de ficha: Sexo: __M__F__

<p><b>Nivel educacional de los pacientes:</b></p>	<p>Número de años de escolaridad del usuario o hasta que curso llegó.</p>	<p>Se clasificará del siguiente modo: Educación básica completa e incompleta. Educación media completa e incompleta. Educación superior completa e incompleta.</p>	<p>Nivel de educación alcanzado por el jefe del hogar (principal sostenedor) a. Básica incompleta o menos. b. Básica completa. c. Media incompleta. d. Media completa. e. Técnico incompleto (1 a 3 años). f. Universitaria incompleta o técnico completa. g. Universitaria completa o más</p>
<p><b>Estado civil de los pacientes:</b></p>	<p>Situación particular de las personas en relación con la institución del matrimonio (soltero, casada, viuda, separado)<sup>(33)</sup>.</p>	<p>Se clasificará con la aplicación del instrumento recolector en los siguientes niveles: Casado (a); soltero sin convivencia; viudo; convivencia estable; convivencia menos de 3 años.</p>	<p>¿Cuál es su estado civil? a. casado. b. soltero sin convivencia. c. viudo. d. convivencia estable, mayor a 3 años. e. convivencia menos de 3 años.</p>
<p><b>Tiempo de espera de los pacientes:</b></p>	<p>Magnitud física que permite ordenar la secuencia de los sucesos, estableciendo un pasado, un presente y un futuro. Su unidad en el Sistema Internacional es el segundo. Parte de esta secuencia.<sup>(34)</sup></p>	<p>Se medirá al aplicar instrumento recolector para clasificarlo de la siguiente manera: Hasta 15 minutos; 15 a 20 minutos; 20 a 30 minutos; 30 y más minutos.</p>	<p>¿Cuál es el tiempo de espera cuando acude a la atención del programa cardiovascular? a. hasta 15, minutos. b. 15 a 20 minutos. c. 20 a 30 minutos. d. 30 y más minutos.</p>

<p><b>Condición laboral de los pacientes:</b></p>	<p>Se refiere a la clase de trabajo que efectúa una persona ocupada durante el período de referencia adoptado, independientemente de la rama económica a la que pertenezca o la categoría de empleo que tenga, Según la OIT.<sup>(35)</sup></p>	<p>Al obtener los resultados por el instrumento se clasificarán de la forma siguiente: Estable, esporádico, jubilado, cesante como también si es remunerado, se considera trabajo a los voluntarios o comités sociales.</p>	<p>¿Cuál es su situación laboral actual? a. a1. Estable __ a2. Esporádico__ b. no b1. Jubilado____ b2. Cesante _ .Remunerado: si _ no____</p>
<p><b>Nivel socioeconómico de los pacientes:</b></p>	<p>Es un atributo del hogar, compartido y extensible a todos sus miembros.<sup>(38)</sup></p>	<p>Se obtendrá con el instrumento recolector mediante dos preguntas que consisten en el nivel educacional y condición laboral actual (mencionadas anteriormente) según Esomar, se clasificarán de la forma siguiente:</p> <div data-bbox="784 1150 1162 1503" style="border: 1px solid black; padding: 5px;"> <p>A = Muy Alto B = Alto Ca = Medio-Alto Cb = Medio D = Medio-Bajo E = Bajo</p> <p>ABC1 C2 C3</p> </div>	<p>Nivel socioeconómico del núcleo familiar: Nivel de educación alcanzado por el jefe del hogar (principal sostenedor) A. Básica incompleta o menos. B. Básica completa. C. Media incompleta. D. Media completa. E. Técnico incompleto (1 a 3 años). F. Universitaria incompleta o técnico completa. G. Universitaria completa o más. <b>5b.</b> tenencia de bienes marcar con los que cuenta actualmente: a. Automóvil. b. Computador. c. Horno microondas. d. TV Color.</p>

			<p>e. Refrigerador.                  f. Lavadora Automática.                  g. Ducha.                  h. TV Cable o satelital.                  i. Cámara de vídeo filmadora.                  j. Calefón u otro sistema de agua caliente.                  k. Internet.                  Número total de bienes:                  ( )</p>
<b>Distancia del hogar al CESFAM:</b>	Espacio o intervalo de lugar o de tiempo que media entre dos cosas o sucesos. <sup>(36)</sup>	Será medido en número de cuadras y se clasificarán: 1-4 cuadras; 4-8 cuadras; 8 y más cuadras.	<p>¿Cuál es la distancia que recorre para llegar al CESFAM?</p> <p>a. 1-4 cuadras.                  b. 4-8 cuadras.                  c. 8 y más cuadras.</p>
<b>Constitución familiar.</b>	Personas con las que habita en el hogar de un determinado individuo.	Se mide a través de dos categorías: Vive con Familia nuclear formada Vive con familia nuclear de procedencia, solo o con otros familiares	<p><b>4.</b> ¿Con quién vive usted?</p> <p>a. solo.                  b. con su cónyuge.                  c. padres.                  d. hijos.                  e. otras personas, especificar:</p>

## **Anexo 2: Modelo de Clasificación Socio-Económica ESOMAR.**

Es un nuevo método para definir y medir los niveles socioeconómicos en Chile.

Se basa en el sistema desarrollado originalmente por Esomar (World Association of Market Research), para unificar los criterios de los países europeos en torno al tema de los NSE, el cual ha sido adaptado a nuestra realidad, y validado mediante un estudio empírico.

### **Ventajas ESOMAR.**

Está basado en la idea que las personas se diferencian más por sus características socio-económicas (educación, ocupación) que por variables netamente económicas (ingreso, tenencia de bienes).

Tiene claras ventajas:

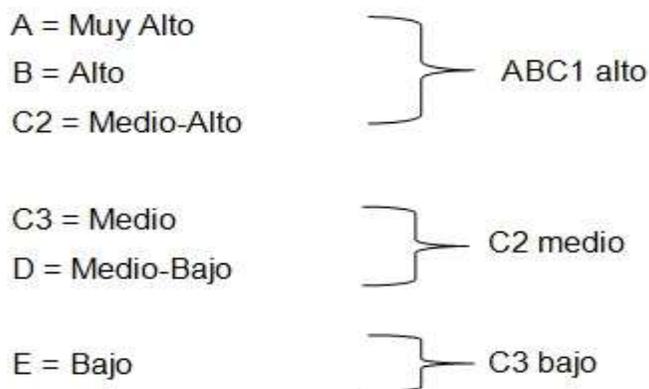
- Simple.
- Fácil de medir.
- Capaz de discriminar.

### **Cómo aplicar ESOMAR.**

El NSE ESOMAR se basa en dos variables:

Bienes que tengan en el hogar, se aplican a personas cesantes y jubiladas.

- Dos de estas variables se combinan en una “Matriz de Clasificación Socio-Económica”, según modelo adjunto, la que determina el NSE de cada familia de acuerdo a las combinaciones entre ambas variables. Se generan 6 grupos:



### Categoría educacional

Nivel de educación alcanzado por el jefe del hogar (principal sostenedor).

- Sin estudios.
- Básica incompleta.
- Básica completa.
- Media incompleta.
- Media completa.
- Técnico incompleto (1 a 3 años).
- Universitaria incompleta o técnico completa.
- Universitaria completa o más.

Tenencia de bienes, marcar con los que cuenta actualmente:

- Automóvil
- Computador
- Horno microondas
- TV Color
- Refrigerador
- Lavadora automática
- Ducha
- TV Cable o satelital
- Calefón u otro sistema de agua caliente
- Internet

### Matriz con bienes del hogar

		CANTIDADES DE BIENES DEL HOGAR (Ducha + TV color + Refrigerador + Lavadora + Calefont + Microondas + TV Cable o Satelital + PC + Internet + Vehículo)										
		0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
<b>NIVEL DE ESTUDIO</b>	Sin estudios	E	E		E	E	D		D	D	C3	C3
	Básica incompleta	E	E		E	E	D		D	C3	C3	C3
	Básica completa	E	E	D		D	D	D	C3	C3	C3	C3
	Media incompleta	D	D	D	D	D	D	D	C3	C3	C3	C2
	Media completa	D	D	D	D	C3	C3	C3	C3	C2	C2	C2
	Técnica incompleta	C3	C3	C3	C3	C3	C2	C2	C2	C2	C2	ABC1
	Técnica completa o universitaria incompleta (1-3 años)	C3	C3	C3	C3	C3	C2	C2	C2	C2	ABC1	ABC1
	Universitaria (4 años o más)	C3	C3	C3	C3	C3	C2	C2	C2	ABC1	ABC1	ABC1

### Anexo 3: CARTAS DE AUTORIZACION

**OFICIO N° 46/2011**

MAT.: Solicita Autorización

CHILLAN, Abril, 5 de 2011.

A: **SRA. LEYLA JARDÚA ELJANTIB**

Directora – Centro de Salud Familiar Los Volcanes, Chillán

DE: **SRA. ELENA ESPINOZA LAVOZ**

Directora Escuela de Enfermería, Universidad del Bío-Bío, Chillán

De mi consideración:

Junto con saludarle, me dirijo a usted, con el propósito de informarle que los estudiantes de V Año de la Escuela de Enfermería de esta Casa de Estudios Superiores, que a continuación se mencionan, se encuentran desarrollando su Tesis, titulada: **“Adherencia a controles de pacientes hipertensos pertenecientes al Programa Cardiovascular relacionada con la satisfacción usuaria del CESFAM, Los Volcanes Chillán, 2011”**, con el fin de optar al Grado de Licenciado/a en Enfermería.

**Nombre y Rut de los estudiantes tesistas:**

- Natalia Fuentes Guerrero 15.907.531-1
- Daniela Fuentealba Guzmán 16.826.969-2
- Nelson Valdés Anabalón 15.756.955-4
- Carolina Villa Labrín 15.136.804-2

**Académico Guía:**

Sra. Pamela Montoya Cáceres.

**Propósito de la Tesis:**

- Determinar si la satisfacción usuaria influye en la adherencia a Control del Programa Cardiovascular del CESFAM Los Volcanes.

**Objetivos Generales de la Tesis:**

- Determinar las características socio demográficas de las personas hipertensas del programa cardiovascular del CESFAM Los Volcanes.
- Relacionar la adherencia con las características socio demográficas, de los usuarios del programa cardiovascular del CESFAM los Volcanes.
- Relacionar la adherencia con la satisfacción de los usuarios hipertensos del programa cardiovascular del CESFAM Los Volcanes con la atención brindada.

En base a lo anteriormente expuesto, me permito solicitar a usted, tenga a bien otorgar la autorización y facilidades necesarias, para que los estudiantes, puedan realizar la recolección de datos, mediante la aplicación de un cuestionario a personas hipertensas, pertenecientes al Programa de Salud Cardiovascular, asistentes a sus controles habitualmente, en el Centro de Salud que usted dirige.

De contar con la aprobación, la recolección de tales datos, se realizaría entre Abril y Mayo del año en curso, garantizando la confidencialidad y anonimato de los antecedentes personales recopilados.

Sin otro particular, y en espera que la presente cuente con una favorable acogida, atentamente.



**ELENA ESPINOZA LAVOZ**

Directora Escuela de Enfermería

EEL/ssc.

c.c.

📁 Sra. Claudia Bravo B. – Enfermera Coordinadora, Centro de Salud Familiar Los Volcanes.

📁 Archivo Escuela Enfermería.

**OFICIO N° 47/2011**

MAT.: Autorización prueba piloto

CHILLAN, Abril 5 de 2011.

**A: SRA. NANCY JARA JARA**

Directora – Centro de Salud Familiar Violeta Parra, Chillán

**DE: SRA. ELENA ESPINOZA LAVOZ**

Directora Escuela de Enfermería, Universidad del Bío-Bío, Chillán

De mi consideración:

Junto con saludarle, me dirijo a usted, con el propósito de informarle que los estudiantes de V Año de la Escuela de Enfermería de esta Casa de Estudios Superiores, que a continuación se mencionan, se encuentran desarrollando su Tesis, titulada: **“Adherencia a controles de pacientes hipertensos del Programa Cardiovascular relacionada con la satisfacción usuaria del CESFAM, Los Volcanes Chillán, 2011”**, con el fin de optar al Grado de Licenciado/a en Enfermería.

**Nombre y Rut de los estudiantes tesistas:**

- Natalia Fuentes Guerrero 15.907.531-1
- Daniela Fuentealba Guzmán 16.826.969-2
- Nelson Valdés Anabalón 15.756.955-4
- Carolina Villa Labrín 15.136.804-2

**Académico Guía:**

Sra. Pamela Montoya Cáceres.

**Propósito de la Tesis:**

- Determinar si la satisfacción usuaria influye en la adherencia a Control del Programa Cardiovascular del CESFAM Los Volcanes.

### **Objetivos Generales de la Tesis:**

- Determinar las características socio demográficas de las personas hipertensas del programa cardiovascular del CESFAM Los Volcanes.
- Relacionar la adherencia con las características socio demográficas, de los usuarios del programa cardiovascular del CESFAM los Volcanes.
- Relacionar la adherencia con la satisfacción de los usuarios hipertensos del PCV del CESFAM Los Volcanes con la atención brindada.

En base a lo anteriormente expuesto, me permito solicitar a usted, tenga a bien otorgar la autorización y facilidades necesarias, para que los estudiantes, puedan realizar una **prueba piloto**, a 20 usuarios hipertensos, pertenecientes al Programa de Salud Cardiovascular, consistente en un cuestionario que reflejará sus expectativas y percepciones sobre la atención otorgada en sus controles periódicos, en el Centro de Salud Familiar Los Volcanes.

De contar con vuestra aprobación, la recolección de tales datos, se realizará durante el mes de Abril del año en curso, garantizando la confidencialidad y anonimato de los antecedentes personales recopilados.

Sin otro particular, y en espera que la presente cuente con una favorable acogida, atentamente.

**ELENA ESPINOZA LAVOZ**

Directora Escuela de Enfermería



EEL/ssc.

c.c.

📁 Sra. Adriana Hernández – Enfermera Coordinadora, Centro de Salud Familiar  
Violeta Parra.

📁 Archivo Escuela Enfermería.

**Anexo 4: INSTRUMENTO**

**CONSENTIMIENTO INFORMADO.**

Chillán, Abril 2011

Estimada (o) usuaria (o):

Somos estudiantes de 5º año de Enfermería de la Universidad del Bío-Bío. Estamos realizando nuestra Tesis, denominada: “Adherencia a controles de pacientes Hipertensos del Programa Cardiovascular relacionada con la Satisfacción Usuaría del CESFAM, “Los Volcanes” Chillán, 2011”, para optar al grado de “Licenciatura en Enfermería”.

Este trabajo tiene por objetivo conocer la satisfacción de los pacientes Hipertensos del Programa Cardiovascular del CESFAM los Volcanes.

Por lo anterior solicitamos su colaboración, respondiendo dos cuestionarios de forma, individual, confidencial y anónima.

Esperando su colaboración para responder los cuestionarios, se despiden atentamente.

ALUMNOS TESISISTAS  
CARRERA DE ENFERMERÍA  
UNIVERSIDAD DEL BÍO – BÍO

---

Firma autorización usuario

---

RUT

## **INSTRUCTIVO DEL INSTRUMENTO RECOLECTOR PARA EL ENCUESTADOR:**

Para registrar las respuestas, encierre en un círculo la o las alternativas que correspondan.

**1 y 2.** Obtención de datos a través del tarjetón actualizar edad con usuarios.

**3 y 4.** Se debe sub clasificar la alternativa que corresponda:

**5a1.** Trabajo estable: Persona en edad laboral que realiza una actividad remunerada en forma permanente, se registra también como trabajo estable el voluntariado ejemplo: damas de blanco, damas de verde, ayuda a Hogar de Cristo, etc. aunque no sea remunerado.

**a2.** Trabajo esporádico: Persona que realiza una actividad remunerada inferior a 8 meses en el año.

**b1.** Jubilado.

**b2.** Cesante: Persona en edad laboral que no tiene trabajo desde hace cuatro meses o más.

**6.**atención: leer antes manual de aplicación Pregunta del Nivel Socioeconómico ESOMAR (para el encuestador). Consta de dos preguntas para luego realizar clasificación según ESOMAR. Manual anexo.

Preguntas 7y 8 autoexplicativo.

### **II parte:**

Evaluación por parte del usuario a la atención prestada por el profesional de Enfermería en el Programa de salud Cardiovascular. En esta pregunta marque la alternativa correspondiente al ítem que el entrevistado señale.

Instrumento recolector de datos para la adherencia al PSCV de CESFAM los VOLCANES.

**Entrevista semiestructurada.**

NOMBRE: \_\_\_\_\_ Sexo: \_\_M\_\_F\_\_

FECHA: \_\_\_\_\_ DIRECCION: \_\_\_\_\_

**I Parte: ANTECEDENTES SOCIODEMOGRAFICOS Y BIOMEDICOS.**

1. ¿A cuántos controles ha sido citado en los últimos 12 meses? \_\_\_\_\_

Y ¿Cuál ha sido el número de controles que asistió durante en los últimos doce meses?

2. ¿Qué edad tiene usted? \_\_\_\_\_

3. ¿Cuál es su estado civil?

a. casado.

d. convivencia estable.

b. soltero sin convivencia.

e. convivencia menos de 3 años.

c. viudo.

4. ¿Con quién vive usted?

a. solo.

c. padres.

b. con su cónyuge.

d. hijos.

e. otras personas, especificar: \_\_\_\_\_

5. ¿Cuál es su situación laboral actual?

a. si a1. Estable \_\_\_\_\_ a2. Esporádico \_\_\_\_\_

b. no b1. Jubilado \_\_\_\_\_ b2. Cesante \_\_\_\_\_

**Nota:** registrar también como trabajo estable el voluntariado ejemplo: damas de blanco, damas de verde, ayuda a Hogar de Cristo, etc.

6a. Nivel de educación alcanzado por el jefe del hogar (principal sostenedor) (2).

h. Básica incompleta o menos.

l. Técnico incompleto (1 a 3 años).

i. Básica completa.

m. Universitaria incompleta o técnico completa.

j. Media incompleta.

k. Media completa.

n. Universitaria completa o más.

6b. tenencia de bienes marcar con los que cuenta actualmente:

1. Automóvil.

7. Ducha.

2. Computador.

8. Tv cable o satelital.

3. Horno micro-ondas.

9. Calefón u otro sistema de agua caliente.

4. Tv color.

5. Refrigerador.

10. Internet.

6. Lavadora automática.

Número total de bienes: ( )

**7.** ¿Cuál es el tiempo de espera cuando acude a la atención del programa cardiovascular?

- a. hasta 15, minutos.
- b. 15 a 20 minutos.
- c. 20 a 30 minutos.
- d. 30 y más minutos.

**8.** Distancia del hogar al CESFAM.

- a. 1-4 cuadras.
- b. 4-8 cuadras.
- c. 8 y más cuadras.

**(1)** Instituto de Salud Pública. Universidad Austral de Chile. Documentos sobre Investigación. Diplomado en Salud Pública y Salud Familiar, Chile 2003. Proyecto en la inasistencia de los usuarios del programa cardiovascular del centro de salud Dr. Eduardo Raggio Lanata de la comuna de Catemu, en el periodo enero a diciembre del 2004, a cargo de Fabiola Figueroa V, María Derderian F, Marcela Olivares O.

**(2)** adaptación de Esomar para la medición de nivel socioeconómico:

<http://www.microweb.cl/idm/documentos/ESOMAR.pdf> (16/12/2010 11:30 A.M.)

[http://www.adimark.cl/medios/estudios/Mapa\\_Socioeconomico\\_de\\_Chile.pdf](http://www.adimark.cl/medios/estudios/Mapa_Socioeconomico_de_Chile.pdf) (16/12/2010 11:50 A.M.)

**PARTE II.**

Evaluación del usuario a Profesional de Enfermería del Programa Cardiovascular, por atención prestada en controles, ideal ultimo control que recuerde.

**Escala de satisfacción de los pacientes (CECSS) (3)**

<b>Ítems</b>	<b>Nunca (1)</b>	<b>Casi nunca (2)</b>	<b>No estoy seguro (3)</b>	<b>A veces (4)</b>	<b>Siempre (5)</b>
I. La enfermera presta sus servicios con habilidad					
II. La enfermera comprende mi enfermedad					
III. La enfermera conoce el tratamiento que yo necesitaba					
IV. La enfermera me da las indicaciones para cuidarme yo mismo en casa					
V. La enfermera es atenta en el control					
VII. La enfermera me explica las complicaciones de mi enfermedad					
VIII. La enfermera explica todas las acciones antes de hacerlos					
IX. La enfermera se ve muy ocupada en el control para dedicar un rato a hablar conmigo					
X. La enfermera explica las cosas en términos que yo podía entender					
XI. La enfermera me entiende al escuchar mi problema					
XII. La enfermera se nota de verdad preocupada por mi dolor y temores.					
XIII. La enfermera es lo más amable posible cuando hacía técnicas complejas. Ejemplo: un electrocardiograma.					

XIV. La enfermera me atiende de manera personalizada.					
XV. La enfermera entiende como me siento.					
XVI. La enfermera me da la oportunidad de hacer preguntas					
XVII. La enfermera es amable conmigo en el control.					
XVIII. La enfermera se toma el tiempo necesario para atenderme.					
XIX. La enfermera se asegura de que todas mis preguntas tuvieran respuesta.					

Puntajes:

<b>19 - 44</b>	Casi nunca.
<b>45 - 70</b>	Medianamente.
<b>71 - 96</b>	Casi siempre.

## Anexo 5: Teoría de sistemas.

### LA TEORÍA DE SISTEMAS Y LA ADHERENCIA DE LOS USUARIOS

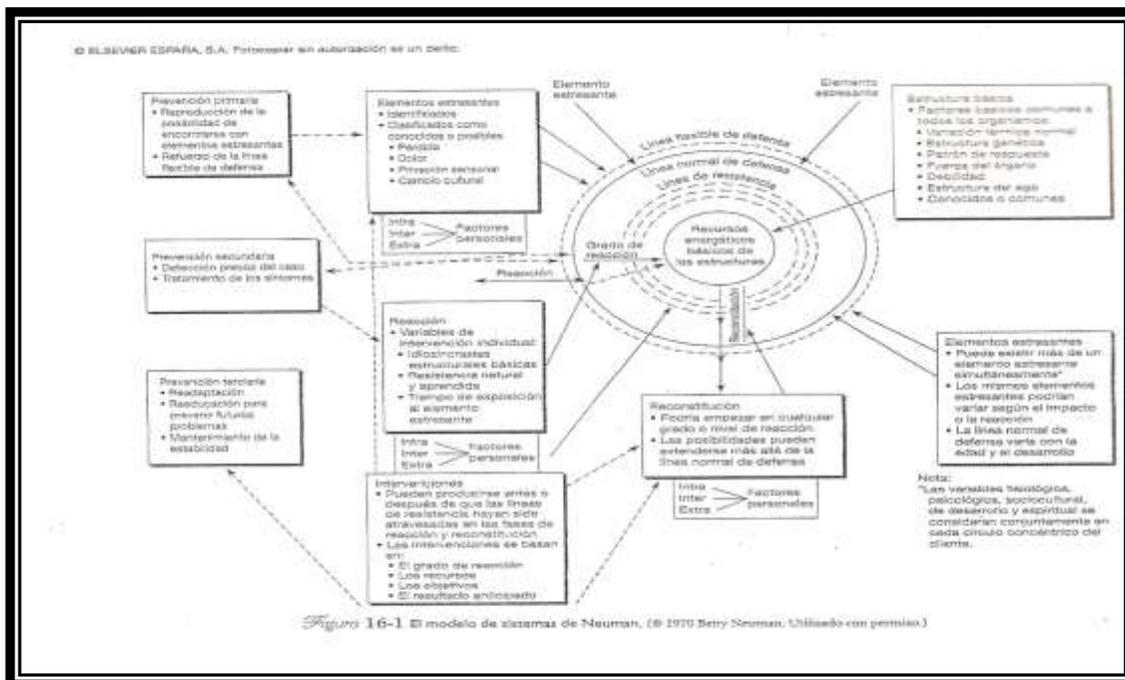
De acuerdo al enfoque holístico de la atención en salud, se debe tratar a la persona como un sistema compuesto de varios subsistemas: biológico, psicológico y social y determinar cómo estos influyen en la salud.

Dentro de los factores biológicos se encuentran las bases bioquímicas y biofísicas. En los factores psicológicos, se incluye el pensar, hacer, sentir y decir. En lo social, se encuentra la familia, la comunidad socio-cultural, el nivel socioeconómico, los roles y el estatus <sup>(1)</sup>.

De acuerdo a la teoría de sistemas de Betty Neuman, los factores externos del medio ambiente van a afectar a la persona debido a que ésta se comporta como un sistema abierto, dinámico, autorregulable y programable.

- La teoría de Sistemas, de Betty Neuman, tiene diferentes niveles de prevención, por lo que en nuestro estudio trabajaremos con el nivel secundario, referido específicamente al tratamiento de los síntomas. Aquí el usuario reacciona de tres formas a la atención:
- Idiosincrasias estructurales básicas.
- Resistencia natural y aprendida (no quiero por miedo o por conocimiento previo)
- Tiempo de exposición al electo estresante (tiempo de espera, años de tratamiento, agotamiento físico).

° Modelo de sistemas de Betty Neuman.



Betty Neuman considera a la persona/cliente de forma global según la visión que tiene de lo externo, y no cómo ciertas partes de este mundo externo puedan influir en él.

Considera la salud de forma individualizada, desde el punto de vista de la persona/cliente.

Así la salud depende de cómo la persona, tras la retroalimentación, entiende su grado de bienestar o enfermedad.

→ Persona: cliente, que puede ser individuo, familia, grupo, comunidad o problema social, es el receptor de los cuidados de enfermería. La persona es considerada como un sistema abierto que puede recibir información del entorno: (positivo ó negativo), de la cual se retroalimenta, mientras mantiene una tensión dinámica entre lo que recibe y lo que experimenta.

→ Salud: se refiere a cómo la persona, tras la retroalimentación, ha experimentado el significado que para él representa o la forma como entiende su grado de bienestar o enfermedad. La conciencia que tiene sobre ello, es una fusión entre la salud y la enfermedad.

→ Entorno: Se refiere en general a condicionantes que influyen en la persona/cliente, tanto internos como externos o de relación. La persona/cliente se contempla como un sistema abierto, dinámico y en interacción constante con el entorno.

→ Enfermería, rol del cuidado: Es el facilitador que ayuda a un individuo, familia o comunidad a centrarse en su patrón específico mediante la negociación <sup>(2)</sup>.

(1) CISNEROS G. Fanny. Introducción a los Modelos y Teorías de Enfermería. [en línea]. Popayán, Cauca, Colombia. Agosto de 2002.

<<http://artemisa.unicauca.edu.co/~pivalencia/archivos/IntroduccionALasTeoriasYModelosDeEnfermeria.pdf>> [consulta: 23 diciembre 2010]

(2) ANIORTE Hernández, Nicanor. Teoría y método en enfermería [en línea]. 20 de noviembre de 2008. <[http://perso.wanadoo.es/aniorte\\_nic/progr\\_asignat\\_teor\\_metod5.htm](http://perso.wanadoo.es/aniorte_nic/progr_asignat_teor_metod5.htm)>

[consulta: 24 diciembre 2010]