



UNIVERSIDAD DEL BÍO-BÍO

FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD Y DE LOS ALIMENTOS

ESCUELA DE ENFERMERÍA

**ADHERENCIA A CONTROL DE SALUD CARDIOVASCULAR RELACIONADA
CON CARACTERÍSTICAS SOCIODEMOGRÁFICAS Y SATISFACCIÓN
USUARIA EN EL CESFAM QUIRIQUINA DE SAN IGNACIO, 2011**

AUTORES:

Jara Cáceres, Fernando Andrés

Tapia Troncoso, Tamara Alejandra

Valdés Arias, Celeste Adriana

Vásquez Rodríguez, Alejandro Arturo

DOCENTE GUÍA:

Sra. Molina Escalona, Carmen Gloria

TESIS PARA OPTAR AL GRADO DE LICENCIADO EN ENFERMERÍA
CHILLÁN – CHILE

2011

Agradecimientos

En especial, a todas las personas que nos ayudaron directamente con el desarrollo de nuestra investigación.

A la Sra. Carmen Gloria Molina, docente guía de la investigación por orientarnos durante todo el proceso de estudio.

Al Sr. Miguel Ángel López Espinoza, por su colaboración en el análisis estadístico.

A la Directora de Escuela de Enfermería, Sra. Elena Espinoza Lavoz por su intervención en el proceso de autorización que posibilitó la aprobación para la aplicación correspondiente del estudio.

A la Sra. Giovanna Rivera Baeza, directora del CESFAM Quiriquina de la comuna de San Ignacio por su aprobación para realizar el estudio con los usuarios de dicho establecimiento.

Al Sr. Juan Pino Ceballos, Técnico en Enfermería encargado del Programa de Salud Cardiovascular del CESFAM Quiriquina, por su gran disposición y amabilidad durante la recolección de datos.

A la Srta. Suzanne Théberge por su colaboración en la traducción de nuestro resumen.

A la Familia Vásquez Rodríguez por su cálida acogida en su hogar, y apoyo incondicional para la realización de encuestas.

A la Sra. Soledad Salazar Coñomil, secretaria de Escuela de Enfermería por su colaboración en cada uno de los favores pedidos.

A cada una de nuestras Familias y Amigos, por el apoyo, ayuda y entusiasmo entregado en cada uno de los procesos del desarrollo de nuestra investigación.

Dedicatorias

A mi Familia, pilar fundamental de este gran camino. También dedico este proyecto a mi Pareja y Amigos, personas que siempre estuvieron conmigo y confiaron en cada una de mis capacidades.

Fernando Jara Cáceres

A mi familia, por su infinito amor, sus palabras de aliento, cariño, comprensión y apoyo en el transcurso de estos años. A mis amigos por aconsejarme y acompañarme en los buenos y malos momentos. A mis compañeros de tesis que sin ellos este proyecto emprendido no habría sido posible, y a ti por el camino compartido y lo mucho que nos queda por recorrer.

Tamara Tapia Troncoso

A mi Madre, por el inmenso amor, apoyo y confianza entregada durante todos estos años; a mi Hermano, por el cariño inigualable que me brinda cada día y a mi Padre, porque sin su recuerdo no habría podido llegar tan lejos.

Celeste Valdés Arias

A mi Familia, en especial a mis Padres, por su gran ejemplo de esfuerzo y perseverancia, por que han sido fuente de incondicional apoyo y alegrías a lo largo de estos años de estudio.

Alejandro Vásquez Rodríguez

Índice

Resumen

Abstract

I. Introducción	- 1 -
1.1 Presentación y Fundamentación del Problema e Importancia de la Investigación para la Profesión.....	- 3 -
1.2 Problema de Investigación.....	- 6 -
1.3 Antecedentes Teóricos y Empíricos.....	- 8 -
1.4 Propósito.....	- 28 -
1.5 Objetivos Generales y Específicos	- 29 -
1.6 Hipótesis	- 31 -
1.7 Variables de Estudio	- 32 -
II. Metodología de la Investigación.....	- 33 -
2.1 Tipo de Estudio.....	- 33 -
2.2 Universo y Muestra	- 33 -
2.3 Unidad de Análisis	- 34 -
2.4 Aspectos Éticos	- 34 -
2.5 Procedimiento para la Recolección de Datos	- 35 -
2.6 Descripción Instrumento Recolector	- 35 -
2.7 Prueba Piloto	- 36 -

2.8	Análisis Estadístico	- 37 -
III.	Resultados	- 38 -
3.1	Caracterización de la Muestra	- 38 -
3.2	Análisis Bivariado.....	- 43 -
3.3	Discusión	- 53 -
IV.	Conclusiones, Sugerencias y Limitaciones.....	- 57 -
4.1	Conclusiones	- 57 -
4.2	Sugerencias.....	- 58 -
4.3	Limitaciones.....	- 59 -
V.	Bibliografía.....	- 60 -
VI.	Anexos	
	Anexo N°1: Definición Conceptual y Operacional de Variables	
	Anexo N°2: Carta autorización recolección de datos para la investigación	
	Anexo N°3: Carta Consentimiento Informado	
	Anexo N°4: Carta Validación de Instrumento	
	Anexo N°5: Instrumento a Aplicar	

Resumen

La falta de adhesión a control cardiovascular existe, con frecuencia los profesionales exploran esta problemática en el interrogatorio de rutina, pero no analizan a fondo las razones de esta situación, pudiendo ser un factor determinante la satisfacción usuaria.

El propósito de la investigación fue relacionar la adherencia a control de salud cardiovascular con las características sociodemográficas y la satisfacción usuaria de los pacientes del programa de salud cardiovascular del CESFAM Quiriquina de San Ignacio, en el año 2011. La fundamentación teórica de la investigación se basó en la teoría de Joyce Travelbee.

Estudio de tipo descriptivo correlacional y corte transversal. De un universo de 791 usuarios del programa de salud cardiovascular, se seleccionó aleatoriamente una muestra de 94 personas. Para la recolección de datos se aplicaron los cuestionarios “Medición Nacional de Satisfacción Usuaria en la Red Pública de Salud de Chile, del Ministerio de Salud”; y el “Cuestionario para la Evaluación de la Adherencia Terapéutica MBG (Martín–Bayarre–Grau)”, ambos modificados por los autores y validados mediante juicio de expertos. Para el análisis de los datos se utilizó el programa SPSS versión 17.0.

Los resultados obtenidos demostraron que la adherencia al control tiene una asociación estadísticamente significativa con las dimensiones satisfacción global, atención del personal profesional y no profesional e infraestructura. No así con las variables sociodemográficas de edad, sexo, nivel educacional, lugar de residencia y condición laboral actual.

Palabras claves: Adherencia, Características Sociodemográficas, Satisfacción Usuaria y Control de Salud Cardiovascular.

Abstract

There is a lack of adherence to cardiovascular check-ups, which is a problem that professionals frequently explore in routine interviews. However, they do not fully analyze the reasons for this situation, which can be a determining factor in user satisfaction.

The objective of this study was to relate adherence to cardiovascular health check-ups with socio-demographic characteristics and user satisfaction of patients in the cardiovascular health program of the Quiriquina CESFAM (Family Health Center) in San Ignacio, Chile during 2011. The research is based on Joyce Travelbee's theory.

This was a descriptive correlational and cross-sectional study. A sample of 94 persons was randomly selected from a sample universe of 791 users of the cardiovascular health program. Data was collected by applying two questionnaires: Ministry of Health National Measurement of User Satisfaction in Chile's Public Health System; and Evaluation of MBG (Martín-Bayarre-Grau) Therapeutic Adherence Questionnaire, both of which were modified by the authors and validated by experts. The SPSS program version 17.0 was used to analyze the data.

Results showed a statistically significant association between adherence to the health check-up and overall satisfaction, attention provided by professional and nonprofessional staff, and infrastructure. However, there was no relationship with the socio-demographic variables of age, sex, educational level, place of residence, and current employment status.

Key words: adherence, socio-demographic characteristics, user satisfaction, cardiovascular health check-up.

I. Introducción

El cambio de Perfil Epidemiológico de las últimas décadas ha ido en conjunto con los cambios de estructura poblacional, de esta forma ha ido en aumento la población Adulta y Adulto Mayor.

En Chile la situación actual se caracteriza por un aumento significativo del porcentaje de personas mayores de 60 años, surgiendo así nuevas prioridades en el campo de la Salud, tomando gran trascendencia el Programa del Adulto, principalmente el enfocado al tratamiento y cuidado de las Enfermedades Cardiovasculares, problema de Salud Pública que en Chile se ha catalogado como la primera causa de muerte e importante causa de años de vida saludables perdidos (1).

Las enfermedades cardiovasculares se reconocen cada vez más como un problema importante de salud pública; el incremento de las tasas de mortalidad y la prevalencia de factores de riesgo se han convertido en un problema que requiere de la intervención de los profesionales de salud y el compromiso del Estado (2). Gran parte de esta problemática se encuentra relacionada con la falta de adherencia a los tratamientos farmacológicos y no farmacológicos, manifestada en un gran número de consecuencias tanto en la salud de los usuarios como también, en la carga económica y afectiva hacia la familia.

La adherencia es un término utilizado para designar al cumplimiento y seguimiento por parte del paciente, del tratamiento que el profesional le aconseja, es en este proceso donde actualmente entra con gran magnitud el concepto de la Satisfacción Usuaría; con la cual se puede evaluar el grado de congruencia que existe entre las expectativas del usuario de una atención ideal en salud y la percepción de éste del servicio que recibió (3). Considerándose una base

fundamental en la credibilidad y consiguiente adherencia a las indicaciones otorgadas en la Consulta de Salud.

La importancia de evaluar la satisfacción usuaria en diversos programas, es que permite modificar y mejorar las deficiencias y reforzar las fortalezas, desde la perspectiva de los pacientes, con respecto al manejo de la calidad del cuidado de la salud y a sus expectativas de resultado.

Asimismo, dentro del Programa de Salud Cardiovascular, el Profesional de Enfermería pasa a tomar un papel fundamental en la percepción de calidad de la atención, ya que además de otorgar un control de salud acorde con lo requerido, concede una atención integral al usuario, involucrando intervenciones que abarcan el entorno biosicosocial del paciente, a través de acciones educativas y de refuerzo.

Es por esto, que se vuelve imprescindible establecer una relación entre el profesional y el usuario, siendo pilares fundamentales de esta relación, la comunicación activa, la interacción, empatía y acercamiento entre ambos participantes; tal como lo explica y fundamenta la Teoría de Enfermería de Joyce Travelbee, donde se orienta la atención y trato del profesional de salud para lograr los mejores resultados con el paciente y la comunidad.

1.1 Presentación y Fundamentación del Problema e Importancia de la Investigación para la Profesión.

Hasta principio del siglo XX, las enfermedades que predominaron fueron de tipo infecto contagiosas, provocando una gran mortalidad a nivel mundial. Sin embargo, gracias a los avances científicos, médicos y biológicos, se pudo combatir las diferentes microorganismos infecciosos, manteniendo así un control de éstas epidemias, casi a tal punto de la desaparición de la mayoría de los agentes infecciosos más letales (4).

Sin embargo hoy en día se instauró otro tipo de epidemia en el mundo, las denominadas patologías o enfermedades crónicas, desencadenada por los cambios demográficos y epidemiológicos de las personas, como el envejecimiento y los estilos de vida poco saludables de la población. Las enfermedades crónicas, que si bien son patologías silenciosas, provocan un gran porcentaje de complicaciones y muertes a nivel mundial (5).

Es por esto, que el control de salud cardiovascular se convierte en una parte fundamental para el control y seguimiento de estas patologías, para así conocer los cambios y efectos que están teniendo estas enfermedades en las personas.

Además, en los últimos años, el estudio de la satisfacción de los usuarios de los servicios públicos de salud, se ha convertido en un instrumento de valor creciente tanto para el marketing como en la investigación en servicios sanitarios. El hecho de que los proveedores de estos servicios y algunos investigadores acepten que la satisfacción del paciente es un resultado importante del trabajo realizado por los profesionales y un factor asociado a la utilización y a la conducta del paciente, justifica que ésta se haya incorporado como una medida de la mejora de la calidad. El análisis de la satisfacción, también, se está utilizando como instrumento para legitimar las diferentes reformas sanitarias (6).

Sin embargo, la mayoría de los profesionales de la salud coincide en que el problema de la falta de adhesión a control cardiovascular existe, e incluso con frecuencia exploran esta posibilidad en el interrogatorio de rutina, generalmente buscan explicaciones sólo en factores o variables propias de los usuarios, y no siempre se analizan a fondo las razones de esta situación, pudiendo ser un factor determinante la satisfacción usuaria del paciente. Este hecho ha despertado gran interés en los últimos años y ha impulsado la investigación en búsqueda de definiciones, causas, consecuencias y soluciones a este problema (7).

Encontrándose que las consecuencias de una baja adherencia al tratamiento médico indicado, sobre todo en enfermos crónicos se expresan en diversas esferas de la vida del paciente, en componentes del sistema de salud y en el cuadro de morbilidad y mortalidad de la población, siendo las principales implicancias de tipo clínicas o médicas, económicas y psicosociales, que van desde pérdida del trabajo por de ausentismo laboral a causa de una enfermedad no controlada, aumento de intervenciones y hospitalizaciones, hasta stress, baja autoimagen y miedos ante una posible amenaza vital y la muerte (8).

Para el desarrollo de la enfermería actual, el cual es un proceso continuo, se deben considerar nuevos estudios enfocados en la población urbana y rural del país, para que de esta forma se empiecen a ampliar técnicas de calidad que aumenten los niveles de adherencia a los tratamientos brindados en los controles de salud, identificando las características y necesidades propias de la población beneficiaria. En el cual se debe considerar la atención según el nuevo modelo de salud familiar en donde la promoción y prevención toman gran valor para mejorar los indicadores de salud en la población.

El conocer el grado de adherencia a los controles de salud y la medición constante de la satisfacción usuaria de la población asistente a los controles de salud cardiovascular en Chile, es un auspicioso inicio para lograr implementar

cambios en atención primaria que sean de real beneficio para la población del país.

En el nuevo modelo de salud familiar es de suma importancia garantizar una mejor distribución del servicio a toda la población. Pero no es posible hablar de equidad si no se respetan las singularidades geográficas, topográficas, culturales y demográficas que caracterizan a las diversas zonas dentro de las cuales se pretende hacer llegar los beneficios del modelo. Cumpliendo el profesional de enfermería un rol fundamental en la atención de la población rural, a través del reconocimiento de sus necesidades de salud e identificación de la percepción de las prestaciones y atenciones de salud que se entregan a estos usuarios, adecuando los recursos necesarios para que se logre un óptimo nivel de atención.

1.2 Problema de Investigación

¿Se relacionará la Adherencia a Control de Salud Cardiovascular con Características Sociodemográficas y Satisfacción Usuaría en el CESFAM Quiriquina de San Ignacio, 2011?

Problematización

El problema anteriormente presentado impulsa a evaluar como es percibida la atención proporcionada por el profesional de enfermería y el resto del personal del centro de salud a los usuarios. Planteándose las siguientes interrogantes:

- ¿Cuál será la adherencia a Control de Salud Cardiovascular en los usuarios inscritos en el Programa de Salud Cardiovascular?
- ¿Cuáles serán las características sociodemográficas de los usuarios inscritos en el Programa de Salud Cardiovascular?
- ¿Se relacionará la edad de los usuarios con la adherencia a Control de Salud Cardiovascular en el Centro de Salud?
- ¿Se relacionará el sexo de los usuarios con la adherencia a Control de Salud Cardiovascular en el Centro de Salud?
- ¿Se relacionará el nivel educacional de los usuarios con la adherencia a Control de Salud Cardiovascular en el Centro de Salud?
- ¿Se relacionará el lugar de residencia de los usuarios con la adherencia a Control de Salud Cardiovascular en el Centro de Salud?
- ¿Se relacionará la condición laboral actual de los usuarios con la adherencia a Control de Salud Cardiovascular en el Centro de Salud?
- ¿Cuál será la Satisfacción Usuaría de los usuarios inscritos en el Programa de Salud Cardiovascular?
- ¿Qué relación existirá entre Adherencia al Control de Salud Cardiovascular y Satisfacción Usuaría?
- ¿Se relacionará la satisfacción global con la adherencia a Control de Salud Cardiovascular en el Centro de Salud?

- ¿Se relacionará la atención del personal profesional y no profesional con la adherencia a Control de Salud Cardiovascular en el Centro de Salud?
- ¿Se relacionará la infraestructura con la adherencia a Control de Salud Cardiovascular en el Centro de Salud?
- ¿Se relacionará el acceso y área de apoyo con la adherencia a Control de Salud Cardiovascular en el Centro de Salud?

1.3 Antecedentes Teóricos y Empíricos

1.3.1 Marco Teórico

En la actualidad las Enfermedades Cardiovasculares representan un gran desafío para el equipo multidisciplinario del área de la salud, es un hecho la alta morbi-mortalidad que presentan estas enfermedades en nuestro país, donde la calidad de vida y el nivel de auto cuidado no son alentadores, es por esta razón que nace el programa de salud cardiovascular, como una iniciativa para diagnosticar, tratar y rehabilitar a la población en forma oportuna a través de los centros de atención primaria, con el fin de intervenir a tiempo y beneficiar la salud de las personas (9).

Factores como el actual estilo de vida de la población, que incluye una inadecuada alimentación, tabaquismo, inactividad física y estrés, contribuyen al desarrollo de la aterosclerosis y el consiguiente aumento de las enfermedades cardiovasculares (10).

Dada la magnitud de la enfermedad cardiovascular y considerando las secuelas que ello conlleva, es de vital importancia la implementación de estos programas de prevención primaria.

Hasta el año 2000, el Ministerio de Salud Chileno editó normas o guías clínicas para el manejo de la Hipertensión Arterial (HTA), Diabetes Mellitus (DM) y Dislipidemias en forma separada. En el nuevo enfoque del Programa Salud Cardiovascular (PSCV), año 2002, las decisiones terapéuticas se basan en la probabilidad de un individuo de tener un evento cardiovascular en el futuro (infarto agudo al miocardio-IAM o ataque cerebral-ACV) (11). Este enfoque reemplaza las decisiones terapéuticas basadas en la presencia y cuantía de factores de riesgo aislados (HTA, DM, Dislipidemia). El PSCV, se entenderá como el conjunto de estrategias y actividades destinadas a mejorar la calidad, cantidad y resolutivez de las acciones sanitarias efectuadas por los equipos de salud, tendientes a disminuir la morbilidad y mortalidad de las Enfermedades Cardiovasculares (EVCs) (12).

Así la evaluación del riesgo cardiovascular debe ser entendida como un tamizaje para identificar a aquellas personas que tienen una mayor probabilidad de tener una enfermedad cardiovascular, ya sea IAM o ACV. Para medir este nivel de riesgo actualmente no se dispone de Tablas de riesgo Cardiovascular (CV) chilenas, por esto el PSCV propone utilizar una evaluación cualitativa del riesgo basada en la presencia e intensidad de los factores de riesgo CV mayores y/o Puntaje de Framingham, el cual es una medición cuantitativa que estima el riesgo coronario (angina, infarto de miocardio silente o con síntomas, mortal o no) a 10 años y se adaptó a las características de la población chilena siguiendo un procedimiento estándar. Con el fin de determinar el nivel de riesgo CV del individuo, para que el médico pueda tomar decisiones terapéuticas con el propósito de prevenir o tratar una enfermedad CV, a través de la consejería para modificar aspectos del estilo de vida, cuidados especiales en las personas con diabetes, medicamentos para controlar la presión arterial o los niveles de colesterol, y otras medidas en aquellos que han tenido un IAM o ACV (11).

La asociación de factores de riesgo modificables como HTA, DM, Dislipidemia, Obesidad, Tabaquismo y Sedentarismo influye significativamente en la mortalidad. Así, la presencia de más de 3 factores aumenta al triple la mortalidad y en cerca de 16 veces el riesgo si están presentes los factores más significativos, los cuales son Tabaquismo, Hipertensión e Hipercolesterolemia (13).

El objetivo del tratamiento dentro de este programa debe ser reducir el riesgo CV absoluto, lo que se logra considerando el riesgo global del sujeto y tratando los factores coexistentes en forma simultánea, propuesta contenida en el PSCV (11).

En Chile las enfermedades cardiovasculares continúan siendo la principal causa de muerte en la población adulta, con un aumento progresivo del peso porcentual entre todas las defunciones, llegando al 28,2% de ellas en el año 2005 (26,4% en 1990, 27% año 1999) (14). La tasa de mortalidad ajustada por Enfermedades del Sistema Circulatorio en el 2005 fue de 128,3 defunciones por cada 100.000

habitantes, de las cuales las principales causas son la enfermedad isquémica del corazón, con una tasa ajustada de 48,9% y las enfermedades cerebro vasculares con una tasa ajustada de 47,3%. Son también la tercera causa de pérdida prematura de años de vida, lo que significó una pérdida de 188.979 años de vida por muertes por ECVs en 1996 (14). En ese mismo año, el 15 % de las pensiones de invalidez parcial se otorgaron por ECVs, así como el 12% de las pensiones de invalidez total (10).

Las ECVs son también una de las principales causas de morbilidad en el adulto. Como causa de hospitalización, durante el año 2004, hubo 110.138 egresos por causa circulatoria, lo que representa el 6,76 % del total de egresos en el país para ese año (15).

La prevalencia de Obesidad, Tabaquismo, HTA y Colesterol Total elevado a nivel nacional, es más alta en los grupos de nivel socioeconómico más bajos (13). Estas enfermedades son una gran carga económica para el individuo, su familia y para la sociedad, representando actualmente un importante problema de salud pública, por cuanto requieren de atención especializada de gran complejidad tecnológica. De ahí su denominación de enfermedades catastróficas y la necesidad de implementar medidas y estrategias conducentes a la reducción de su mortalidad y morbilidad, las que incluyen coordinadamente acciones de promoción de una vida saludable, prevención, curación y rehabilitación en la Atención Primaria.

Datos de la Encuesta Nacional de Salud 2009-2010 del Ministerio de Salud (MINSAL) aplicada a población de 15 y más años, muestran una frecuencia de Presión Arterial elevada de 26.9% y prevalencias de DM de 9,2%, Hipercolesterolemia 38,5% y Colesterol HDL por debajo de 45,6%, y el Tabaquismo muestra una prevalencia de 40,6% de población fumadora actual, fumando significativamente más los hombres, 44,2%, que las mujeres, 37,1% (16).

Las personas con factores de riesgo pesquisadas a través del Examen de Medicina Preventiva (EMP), en la consulta de morbilidad o en otra actividad

médica pueden acceder al PSCV en el nivel primario de atención para su manejo integral, con controles, exámenes y tratamiento que incluye medicamentos, si es necesario.

A contar del 2005, la HTA y la DM tipos 1 y 2, son patologías incorporadas al sistema de Garantías Explícitas en Salud (GES), lo que permite a los usuarios, tanto del sistema público como privado, acceder a los beneficios que ofrece el sistema, a través del acceso a las prestaciones ofrecidas por este programa. Si las personas no aceptan ingresar al GES, deberán dejar constancia escrita de su disenso (Consentimiento Informado) (17).

A Diciembre 2006, el PSCV en el Sistema Público de Salud tenía una cobertura total de 1.160.379 personas hipertensas y 372.901 personas diabéticas bajo control en el nivel primario de atención, lo que corresponde a una cobertura de 77,5% y 98,2% respectivamente (17).

El objetivo general del PSCV expone:

- Prevenir la morbilidad y la mortalidad en sujetos en riesgo CV.

Asimismo los objetivos específicos del PSCV plantean:

- Reducir el riesgo CV de los individuos en control.
- Lograr que los fumadores dejen el hábito.
- Lograr niveles de presión arterial (PA) óptimos.
- Mejorar el control metabólico de los diabéticos.
- Reducir el nivel de colesterol en pacientes dislipidémicos.
- Lograr una baja de peso significativa en los individuos con sobrepeso y obesos.
- Mejorar la capacidad física de los pacientes en control (10).

El enfoque del PSCV, a diferencia de los subprogramas de HTA y DM, está basado en el riesgo CV absoluto de la persona, lo que determinará en definitiva la intervención terapéutica. El nivel de riesgo, a su vez, depende del número, tipo e intensidad de los factores de riesgo presentes en el individuo, así, en la práctica, lo que se busca es identificar aquellos individuos de más alto riesgo, en quienes corresponde hacer una intervención terapéutica intensiva (13).

Uno de los pilares en el manejo y control de las enfermedades cardiovasculares es la adherencia al tratamiento farmacológico y no farmacológico. Esta permite la participación, compromiso y empoderamiento de las personas en el manejo de su enfermedad y, por ende, reducir complicaciones como la discapacidad, hospitalizaciones y sobre todo el infarto agudo al miocardio que puede presentarse por la descompensación de algunas de las patologías crónicas. Se ha demostrado que las personas que han presentado IAM necesitan un mayor seguimiento para promover medidas no farmacológicas como actividad física, dieta y reducir factores de riesgo. Así como el tratamiento farmacológico, que permite controlar la causa que ha provocado el IAM y las consecuencias de este mismo, es por esto que la no adherencia se muestra como un fenómeno mundial de graves consecuencias, y se presenta en todas las edades, desde los niños hasta los ancianos (18).

Sin embargo para poder hablar de adherencia o no adherencia se debe especificar como concepto. En la actualidad la adherencia se puede definir de distintas formas, en un principio la Organización Mundial de la Salud (OMS) la definió como “El grado en que el paciente sigue las instrucciones medicas” (19), en el año 2001, sin embargo la OMS modificó su definición, ya que se pensó que el término “médico” era insuficiente para describir la variedad de intervenciones empleadas para tratar las enfermedades crónicas, además, la palabra “instrucciones” implica que el paciente es un receptor pasivo, que consiente el asesoramiento experto, en contraposición con un colaborador activo en el proceso de tratamiento, por lo que el año 2004 la OMS redefine adherencia terapéutica como "el grado en que el

comportamiento de una persona, tomar medicamentos, seguir un régimen alimentario y ejecutar cambios en el estilo de vida, se corresponde con las recomendaciones acordadas con un prestador de asistencia sanitaria" (18), la cual surge de una definición más amplia de adherencia, en la cual se describe los distintos tipos de adherencia terapéutica de la siguiente forma, "buscar atención médica, conseguir el medicamento recetado, tomar la medicación apropiadamente, vacunarse, cumplir con las consultas de seguimiento y ejecutar las modificaciones en los comportamientos que abordan la higiene personal, el auto cuidado del asma o la diabetes, el tabaquismo, la anticoncepción, los comportamientos sexuales riesgosos, el régimen alimentario inadecuado y la actividad física escasa son todos ejemplos de comportamientos terapéuticos" (18). Otros estudios han adoptado como adherencia terapéutica como a la "implicación activa y voluntaria del paciente en un comportamiento relacionado con el cumplimiento del tratamiento, aceptado de mutuo acuerdo con su médico" (20).

La adherencia deficiente al tratamiento de las enfermedades crónicas es un problema mundial de alarmante magnitud, donde la adherencia al tratamiento a largo plazo de las enfermedades crónicas en los países desarrollados promedia el 50% y en los países en desarrollo, las tasas son aun menores (18). Es innegable que para muchos pacientes es difícil seguir las recomendaciones del tratamiento.

Dentro del desarrollo físico, emocional y cognoscitivo del ser humano, la edad es un factor que es influyente sobre la adherencia terapéutica, pero de manera irregular; por lo que debe evaluarse por separado para cada afección, y, si fuera posible, por las características del paciente y por el grupo de edad de desarrollo (21).

En el caso de los adolescentes, una adherencia deficiente puede reflejar la rebelión contra el control del régimen de sus vidas. La mayor parte de los estudios indica que los niños y adolescentes que asumen temprano toda la responsabilidad

de su régimen terapéutico se adhieren menos a la terapia y controlan mal el tratamiento de su enfermedad (21).

Los ancianos representan 6,4% de la población mundial y su número crece a razón de 800.000 individuos todos los meses. En muchos países en desarrollo, se han convertido en el sector de crecimiento más rápido de la población. Además, los ancianos son los mayores consumidores de medicamentos dispensados con prescripción. En los países desarrollados, las personas mayores de 60 años consumen aproximadamente 50% de todos los medicamentos recetados y explican 60% de los costos relacionados con la medicación (22).

El Censo realizado el año 2002 expone la distribución por sexo en la población total Chilena, reflejando que hay un 50,7% de mujeres y un 49,3% de hombres (23). Lo que demuestra que el país mantiene una población similar respecto al género femenino y masculino. La adherencia terapéutica, en ocasiones se ve afectada por esta característica; siendo el sexo masculino quien presenta mayores dificultades para continuar con el régimen e indicaciones prescritas por el profesional de la salud (24).

Algunos factores a los que se les atribuye un efecto considerable sobre la adherencia terapéutica son: el estado socioeconómico deficiente, la pobreza, el analfabetismo, el bajo nivel educativo, el desempleo, entre otros.

El nivel educacional al igual que las condiciones socioeconómicas tiene un impacto en la salud a través de su influencia sobre las conductas de estilo de vida, capacidad para realizar procesos autos reflexivos, tomar decisiones, resolver problemas, entre otros (25).

En la estructura y organización del sistema educativo en Chile se distinguen cuatro niveles educativos: Educación Preprimaria, la que no es obligatoria; Educación

Primaria, la que es obligatoria y tiene una duración de 8 años; Educación Secundaria, la que tiene una duración de 4 años y está compuesta por dos modalidades, la humanístico-científico y la técnico-profesional; y Educación Superior, dónde existen tres tipos de instituciones de educación superior: las Universidades, los Institutos Profesionales y los Centros de Formación Técnica (26). Según el Censo del 2002, en relación a la educación básica, el 41,0% de la población chilena la posee rendida; la educación media presenta un incremento del 33,1% en 1992 al 36,0% en 2002. En tanto, la educación superior aumentó de un 9,0% al 16,0% (23).

El nivel de escolaridad es importante en el cumplimiento de las indicaciones terapéuticas, ya que los usuarios con estudios superiores tienen mayor posibilidad de comprender y entender cuál y cómo es el tratamiento, así como los resultados que se esperan lograr con su cumplimiento (27). El cumplimiento de las indicaciones farmacológicas, como no farmacológicas tiene gran relación con el lugar de residencia del usuario, ya que es ésta condición, la que le hará más o menos difícil el acceso al centro especializado donde será atendido, hay pacientes que abandonan su tratamiento por no tener medios para el transporte y asistir estrictamente a los controles de salud (23). El Censo realizado el año 2002, refiere que el porcentaje de población que habita en áreas urbanas es de 86,6%; en tanto que, en las zonas rurales, vive el 13,4% de la población total chilena. Los resultados muestran un aumento sustantivo del porcentaje urbano en desmedro del rural (28).

Según la Contraloría General de la República de Chile, en la definición y explicación de los censos, expone dentro de las características económicas, las diferentes categorías en la ocupación de la población, resultando de forma destacada la categoría de empleado, siendo la persona que trabaja o ha trabajado para un empleador público o privado y recibe una remuneración; Independiente o por cuenta propia, siendo la persona que explota o ha explotado su propia

empresa económica o negocio privado o ejerce o ha ejercido en forma independiente una profesión u oficio, pero no tiene empleados a su cargo, pudiendo trabajar solo o asociado; Población no económicamente activa como trabajador del hogar o ama de casa que sin ejercer ninguna actividad económica se dedican a cuidar sus propios hogares, por ejemplo: las amas de casa y otros familiares que se encargan de la atención de la casa y los niños; y la población cesante que corresponden a las personas sin empleo y disponible corrientemente para trabajar, que ha hecho arreglos para ocupar un empleo remunerado o emprenderá una actividad independiente (29). La ocupación de los usuarios y la adherencia terapéutica se ven fuertemente vinculadas e influidas, ya que diferentes estudios hacen notar que existe una relación entre la frecuencia de cumplimiento de indicaciones y la ocupación, lo que puede estar vinculado al hecho de que la presencia de responsabilidades y obligaciones laborales, puede provocar en el individuo preocupaciones de otra índole y disminuir así la atención al cuidado de su salud (30).

En la actualidad, el usuario ha dejado de ser un ente pasivo dentro del proceso de atención en salud. Hoy en día tiene claros sus derechos, así como también, los deberes que tiene que cumplir cada profesional involucrado en el campo de la salud, es decir, se está frente a una nueva visión del paciente, ahora capaz y autónomo, pese a estar enfermo, lo que a su vez genera un nuevo modelo de relación asistencial donde el usuario tiene un rol protagónico (31).

Un concepto muy importante que representa lo que el paciente pide y agradece con respecto a la prestación de un servicio, es el término de Satisfacción Usuaria, que es según Terry G. Vavra “una respuesta emocional del paciente ante su evaluación de la discrepancia percibida, entre su experiencia previa, las expectativas y organización en la entrega de prestación de un servicio y el verdadero rendimiento experimentado una vez que ha probado el producto” (32).

El Ministerio de Salud de Chile la define como el conocer las expectativas y luego el grado de cumplimiento por parte del sistema respecto de las expectativas que frente a él tiene el usuario, esto implica también una reacción del receptor de atención a aspectos importantes de su experiencia en relación a los Servicios de Salud (33).

Es también una evaluación cognitiva de la reacción emocional del usuario, a la estructura, proceso y resultado de los servicios de salud, en donde se miden las actitudes, creencias y percepciones de los usuarios, en relación a los servicios de salud (34). Sin embargo, en el área de la salud, los primeros en afirmar que la satisfacción del paciente (usuario) es, ante todo, "una medida del resultado de la interacción entre el profesional de la salud y el paciente", fueron Koos (35) y Donabedian (36).

Existen tres razones por las que se debería considerar la satisfacción como una medida importante de resultado del proceso asistencial. Primero, hay trabajos que demuestran que la satisfacción es un buen predictor del cumplimiento del tratamiento por parte de los pacientes y de la adhesión a la consulta y al proveedor de servicios. En segundo lugar, la satisfacción es un instrumento útil para evaluar las consultas y los modelos de comunicación, como, por ejemplo, el éxito en informar o involucrar a los pacientes en la toma de decisiones sobre el tipo de atención. Y, en tercer lugar, la opinión del paciente puede utilizarse sistemáticamente para mejorar la organización de los servicios a proveer (37).

Inicialmente se identificó la satisfacción del paciente con la cantidad y calidad de la información que recibía del médico. Sin embargo, rápidamente se extendió la idea de que se trataba de un concepto multidimensional, proponiéndose diferentes dimensiones de la satisfacción (37).

La satisfacción global es una evaluación general del usuario frente a todos los aspectos que involucra ir a una consulta de salud, la cual permite medir de una forma eficaz la gestión de los distintos servicios entregados en un consultorio, además permitirá predecir, entre otras cosas, el cumplimiento terapéutico de los pacientes y el retorno al mismo ante cualquier descompensación de su patología crónica (37).

La sala de espera de un consultorio se debe componer de espacios amplios con un número considerable de asientos destinados a los pacientes y a los recepcionistas, los cuales por lo general deben ubicarse al centro de la sala para mantener un mejor control y visión de los usuarios en espera, mientras más espaciosa sea la sala, y mejor sea la señalización de las distintas unidades de atención con las que cuenta el servicio, mayor será la comodidad de los pacientes (38), así también es importante la infraestructura y agrado de la sala de consulta, la cual debe ser lo suficientemente amplia para que el profesional de salud se puede desenvolver de forma correcta y el paciente se sienta cómodo para ser entrevistado o examinado; y finalmente uno de los factores más significativos en cuanto a la satisfacción del usuario es la infraestructura, disponibilidad, higiene y cantidad de baños con los que cuente el consultorio (39).

El acceso a servicios de salud se identifica como la capacidad para conseguir atención médica cuando se necesita. Es un término general que es afectado por todo, desde la ubicación de los centros de salud y la disponibilidad de proveedores médicos, hasta el costo de la atención médica. El acceso puede ser afectado por la falta de transportación y por barreras culturales, entre otras cosas; teniendo la falta de acceso consecuencias importantes en la morbilidad y mortalidad de los usuarios (40). En cuanto al área de apoyo de un consultorio, está constituido por el centro de admisión o servicios de orientación médica y estadísticas (SOME), la central de farmacia y toma de muestra para los distintos exámenes.

En cuanto a la Atención del Personal no Profesional, se refiere al trato que es entregado por los técnicos en enfermería, también de los funcionarios de atención telefónica y de informaciones, ya sea la forma y cortesía con que atiende a los usuarios, además de la capacidad para responder sus dudas, cantidad de personal disponible y la presentación personal; en lo relacionado con el Personal Profesional, involucra a todos los profesionales de salud, pero principalmente los comprendidos en el programa de salud cardiovascular, médico, enfermera/o y nutricionista, en donde el examen y entrevista realizada por el profesional, tiempo asignado al paciente, dedicación para explicar la evolución del usuario y las indicaciones a seguir, acciones de refuerzo y educaciones entregadas, serán primordiales para la satisfacción del usuario en cuanto a la atención del profesional de salud.

Es en este ámbito, donde el profesional de enfermería toma un papel fundamental en relación a la satisfacción del usuario en cuanto a la atención y el trato otorgado durante la prestación de salud.

La enfermería ha venido practicándose como profesión desde hace más de un siglo, y el desarrollo de las teorías en este campo ha experimentado una rápida evolución en las últimas cuatro décadas para ser reconocido finalmente como una disciplina académica con un cuerpo doctrinal propio.

La aceptación de la enfermería como una ciencia más, llegó durante la fase de utilización de la etapa de las teorías, es decir, cuando la atención dejó de centrarse en el desarrollo y se desplazó al empleo y aplicación de lo que ya se conocía (41).

Los trabajos de las teóricas de enfermería se han organizado según tres grandes tipos de conocimientos, en virtud de las características predominantes que las distinguen; de esta forma se presenta las llamadas *Filosofías sobre Enfermería*, las que definen el significado de los fenómenos observados por medio del análisis,

el razonamiento y la argumentación lógica; *Los Modelos Conceptuales en Enfermería*, que comprenden los trabajos de las llamadas “grandes teóricas” y las *Teorías de Enfermería de Nivel Medio*, las cuales se han obtenido a partir de trabajos de otras disciplinas relacionadas con la enfermería, desde las obras filosóficas más tempranas hasta las grandes teorías y los modelos conceptuales definidos para la enfermería. Las teorías de nivel medio tienen un objetivo más restringido que las grandes teorías y son más concretas en su nivel de abstracción (42), por lo tanto, resultan más precisas y se ocupan de responder a preguntas prácticas específicas dentro de la enfermería, siempre dentro de la visión genérica del modelo o teoría de la que derivan.

La escuela de la interacción apareció a finales de los años 50 y principios de los 60, dentro del desarrollo de las Teorías de Enfermería de Nivel Medio. Varios acontecimientos políticos y socioculturales, así como el resurgir económico y cultural en América del Norte, han favorecido el desarrollo de esta escuela. La teoría psicoanalista prevalece en esta época. Hay una creciente demanda de atención a las necesidades de intimidad y a las relaciones humanas (43). Según la escuela de la interacción, el cuidado es un proceso interactivo entre una persona que tiene necesidad de ayuda y otra capaz de ofrecer esta ayuda. Con el fin de poder ayudar a una persona, la enfermera debe clarificar sus propios valores, utilizar su propia persona de manera terapéutica y comprometerse en el cuidado (44).

Propone que el cuidado es una acción humanitaria y no mecánica. Las teorizadoras señalan que el profesional de enfermería debe poseer conocimientos sistemáticos con el fin de evaluar las necesidades de ayuda de la persona, formular un diagnóstico de enfermería y planificar una intervención. Han intentado responder a la pregunta: “¿Cómo hacen las enfermeras lo que están haciendo?” (43).

Las teorizadoras señalan que debe mantenerse la integridad de la persona, que la persona es capaz de reconocer sus necesidades y que tiende hacia su actualización. La enfermedad es considerada como una experiencia humana que puede permitir el crecimiento de la persona comprende su significado (44).

Joyce Travelbee. Modelo de Relación de Persona a Persona.

Joyce Travelbee pensaba que la enfermería necesitaba “una revolución humanística, que volviera a centrarla en su función de “cuidadora”, en la atención y en apoyo al paciente, y predijo, además, que si dicha revolución no se producía, los pacientes demandarían “los servicios de una clase nueva y diferente de profesionales sanitarios” (45).

Estuvo también probablemente influenciada por Ida Jean Orlando, que fue una de sus instructoras durante su formación posgraduada en Yale. El modelo de Orlando tiene algunos puntos comunes con el propuesto por Travelbee. Orlando afirmaba que “el enfermero tiene la responsabilidad de ayudar al paciente a evitar el sufrimiento que le supone el no poder satisfacer sus necesidades”, afirmaba también que el enfermero y el paciente interaccionan el uno con el otro. La similitud entre ambos modelos queda clara cuando Travelbee afirma que el enfermero y el paciente interaccionan mutuamente y también en su definición de propósito de la enfermería.

Dentro de los principales Conceptos y Definiciones se destacan:

- **SER HUMANO:** “El ser humano se define como un individuo único e irremplazable, como un ser irrepitible en el mundo, parecido pero diferente a cualquier otra persona que haya existido o vaya a existir jamás”.
- **PACIENTE:** El término de paciente es un estereotipo útil para la economía en la comunicación. “Realmente, no existen pacientes. Sólo hay seres humanos individuales que necesitan cuidados, servicios y asistencia por

parte de otros seres humanos, a los cuales se supone capaces para prestar la asistencia que precisa”.

- ENFERMERO: El enfermero también es un ser humano. “El enfermero posee un bagaje de conocimientos especializados y la capacidad para aplicarlos con el propósito de ayudar a otros seres humanos a prevenir la enfermedad, recuperar la salud, encontrar un sentido a la enfermedad o mantener el máximo nivel posible de salud”.
- COMUNICACIÓN: “La comunicación es el proceso por el cual el enfermero es capaz de establecer una relación de persona a persona con el paciente y realizar así el propósito de enfermería, esto es, ayudar a los individuos o a las familias a prevenir o a enfrentarse con la experiencia de la enfermedad y el sufrimiento y, en caso necesario, ayudarles a encontrar un sentido a dichas experiencias”.
- INTERACCION: “El termino interacción se refiere a cualquier contacto entre dos individuos durante el cual éstos ejercen una influencia recíproca y establecen entre sí una comunicación verbal o no verbal”.
- INTERACCION ENFERMERO-PACIENTE: “El término interacción enfermero-paciente se refiere a cualquier contacto entre un enfermero y una persona enferma, y se caracteriza por el hecho de que ambos individuos perciben al otro con una perspectiva estereotipada”.
- NECESIDAD DE ENFERMERÍA: “Una necesidad de enfermería es cualquier requerimiento de la persona enferma (o su familia) que pueda ser atendida por un profesional de la enfermería, y que quede dentro del marco de la definición legal de práctica de la enfermería”.
- EMPLEO TERAPÉUTICO DEL YO: “El empleo terapéutico del yo es la capacidad de usar la propia personalidad de forma consciente y con plena intención para tratar de establecer asociaciones y estructurar la intervención

de enfermería”. “Requiere entrar en el yo, entenderlo y comprender también la dinámica de la conducta humana, así como ser capaz de interpretar la propia conducta y la de los demás, y saber intervenir eficazmente en las situaciones de enfermería”.

- EMPATÍA: “La empatía es el proceso por el cual un individuo es capaz de comprender el estado psicológico de otro”
- SIMPATÍA: La simpatía implica un deseo de ayudar al individuo que se encuentra sometido a estrés.
- ACERCAMIENTO: “El acercamiento es un proceso, un acontecimiento, una experiencia o una serie de experiencias, que son vividas simultáneamente por el enfermero y el receptor de sus cuidados. Está constituido por un conjunto de pensamientos y sentimientos interrelacionados, así como por la transmisión y comunicación de dichos pensamientos, sentimientos y actitudes de un ser humano a otro”.
- RELACIÓN DE PERSONA A PERSONA: “Una relación de persona a persona es primariamente una experiencia o una serie de experiencias que se dan entre el enfermero y el receptor de sus cuidados, la principal característica de estas experiencias es que sirven para satisfacer las necesidades de enfermería que presentan los individuos (o las familias)”. “En las situaciones de enfermería, la relación de persona a persona constituye el medio a través del cual se consiguen los propósitos de la enfermería”. La relación de persona a persona se establece cuando el enfermero y el receptor de sus cuidados consiguen un acercamiento después de haber pasado por las distintas fases del encuentro original, la presentación de la identidad, la empatía y la simpatía (46).

1.3.2 Marco Empírico

Existe una limitada evidencia empírica sobre la adherencia a los tratamientos en pacientes cardiovasculares y su relación con la satisfacción usuaria tanto a nivel nacional como internacional, por lo tanto, la revisión se enfocó a 6 publicaciones actualizados.

El estudio titulado **Agencia de Autocuidado y Adherencia al Tratamiento en Personas con Factores de Riesgo Cardiovascular** elaborado por *Velandia y Rivera el año 2009, en Colombia*; midió y relacionó la Agencia de autocuidado y la Adherencia a los tratamientos en una muestra de 201 personas que contaban con algún factor de riesgo cardiovascular:

Se obtuvo como resultado que el 62,6 % de las personas con factores de riesgo cardiovascular tuvo regular Capacidad de agencia de autocuidado y el 77 % de los participantes presentó una buena adherencia al tratamiento farmacológico y no farmacológico. La correlación resultante entre la Agencia de autocuidado y la Adherencia al tratamiento farmacológico y no farmacológico mostró una correlación moderada y positiva de 0.413 (47).

La Investigación realizada el *año 2008 por Herrera, titulada Factores que influyen en la adherencia a tratamientos en pacientes con riesgo de enfermedad cardiovascular, Colombia*; cuyo resultado arroja que el 92% de los usuarios en estudio se encuentra en la categoría sin riesgo de no adherirse, es decir, están adheridos a los tratamientos farmacológicos y no farmacológicos. En cuanto a la distribución de edades, en los pacientes de ambos sexos, estas oscilaron entre 31 y 90 años, presentándose el mayor porcentaje (81%) en el grupo de 61 a 70 años. En cuanto al sexo, el mayor predominio fue para el sexo femenino con un 58%, y respecto a la actividad laboral, 60% estaba pensionado y el 40% activo (48).

Al igual que en el estudio realizado por *E.U. Achury*, titulado **Autocuidado y adherencia en pacientes con falla cardiaca, Colombia, año 2007**; donde los resultados muestran que el nivel de escolaridad es bajo en los pacientes estudiados, con un 76% que sólo tienen educación básica primaria, un 18% educación secundaria y un 4% educación técnica y superior. Concluyendo que la baja escolaridad limita la adherencia al tratamiento, ya que a menor nivel educativo mayores probabilidades de abandono; confirmando dicho resultado con la revisión de factores socioeconómicos y culturales realizada por la Organización Mundial de la Salud (OMS) en 2004, la cual expone que el bajo nivel socioeconómico y el analfabetismo son factores de riesgo importantes de adherencia deficiente. A menor nivel educativo mayores probabilidades de abandono; esto se explica principalmente porque a menor nivel educativo se hace más difícil la comunicación tanto con el personal de salud como con la familia. Mientras que en relación a la ocupación, el 46% de los pacientes, fue ama de casa, el 44% tenía ocupaciones técnicas, el 8% se encontraba cesante y el 2% tenía ocupación profesional (49).

La actual investigación realizada por *Rodríguez y Gómez*, publicada el primer semestre del 2010: **Factores influyentes en adherencia al tratamiento en pacientes con riesgo cardiovascular, en Colombia**; describe y analiza, mediante un estudio descriptivo-metodológico, los factores que influyen en la adherencia al tratamiento farmacológico y no farmacológico en pacientes con riesgo de enfermedad cardiovascular en la Fundación Cardiovascular de Colombia. Se llevó a cabo la investigación con 172 pacientes hospitalizados y de consulta ambulatoria, aplicándose un instrumento diseñado por Bonilla. Se obtuvo como resultado que el 80,8% de las personas presentan alto riesgo de no adherirse, 12,8% con ventajas y 6,4% no muestra adherencia a los tratamientos. Las edades oscilaron entre 23-85, la asistencia a la institución en mujeres fue 63,4% respecto a hombres (36,6%). Asimismo, se evidenció que la adherencia beneficia el factor relacionado con el paciente. En cuanto al lugar de procedencia,

los que vienen de fuera de la ciudad refirieron mayor dificultad por el tiempo y falta de recursos económicos (24).

Mientras que el estudio realizado en *Colombia*, titulado **Adhesión de los pacientes a las Consultas de Control Ambulatorio**, elaborado por *Sepúlveda*, el año 2007; manifiesta que en pacientes de edades extremas, como pacientes muy jóvenes o de edad muy avanzada, hay menos adhesión al tratamiento. En los niños, intervienen las decisiones de los padres y de los adultos encargados de ellos, mientras en los ancianos puede ser más frecuente el olvido, la confusión, la dificultad para leer y entender las etiquetas y las instrucciones del profesional de la salud. Para las enfermedades crónicas, en general, los autores no han admitido cualquier asociación en referencia con el sexo. Los pacientes con baja escolaridad (analfabeta o educación básica) y con alto nivel educativo (universitario) adhieren menos a los tratamientos. En cuanto a la situación laboral, los bajos ingresos producidos por el desempleo predicen una menor respuesta al tratamiento y a la posibilidad de una baja adherencia. Además plantea que el problema de la adhesión a las consultas médicas como parte del tratamiento en enfermedades crónicas se ha venido imponiendo en la sociedad, especialmente en los servicios de salud. Aunque este problema es difícil de solucionar, la literatura médica y las experiencias prácticas de las instituciones de salud tienen muchas sugerencias y estrategias positivas en este sentido (50).

La Medición Nacional de Satisfacción Usuaría en la Red Pública de Salud De Chile, aplicada el año 2009, realizado por el Departamento de Participación Social y Trato al Usuario a cargo de *Donoso, Díaz y Peralta*; indica que el Índice de Satisfacción Global en los Centros de Salud del país es de 80,9; y los aspectos mejor evaluados son Acceso (87,9) y Atención de Personal Profesional (88,2), mientras que las menores evaluaciones se obtienen para la dimensión de Infraestructura, en cantidad y ubicación de baños disponibles, así como en la comodidad en Sala de espera, con un 73,5.

El índice de Satisfacción Promedio para los 254 Centros de Salud es de 81.0 puntos. El menor índice de Satisfacción es 59,2 presente en el Centro de Salud Gil de Castro del Servicio de Salud Valdivia. Por otro lado el Consultorio Cienfuegos del Servicio Salud Viña del Mar-Quillota tiene el máximo índice de satisfacción con un 97.1.

A nivel local, en la Provincia de Ñuble, el análisis por Servicio de Salud revela una Satisfacción Usuaría de 84.2 y una insatisfacción de 2.4, generando una satisfacción neta de 81,8. Siendo la condición mejor evaluada el Acceso con 94.48, seguido de la Atención por Personal Profesional con 89.10; por otro lado, con 72.23 la Satisfacción Global fue el aspecto peor evaluado (51).

1.4 Propósito

Conocer si existe relación entre la Adherencia a Control de Salud Cardiovascular con las Características Sociodemográficas y Satisfacción Usuaría en el CESFAM Quiriquina de San Ignacio.

1.5 Objetivos Generales y Específicos

Objetivo General 1

Conocer la adherencia al Control de Salud Cardiovascular de los usuarios inscritos en el Programa de Salud Cardiovascular del CESFAM Quiriquina de San Ignacio.

Objetivos Específicos

- Determinar la Adherencia al Control de Salud Cardiovascular en relación a la asistencia al Control de Salud.
- Determinar la Adherencia a Control de Salud Cardiovascular en relación a Cumplimiento del Tratamiento Farmacológico.
- Determinar la Adherencia a Control de Salud Cardiovascular en relación a Cumplimiento del Tratamiento no Farmacológico.

Objetivo General 2

Identificar características sociodemográficas de los usuarios inscritos en el Programa de Salud Cardiovascular del CESFAM Quiriquina de San Ignacio.

Objetivos Específicos

- Conocer edades de usuarios del Programa de Salud Cardiovascular
- Identificar sexo de usuarios del Programa de Salud Cardiovascular
- Identificar nivel educacional de usuarios del Programa de Salud Cardiovascular.
- Identificar lugar de residencia de usuarios del Programa de Salud Cardiovascular.
- Conocer condición laboral actual de usuarios del Programa de Salud Cardiovascular.

Objetivo General 3

Determinar la relación entre la Adherencia al Control de Salud Cardiovascular y las características sociodemográficas de los usuarios inscritos en el Programa de Salud Cardiovascular del CESFAM Quiriquina de San Ignacio.

Objetivos Específicos

- Relacionar edad de los usuarios con Adherencia al Control de Salud Cardiovascular.
- Relacionar sexo de los usuarios con Adherencia al Control de Salud Cardiovascular.
- Relacionar nivel educacional de los usuarios con Adherencia al Control de Salud Cardiovascular.
- Relacionar lugar de residencia de los usuarios con Adherencia al Control de Salud Cardiovascular.
- Relacionar condición laboral actual de los usuarios con Adherencia al Control de Salud Cardiovascular.

Objetivo General 4

Conocer la Satisfacción Usuaría de los usuarios inscritos en el Programa de Salud Cardiovascular del CESFAM Quiriquina de San Ignacio.

Objetivos Específicos

- Determinar la satisfacción usuaria en relación a la dimensión Satisfacción Global.
- Determinar la satisfacción usuaria en relación a la dimensión Atención del Personal Profesional y no Profesional.
- Determinar la satisfacción usuaria en relación a la dimensión Infraestructura.

- Determinar la satisfacción usuaria en relación a la dimensión Acceso y Área de Apoyo en el Centro de Salud.

Objetivo General 5

Determinar la relación entre la Adherencia a Controles de Salud Cardiovascular y Satisfacción Usuaria de los usuarios inscritos en el Programa de Salud Cardiovascular del CESFAM Quiriquina de San Ignacio.

Objetivos Específicos

- Relacionar la Adherencia a Control de Salud Cardiovascular con Satisfacción Usuaria, mediante la dimensión Satisfacción Global.
- Relacionar la Adherencia a Control de Salud Cardiovascular con Satisfacción Usuaria, mediante la dimensión Atención del Personal Profesional y no Profesional.
- Relacionar la Adherencia a Control de Salud Cardiovascular con Satisfacción Usuaria, mediante la dimensión Infraestructura.
- Relacionar la Adherencia a Control de Salud Cardiovascular con Satisfacción Usuaria, mediante la dimensión Acceso y Área de Apoyo.

1.6 Hipótesis

La adherencia al Control de Salud Cardiovascular aumentará a mayor satisfacción usuaria.

1.7 Variables de Estudio (Anexo N°1)

- **Variable Dependiente:**

Adherencia a Control de Salud Cardiovascular

- Asistencia al Control de Salud.
- Cumplimiento de Tratamiento Farmacológico.
- Cumplimiento de Tratamiento No Farmacológico.

- **Variables Independientes:**

Sociodemográficas

- Edad
- Sexo
- Nivel educacional
- Lugar de residencia
- Condición laboral actual

Satisfacción Usuaría

- Satisfacción Global.
- Atención Personal Profesional y no Profesional
- Infraestructura
- Acceso y Área de Apoyo

II. Metodología de la Investigación

2.1 Tipo de Estudio

Estudio de enfoque cuantitativo, de tipo descriptivo correlacional y corte transversal.

2.2 Universo y Muestra

El universo estuvo constituido por 791 usuarios del Programa de Salud Cardiovascular actualizados a fecha de Diciembre del año 2010, pertenecientes al Centro de Salud Familiar Quiriquina de la Comuna de San Ignacio.

Cálculo de muestra

Se calculó una muestra de 94 usuarios, considerando un 95% de confianza, un error muestral del 8% y una proporción de buena adherencia al tratamiento farmacológico y no farmacológico estimado en un 77% del estudio elaborado en Colombia por *Velandia y Rivera el año 2009 (47)*, calculado a través de la expresión:

$$n \geq \frac{z^2 \cdot N \cdot p(1-p)}{d^2 \cdot (N-1) + z^2 \cdot p(1-p)} \quad , \text{reemplazando, se tiene:}$$

$$n \geq \frac{1,96^2 \cdot 791 \cdot 0,77(1-0,77)}{0,08^2 \cdot (791-1) + 1,96^2 \cdot 0,77(1-0,77)} = 94$$

Diseño de muestreo

Los sujetos de estudio fueron seleccionados por medio de un muestreo probabilístico aleatorio sistemático (cada 8 fichas), con reemplazo.

Criterios de Inclusión

- Usuario con edad de 15 años y más.
- Usuario con domicilio en la localidad de Quiriquina y sectores rurales aledaños que integren la cobertura del CESFAM.

Criterio de Exclusión

- Usuario portador de alteraciones físicas y/o cognitivas que imposibiliten la correcta aplicación del instrumento.
- Usuario en condición de postrado.

2.3 Unidad de Análisis

Usuarios inscritos en el Programa de Salud Cardiovascular del CESFAM Quiriquina de San Ignacio.

2.4 Aspectos Éticos

Con el objeto de iniciar el levantamiento de datos, se solicitó la autorización correspondiente a la dirección del CESFAM de Quiriquina, por medio de carta certificada por la directora de Escuela de Enfermería, quien respalda a los alumnos tesistas, en la cual se indicó el propósito de la investigación y las actividades que se pretendieron realizar con el fin de recolectar los datos necesarios a cada usuario adscrito al Programa de Salud Cardiovascular. (Anexo N° 2)

Una vez contactado al sujeto en estudio en su domicilio, se procedió dar lectura a la carta de consentimiento informado, donde se especifica el propósito y objetivo de la investigación. La participación de los usuarios fue voluntaria, anónima y sin fines de lucro, previa firma de consentimiento informado, manteniendo la

confidencialidad de los datos obtenidos desde el momento de la aplicación, hasta el posterior análisis de la información. (Anexo N°3)

2.5 Procedimiento para la Recolección de Datos

En primera instancia, se recurrió a la base de datos digital que posee el CESFAM, donde se seleccionó al azar aleatorio la muestra a investigar. Posteriormente, se recolectó la información sociodemográfica de los sujetos de estudio, así mismo la dirección y teléfono para iniciar la visita domiciliaria.

Los datos fueron obtenidos por medio del instrumento recolector, aplicado mediante entrevistas semiestructuradas realizadas en el domicilio, a contar del día 6 de Abril hasta el día 5 de Mayo del presente año, efectuadas por los mismos autores de la investigación, previo entrenamiento en la técnica de recolección, a través de un instructivo modelo para minimizar la variabilidad interobservador.

2.6 Descripción Instrumento Recolector

Con el objetivo de recolectar los datos sociodemográficos, satisfacción usuaria y adherencia al Control de Salud Cardiovascular de los usuarios, se aplicó un instrumento mediante entrevista semiestructurada que consta de tres segmentos (Anexo N°5).

El primero se compone de ficha de recolección de datos, compuesta de 5 preguntas de tipo dicotómicas y politómicas. Posteriormente, el instrumento recolector estuvo conformado por dos encuestas; la primera utilizada para la Medición Nacional de Satisfacción Usuaria en la Red Pública de Salud de Chile, a cargo del Departamento de Participación Social y Trato al Usuario, del Ministerio de Salud (51); y el cuestionario para la evaluación de la adherencia terapéutica MBG (Martín–Bayarre–Grau), (20) modificados por los autores de la investigación, que constan de 29 y 10 ítems respectivamente.

La escala de satisfacción usuaria, consta de cuatro dimensiones (Satisfacción Global, Atención del Personal Administrativo y Personal Profesional, Infraestructura y Acceso y Área de Apoyo) quienes presentaron 5, 10, 8 y 6 ítems, respectivamente. La escala de respuesta fue de tipo Likert de 7 opciones de respuesta (varían desde el muy insatisfecho al muy satisfecho), siendo la puntuación clasificada en tres intervalos de clase construido por los autores según lo propuesto por Spiegel (52); en base al puntaje de corte de los percentiles 25 y 75 (162 y 186, respectivamente), conformando con ello las categorías “Baja Satisfacción” (menor a 162 puntos), “Mediana Satisfacción” (entre 163 y 186 puntos) y “Alta Satisfacción (mayor a 186 puntos).

Luego, la escala de Adherencia al Control de Salud Cardiovascular, consta de tres dimensiones (Asistencia al Control de Salud, Cumplimiento de Tratamiento Farmacológico y Cumplimiento de Tratamiento No Farmacológico), cada uno conformado por 2, 4 y 4 ítems respectivamente. La escala de respuesta fue de tipo Likert de 5 casillas, correspondiendo a la constancia de cumplimiento de las indicaciones, las cuales se dividen en siempre, casi siempre, a veces, casi nunca y nunca; las que representan un puntaje de 5 a 1 respectivamente. Finalmente la puntuación fue clasificada en tres intervalos construidos por los autores según lo propuesto por Spiegel (52); en base al puntaje de corte de los percentiles 25 y 75 (38 y 44, respectivamente), conformando con ello las categorías “Baja Adherencia” (menor a 38 puntos), “Mediana Adherencia” (entre 39 y 44 puntos) y “Alta Adherencia” (mayor a 44 puntos).

2.7 Prueba Piloto

El instrumento recolector de datos fue sometido a validación por contenidos, a través del juicio de expertos, conformado por cuatro docentes Profesionales de Enfermería y una docente Profesional de Nutrición y Dietética, previa carta de solicitud (Anexo N°4), para su posterior corrección y ajuste.

La prueba piloto, fue ejecutada el día Miércoles 30 de Marzo a diez usuarios del Programa de Salud Cardiovascular del CESFAM Quiriquina de San Ignacio, quedando éstos excluidos de la muestra de investigación; realizándose cinco entrevistas en las dependencias del CESFAM y cinco en domicilio, evaluando la claridad, comprensión y calidad de las preguntas, y la duración promedio de la aplicación del cuestionario.

2.8 Análisis Estadístico

Luego del trabajo de campo, se creó una matriz de datos en el programa SPSS versión 17.0 en español. Se describieron para las variables de naturaleza cualitativa con la construcción de tablas de frecuencia, las cuales contienen frecuencias observadas y frecuencias relativas porcentuales, y para aquellas variables de naturaleza ordinal se adicionó el cálculo de frecuencia acumulada.

Con el objetivo de describir las dimensiones de la escala de satisfacción usuaria, se calcularon medidas de tendencia central y de dispersión (media, desviación estándar y percentiles 25 y 75).

Con el objeto de relacionar la adherencia y la satisfacción usuaria se calculó el test de independencia de χ^2 y para comparar los puntajes medios de satisfacción usuaria por cada dimensión, se aplicó la prueba no paramétrica de Kruskal-Wallis, dado que la variable no presentó distribución normal, según prueba de Shapiro-Wilk. Se rechazó la hipótesis nula con un nivel de significación de 0,05.

III. Resultados

3.1 Caracterización de la Muestra

Se estudió a 94 usuarios adscritos en el Programa de Salud Cardiovascular (PSCV), del Centro de Salud Familiar (CESFAM) Quiriquina de la comuna de San Ignacio, Provincia de Ñuble; quienes todos aceptaron participar voluntariamente del estudio y completaron los ítems de las escalas aplicadas.

Tabla 3.1

Distribución de usuarios adscritos al programa de salud cardiovascular según adherencia al control

ADHERENCIA AL CONTROL	N	%	% ACUM
Baja	24	25.5	25.5
Mediana	47	50.0	75.5
Alta	23	24.5	100.0
TOTAL	94	100.0	100.0

FUENTE. Adherencia a Control de Salud Cardiovascular relacionada con la Satisfacción Usaria en el CESFAM Quiriquina de San Ignacio, 2011.

La tabla 3.1 indica que el 75.5% del total de la población encuestada presentó una baja y mediana adherencia al control de salud cardiovascular, de los cuales el 50.0% fue mediana. El 24.5% presentó alta adherencia al control de salud cardiovascular.

Tabla 3.2
Valores medios de la adherencia al control según sus dimensiones.

ADHERENCIA AL CONTROL	N	$\bar{x} \pm sd$	M_d	mín	máx	Shapiro Wilk	
						Estad.	p
Asistencia al control de salud	94	9.09 ± 1.02	9.0	6	10	0.807	<0.001
Cumplimiento del tratamiento farmacológico	94	18.02 ± 2.41	19.0	8	20	0.789	<0.001
Cumplimiento del tratamiento no farmacológico	94	14.31 ± 3.04	14.0	6	20	0.977	0.098

FUENTE. Idem Tabla 3.1

La tabla 3.2 señala los valores medios del puntaje obtenido para las tres dimensiones de la variable Adherencia al Control, en que se observó para la dimensión asistencia al control de salud una mediana de 9 puntos (mínimo de 6 y máximo de 10 puntos). Para la dimensión cumplimiento del tratamiento farmacológico, se obtuvo una mediana de 19 puntos, (mínimo de 8 y máximo de 20 puntos). Para la dimensión cumplimiento del tratamiento no farmacológico se observó una mediana de 14 puntos (mínimo de 6 y máximo de 20 puntos).

Tabla 3.3

Distribución de usuarios adscritos al programa de salud cardiovascular según tramos de edad

TRAMOS DE EDAD	N	%	% ACUM
20 – 44 años	9	9.6	9.6
45 – 64 años	48	51.1	60.6
Mayor a 65 años	37	39.4	100.0
TOTAL	94	100.0	100.0

FUENTE. Idem Tabla 3.1

La tabla 3.3 indica que el 51.1% correspondió a usuarios entre 45 y 64 años; el 39.4% a mayores de 65 años y el 9.6% a usuarios entre 20 y 44 años.

Tabla 3.4

Distribución de usuarios adscritos al programa de salud cardiovascular según sexo

SEXO	N	%
Masculino	27	28.7
Femenino	67	71.3
TOTAL	94	100.0

FUENTE. Idem Tabla 3.1

La tabla 3.4 muestra que el 71.3% de los sujetos estudiados fueron mujeres y el 28.7% hombres.

Tabla 3.5
Distribución de usuarios adscritos al programa de salud cardiovascular según nivel educacional

NIVEL EDUCACIONAL	N	%	% ACUM
Sin estudios	7	7.4	7.4
Educación Básica	70	74.5	81.9
Educación Media	15	16.0	97.8
Educación Superior	2	2.1	100.0
TOTAL	94	100.0	100.0

FUENTE. Idem Tabla 3.1

La tabla 3.5 señala que el 81.9% del total de los usuarios encuestados presentaron en conjunto estudios básicos y sin Estudios, de los cuales el 74.5% indicó estudios básicos. El 16.0% relató poseer Educación Media y el 2.1% estudios superiores.

Tabla 3.6
Distribución de usuarios adscritos al programa de salud cardiovascular según lugar de residencia

LUGAR DE RESIDENCIA	N	%
Urbano	32	34.0
Rural	62	66.0
TOTAL	94	100.0

FUENTE. Idem Tabla 3.1

La tabla 3.6 señala que el 66.0% tenía residencia en zona rural.

Tabla 3.7
Distribución de usuarios adscritos al programa de salud cardiovascular según condición laboral actual

CONDICIÓN LABORAL ACTUAL	N	%
Actualmente Trabajando	14	14.9
Pensionado	45	47.9
Dueña (o) de Casa	32	34.0
Cesante	3	3.2
TOTAL	94	100.0

FUENTE. Idem Tabla 3.1

La tabla 3.7 muestra que el 47.9% estaba Pensionado; el 34.0% era Dueña (o) de Casa; el 14.9% se encontraba actualmente trabajando y el 3.2% se encontraba cesante, al momento del levantamiento de los datos.

3.2 Análisis Bivariado

Tabla 3.8

Relación de la adherencia al control según los tramos de edad en usuarios adscritos al programa de salud cardiovascular del CESFAM Quiriquina

EDAD	ADHERENCIA AL CONTROL			TOTAL
	Baja	Mediana	Alta	
Entre 20-44años	3 (12.5)	4 (8.5)	2 (8.7)	9 (9.6)
Entre 45-64 años	10 (41.6)	25 (53.1)	13 (56.6)	48 (51.1)
Entre 65 y más	11 (45.8)	18 (38.3)	8 (34.8)	37 (39.3)
TOTAL	24 (100)	47 (100)	23 (100)	94 (100)

n (%)

Coefficiente de Gamma= - 0.080, p=0.617

FUENTE. Idem Tabla 3.1

La tabla 3.8 señala que el 12.5% de los usuarios con edades de 20 a 44 años presentó baja adherencia al control de salud cardiovascular; entre los tramos de edad de 45 a 64 años el 56.6% presentó una alta adherencia, mientras que el 53.1% tenía mediana adherencia. Los tramos de edad entre 65 y mas años el 38.3% presentó una mediana adherencia y el 45.8% una baja adherencia. La adherencia al control es estadísticamente independiente de la edad de los sujetos en estudio (p=0.617).

Tabla 3.9

Relación de la adherencia al control según el sexo de los usuarios adscritos al programa de salud cardiovascular del CESFAM Quiriquina

SEXO	ADHERENCIA AL CONTROL			TOTAL
	Baja	Mediana	Alta	
Masculino	10 (41.6)	9 (19.1)	8 (34.7)	27 (28.7)
Femenino	14 (58.3)	38 (80.8)	15 (65.2)	67 (71.2)
TOTAL	24 (100)	47 (100)	23 (100)	94 (100)

n (%)

$\chi^2= 4.481$ (2 gl), p=0.106

FUENTE. Idem Tabla 3.1

La tabla 3.9 señala que el 41.6% de los usuarios de sexo masculino presentó baja adherencia al control de salud cardiovascular y el 34.7% alta; mientras que en el sexo femenino el 58.3% presentó baja adherencia, el 80.8% mediana y el 65.2% alta. La adherencia al control es estadísticamente independiente al sexo de los sujetos en estudio (p=0.106).

Tabla 3.10

Relación de la adherencia al control según nivel educacional de usuarios adscritos al programa de salud cardiovascular del CESFAM Quiriquina

NIVEL EDUCACIONAL	ADHERENCIA AL CONTROL			TOTAL
	Baja	Mediana	Alta	
Sin Estudios	3 (12.5)	2 (4.2)	2 (8.6)	7 (7.4)
Educación Básica	17 (70.8)	38 (80.8)	15 (65.2)	70 (74.4)
Educación Media	3 (12.5)	6 (12.7)	6 (26.0)	15 (15.9)
Educación Superior	1 (4.1)	1 (2.1)	0 (0)	2 (2.1)
TOTAL	24 (100)	47 (100)	23 (100)	94 (100)

n (%)

Coefficiente de Gamma= 0.152, p= 0.443

FUENTE. Idem Tabla 3.1

La tabla 3.10, muestra que el 12.5% de los usuarios sin estudios y un 70.8% con educación básica presentaron baja adherencia al control de salud cardiovascular, de los usuarios con estudios de educación básica el 80.8% presentaron una adherencia mediana mientras que le 65.2% tenían una alta adherencia, en relación a los usuarios con educación media el 26% presento alta adherencia y los con educación superior el 4.1% correspondió a usuarios con baja adherencia. La adherencia al control de salud cardiovascular no se relaciona con el nivel educacional (p=0.443).

Tabla 3.11

Relación de la adherencia al control según el lugar de residencia de los usuarios adscritos al programa de salud cardiovascular del CESFAM Quiriquina

LUGAR DE RESIDENCIA	ADHERENCIA AL CONTROL			TOTAL
	Baja	Mediana	Alta	
Urbano	12 (50.0)	16 (34.0)	4 (17.3)	32 (34.0)
Rural	12 (50.0)	31 (65.9)	19 (82.6)	62 (65.9)
TOTAL	24 (100)	47 (100)	23 (100)	94 (100)

n (%)

$\chi^2 = 5.562$ (2 gl), p= 0.062

FUENTE. Idem Tabla 3.1

La tabla 3.11, muestra que el 50.0% de los usuarios con residencia urbana presentó baja adherencia al control de salud cardiovascular, y el 17.3% alta adherencia, de los usuarios con residencia rural el 50% presentó baja adherencia, el 65.9% mediana y el 82.6% alta. La adherencia al control de salud cardiovascular es independiente del lugar de residencia (p=0.062).

Tabla 3.12

Relación de la adherencia al control según la condición laboral actual de los usuarios adscritos al programa de salud cardiovascular del CESFAM Quiriquina

CONDICIÓN LABORAL ACTUAL	ADHERENCIA AL CONTROL			TOTAL
	Baja	Mediana	Alta	
Actualmente trabajando	2 (8.3)	11 (23.4)	1 (4.3)	14 (14.8)
Pensionado	13 (54.1)	19 (40.4)	13 (56.5)	45 (47.8)
Dueña (o) de Casa	7 (29.1)	16 (34.0)	9 (39.1)	32 (34.0)
Cesante	2 (8.3)	1 (2.1)	0 (0)	3 (13.0)
TOTAL	24 (100)	47 (100)	23 (100)	94 (100)

Coefficiente V de Cramer= 2.19, p= 0.172

FUENTE. Idem Tabla 3.1

La tabla 3.12, señala que el 23.4% de los usuarios que indicaron encontrarse actualmente trabajando presentaron mediana adherencia al control de salud cardiovascular y el 4.3% alta adherencia. De los usuarios pensionados el 54.1% presentó baja adherencia y el 56.5% alta. El 34.0% de los usuarios que indicaron ser Dueña (o) de casa presentó mediana adherencia, mientras el 39.1% alta. El 8.3% de los usuarios que indicaron encontrarse cesantes presentó baja adherencia. La adherencia al control de salud cardiovascular no se relaciona con la condición laboral actual de manera significativa (p=0.172).

Tabla 3.13

Distribución de usuarios adscritos al programa de salud cardiovascular según satisfacción usuaria

SATISFACCIÓN USUARIA	N	%	% ACUM
Baja	25	26.6	26.6
Mediana	46	48.9	75.5
Alta	23	24.5	100.0
TOTAL	94	100.0	100.0

FUENTE. Idem Tabla 3.1

La tabla 3.13, señala que del total de los usuarios encuestados el 48.9% presentó satisfacción usuaria mediana; el 26.6% baja y el 24.5% alta.

Tabla 3.14
Valores medios de la satisfacción usuaria según sus dimensiones

SATISFACCIÓN USUARIA	N	$\bar{x} \pm sd$	M_d	mín	máx	Shapiro Wilk	
						Estad	p
Satisfacción global	94	27.27 ± 5.46	28.0	8	35	0.940	<0.001
Atención del personal profesional y no profesional	94	60.94 ± 7.49	63.0	28	70	0.894	<0.001
Infraestructura	94	47.79 ± 5.95	48.0	29	56	0.950	<0.001
Acceso y áreas de apoyo	94	36.96 ± 4.26	37.0	18	42	0.891	<0.001

FUENTE. Idem Tabla 3.1

La tabla 3.14 señala los valores medios del puntaje obtenido para las cuatro dimensiones de la variable satisfacción usuaria, en que se observó para la dimensión Satisfacción global una mediana de 28 puntos (mínimo de 8 y máximo de 35 puntos). Para la dimensión Atención del personal profesional y no profesional, se obtuvo una mediana de 63 puntos, (mínimo de 28 y máximo de 70 puntos). Para la dimensión Infraestructura se observó una mediana de 48 puntos (mínimo de 29 y máximo de 56 puntos). Para la dimensión Acceso y áreas de apoyo se observó una mediana de 37 puntos (mínimo de 18 y máximo de 42 puntos).

Tabla 3.15

Relación de la adherencia al control según satisfacción usuaria en usuarios adscritos al programa de salud cardiovascular del CESFAM Quiriquina

SATISFACCIÓN USUARIA	ADHERENCIA AL CONTROL			TOTAL
	Baja	Mediana	Alta	
Baja	10 (41.6)	12 (25.5)	3 (13.0)	25 (26.6)
Mediana	12 (50.0)	25 (53.1)	9 (39.1)	46 (48.9)
Alta	2 (8.3)	10 (21.2)	11 (47.8)	23 (24.4)
TOTAL	24 (100)	47 (100)	23 (100)	94 (100)

n (%)

$\chi^2=12.167$ (4 gl), $p=0.016$

FUENTE. Idem Tabla 3.1

La tabla 3.15 señala que en el grupo de usuarios con baja satisfacción, el 41.6% presentó baja adherencia al control de salud cardiovascular y el 25.5% mediana. Quienes se clasificaron con una satisfacción usuaria mediana, el 50% presentó baja y el 53.1% mediana adherencia. De los clasificados con una satisfacción usuaria alta, el 21.2% presentó mediana adherencia y el 47.8% alta. La adherencia al control de salud depende significativamente de la satisfacción usuaria de los sujetos en estudio ($p=0.016$).

Tabla 3.16

Relación de la adherencia al control según valores medios de las dimensiones de satisfacción usuaria

DIMENSIONES DE SATISFACCIÓN USUARIA	ADHERENCIA AL CONTROL			P
	Baja	Mediana	Alta	
Satisfacción Global	25.0 ± 8.0	27.0 ± 5.0	31.0 ± 6.0	0.002
Atención del Personal Profesional y No Profesional	60.0 ± 10.0	62.0 ± 7.0	66.0 ± 10.0	0.005
Infraestructura	46.0 ± 10.0	48.0 ± 8.0	51.0 ± 8.0	0.019
Acceso y Área de Apoyo	36.0 ± 4.0	37.0 ± 5.0	38.0 ± 6.0	0.380

$M_d \pm (Q_3 - Q_1)$ Prueba de Kruskal-Wallis

FUENTE. Idem Tabla 3.1

La tabla 3.16 indica las medianas y rangos intercuartílicos ($RIC = Q_3 - Q_1$), de los puntajes de las dimensiones de la variable satisfacción usuaria según las categorías baja, mediana y alta adherencia al control de salud de los usuarios en estudio.

Para la dimensión satisfacción global, se observó una mediana de 25 puntos para quienes presentaron baja adherencia al control de salud, 27 puntos para la mediana y 31 puntos para la alta adherencia, con una diferencia significativa ($p=0.002$).

Para la dimensión atención del personal profesional y no profesional, se observó una mediana de 60.0 para quienes presentaron baja adherencia al control de salud, 62.0 puntos para la mediana y 66.0 puntos para la alta adherencia, con una diferencia significativa ($p=0.005$).

Para la dimensión infraestructura, se observó una mediana de 46.0 puntos para quienes presentaron baja adherencia al control de salud, 48.0 puntos para la

mediana y 51.0 puntos para la alta adherencia, con una diferencia significativa ($p=0,019$).

Por último, para la dimensión acceso y área de apoyo, se observó una mediana de 36.0 puntos para quienes presentaron baja adherencia al control de salud, 37.0 puntos para la mediana y 38 puntos para la alta adherencia, sin diferencia significativa ($p=0.380$).

3.3 Discusión

El presente estudio se realizó con una muestra de 94 usuarios de un CESFAM rural de la provincia de Ñuble, Octava Región, cuyas principales variables de análisis fueron adherencia a control, características sociodemográficas y satisfacción usuaria.

Respecto a la “Adherencia a control”, se puede decir que hay alta adherencia en el 24,5% de la población estudiada, a diferencia de la investigación elaborada en Colombia por Velandia y Rivera (2009), titulada “Agencia del autocuidado y adherencia al tratamiento en personas con factores de riesgo cardiovascular”. Donde el 77% de los participantes presentó una buena adherencia al tratamiento farmacológico y no farmacológico (47).

Los resultados concordaron con la literatura ya que se afirma que la adherencia al tratamiento a largo plazo de las enfermedades crónicas en los países en desarrollo es bajo el 50% (18).

En la variable edad se encuentra un predominio en la población adulta y adulta mayor, siendo la mayor cantidad personas de sexo femenino. Los resultados mostraron que no existe relación entre la edad de los pacientes y la adherencia a control, en concordancia con el estudio titulado “Factores que influyen en la adherencia a tratamientos en pacientes con riesgo de enfermedad cardiovascular” , realizada en Colombia por Herrera (2008), donde se aprecia un 81% de usuarios entre 61 y 70 años, con una superioridad del 58% en el sexo femenino y que también señala que no existe relación entre la edad de los usuarios con la adherencia a control (48).

Los resultados se contraponen con la literatura, ya que esta afirma que si existe una relación entre edad del usuario y adherencia a los tratamientos, pero comportándose de forma irregular, evaluándose por separado para cada afección, características del paciente y por el grupo de edad (21).

En lo referido a nivel educacional, la gran mayoría de la muestra tiene estudios de educación básica completos e incompletos. Los resultados arrojaron de que no existe relación entre nivel educacional y adherencia a control, a diferencia del estudio elaborado en Colombia por Achury (2007), titulado “Autocuidado y adherencia en pacientes con falla cardíaca”, donde los resultados muestran que el nivel de escolaridad es bajo en los pacientes estudiados. Concluyendo que la baja escolaridad limita la adherencia al tratamiento (49).

Los resultados también se contraponen con la teoría ya que se afirma que el nivel de escolaridad es importante en el cumplimiento de las indicaciones terapéuticas, ya que los usuarios con estudios superiores tienen mayor posibilidad de comprender y entender cuál y cómo es el tratamiento, así como los resultados que se esperan lograr con su cumplimiento (27).

En cuanto a la variable lugar de residencia predominó la alta adherencia en los pacientes de residencia rural, y la baja adherencia fue igual en ambos lugares de residencia, por lo que la adherencia es independiente del lugar de residencia, a diferencia de la investigación “Factores influyentes en adherencia al tratamiento en pacientes con riesgo cardiovascular”, realizada en Colombia por Rodríguez y Gómez (2010), en la que se describe que en cuanto al lugar de procedencia, los que vienen de fuera de la ciudad refirieron mayor dificultad por el tiempo y falta de recursos económicos (24).

Los resultados también se contraponen con lo que sustenta la literatura, ya que esta señala que el cumplimiento de las indicaciones farmacológicas, como no farmacológicas tiene gran relación con el lugar de residencia del usuario, ya que hay pacientes que abandonan su tratamiento por no tener medios para el transporte y asistir estrictamente a los controles de salud (23).

En relación a la condición laboral actual, esta no se relaciona con la adherencia al control de salud de manera significativa, esto se contrapone con el estudio realizado en Colombia, titulado “Adhesión de los pacientes a las Consultas de

Control Ambulatorio”, elaborado por Sepúlveda (2007), que señala que los bajos ingresos producidos por el desempleo predicen una menor respuesta al tratamiento y a la posibilidad de una baja adherencia (50).

Los resultados también marcan diferencia con lo que señala la literatura, ya que la teoría dice que la ocupación de los usuarios y la adherencia terapéutica se ven fuertemente vinculadas e influidas, ya que diferentes estudios hacen notar que existe una relación entre la frecuencia de cumplimiento de indicaciones y la ocupación, lo que puede estar vinculado al hecho de que la presencia de responsabilidades y obligaciones laborales, puede provocar en el individuo preocupaciones de otra índole y disminuir así la atención al cuidado de su salud (30).

En lo que se refiere a satisfacción usuaria, en este estudio las dimensiones Satisfacción Global, Atención del personal profesional y no profesional e infraestructura presentaron significancia en relación a la adherencia a control, exceptuando la dimensión acceso y área de apoyo que resultó no ser significativo.

Al tratar de comparar estos resultados con otra investigación, se puede destacar el estudio realizado en Chile titulado “La Medición Nacional de Satisfacción Usuaria en la Red Pública de Salud De Chile”, realizado por el Departamento de Participación Social y Trato al Usuario a cargo de Donoso y cols. (2009), que indica que existe un alto índice de Satisfacción Global a lo largo del país, y los aspectos mejor evaluados son: Atención del personal profesional y no profesional y acceso. Mientras que la menor evaluación la obtuvo la dimensión infraestructura (51).

En relación a la teoría de Joyce Travelbee, se puede mencionar que el profesional de enfermería debe fomentar y potenciar la relación enfermero- paciente con empatía y simpatía (45, 46), actitudes que son muy valorados en la atención de pacientes de residencia rural; para que el usuario pueda expresar sus necesidades de salud y expectativas en cuanto al control, lo que llevará a

entregar una atención de calidad por parte del profesional de enfermería, generando un aumento en la satisfacción de los usuarios y por consiguiente , una mejora en la adherencia a los controles de salud por parte de la población, ya que los resultados de la investigación mostraron que ambos factores están estrechamente relacionados.

IV. Conclusiones, Sugerencias y Limitaciones

4.1 Conclusiones

Esta investigación permitió concluir:

- Se acepta la hipótesis de estudio, ya que se pudo comprobar que la Adherencia al Control de Salud Cardiovascular depende significativamente de la Satisfacción Usuaría.
- En la mayoría de la población en estudio, se encontró una adherencia al control de salud cardiovascular baja y mediana.
- En la adherencia al control de salud cardiovascular, se observó mayor adherencia en el cumplimiento del tratamiento farmacológico prescrito.
- En cuanto a las variables sociodemográficas de la población en estudio edad, sexo, nivel educacional, lugar de residencia y condición laboral actual; no se encontró relación significativa con la adherencia al control de salud cardiovascular, ya que la cantidad de usuarios distribuidos en las categorías son similares entre sí para cada variable.
- La satisfacción global, dentro de la muestra de estudio; tiene una directa relación en la adherencia al control de salud cardiovascular, por lo que se infiere que la rapidez para conseguir una hora de atención, el tiempo de espera en centros de salud y la información otorgada en las consultas, son determinantes en la adherencia a las indicaciones prescritas.
- La atención del personal profesional y no profesional, tiene una directa relación en la adherencia al control de salud cardiovascular; logrando deducir que una cantidad adecuada de funcionarios, la amabilidad entregada, así como también, la calidad otorgada en el control de salud comprendiendo una alta capacidad para explicar su estado y tratamiento al paciente, un examen físico profundo y un tiempo adecuado dedicado al

control de salud; genera un aumento en la satisfacción usuaria, desencadenando una alta adherencia a las indicaciones prescritas.

- La infraestructura tiene una directa relación en la adherencia al control de salud cardiovascular; coligiendo que una apropiada instalación, con una correcta ventilación y calefacción, como también una adecuada higiene y limpieza del establecimiento, produce un importante aumento a la satisfacción usuaria, por lo que de igual forma, suscita un aumento en la adherencia a las indicaciones prescritas.

4.2 Sugerencias

- Realizar nuevos estudios de tipo descriptivo correlacional, que investiguen la adherencia en relación a la satisfacción usuaria en una población cuya residencia se encuentre inserta en un área urbana.
- Realizar nuevos estudios en zonas rurales del territorio nacional, con el fin de identificar características propias de la población rural chilena, y así crear nuevas estrategias para el fortalecimiento de la salud pública de esta población.
- Realizar estudios relacionados con el tema, en usuarios de atención cerrada.
- Realizar estudios en relación a la adherencia al tratamiento prescrito y satisfacción usuaria en atención privada y pública a nivel nacional.
- Elaborar estudios de satisfacción usuaria relacionada con la atención otorgada en el control con enfermera.
- Elaborar estudios descriptivos sobre el quehacer de la enfermería rural.

4.3 Limitaciones

- Limitada evidencia empírica sobre adherencia al tratamiento en pacientes cardiovasculares y su relación con la satisfacción usuaria.
- Escasez bibliográfica referente a adherencia al control de salud cardiovascular a nivel nacional e internacional.
- Dificultad en acceso a domicilios, para realización de encuestas, debido a la distancia geográfica y rutas de complejo trayecto.

V. Bibliografía

1. MEDINA, E. Y KAEMPFER, A. Enfermedades Cardiovasculares en Chile. Revista Chilena de Cardiología. 26(2):219-226, 2007.
2. RODRÍGUEZ, A Y GÓMEZ, A. Factores influyentes en adherencia al tratamiento en pacientes con riesgo cardiovascular. Avances en Enfermería. 28 (1): 63-71, 2010.
3. OLIVA, C. e HIDALGO, C. Satisfacción Usuaría: Un Indicador de Calidad del Modelo de Salud Familiar, Evaluada en un Programa de Atención de Familias en Riesgo Biopsicosocial, en la Atención Primaria. Psykhe. 13(2): 173-186, 2004.
4. HARLEM, G. Contengamos la resistencia Microbiana. [En línea] <http://www.who.int/infectious-disease-report/2000/other_versions/IDR2000_Spanish.pdf> [Consulta: 25 de Julio 2011]
5. ORGANIZACIÓN PANAMERICANA DE LA SALUD. Cambios demográficos en América Latina [En línea] Revista Panamericana Salud Publica, Washington, vol. 3 no. 1. 1998 <http://www.scielosp.org/scielo.php?pid=S1020-49891998000100009&script=sci_arttext> [Consulta: 25 de Julio 2011]
6. MIANGOLARRA, J. Rehabilitación Clínica Integral: Funcionamiento y discapacidad, Barcelona España, Masson S.A., 2003, pág. 143.
7. SEPÚLVEDA, G. Adhesión de los pacientes a las consultas de Control Ambulatorio. [En línea] Investigación en Enfermería: Imagen y Desarrollo. Vol. 9, N. 2, junio-diciembre, 2007, pp. 52-64 <<http://redalyc.uaemex.mx/pdf/1452/145212858005.pdf>> [Consulta: 3 Diciembre 2010]

8. MARTÍN, L. Repercusiones para la salud pública de la adherencia terapéutica deficiente. [En línea] Revista Cubana de Salud Pública. Vol. 32, N. 3 Julio-Septiembre, 2006 <http://bvs.sld.cu/revistas/spu/vol32_3_06/spu13306.htm> [Consulta: 5 Abril 2011]
9. DÍAZ, E. "et al". Programa de Actividad Física para la Prevención y Control de los Factores de Riesgo Cardiovasculares por Santiago. Gobierno de Chile, Ministerio de Salud, OPS/OMS. 2004. 7p.
10. GONZALEZ, C. Programa de Salud Cardiovascular, Reorientación de los Programas de Hipertensión y Diabetes [diapositivas] 38 diapositivas.
11. MINISTERIO DE SALUD, Gobierno de Chile. Programa de Salud Cardiovascular. [En línea] <http://www.redsalud.gov.cl/portal/url/page/minsalcl/g_proteccion/g_cardiovascular/presentacion_programacardiovascular.html> [Consulta: 14 Marzo 2011]
12. SERVICIO DE SALUD DEL MAULE. Programa de Salud Cardiovascular. [En línea] <www.ssmaule.cl/paginas/index2.php?option=com...70 -> [Consulta: 14 Marzo 2011]
13. ESCOBAR, M.; MAIZ, A.; SOTO, N. y COLS. Reorientación de los Programas de Hipertensión y Diabetes. Chile, Ministerio de Salud, Gobierno de Chile, OPS/OMS. 2002. 5-9p.
14. DEPARTAMENTO DE ESTADÍSTICAS, Indicadores básicos de salud año 2007. [En línea] <<http://www.redsalud.gov.cl/portal/url/item/6bd71933f43deabee04001011f014c20.pdf>> [Consulta: 11 abril 2011]
15. DEPARTAMENTO DE DISEÑO Y GESTIÓN DE APS. Servicio Salud Maule. Programa Salud Cardiovascular en el nivel primario de Salud, Año 2008.

16. ENCUESTA NACIONAL DE SALUD 2009. [En línea]<http://www.encuestasalud.cl/pdf/InformeENS_2009-2010_CAP5.pdf> [Consulta: 11 abril 2011]
17. MINISTERIO DE SALUD, Gobierno de Chile. Acceso a Programa de Salud Cardiovascular. [En línea] http://www.redsalud.gov.cl/portal/url/page/minsalcl/g_proteccion/g_cardiovascular/accesoaprograma.html [Consulta: 27 Marzo 2011]
18. ORGANIZACIÓN MUNDIAL DE LA SALUD. Adherencia a los tratamientos a largo plazo. Pruebas para la acción.OMS/OPS, 2004. Capítulo 1.
19. ORGANIZACIÓN MUNDIAL DE LA SALUD. Reunión sobre Adherencia Terapéutica de la OMS, Junio de 2001.
20. MARTÍN L.; BAYARRE H. y GRAU J. Validación del cuestionario MBG (Martín- Bayarre-Grau) para evaluar la adherencia terapéutica en hipertensión arterial. [En línea] Revista Cubana de Salud Pública. Vol. 34 N.1 Ciudad de La Habana Ene.-Mar. 2008 <http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0864-34662008000100012&lng=es&nrm=iso&tlng=es> [Consulta: 7 de Diciembre de 2010]
21. MARTÍN, L. Adherencia al tratamiento en hipertensos de áreas de salud de nivel primario 2003-2007. Tesis (Doctorado en Ciencias de la Salud). La Habana, Cuba. Ministerio de Salud Pública, Escuela Nacional de Salud Pública, 2009. 145h.
22. ORGANIZACIÓN MUNDIAL DE LA SALUD. Adherencia a los tratamientos a largo plazo. Pruebas para la acción.OMS/OPS, 2004. Capítulo 4.
23. COMISIÓN NACIONAL DEL XVII CENSO DE POBLACIÓN Y XI DE VIVIENDA. Censo 2002, Síntesis de Resultados. [En línea] Santiago, Chile, Marzo de 2003. Editores Héctor Morales Henríquez y Marcela Torrejón

- Román. < <http://www.ine.cl/cd2002/sintesis censal.pdf>> [Consulta: 10 Enero 2011].
24. RODRÍGUEZ, A. y GÓMEZ, A. Factores influyentes en adherencia al tratamiento en pacientes con riesgo cardiovascular. *Avances en Enfermería*. 28(1):63-71, 2010.
 25. VELANDIA, A. y RIVERA, L. Agencia de Auto cuidado y Adherencia al Tratamiento en Personas con Factores de Riesgo Cardiovascular. [En línea] *Revista de Salud Pública* 2009, vol.11 issue 4, p538-548. <http://www.scielosp.org/scielo.php?pid=S012400642009000400005&script=sci_abstract&lng=es> [Consulta: 7 Diciembre 2010]
 26. UNESCO-OIE. Sistema Educativo de Chile. Datos Mundiales de Educación 2006 [En línea] Chile, Abril de 2006, 6ª Edición. <http://www.oei.es/pdfs/Chile_datos2006.pdf> [Consulta: 11 Enero 2011]
 27. MÁRQUEZ, E. y GIL, V. Variables que influyen en el incumplimiento del tratamiento farmacológico [en línea] Grupo cumplimiento. Asociación de la sociedad española de Hipertensión-Liga española para la lucha contra la Hipertensión Arterial. Vol. 1, Nº 1. Enero de 2005.<<http://www.seh-lelha.org/cumplimien/boletin3.pdf>> [Consulta: 10 Enero 2011]
 28. CONSEJO REGIONAL LATINOAMERICANO Y DEL CARIBE DE SALUD MENTAL. Adherencia terapéutica. Implicaciones para México. [En línea] Acapulco, México. Editor: Dr. Federico Puente Silva. <<http://www.saptel.org.mx/Articulos/AdherenciaTerapeutica.pdf>> [Consulta: 11 de Enero de 2011]
 29. CONTRALORÍA GENERAL DE LA REPÚBLICA DE CHILE. DEFINICIONES Y EXPLICACIONES. Volumen 2. [En línea] <http://www.contraloria.gob.pa/dec/Aplicaciones/POBLACION_VIVIENDA/notas/def_vol2.htm> [Consulta: 11 de Enero 2011]

30. MARTÍN, L.; SAIRO, M. y BAYARRE, H. Frecuencia de cumplimiento del tratamiento médico en pacientes hipertensos. [En línea] Rev. Cubana Medicina Integral. Vol.19, N° 2, Ciudad de La Habana Mar.-Abr. 2003. <http://scielo.sld.cu/scielo.php?pid=S086421252003000200009&script=sci_arttext> [Consulta: 11 Enero 2011]
31. BASCUÑÁN M. Cambios en la relación médico-paciente y nivel de satisfacción de los médicos. [En línea] Revista Médica de Chile. Vol. 133 N. 1 Santiago Ene. 2005 < http://www.scielo.cl/scielo.php?pid=S0034-98872005000100002&script=sci_arttext#8> [Consulta: 11 de Abril 2011]
32. VAVRA, T. Cómo medir la Satisfacción del Cliente según la ISO 9001:2000. Editorial FC, 2ª Edición, 25p.
33. FERNÁNDEZ, L. y TOBA, E. Satisfacción usuaria un desafío permanente.<http://medicina.uach.cl/saludpublica/diplomado/contenido/trabajos/1/Valdivia%202002/Satisfacci%F3n_usuario.pdf> [Consulta: 11 Abril 2011].
34. GNECCO, G. La Satisfacción del Usuario Externo “Indicador de Calidad en el Monitoreo del Sistema”. En: Programa de Evaluación y Mejoramiento Continuo de la Calidad – Da Vinci Calidad Consultores. Módulo 6 de Formación en Calidad, Santiago, Marzo 2005.
35. KOOS E. The health of Regionville. Hafner, New York: 195
36. DONABEDIAN A. Evaluating the Quality of Medical Care. Milbank Memorial Fund Quart. Vol. 83 N° 4. P 691–729. 2005.
37. CAMINAL, J. La medida de la satisfacción: un instrumento de participación de la población en la mejora de la calidad de los servicios sanitarios. Revista Calidad Asistencial. 16: 276-279. 2001.

38. ARQHYS, Architects Site. Salas de espera. [En línea] <<http://www.arqhys.com/casas/esperas-salas.html>> [Consulta: 12 Enero 2011]
39. PROYECTO NORMA OFICIAL NORMA SALUD. Secretaria de Salud. [En línea] <<http://www.gening.ws/documentos/16ssa.pdf> > [Consulta: 12 Abril 2011]
40. MEHARRY MEDICAL COLLEGE. Acceso a la Salud. [En línea] <http://www.mmc.edu/www.meharry.org/fl/Spanish/Acceso_a_servicios_de_salud/Acceso_a_la_salud.html> [Consulta: 11 Enero 2011]
41. MARRINER T. y RAILE, M. Modelos y Teorías en Enfermería. Cuarta Edición. Ed. Harcourt Brace. España 1999.
42. FAWCETT, J. Issues of (in) compatibility between the worldview and research rules of the science of unitary human beings: An invitation to dialogue. *Visions: The Journal of Rogerian Nursing Science*, 11(1), 7-20 1996.
43. MELEIS, A. I. *Theoretical Nursing: Development And Progress*, 2º Edición., Philadelphia, Lippincott, 1991.
44. EL PENSAMIENTO Enfermero por Suzanne Kèrouac, Jacinthe Pepin, Francine Ducharme, André Duquette, Francine Major. Barcelona, España, Masson, 1996. 31p.
45. DONNA y TRAVELBEE, *Interpersonal aspects of nursing*. 2º Edición Philadelphia: F. A. Davis. 19841971.
46. MARRINER, A. y RAILE, M. Modelos y Teorías en Enfermería. 4ª Edición. Madrid, España. Harcourt Brace, 1999. 364p.

47. VELANDIA, A. y RIVERA, L. Agencia de Autocuidado y Adherencia al Tratamiento en Personas con Factores de Riesgo Cardiovascular. [En línea] Revista de Salud Pública, vol.11, no.4, Bogotá July/Aug. 2009 <http://www.scielosp.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0124-00642009000400005 > [Consulta: 7 Diciembre 2010]
48. HERRERA, A. Factores que influyen en la adherencia a tratamientos en pacientes con riesgo de enfermedad cardiovascular. Avances en Enfermería. 26 (1): 36-42, 2008.
49. ACHURY, D. Autocuidado y adherencia en pacientes con falla cardiaca. [En línea] Aquichan Vol. 7 No. 2, 2007. < <http://aquichan.unisabana.edu.co/index.php/aquichan/article/view/109/219>> [Consulta: 5 Julio 2011]
50. SEPÚLVEDA, G. Adhesión de los pacientes a las consultas de Control Ambulatorio. [en línea] Investigación en Enfermería: Imagen y Desarrollo. vol. 9, núm. 2, junio-diciembre, 2007, pp. 52-64 < <http://redalyc.uaemex.mx/pdf/1452/145212858005.pdf>> [Consulta: 3 Diciembre 2010]
51. GOBIERNO DE CHILE, Ministerio de Salud. Departamento de Participación Social y Trato al Usuario. Medición Nacional De Satisfacción Usuaría En La Red Pública De Salud De Chile, Aplicación 2009. Santiago, Chile. 2009. 104h.
52. SPIEGEL, R., Estadística, segunda edición, México, McGraw-Hill, 1992, pág. 37.

VI. Anexos

Anexo N°1

Definición Conceptual y Operacional de Variables

Variable Dependiente

- **Adherencia a Control de Salud Cardiovascular**

Definición Conceptual: DiMatteo y DiNicola definen la adherencia como una implicación activa y voluntaria del paciente en un curso de comportamiento aceptado de mutuo acuerdo con el fin de producir un resultado terapéutico deseado.

En cuanto al programa de salud cardiovascular, se define como una de las principales estrategias del Ministerio de Salud para contribuir a reducir la morbimortalidad asociada a las enfermedades cardiovasculares.

Definición Operacional: Se midió en tres dimensiones: asistencia a control de salud; cumplimiento del tratamiento farmacológico y cumplimiento de tratamiento no farmacológico. Luego, se clasificó en los siguientes tramos según el grado de adherencia: Baja Adherencia: Menor a 38 puntos; Mediana Adherencia: Entre 39 y 44 puntos y Alta Adherencia: Mayor a 44 puntos.

Variables Independientes

Sociodemográficas

- **Edad**

Definición Conceptual: Cada uno de los períodos en que se considera dividida la vida humana.

Definición Operacional: Se midió la diferencia entre la fecha actual de la recolección, respecto a la fecha de nacimiento en años cumplidos. Luego se categorizó en los siguientes tramos: 20-44 años; 45-64 años y > a 65 años.

- **Sexo**

Definición Conceptual: Condición orgánica que distingue al macho de la hembra en los seres humanos, los animales y las plantas.

Definición Operacional: a) Masculino b) Femenino

- **Nivel Educativo**

Definición Conceptual: Corresponde a aquellas personas que tienen una educación estructurada institucionalmente con un programa de estudio planificado y dirigido al reconocimiento formal del logro de ciertos objetivos educativos, tales como ciertos créditos, diplomas, grados académicos, dispuestos en la Ley de Enseñanza Obligatoria N°16.942 del Ministerio de Educación de la República de Chile.

Definición Operacional: Se midió según la cantidad de años de estudios aprobados. Luego, se clasificó en los siguientes tramos: Sin estudios; entre 1-8 años; entre 9 -12 años y Mayor de 12 años.

- **Lugar de Residencia**

Definición Conceptual: Es el lugar geográfico donde la persona, además de residir en forma permanente, desarrolla generalmente sus actividades familiares, sociales y económicas.

Definición Operacional: a) Urbano. b) Rural

- **Condición Laboral Actual**

Definición Conceptual: Actividad laboral desempeñada por la persona actualmente.

Definición Operacional: a) Actualmente trabajando. b) Pensionado. c) Dueña (o) de casa. d) Cesante

Satisfacción Usuaría

Definición Conceptual: Es el cumplimiento o no cumplimiento por parte del sistema de salud respecto de las expectativas del usuario.

Definición Operacional: Se midió en cuatro dimensiones: satisfacción global; atención del personal profesional y no profesional; infraestructura; acceso y área de apoyo. Luego, se clasificó el total del puntaje obtenido en los siguientes tramos según el grado de satisfacción: Baja Satisfacción: Menor a 162 puntos, Mediana Satisfacción: Entre 163 y 186 puntos, y Alta Satisfacción: Mayor a 186 puntos.

Anexo N°2



UNIVERSIDAD DEL BÍO-BÍO

Dirección Escuela de Enfermería

OFICIO N° 33/2011

MAT.: Lo indicado

CHILLAN, marzo 22 de 2011.

A : **SRA. GIOVANNA RIVERA BAEZA**
Directora – Centro de Salud Familiar, Quiriquina

DE: **SRA. ELENA ESPINOZA LAVOZ**
Directora Escuela de Enfermería

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 la Tesis titulada “**Adherencia a Control de Salud Cardiovascular relacionada con Características Sociodemográficas y Satisfacción Usuaría en el CESFAM Quiriquina de San Ignacio, 2011**”, con el fin de optar al Grado de Licenciado/a en Enfermería.

Nombre y Rut de los estudiantes Tesistas:

- Fernando Jara Cáceres 16.784.551-7
- Tamara Tapia Troncoso 17.046.538-5
- Celeste Valdés Arias 17.062.660-5
- Alejandro Vasquez Rodríguez 17.061.940-4

Académico Guía:

Srta. Carmen Gloria Molina E., Enfermera-Docente.

Propósito de la Tesis: Conocer si existe relación entre la Adherencia a Control de Salud Cardiovascular con las Características Sociodemográficas y Satisfacción Usuaría en el CESFAM Quiriquina de San Ignacio..

Objetivos Generales de la Tesis:

- Conocer la adherencia al Control de Salud Cardiovascular de los usuarios inscritos en el Programa de Salud Cardiovascular del CESFAM Quiriquina de San Ignacio.
- Identificar características sociodemográficas de los usuarios inscritos en el Programa de Salud Cardiovascular del CESFAM Quiriquina de San Ignacio.
- Determinar la relación entre la Adherencia al Control de Salud Cardiovascular y las características sociodemográficas de los usuarios inscritos en el Programa de Salud Cardiovascular del CESFAM Quiriquina de San Ignacio.
- Conocer la Satisfacción Usuaría de los usuarios inscritos en el Programa de Salud Cardiovascular del CESFAM Quiriquina de San Ignacio.
- Determinar la relación entre la Adherencia a Controles de Salud Cardiovascular y Satisfacción Usuaría de los usuarios inscritos en el Programa de Salud Cardiovascular del CESFAM Quiriquina de San Ignacio.

En base a lo anteriormente expuesto, me permito solicitar su autorización y las facilidades necesarias para que dichos estudiantes puedan realizar la recolección de datos, para la investigación, en el establecimiento que usted dirige.

En el caso de contar con su aprobación, la recolección de tales datos se realizará desde el 28 marzo al 08 abril del presente año, 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.

📁 Archivo Escuela Enfermería

Sede Concepción

Avda. Collao N°1202 – Casilla 5-C Fonos: (56-41) 2731200 Fono/Fax: (56-41)731040 – VIII Región – Chile

Sede Chillán

Avda. Andrés Bello s/n – Casilla 447 – Fono/Fax: (56-42) 253000 – VIII Región – Chile

E-mail: ubb@ubiobio.cl

www.ubiobio.cl

Anexo N°3



Universidad del Bío-Bío
Facultad de Cs. De la Salud y de los Alimentos
Escuela de Enfermería

Consentimiento Informado

San Ignacio, Abril de 2011

Estimado Señor (a):

Pertenece al 5° año de Enfermería de la Universidad del Bío-Bío y actualmente estamos realizando nuestra Tesis, titulada: **Adherencia a Control de Salud Cardiovascular relacionada con Características Sociodemográficas y Satisfacción Usuaría en el CESFAM Quiriquina de San Ignacio, 2011.**

Para cumplir con el propósito de esta investigación, solicitamos su tiempo y colaboración contestando las siguientes preguntas anexadas en el presente documento, las cuales serán esenciales para cumplir con los objetivos de este proyecto.

Cabe destacar, que se mantendrá absoluta reserva de su identidad, de los comentarios y de las respuestas emitidas en el cuestionario.

Esperando su buena acogida y consentimiento para realizar el cuestionario, sin otro particular, se despiden atentamente.

Alumnos Tesistas
Carrera de Enfermería
Universidad del Bío-Bío

Firma Autorización usuario

RUT

Anexo N°4



Universidad del Bío-Bío.
Facultad de la Ciencia de la Salud y los Alimentos.
Escuela de Enfermería

Estimado Docente:

Mediante el presente documento, solicitamos a usted su colaboración para el proceso de validación del instrumento recolector de datos, para la investigación titulada **“Adherencia al Control de Salud Cardiovascular relacionada con Características Sociodemográficas y Satisfacción Usuaría en el CESFAM Quiriquina de San Ignacio, 2011”**.

De antemano, se agradece su tiempo y colaboración.

Alumnos Tesistas:

Jara Cáceres, Fernando Andrés

Tapia Troncoso, Tamara Alejandra

Valdés Arias, Celeste Adriana

Vásquez Rodríguez, Alejandro Arturo

Observaciones:

Firma Docente

Anexo N°5

Instrumento a Aplicar

I.- Antecedentes sociodemográficos del usuario.

1.- Fecha de Nacimiento _____ Edad: _____

2.- Sexo:

- a) Masculino b) Femenino

3.- ¿Cuántos años de estudio cursó?

4.- ¿Cuál es su lugar de residencia?

- a) Urbano b) Rural

5.- ¿Cuál es su condición laboral actual?

- a) Actualmente trabajando
b) Pensionado
c) Dueña (o) de casa
d) Cesante

II.- Satisfacción Usuaría

- 1. Satisfacción Global:** Considerando toda su experiencia en el **CESFAM Quiriquina de San Ignacio** y las necesidades que Ud. tiene de atención de salud. Utilizando una escala de 1 a 7, donde 1 significa “Muy Insatisfecho/a” y 7 significa “Muy Satisfecho/a”, por favor indique:

		Muy Insatisfecho				Muy Satisfecho		
1	La rapidez para conseguir la hora de atención	1	2	3	4	5	6	7
2	El tiempo que tiene que esperar desde la hora de citación hasta que lo/a atendieran	1	2	3	4	5	6	7
3	La información que le entregaron para continuar su tratamiento	1	2	3	4	5	6	7
4	La fecha de la próxima consulta o tratamiento específico a realizarse	1	2	3	4	5	6	7
5	Cuán satisfecho está usted con el servicio que le presta el CESFAM de Quiriquina.	1	2	3	4	5	6	7

2. Atención del personal:

- 2.1** Pensando en los **Funcionarios de atención telefónica, de Admisión o de Informaciones / Oficina de informaciones, reclamos y sugerencias (OIRS)**, ¿Cuán satisfecho está usted en cuanto a....?

		Muy Insatisfecho				Muy Satisfecho		
1	La cantidad de funcionarios disponible para atenderlo	1	2	3	4	5	6	7
2	La amabilidad y trato de los funcionarios	1	2	3	4	5	6	7
3	La presentación personal de los funcionarios	1	2	3	4	5	6	7

4	La capacidad del personal administrativo para responder a sus consultas o dudas	1	2	3	4	5	6	7
5	La preocupación y dedicación por dar solución a sus problemas	1	2	3	4	5	6	7

2.2 Respecto a la Atención otorgada por el profesional (Medico, Enfermera, Nutricionista) en el CESFAM, ¿Qué tan satisfecho/a está usted en cuanto a....?

		Muy Insatisfecho				Muy Satisfecho			
1	La profundidad con que lo/a examinó	1	2	3	4	5	6	7	
2	Capacidad para explicar su estado, enfermedad y/o el tratamiento	1	2	3	4	5	6	7	
3	La preocupación y dedicación por dar solución a sus problemas	1	2	3	4	5	6	7	
4	El tiempo dedicado a atenderlo en el control de salud.	1	2	3	4	5	6	7	
5	La oportunidad para opinar sobre el tratamiento de su enfermedad.	1	2	3	4	5	6	7	

3. Infraestructura: En relación a la Infraestructura, es decir, de los baños, la sala de espera y sala de consulta. ¿Cuán satisfecho está usted en cuanto a....?

		Muy Insatisfecho				Muy Satisfecho			
1	La ubicación de la señalización o letreros dentro del CESFAM	1	2	3	4	5	6	7	
2	La comodidad de la sala de espera	1	2	3	4	5	6	7	
3	La comodidad del box de atención	1	2	3	4	5	6	7	
4	La cantidad de asientos disponibles	1	2	3	4	5	6	7	

5	La ventilación y calefacción del lugar	1	2	3	4	5	6	7
6	La cantidad de baños disponibles	1	2	3	4	5	6	7
7	La limpieza e higiene de los baños	1	2	3	4	5	6	7
8	La limpieza general del establecimiento	1	2	3	4	5	6	7

4. Respecto al acceso y áreas de apoyo.

4.1 **Acceso:** En cuanto **al lugar** donde está el Centro de Salud ¿Cuán satisfecho está usted en relación a....?

		Muy Insatisfecho				Muy Satisfecho			
1	La ubicación física del CESFAM.	1	2	3	4	5	6	7	
2	La facilidad para acceder al CESFAM.	1	2	3	4	5	6	7	
3	Que tan satisfecho está usted con la vías de entrada a su CESFAM.	1	2	3	4	5	6	7	

4.2 **Áreas de Apoyo:** En relación a las **Áreas de apoyo,** ¿Cuán satisfecho está usted en cuanto a....?

		Muy Insatisfecho				Muy Satisfecho			
1	La atención en Admisión – SOME	1	2	3	4	5	6	7	
2	La atención recibida en Farmacia	1	2	3	4	5	6	7	
3	La atención en Toma de muestras	1	2	3	4	5	6	7	

Clasificación de Satisfacción Usuaría según puntuación.

Baja Satisfacción: Menor a 162 puntos.

Mediana Satisfacción: Entre 163 y 186 puntos.

Alta Satisfacción: Mayor a 186 puntos.

Adherencia a las Indicaciones Post Control.

A continuación usted encontrará un conjunto de afirmaciones. Se le ruega contestar con la mayor honestidad posible, ya que los resultados de esta encuesta serán de total confidencialidad.

1. Respeto a la asistencia a su control de salud.

Afirmaciones	Siempre	Casi siempre	A veces	Casi nunca	Nunca
1. Asiste a los controles de salud programados.					
2. Es puntual con la hora de llegada a la citación de su control.					
Puntaje	5	4	3	2	1

2. Respeto al cumplimiento de su tratamiento farmacológico.

Afirmaciones	Siempre	Casi siempre	A veces	Casi nunca	Nunca
1. Comprende las indicaciones dadas sobre la administración de medicamentos					
2. Toma los medicamentos en el horario establecido					
3. Se toma los medicamentos de acuerdo a la dosis indicada					
4. Acomoda los horarios de sus medicamentos a las actividades de su vida diaria					
Puntaje	5	4	3	2	1

3. Respecto al **cumplimiento de su tratamiento no farmacológico.**

Afirmaciones	Siempre	Casi siempre	A veces	Casi nunca	Nunca
1. Cumple las indicaciones relacionadas con la alimentación					
2. Realiza los ejercicios físicos Indicados					
3. Usted y su médico, deciden de manera conjunta, el tratamiento a seguir					
4. Cumple el tratamiento sin necesidad que su familia o amigos lo supervisen					
Puntaje	5	4	3	2	1

Clasificación de Adherencia a control de salud cardiovascular según puntuación.

Baja Adherencia: Menor a 38 puntos.

Mediana Adherencia: Entre 39 y 44 puntos.

Alta Adherencia: Mayor a 44 puntos.

