

RELACIÓN ENTRE NIVEL DE ADHERENCIA AL TRATAMIENTO Y APOYO SOCIAL EN
PACIENTES CON FALLA CARDIACA DE ENERO A NOVIEMBRE DE 2020 EN BOGOTÁ

Silvia Juliana Jaraba Suárez

Doraly Muñoz Acuña

Margarita María Pomar Hoyos

Profesora Asociada del departamento de Enfermería Clínica

Trabajo de grado presentado a la Facultad de Enfermería

Como requisito parcial para optar al Grado de

Maestría en Enfermería en Cuidado Crítico

Pontificia Universidad Javeriana

Diciembre 2020

RELACIÓN ENTRE NIVEL DE ADHERENCIA AL TRATAMIENTO Y APOYO SOCIAL
EN PACIENTES CON FALLA CARDIACA DE ENERO A NOVIEMBRE DE 2020 EN
BOGOTÁ

Silvia Juliana Jaraba Suárez

Doraly Muñoz Acuña

Margarita María Pomar Hoyos

Asesora

Diana Marcela Achury Saldaña

Profesora Asociada del departamento de Enfermería Clínica

Pontificia Universidad Javeriana

Maestría en Enfermería en Cuidado Crítico

Bogotá

Diciembre 2020

CONTENIDO

RESUMEN.....	9
1. INTRODUCCIÓN.....	1
2. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA.....	2
3. PREGUNTA DE INVESTIGACIÓN.....	9
4. DEFINICIÓN OPERACIONAL DE TÉRMINOS.....	10
4.1. Adherencia al tratamiento.....	10
4.2. Apoyo social.....	10
4.3. Falla cardíaca.....	11
4.4. Relación.....	11
4.5. Institución de tercer nivel.....	11
5. JUSTIFICACIÓN.....	12
5.1. Relevancia social.....	12
5.2. Relevancia teórica.....	14
5.3. Relevancia disciplinar.....	18
6. OBJETIVOS.....	22
6.1. Objetivo general.....	22
6.2. Objetivos específicos.....	22
7. MARCO TEÓRICO.....	23
7.1. Repercusiones de la falla cardíaca y la adherencia al tratamiento.....	23
7.2. Adherencia al tratamiento y falla cardíaca, concepto de adherencia.....	27
7.2.1. Factores que se deben considerar como influyentes en la adherencia al tratamiento	28
7.2.2. Factores relacionados con la enfermedad.....	31
7.2.3. Régimen terapéutico.....	32
7.2.4. Factores relacionados con el equipo de salud.....	33
7.2.5. Métodos de medición de la adherencia.....	34
7.3. Apoyo social y falla cardíaca: conceptualización de apoyo social.....	40
7.3.1. Modelos del apoyo social.....	42
7.3.2. Dimensiones del apoyo social.....	44
7.3.3. Fuentes de apoyo social.....	45
7.3.4. Instrumentos para medir el apoyo social.....	47

7.3.5.	Soporte disciplinar del apoyo social a partir de la teoría de mediano rango de soporte social	49
7.3.6.	Evidencia del apoyo social en la adherencia al tratamiento con falla cardiaca.....	51
8.	MARCO METODOLÓGICO.....	53
8.1.	Diseño.....	53
8.2.	Lugar de aplicación	53
8.3.	Población de referencia	53
8.4.	Población de estudio.....	53
8.5.	Criterios de inclusión.....	53
8.6.	Criterios de exclusión.....	54
8.7.	Variables.....	54
8.7.1.	Operacionalización de las variables	54
8.8.	Hipótesis	54
8.9.	Tamaño de la muestra.....	54
8.10.	Reclutamiento o invitación a participar	55
8.11.	Instrumentos.....	55
8.11.1.	Instrumento de adherencia al tratamiento farmacológico y no farmacológico	55
8.11.2.	Instrumento de Apoyo Social	57
8.11.3.	Ficha de variables sociodemográficas y clínicas.....	59
8.12.	Plan de recolección de datos	59
8.13.	Control de sesgos	60
8.13.1.	Sesgos de selección	60
8.13.2.	Sesgos de clasificación e información: sesgos del observador.....	60
8.14.	Plan de análisis.....	60
8.15.	Aspectos éticos.....	61
9.	RESULTADOS.....	62
9.1.	Descripción de variables sociodemográficas y Clínicas.....	62
9.1.1.	Variables sociodemográficas.....	62
9.1.2.	Variables Clínicas	68
9.2.	Nivel de Adherencia al Tratamiento Farmacológico y No Farmacológico.....	73
9.3.	Análisis descriptivo de los ítems de la escala de evaluación de comportamientos de adherencia.....	74
9.4.	Apoyo Social	78

9.5.	Relación entre el índice global de apoyo social y la adherencia farmacológica y no farmacológica de los pacientes con falla cardiaca.....	80
9.5.1.	Relación del Índice global de apoyo social y adherencia global de pacientes con diagnóstico de falla cardiaca.....	80
9.5.2.	Relación entre el apoyo emocional y el rango global de adherencia de pacientes con diagnóstico de falla cardiaca hospitalizados.....	81
9.5.3.	Relación del apoyo material y el rango global de adherencia de pacientes con diagnóstico de falla cardiaca hospitalizados.....	82
9.5.4.	Relación entre el apoyo en las relaciones de ocio y distracción y el rango global de adherencia de pacientes con diagnóstico de falla cardiaca hospitalizados.....	83
9.5.5.	Relación entre el Apoyo Afectivo y el Rango Global de Adherencia de Pacientes con diagnóstico de falla cardiaca hospitalizados.....	84
9.6.	Análisis Inferencial.....	85
10.	DISCUSIÓN.....	87
11.	CONCLUSIONES.....	96
12.	REFERENCIAS.....	98
13.	ANEXOS.....	120

LISTA DE TABLAS

Tabla 1. Descripción de la clasificación índice global de apoyo social y sus dimensiones.....	588
Tabla 2. Edad de los pacientes con diagnóstico de falla cardiaca hospitalizados	63
Tabla 3. Género de los pacientes con diagnóstico de falla cardiaca hospitalizados	633
Tabla 4. Estado civil de los pacientes con diagnóstico de falla cardiaca hospitalizados	644
Tabla 5. Estrato socioeconómico de los pacientes con diagnóstico de falla cardiaca hospitalizados	65
Tabla 6. Escolaridad de los pacientes con diagnóstico de falla cardiaca hospitalizados	66
Tabla 7. Ocupación de los pacientes con diagnóstico de falla cardiaca hospitalizados	67
Tabla 8. Cuidador Principal de los pacientes con diagnóstico de falla cardiaca hospitalizados ...	68
Tabla 9. Tiempo en años del diagnóstico de los pacientes de falla cardiaca hospitalizados.....	69
Tabla 10. Etiología de la Falla Cardiaca de los pacientes con diagnóstico de falla cardiaca hospitalizados	70
Tabla 11. Clase funcional de los pacientes de falla cardiaca hospitalizados	71
Tabla 12. Fracción de eyección de los pacientes de falla cardiaca hospitalizados	72
Tabla 13. Número de medicamentos que toma los pacientes de falla cardiaca hospitalizados	72
Tabla 14. Reingresos de los pacientes de falla cardiaca hospitalizados.....	73
Tabla 15. Medición global de la adherencia al tratamiento farmacológico y no farmacológico de los pacientes con diagnóstico de falla cardiaca hospitalizados	74
Tabla 16. Nivel de Adherencia al Tratamiento Farmacológico y no Farmacológico de los pacientes con diagnóstico de falla cardiaca hospitalizados.....	76
Tabla 17. Índice global de apoyo social pacientes con diagnóstico de falla cardiaca hospitalizados	79

Tabla 18. Relación del Índice global de Apoyo Social y Adherencia Global de pacientes con diagnóstico de falla cardíaca	81
Tabla 19. Relación del apoyo emocional y el rango global de adherencia de pacientes con diagnóstico de falla cardíaca hospitalizados	82
Tabla 20. Relación del apoyo material y el rango global de adherencia de pacientes con diagnóstico de falla cardíaca hospitalizados.....	83
Tabla 21. Relación de apoyo en las relaciones de ocio y distracción y el rango global de adherencia de pacientes con diagnóstico de falla cardíaca hospitalizados	84
Tabla 22. Relación del Apoyo Afectivo y el Rango Global de Adherencia de Pacientes con diagnóstico de falla cardíaca hospitalizados.	85
Tabla 23. Descripción de la relación de las dimensiones del apoyo social con la adherencia al tratamiento.....	86

LISTA DE ANEXOS

Anexo A. Operacionalización de las variables	120
Anexo B. Cuestionario Medical Outcomes Study: Social Support Survey (MOS).....	124
Anexo C. Cuestionario evaluación de comportamientos de adherencia al tratamiento farmacológico y no farmacológico en los pacientes con falla cardiaca	125
Anexo D. Descripción de los niveles de adherencia por dimensiones.....	128
Anexo E. Ficha de variables sociodemográficas y clínicas	131
Anexo F. Consentimiento informado.....	132
Anexo G. Autorización de uso de los instrumentos.....	137

RESUMEN

Introducción: La falla cardiaca es una de las causas de hospitalización más frecuentes en la unidad de cuidado intensivo, con un alto índice de morbimortalidad. Por tal motivo, se convierte en una prioridad identificar, previamente al alta, los factores precipitantes del reingreso, siendo la adherencia al tratamiento y el apoyo social los más importantes.

Objetivo: Determinar la relación entre el nivel de adherencia al tratamiento farmacológico y no farmacológico y el apoyo social de pacientes con falla cardiaca (FC).

Metodología: Se realizó un estudio correlacional con un tamaño de muestra de 64 pacientes con diagnóstico de FC. Se utilizó un muestreo no probabilístico. Para la medición del nivel de adherencia se utilizó la escala para evaluación de comportamientos de adherencia con una alfa de Cronbach de 0,72, y para el apoyo social la escala Medical Outcomes Study Social Supportsurvey (MOS) con una alfa de Cronbach de 0,94. Se realizó un análisis descriptivo y se aplicó la prueba de independencia de distribuciones categóricas de Fisher para establecer la relación del nivel de adherencia con el apoyo social.

Resultados: La mayoría de los participantes tenían un nivel de frecuentemente adheridos al tratamiento (78%). El índice global de apoyo social fue nivel medio (media: 76,18- DE +-16,5). Se encontró una asociación moderada entre el nivel de apoyo emocional (p: 0,006336) y apoyo afectivo (p: 0,03025) con la adherencia al tratamiento.

Conclusiones: Es fundamental que el profesional de enfermería incluya la evaluación del apoyo social previamente al alta, para optimizar los niveles de adherencia.

Palabras clave: Apoyo social, cumplimiento y adherencia al tratamiento, insuficiencia cardiaca (DeCS)

ABSTRACT

Introduction: Heart failure is one of the most frequent causes of hospitalization in intensive care services, with a high rate of morbidity and mortality. For this reason, it becomes a priority to identify, prior to discharge, the precipitating factors for readmission, with adherence to treatment and social support being the most important.

Objective: To determine the relationship between the level of adherence to pharmacological and non-pharmacological treatment and the social support of patients with heart failure.

Methodology: A correlational study was carried out with a sample size of 64 patients with a diagnosis of CF. A non-probability sampling was used. To measure the level of adherence, the scale for evaluation of adherence behaviors with a Cronbach's alpha of 0.72 was used, and for social support the Medical Outcomes Study Social Support (MOS) scale with a Cronbach's alpha of 0.94 was used. A descriptive analysis was carried out and Fisher's test of independence of categorical distributions was applied to establish the relationship between the level of adherence and social support.

Results: Most of the participants had a level of frequently adherent to treatment (78%). The global index of social support was medium level (mean: 76.18-SD + -16.5). A moderate association was found between the level of emotional support (p: 0.006336) and the level of affective support (p: 0.03025) with adherence to treatment.

Conclusions: It is essential that the nursing professional includes the evaluation of social support prior to discharge, in order to optimize the levels of adherence.

Keywords: Social support, compliance and adherence to treatment, heart failure (DeCS)

DEDICATORIA

Quiero dedicar este logro primero que todo a Dios por guiar cada uno de mis pasos, a mi familia quienes por ellos soy lo que soy, en especialmente a mi madre y a mi esposo por su apoyo, consejos, comprensión y ayuda. Sin el gran amor incondicional de mi familia nada de esto sería posible, gracias por siempre estar para mí, por motivarme constantemente para alcanzar mis anhelos; a mi asesora de tesis Diana Achury quien guio con su conocimiento el crecimiento a nivel profesional y personal.

Silvia Juliana Jaraba Suarez

A Dios todo poderoso por guiarme con su amor y por acompañarme en el camino de mi profesión. A mi esposo Luis Fernando, mi mamá Rosalba, mis hijos Yannia Camila y Luis Santiago por el apoyo incondicional material y emocional basados en la comprensión, la fortaleza y la motivación. A mi familia por apoyarme cada vez que lo necesito. A nuestra Directora de tesis Diana Achury por su compromiso, organización, disponibilidad, paciencia y excelencia académica. A mis compañeras de tesis por el compromiso y trabajo en equipo. A la universidad de los Llanos su actual administración la Vicerrectoría y la Facultad Ciencias de la Salud, por su apoyo constante.

Doraly Muñoz Acuña

Deseo agradecer a Dios, la Virgen y mi familia; en especial a mi madre y a mi esposo, quienes con su amor, paciencia y esfuerzo me han ayudado a cumplir hoy un sueño más, gracias por inculcar en mí el ejemplo de esfuerzo, compromiso y valentía, de no temer a las adversidades porque Dios está siempre con nosotros. A nuestra asesora de tesis a la profesora Diana, por haber compartido sus conocimientos, su paciencia y guiarnos hacia la excelencia académica. A mis compañeros de tesis y de maestría por brindarme amor y enseñarme el valor de la amistad. Dios los bendiga por siempre.

Margarita María Pomar Hoyos

AGRADECIMIENTOS

A nuestra directora de la tesis, la profesora Diana Marcela Achury por su alto compromiso académico, organización, disponibilidad absoluta, y sabios consejos.

A nuestra alma mater, Pontificia Universidad Javeriana, a nuestras docentes y compañeros de estudio que contribuyeron al logro de este triunfo.

A la Clínica Miocardio que nos acogió y permitió el desarrollo de nuestra investigación.

1. INTRODUCCIÓN

La falla cardiaca (FC) es una enfermedad con un alto impacto negativo en la calidad de vida (1), representa una de las mayores causas de morbilidad y mortalidad a nivel mundial, (2) y es un gran reto para los profesionales de enfermería y el sistema de salud, dado que este grupo de pacientes presenta episodios recurrentes de descompensación clínica aguda (1, 3).

Dado que la FC presenta una tasa elevada de abandono del tratamiento, se requiere que el paciente modifique sus comportamientos. En este contexto, la adherencia al tratamiento posee un papel muy importante en la progresión de la enfermedad, en la medida que el paciente modifique sus comportamientos mejorará su calidad de vida y la tasa de reingresos hospitalarios, alcanzará un mejor control de la enfermedad (4).

Dichas modificaciones no solo dependen del paciente, sino también del apoyo social que reciba como factor imperativo para la recuperación y afrontamiento de este proceso clínico, siendo este un generador de efectos favorables en la salud y el bienestar psicológico y físico del paciente (5).

Por tal motivo, el objetivo de esta investigación fue determinar la relación entre el nivel de adherencia al tratamiento farmacológico y no farmacológico y el apoyo social de pacientes con falla cardiaca en una institución de III nivel.

Se realizó un estudio correlacional con un tamaño de muestra de 64 pacientes. Los resultados evidenciaron que la mayoría de los pacientes tenían un nivel de frecuentemente adherido, un índice global de apoyo social de nivel medio, se encontró una asociación entre las dimensiones de apoyo social emocional y afectivo con la adherencia al tratamiento. Es fundamental que el profesional de enfermería incluya la evaluación del apoyo social previamente al alta, para la planificación del trabajo asistencial y fortalecimiento de la adherencia.

2. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

En la actualidad, la falla cardiaca (FC) es un padecimiento crónico de alta prevalencia a nivel mundial. Según la American Heart Association (AHA) (6), en el 2019 se estimó que en los Estados Unidos 5,1 millones de personas padecieron falla cardiaca, y que en el mundo fueron 23 millones las afectadas por esta enfermedad. Así mismo, se estima que para el 2030 se incrementará su prevalencia en un 25% como causa del envejecimiento de la población y el aumento de los factores de riesgo cardiovasculares, convirtiéndose en un foco de atención en la salud pública, al ser una de las condiciones clínicas más comunes, costosas, discapacitantes y mortales en la población (7).

En Colombia, las causas de mortalidad están encabezadas por las enfermedades cardiovasculares, que corresponden al 28,7 %, donde se estima que, para el año 2020, las muertes a causa de las enfermedades cardiovasculares aumentarán de 15 a 20 % y, en el año 2030, las cuatro enfermedades crónicas no transmisibles, como la FC, serán responsables del 75% (23,6 millones de personas) de las muertes en el mundo (8).

Gheorghide et al. (9), en su artículo de revisión, señalaron que las altas tasas de reingreso hospitalario por FC persisten a pesar de los importantes avances en su manejo, generando un aumento en la mortalidad y ocasionando un incremento en los costos de asistencia sanitaria para el sistema de salud. De igual manera destaca la necesidad de indagar y generar registros que permitan conocer los factores que pueden favorecer o minimizar los reingresos hospitalarios e investigar las intervenciones de cuidado que conduzcan alcanzar los mejores resultados.

En esta misma línea de trabajo, las guías internacionales de diagnóstico y tratamiento de la AHA (10) y la ESC (11) han reportado que la FC es una de las causas de hospitalización más frecuentes en los servicios de cuidados intensivos (UCI), con un alto índice de morbimortalidad, destacando como una prioridad la necesidad de identificar, previamente al alta, los factores precipitantes del reingreso, donde la adherencia al tratamiento es imperfecta y se destaca el déficit de apoyo social. Cuando el paciente es ingresado a una unidad de cuidados intensivos, se busca la estabilización inmediata de su estado hemodinámico, aliviar los síntomas y limitar el daño cardíaco, para ser llevado a un servicio de hospitalización en donde se termine de ajustar su tratamiento antes de darle de alta con un plan de atención y un programa educativo de prevención de rehospitalizaciones.

El enfoque terapéutico ofrecido a los pacientes en su estancia hospitalaria tiene como objetivo a largo plazo la prevención de la progresión de la enfermedad, reducir el número de readmisiones y mejorar las posibilidades de supervivencia; para esto, el profesional de enfermería debe orientar la gestión del cuidado a la identificación de necesidades y a la educación continua del paciente y su familia, lo cual debe verse reflejado desde el ingreso a las unidades de cuidado intensivo, en la preparación para el alta y en el proceso de transición a su casa (12).

A pesar del enfoque terapéutico que se debe brindar a estos pacientes, no se ha logrado mejorar las altas tasas de mortalidad y reingreso, siendo estos fuertes factores pronósticos de evolución negativa. En ese sentido, la creación e implementación de intervenciones que permitan identificar el riesgo del paciente durante su hospitalización siguen siendo necesidades no cubiertas (10).

Por otro lado, en la práctica clínica se observa que no se realiza de forma sistemática y permanente la identificación de necesidades educativas y sociales orientadas a los diferentes comportamientos

de adherencia al tratamiento farmacológico y no farmacológico, entregando un cuidado más reactivo que preventivo antes nuevos episodios de descompensaciones y rehospitalizaciones (13). Esta realidad se ve reflejada por Ramírez Perdomo y Parra Vargas (14), en su estudio correlacional y transversal con una muestra de 122 pacientes hospitalizados, quienes encontraron que la mayoría de los pacientes manifestaban que el personal de enfermería se enfocaba en el componente fisiológico y alivio de los síntomas, olvidando la exploración de necesidades emocionales y sociales durante la estancia hospitalaria. Santana Cabrera et al. (15) y Franco Canales (16) coinciden, en sus investigaciones de diseño de tipo descriptivo, en la importancia que cobra el apoyo social con el que cuenta el paciente en la unidad de cuidados intensivos para su recuperación y adherencia al tratamiento. El 10% de los familiares sentían que el personal de enfermería no los tenía en cuenta como factor esencial en la recuperación del paciente, pues observaban que no les brindaban información sobre conductas que debía continuar el paciente a su egreso y solo le informaban directamente al paciente, excluyendo a la familia, siendo este último un recurso esencial que va a favorecer la adherencia al tratamiento.

Franco Canales (16) evidenció que el 21% de los pacientes y familiares tienen una percepción desfavorable con respecto a la atención que les brinda el enfermero, puesto que no son informados sobre el manejo de su enfermedad, existe poca capacidad comunicativa para explorar las condiciones que generaron su hospitalización y sienten que su familia no es involucrada en su cuidado. El poco reconocimiento de los pacientes y la familia de manera holística en la promoción de su autocuidado puede influenciar de forma negativa su adherencia al tratamiento.

La falta de adherencia terapéutica es la razón principal de que no se logren los beneficios clínicos. Morisky et al., Silva et al., Billups et al., y Osterberg y Terrence. (17-20) han concluido que la

adherencia farmacológica y no farmacológica a largo plazo en países desarrollados es de tan solo el 50% y puede resultar menor en países en desarrollo.

Wu et al. (21), en una revisión sistemática de 166 artículos sobre la adherencia al tratamiento farmacológico en pacientes con FC hospitalizados, estimaron que la prevalencia de no adherencia farmacológica oscila entre el 10 y 93%.

Ospina Serrano y Gamarra Hernández (22), en un estudio descriptivo, reportaron que, del total de la población con falla cardiaca, un 23,6% de pacientes tiene poca adherencia al tratamiento farmacológico, con tasas de descompensación y readmisión hasta del 50%.

Achury Saldaña (23), en su estudio cuasiexperimental con una muestra de 50 pacientes, identificó que la falta de conocimientos en el desarrollo de conductas de autocuidado y la falta de soporte social por parte de su familia generaba una baja adherencia al tratamiento, tanto farmacológico como no farmacológico.

Chaves Santiago et al. (24), en su investigación de cohorte, identificaron que se desconocía el grado de adherencia de los pacientes antes del alta y su respectivo apoyo social, concluyendo que la falta de adherencia terapéutica es la razón principal de que no se logren los beneficios clínicos.

Rocha Nieto et al. (25) manifiestan que el creciente problema de la falta de adherencia al tratamiento en el paciente con FC genera un impacto negativo tanto para él mismo como para su núcleo familiar. En la esfera física ocasiona una limitación para la realización de las actividades cotidianas, creando mayor dependencia hacia la familia; en la esfera emocional, debido a que la progresión de la enfermedad genera cambios anímicos reflejados en ansiedad y depresión; y en la

esfera social puede desarrollar un aislamiento. Todo este impacto repercute en el deterioro de su calidad de vida.

Al mismo tiempo un factor psicológico que se hace relevante a lo largo de varias investigaciones para el logro de la adherencia al tratamiento es contar con un adecuado apoyo social. Thoits (26) define el apoyo social como el grado en el que las necesidades sociales básicas de las personas son satisfechas a través de la interacción con los otros, entendiendo como necesidades básicas la afiliación, el afecto, la pertenencia, la identidad, la seguridad y la aprobación; siendo la familia considerada como el grupo de apoyo más importante con el que pueden contar los individuos.

Como lo exponen Ladero et al. (27) en su estudio longitudinal ($n = 100$), los pacientes que perciben una mayor pérdida de apoyo social son aquellos que permanecen no adherentes con el paso del tiempo, destacando el papel preponderante que juega el apoyo social tanto en el inicio como en el mantenimiento de la adhesión, una vez establecida.

Dionne-Odom et al. (28) realizaron una revisión sistemática de 120 artículos, en donde analizaron la importancia del apoyo social familiar en el cuidado de paciente con FC, donde encontraron que quienes no contaban con dicho recurso generaban mayores índices de depresión, por lo que se recomienda la necesidad de identificar el tipo de apoyo previo al egreso hospitalario.

Alarcón Mora et al. (29), en un estudio descriptivo de corte transversal, encontraron que el apoyo familiar suele darse libremente y tiende a ser mayor cuando recién se diagnostica la enfermedad, y se reduce cuando esta continúa por un periodo más prolongado, generando en la mayoría de los pacientes frustración o depresión.

Roure et al. (30), en su estudio transversal con una muestra de 127 pacientes, evidenciaron que durante la hospitalización el nivel de autoeficacia de los pacientes para generar su propio cuidado es bajo, y es necesario el apoyo para lograr su recuperación exitosa al egreso.

Alonso Fachado et al. (31) afirman, en su revisión sistemática, que el apoyo social de las familias hacia los pacientes juega un importante papel en el manejo de la enfermedad crónica. Una enfermedad crónica, grave y/o invalidante suele afectar a todo el sistema familiar, cuando uno de sus miembros deja de funcionar de forma normal, no solo se ven afectados todos los miembros, sino también la dinámica familiar. Además, manifiestan que la carencia de este tipo de apoyo social puede contribuir a la aparición de efectos psicológicos adversos y respuestas comportamentales asociadas a estrés psicológico, pobre adherencia al tratamiento, aislamiento social y disminución los índices de calidad de vida.

Struthers et al. (32), en su estudio de cohorte con 478 pacientes, concluyeron que la falta de soporte social fue una variable directamente relacionada con el número de hospitalizaciones en pacientes con FC ($p = 0,007$), debido a que el grupo que contaba con privación del soporte social presentaba niveles de estrés mayores y poca motivación, lo que afectaba su adherencia al tratamiento. Algo semejante ocurre con el estudio de Roveroni Moraes y Spadoti Dantas (33), con un diseño correlacional transversal con 86 pacientes, donde demostraron que las personas con escasa red de apoyo perciben los eventos estresantes de una patología crónica de forma amenazante, generando conductas inseguras y disminuyendo el grado de adherencia al tratamiento.

Gomes Villas Boas et al. (34) manifiestan que, a pesar de que la adhesión a los tratamientos y el apoyo social han sido ampliamente estudiados, poca atención se ha prestado a la relación entre

adhesión a los tratamientos y apoyo social percibido. La evaluación del apoyo social es importante para los enfermeros en la planificación de intervenciones apropiadas que puedan promover la adaptación de las personas a su enfermedad. Por esta razón, autores como Borja González (35) manifiestan la importancia de hacer estudios correlacionales con estas dos variables en pacientes con falla cardiaca, que permitan predecir rápidamente factores positivos con los que cuenta cada paciente, para facilitar la adherencia a su tratamiento.

La evidencia identificada en los diferentes diseños metodológicos de los estudios descritos demuestra la importancia de realizar una investigación que evalúe la relación entre la adherencia farmacológica y no farmacológica con el apoyo social con el que cuentan los pacientes con falla cardiaca, que se encuentran hospitalizados en las unidades de cuidados intensivos, lo anterior debido a que en Colombia no se han desarrollado estudios que muestren esta relación con este grupo poblacional en particular. Por tal motivo, esta investigación se considera pertinente y necesaria porque permitirá que los profesionales de enfermería hagan el reconocimiento de un diagnóstico precoz del paciente antes del alta, para lograr identificar cómo será su grado de adherencia cuando se cuenta con una red de apoyo social familiar adecuado y los recursos que se requieren para potencializarla.

3. PREGUNTA DE INVESTIGACIÓN

¿Cuál es la relación entre el nivel de adherencia al tratamiento y el apoyo social en los pacientes con falla cardiaca hospitalizados en una institución de tercer nivel en Bogotá, Colombia, durante el periodo comprendido entre enero y noviembre de 2020?

4. DEFINICIÓN OPERACIONAL DE TÉRMINOS

4.1. Adherencia al tratamiento

Según Organización Mundial de la Salud (36) “el grado en que la conducta de un paciente en relación con la toma de medicamentos, el seguimiento de una dieta o la modificación de hábitos de vida coincide con las instrucciones proporcionadas por el médico o personal sanitario”

Para esta investigación la adherencia se determinó utilizando el instrumento “Evaluación de comportamientos de adherencia al tratamiento farmacológico y no farmacológico en pacientes con falla cardiaca” (37), la cual permite clasificar el nivel de adherencia global, a través de unos rangos: no adherente (puntuación entre 30-55), poca adherencia (puntuación entre 56-80), frecuentemente adherido (puntuación entre 81-105), y adherido (puntuación entre 106-120).

4.2. Apoyo social

Según Sayers et al. (38), apoyo social se define como el proceso interactivo en que el individuo consigue ayuda emocional, instrumental o económica de la red social en la que se encuentra; donde se destaca la familia como la fuente principal de apoyo social con que cuenta el paciente crónico para afrontar con éxito los problemas a los que da lugar la enfermedad.

Para esta investigación el apoyo social se evaluó a través del instrumento “MOS de apoyo social”, el cual permite clasificar el índice global de apoyo social: Índice global: bajo (19-62), medio (63-81), alto (82-95). Apoyo emocional: bajo (8-24), medio (25-33), alto (34-40). Ayuda material: bajo (4-12), medio (13-17), alto (18-20). Relaciones sociales de distracción: bajo (4-12), medio (13-16), alto (17-20) y el Apoyo afectivo: bajo (3-9), medio (10-12), alto (13-15) (39).

4.3. Falla cardiaca

Según la Sociedad Colombiana de Cardiología y Cirugía Cardiovascular (2), la falla cardiaca es un síndrome clínico que se caracteriza por síntomas y signos derivados de un compromiso funcional y estructural del corazón, o ambos, representados en reducción del gasto cardíaco y aumento de las presiones intracavitarias.

Para esta investigación se incluyeron aquellos hombres y mujeres adultos que se encuentran hospitalizados en una UCI de un hospital de tercer nivel de atención, con diagnóstico de falla cardiaca en estadios C y D.

4.4. Relación

Según la Real Academia Española (40), la relación es la conexión o enlace entre dos términos. Para este estudio se relacionó el nivel de adherencia al tratamiento y el índice de apoyo social de pacientes con falla cardiaca hospitalizados en una UCI en un hospital de tercer nivel de complejidad.

4.5. Institución de tercer nivel

Se define como aquella institución prestadora de servicios de salud con recursos humanos, desarrollo técnico y tecnológico e infraestructura destinada al diagnóstico y tratamiento de patologías, de alta complejidad y costo que requieren servicios especializados (41).

Esta investigación se realizó en la unidad de cuidados intensivos de la clínica Miocardio en la ciudad de Bogotá.

5. JUSTIFICACIÓN

5.1. Relevancia social

La Organización Panamericana de la Salud (OPS) ha manifestado que el porcentaje de adherencia terapéutica en pacientes que padecen enfermedades crónicas es de tan solo el 50%. (42). Rojas Sánchez et al. (43), en su estudio trasversal ($n = 161$) realizado en Colombia, reportaron que el cumplimiento al tratamiento farmacológico de los pacientes con FC fue de 53,42%, en donde el 20% tenía poca adherencia con respecto al conocimiento del tratamiento farmacológico y no farmacológico, evidenciando que los planes convencionales de cuidado fallaron. La falta de adherencia trae consigo una alta carga económica y social; puesto que el gasto ocasionado incluye costos directos, que comprenden internación, diagnóstico, fármacos, cuidado ambulatorio y trasplante; e indirectos que incluyen pérdida de ingresos, necesidad de cuidador, transporte e institucionalización (44).

Al mismo tiempo, la Organización Mundial de la Salud (OMS) ha señalado que la FC es una enfermedad crónica que requiere un cumplimiento adecuado de las indicaciones terapéuticas y un cambio en el estilo de vida, siendo la adherencia al tratamiento un eslabón clave para la obtención de buenos resultados a largo plazo. También recomienda identificar las necesidades de tipo cognitivo —ofreciendo información sobre la enfermedad y tratamiento—, las sociales y emocionales que hacen referencia a las reacciones y sentimientos del paciente sobre su enfermedad; de manera que puedan incrementar la capacidad funcional de estos pacientes, aliviar o disminuir síntomas, reducir invalidez innecesaria y facilitar que retornen a una vida útil y satisfactoria en la sociedad (37).

Martín et al. (45), en su estudio de revisión de la literatura ($n = 25$), refieren que la percepción de los pacientes sobre su condición clínica es negativa y se encuentra influenciada por el nivel de adherencia alcanzado, comprometiendo sus actividades cotidianas, su perspectiva social y dinámica familiar, por la pérdida de la capacidad de participar en sus pasatiempos favoritos y actividades cotidianas, lo que genera cierto grado de dependencia a un cuidador, y sentimientos como la soledad y la depresión, además de ocasionar una vida social limitada.

Dado que la FC presenta una tasa elevada de abandono del tratamiento, se requiere que el paciente modifique sus comportamientos y, desde luego, dichas modificaciones no solo dependen del paciente, sino también del apoyo que reciba. En este sentido, la familia, como principal fuente de apoyo social, aporta el máximo apoyo instrumental, afectivo y emocional, por lo que su influencia es importante durante el curso del proceso crónico (46).

La ausencia de apoyo social se asocia con un mayor número de hospitalizaciones por falla cardíaca aguda descompensada; Hollenberg et al. (47), en su estudio de cohorte ($n = 478$) de pacientes con falla cardíaca hospitalizados, evidenciaron que el poco apoyo social se asoció significativamente con una mayor probabilidad de que el paciente tenga una hospitalización por descompensaciones.

Asimismo, Rondón García et al. (48), en un estudio descriptivo de corte transversal ($n = 2332$), ratifican que contar con apoyo social y familiar es un determinante positivo en la salud, mejora la percepción de salud subjetiva y la calidad de vida, pues estos aspectos son fundamentales en la recuperación de los pacientes que se encuentran enfermos.

Luttik et al. (49), en su revisión sistemática, evidenciaron que el apoyo social puede ser un predictor de reingresos hospitalarios y mortalidad, debido a que el apoyo emocional, en particular el familiar, está relacionado con la prevalencia de depresión. Enfatizan que alrededor del 14% al 36,5% de los pacientes hospitalizados con FC padecen de depresión por no contar con una adecuada red de apoyo. A su vez, Hallas et al. (50), en su estudio cohorte ($n = 146$), estiman que entre el 25 y el 50% de los pacientes con FC presenta ansiedad, y del 18 al 47% depresión. Todo ello, dependiendo de la edad y duración del diagnóstico, afecta la calidad de vida del paciente y su adherencia.

Caballero et al. (51), en su estudio de cohorte con una muestra de 64.969 pacientes, demostraron que la asociación entre la adherencia al tratamiento y el apoyo familiar con el que cuentan los pacientes con FC que se encuentran hospitalizados es necesaria para la planificación de tratamientos efectivos y eficientes al momento del alta, para que de esta manera se puedan disminuir las tasas de morbilidad y de reingreso hospitalario.

5.2. Relevancia teórica

Diversas disciplinas como la psicología, la medicina, la sociología, entre otras, han estudiado la influencia del apoyo social en el afrontamiento de las enfermedades crónicas y en la adherencia al tratamiento, específicamente en pacientes con FC, y han logrado aportar grandes avances para el estudio de esta condición.

La enfermedad crónica no solo tiene una causa biológica, sino también un origen psicológico y social; de tal manera que el desarrollo de la enfermedad radica en la conducta y el estilo de vida del individuo. La esfera de la conducta, pensamiento y emoción desempeña un papel primordial para que el paciente cumpla o no con las indicaciones médicas, y tiene una alta influencia del apoyo

social percibido por parte del paciente. La falta de adherencia al tratamiento genera pérdidas en lo personal, familiar y social, lo que repercute en la calidad de vida del enfermo y los cuidadores primarios o, en su defecto, en la familia, ya que provoca alteraciones en el funcionamiento familiar (52).

El comportamiento y los modos de afrontamiento de las personas a la enfermedad pueden desempeñar un papel importante para alcanzar un mejor autocuidado y que logren adherirse adecuadamente a los tratamientos. El incremento de la eficacia de las acciones destinadas a que la persona cumpla con el tratamiento puede tener un mayor impacto en su salud que cualquier mejora en un tratamiento médico específico (53).

Torres Navas et al. (54), en un estudio observacional descriptivo ($n = 68$), determinaron los factores psicosociales en pacientes con FC; entre los más alterados se encontró la disfunción familiar (42,6%), seguida de un bajo nivel de autocuidado con un porcentaje del (40%), estos resultados muestran la alta prevalencia de pacientes con pobre autocuidado y que dependen de un cuidador competente, generalmente miembro de su familia para su cuidado y adherencia. Además, ratifican que la evaluación del apoyo social en los pacientes con falla cardiaca es un medidor importante de la evolución clínica, en la adherencia al tratamiento y el pronóstico.

Se ha establecido que el apoyo social tiene un papel crucial en el proceso de adaptación y en el restablecimiento de los resultados de salud; puede prevenir la aparición de efectos psicológicos adversos y respuestas comportamentales asociadas a estrés psicológico, pobre adherencia al tratamiento y aislamiento social (46).

El apoyo social es un constructo con más de un siglo de crecimiento, durante este tiempo han surgido dos teorías que podrían explicar la asociación entre el apoyo social y la salud, la primera corresponde al efecto directo, en donde se afirma que el apoyo social favorece los niveles de salud independientemente del grado de estrés del individuo; y la segunda es el efecto amortiguador, que postula que el apoyo social puede ejercer un efecto tampón que atenúa las reacciones individuales a los impactos adversos de la enfermedad crónica (31).

Diferentes intervenciones a nivel individual, diádico y grupal influyen en el contexto físico y sociocultural en el que se mueve la persona, y favorecen la estructura y las funciones de los lazos sociales. Un estudio prospectivo con seguimiento a 3 años ($n = 755$), realizado en España por Nebot et al. (55), evidenció que contar con apoyo familiar es un efecto protector; y vivir sin pareja, con otros familiares, no tener apoyo emocional, y tener pocos amigos y familiares se asoció con la mortalidad.

Avedaño Monje y Barra Almagica (56), en su artículo de revisión de literatura, determinaron que el apoyo social puede afectar el funcionamiento fisiológico, ya que es una herramienta de afrontamiento frente al estrés y un amortiguador de sus efectos, contribuye a la promoción de conductas saludables y tiene influencia en la etapa de ajuste o afrontamiento a la enfermedad.

Peláez Hernández et al. (57), en su investigación cuasi experimental con pacientes con FC y su cuidador principal ($n = 53$), demostraron que una intervención psicológica cognitivo-conductual es eficaz en el incremento de la adherencia al tratamiento igual que la calidad de vida percibida, donde resalta la inclusión del aspecto psicológico como parte de un tratamiento integral con el objetivo

de lograr que tanto el paciente como el cuidador desarrollen estrategias y conocimientos que les permitan mejorar su salud y calidad de vida.

En Chile, los psicólogos Vivaldi y Barra (58) expresaron, en su estudio transversal ($n = 250$), que el bienestar psicológico del paciente está directamente relacionado con el apoyo social percibido relacionado con su propia percepción de salud, lo cual les permite sobrellevar mejor su situación. Además, la familia está considerada como el grupo de apoyo más importante con el que pueden contar los individuos. Por esto, con frecuencia las personas pertenecientes a familias funcionales tienen mejores niveles de salud debido a los recursos emocionales y materiales que obtienen de ellas.

Algunos estudios corroboran que el apoyo social recibido por los pacientes es un factor importante que puede mejorar la adherencia, como lo evidencian Vinaccia et al. (59) en su diseño de tipo descriptivo ($n = 152$), puesto que la adherencia al tratamiento se vincula de forma significativa con el contar con un adecuado apoyo por parte de los familiares del paciente.

No obstante, Vilató Frómeta et al. (60) señalaron que el dar de alta a un paciente sin que este posea un apoyo social adecuado puede tener un efecto desfavorable sobre su bienestar, autoestima y seguridad, lo cual repercutirá negativamente en su salud, afectando la adherencia al tratamiento.

Asimismo Graven et al. (61), en su estudio descriptivo correlacional ($n = 201$), comprobaron que la satisfacción del paciente hacia su red de apoyo favorece las conductas de autocuidado y adherencia al tratamiento de manera positiva en más de un 50%, por lo que es necesario reconocer ese apoyo durante la hospitalización.

Los diferentes estudios ratifican que la evaluación social en los pacientes con falla cardiaca es un medidor importante de la evolución clínica, la adherencia al tratamiento y el pronóstico.

5.3. Relevancia disciplinar

La adherencia al tratamiento en los pacientes con falla cardiaca es un desafío que involucra la competencia del profesional de enfermería, por eso es necesario iniciar reconociendo que el término va más allá de cumplimiento de la toma de los medicamentos, implica una participación activa y voluntaria del paciente en un curso de comportamiento aceptado de mutuo acuerdo, con el fin de producir un resultado terapéutico deseado (62).

No se puede analizar el fenómeno de la adherencia en un término unidimensional sino multidimensional, puesto que está determinado por la acción recíproca de factores personales, del sistema de salud, equipo de salud y su apoyo social, siendo este último un factor prioritario transversal que permea la adherencia. Por consiguiente, Hajduk et al. (63), en el estudio de cohorte, destacan que el paciente con FC, en su mayoría, no se encuentra en la capacidad física y psicológica adecuada para asumir la responsabilidad de autocuidado sobre la adherencia farmacológica, por tal motivo se hace necesario contar con un apoyo social y aún más familiar para mejorar el control de la enfermedad y una menor demanda de atención en servicios de salud de mayor complejidad, la identificación de este apoyo durante hospitalización dependerá del rol del enfermero en su proceso de valoración.

En ese mismo sentido Shamali et al. (64), en un estudio transversal, reafirman que el apoyo social es un factor que permite enfrentar la enfermedad y el proceso de recuperación del individuo con

FC, por ello se hace necesario que el enfermero incluya la evaluación del apoyo social para la planificación en la práctica asistencial, basadas en la participación familiar.

Dada la importancia del reconocimiento temprano de la adherencia en el paciente y la potencialización de factores como el apoyo social para alcanzar el mejor resultado, es necesaria la utilización de diferentes metodologías propias de la profesión, como lo es el lenguaje enfermero que, desde hace más de seis años, logró incorporar dentro de los diagnósticos el término de adherencia, como una “Conducta terapéutica: enfermedad o lesión (código 1609)”, definida como “acciones personales para paliar o eliminar una patología”, con el propósito de medir de manera integral el grado de cumplimiento o adherencia (65).

Apoiados en lo expuesto por García Ortiz y Casique Casique (66), destacan que la detección, reconocimiento y cuidado del paciente con FC por parte del enfermero profesional es un proceso clínico que se ha ido construyendo mediante la implementación de herramientas metodológicas como la taxonomía Nanda, NIC Y NOC, la cual permite, de forma racional, lógica y sistemática, mostrar las alteraciones clínicas del paciente y orientar los cuidados necesarios según la condición de salud. Por esto es necesario medir la adherencia durante la hospitalización, y enfermería cuenta con esta herramienta para establecer un plan individualizado que permita promover comportamientos de autocuidado (65).

Por otro lado, otra metodología que se puede utilizar para proporcionar un cuidado integral y oportuno al paciente que se encuentra hospitalizado es la integración de los referentes teóricos que guíen la práctica asistencial, como la teoría de mediano rango de la enfermera Schaffer, en un texto de Peterson y Bredow (67), que se fundamenta en varios estudios para dirigir la práctica de

enfermería, donde se manifiesta que el apoyo social y la adherencia al tratamiento son conceptos que han tenido un desarrollo teórico, siendo el apoyo social un aspecto facilitador para la promoción y prevención de problemas asociados con la cronicidad. Además, argumenta su valoración en cuatro construcciones teóricas, como son los soportes emocional, instrumental, informacional y evaluativo. Esta teórica señala que es posible que el apoyo social afecte de manera negativa la recuperación del paciente cuando se cuenta con redes sociales estresantes, conflictivas o de soporte ausente.

Por esta razón, la incorporación de la valoración del soporte social es una intervención fundamental que deben realizar los enfermeros para conocer la situación del paciente, sugerir el nivel de intervenciones y proponer unos resultados orientados al mantenimiento del autoconcepto y al funcionamiento efectivo familiar (68).

La necesidad de incorporar en las unidades de cuidado intensivo la valoración del apoyo social y la adherencia permite conocer el riesgo que tiene el paciente con falla cardíaca en presentar un nuevo reingreso por complicaciones, por esta razón la Joint Commission International (JCI) (69), en uno de sus estándares, señala que la reducción de reingresos se convierte en un indicador de calidad esencial, donde el profesional de enfermería contribuye para alcanzarlo a través de su liderazgo y en el diseño e implementación de una política para la preparación del paciente al egreso, que incluya una evaluación del individuo como un proceso constante y dinámico, fundamentada en unas directrices orientadas a identificar las necesidades de salud, la inclusión y disposición de la familia en el proceso de recuperación de su familiar. De esta forma, el paciente se sentirá más satisfecho con la entrega de cuidado y se pueda preparar de la mejor manera para lograr la adherencia terapéutica.

De esa misma manera otras organizaciones que promueven la acreditación del cuidado de la salud, como lo es la Joint Commission on Accreditation of Healthcare Organizations (Jcaho), afirman que la adherencia al tratamiento es uno de los componentes básicos de la aceptabilidad de la asistencia, convirtiéndose en una de las dimensiones de la calidad (70).

No es suficiente conocer el nivel de adherencia previo al alta sin establecer si el paciente cuenta con un nivel de apoyo adecuado, puesto que el AS es un factor que permite enfrentar la enfermedad y la recuperación del paciente, y disminuir los niveles de estrés y depresión posterior al egreso hospitalario, por lo que es necesario que el enfermero incluya la evaluación del apoyo social previamente al alta, para la planificación del trabajo asistencial (71).

Los resultados obtenidos de la presente investigación se constituirán en un insumo para estandarizar protocolos orientados a la valoración de la adherencia al tratamiento y el apoyo social previo al egreso, con el fin de identificar factores de riesgo que pueden comprometer la condición clínica del paciente y precipitar un reingreso. Además, contribuirán a fortalecer la línea de investigación del énfasis cardiovascular de la Maestría en Enfermería en Cuidado Crítico, permitiendo una mejor comprensión del fenómeno de la adherencia a tratamientos farmacológicos y no farmacológicos y su relación con el apoyo social, además de aportar al conocimiento disciplinar mediante la utilización de instrumentos validados que miden el apoyo social y la adherencia.

6. OBJETIVOS

6.1. Objetivo general

Determinar la relación entre el nivel de adherencia al tratamiento farmacológico y no farmacológico y apoyo social de pacientes con falla cardiaca hospitalizados en una institución de tercer nivel en Bogotá, Colombia, durante el periodo comprendido entre enero y noviembre de 2020.

6.2. Objetivos específicos

- Caracterizar sociodemográficamente y clínicamente a los pacientes de falla cardiaca hospitalizados en una institución de tercer nivel.
- Identificar el nivel de adherencia a los pacientes con falla cardiaca hospitalizados en una institución de tercer nivel.
- Identificar el índice global de apoyo social de los pacientes con falla cardiaca hospitalizados en una institución de tercer nivel.
- Establecer si existe relación entre el índice global de apoyo social (apoyo emocional, ayuda material, relaciones sociales de ocio y distracción, apoyo afectivo) y la adherencia farmacológica y no farmacológica de los pacientes con falla cardiaca hospitalizados en una institución de tercer nivel.

7. MARCO TEÓRICO

El siguiente marco teórico se desarrolló a partir de una revisión exhaustiva de la literatura, cuya búsqueda se realizó en las bases de datos Scopus, ScienceDirect, Redalyc, Scielo y Embase, e incluyó artículos, revisiones y capítulos de libro publicados en los últimos 10 años. Los descriptores utilizados fueron: “falla cardíaca”, “adherencia al tratamiento” y “apoyo social”. La información analizada se organizó por capítulos para dar respuesta a los objetivos planteados.

7.1. Repercusiones de la falla cardíaca y la adherencia al tratamiento

La falla cardíaca (FC) es el estado en el cual el corazón es incapaz de bombear la cantidad de sangre necesaria para suplir las necesidades del organismo, se caracteriza por síntomas y signos derivados de un compromiso funcional y estructural del corazón, o ambos, representados en reducción del gasto cardíaco y aumento de las presiones intracavitarias ocasionando disnea y fatiga, inicialmente con el ejercicio y posteriormente también en reposo. Desde el punto de vista clínico se caracteriza por síntomas como dificultad respiratoria y fatigabilidad, que usualmente se acompañan de signos como ingurgitación yugular, estertores pulmonares y edema de miembros inferiores, entre otros (2).

A nivel mundial se considera como un problema de salud pública, dada su alta tasa de morbilidad, mortalidad y el incremento de costos hospitalarios (72, 73). Su prevalencia en países desarrollados alcanza el 2% del total de la población adulta y el 10% en pacientes mayores de 70 años, ocasionando un deterioro de la calidad de vida del paciente y su núcleo familiar (74).

En Latinoamérica la mortalidad intrahospitalaria a causa de la falla cardíaca se encuentra entre el 5.6 y el 8%, mientras que la estancia hospitalaria oscila entre los 10 ± 9 días en promedio (75).

En Colombia, con una población de 47.704.472 habitantes para el año 2016, la prevalencia estimada de falla cardiaca era del 2,3%, lo que se traduce en cerca de 1.097.201 pacientes con esta enfermedad en el país (76). Para el año 2017, la tasa de mortalidad de pacientes con falla cardiaca fue de 6,4 por 100.000 habitantes, siendo la tercera causa de muerte en el país (77). El 6% de las hospitalizaciones en adultos por esta enfermedad tiene un promedio de estancia hospitalaria de 5,8 días, y alrededor del 7% de estos pacientes consulta al servicio de urgencias por presentar descompensaciones.

Cubillos et al. (78) manifiestan que la principal causa de descompensación de la falla cardiaca y la necesidad de múltiples hospitalizaciones es la no adherencia de los pacientes al tratamiento, tanto farmacológico como no farmacológico; este último incluye dieta, ejercicio, medicamentos y restricción hidrosalina.

La Organización Mundial de la Salud (36) señala que la repercusión de la poca adherencia terapéutica crece a medida que se incrementa la carga de la enfermedad crónica, y se estima que para este año será de un 65% en todo el mundo. Autores como Morisky et al., Silva et al., Billups et al., Osterberg y Terrence. (17-20) han concluido que la falta de adherencia terapéutica es la razón principal de que no se logren los beneficios clínicos, debido a que esta enfermedad deteriora la clase funcional del paciente, lo que compromete su autocuidado y genera mayor dependencia de su núcleo familiar.

Ante esta situación alarmante, Cubillos et al. (78) manifiestan que la Organización Mundial de la Salud ha considerado la falla cardiaca como una enfermedad progresiva que genera en el paciente

disminución de los años productivos, aislamiento social, disminución de la calidad de vida y, por lo consiguiente, el aumento en los costos para los sistemas de salud por lo que es necesario el desarrollo de intervenciones de cuidado por parte de todos los profesionales de la salud, en especial el de enfermería, quien es el responsable de promover comportamientos de autocuidado y debe realizar un reconocimiento oportuno de la adherencia al tratamiento desde el momento en que se diagnostica, como es la estancia hospitalaria.

Por lo anterior, las guías internacionales AHA (10) han destacado la necesidad de identificar, previo al alta del paciente, los factores precipitantes del reingreso, donde la adherencia al tratamiento es imperfecta y destaca el déficit de apoyo social.

Desafortunadamente, la falla cardíaca se caracteriza por episodios de descompensación aguda, lo cual genera reingresos hospitalarios frecuentes. Setoguchi et al. (79) han documentado que las hospitalizaciones en dichos pacientes, no solo genera un impacto dramático en la calidad de vida de los pacientes y sus familias, sino que también se ven afectados a nivel psicológico y social, y se puede aumentar el grado de dependencia física, generando estrés en la familia y depresión en el paciente.

Autores como Agostinho et al. (80) encontraron que el aumento de los reingresos en pacientes con falla cardíaca es un fuerte predictor de mortalidad, cuyo riesgo aumenta significativamente con cada hospitalización. Además, tienen un enorme impacto económico, ya que la mayoría de los costos de la insuficiencia cardíaca se deben a hospitalizaciones.

Para lograr disminuir el número de reingresos y lograr una adecuada adherencia al tratamiento, autores como Chaves Santiago et al., Hollenberg et al., Rojas Sánchez et al., y Achury Saldaña et al. (24, 47, 43, 81) han demostrado que el contar con un adecuado apoyo social es un factor protector, que no solo mejora la adherencia al tratamiento farmacológico, sino que además refuerza conductas de autocuidado en el paciente, disminuyendo el número de descompensaciones de su enfermedad por una inadecuada adherencia.

Chaves Santiago et al. (24) afirman que la familia es la principal fuente de apoyo social instrumental, afectivo y emocional del paciente con falla cardíaca, por lo que su influencia es importante durante el curso del proceso crónico. Hollenberg et al. (47) afirman que los pacientes con una baja red de apoyo social se han asociado con aumento en la tasa de reingresos por episodios más seguidos de descompensaciones.

Por lo anterior, contar con un nivel adecuado de apoyo social es un determinante positivo en la salud, mejora la percepción de salud subjetiva y calidad de vida, por lo que estos aspectos son fundamentales en la recuperación de los pacientes con enfermedades crónicas como la falla cardíaca (48).

Olvera Arreola y Salazar Gómez. (82) demostraron que el apoyo familiar ejerce influencia positiva en el paciente con FC, al protegerlo de los cambios amenazantes, donde esta relación es directamente proporcional, es decir, entre más apoyo brinden los familiares, más se verá reflejado en niveles elevados en la adherencia al tratamiento farmacológico y no farmacológico.

Saldarriaga et al. (83) enfatizaron que una intervención y seguimiento a través de un programa de falla cardíaca multidisciplinario, con un enfoque educativo y con un adecuado apoyo psicológico, tiene un incremento estadísticamente significativo en la disminución de reingresos hospitalarios y mejoría de la clase funcional y adherencia al tratamiento.

La promoción de medidas farmacológicas y no farmacológicas debe ser liderada por los profesionales de enfermería, y se debe instaurar desde la hospitalización y continuar al egreso, para convertirse en un instrumento útil para desarrollar, mantener y cambiar las conductas de autocuidado, además de mejorar la adherencia al tratamiento en pacientes con falla cardíaca (24).

7.2. Adherencia al tratamiento y falla cardíaca, concepto de adherencia

El concepto de adherencia posee diferentes definiciones, en la literatura anglosajona, los más utilizados son el de cumplimiento (*compliance*) y adherencia (*adherence*), aunque se han propuesto muchos otros y la mayoría de estos utilizan diferentes términos, como cumplimiento, seguimiento de instrucciones, persistencia, colaboración, alianza, concordancia y adhesión hacia una serie de recomendaciones; las cuales evidencian la necesidad de unificar la definición del constructo. Las primeras elaboraciones del constructo se basaron en el término de cumplimiento, el cual tiende a ser unidimensional, y está centrado en el profesional de la salud y en un modelo de salud básicamente autoritario y reduccionista, que solo tiene en cuenta el aspecto exclusivo del uso de medicamentos (62).

Posteriormente, para dar respuesta a las limitaciones y lograr una mayor comprensión, se abordó el concepto “*adherence*” por Di Mateo y Di Nicola, quienes la describen 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 al que tratan de dar respuesta” (84). Esto implica una vinculación proactiva del paciente, comprometida y responsable en actividades de tratamiento. Por lo tanto, los participantes en la Reunión sobre Adherencia Terapéutica de la OMS (36), en junio de 2004, llegaron a la conclusión de que la adherencia terapéutica es “El grado en que la conducta de un paciente en relación con la toma de medicamentos, el seguimiento de una dieta o la modificación de hábitos de vida coincide con las instrucciones proporcionadas por un prestador de asistencia sanitario”.

Sin embargo, la evolución del constructo ha llevado a entender el término de adherencia con los de alianza, colaboración y cooperación, que permiten describir una mayor participación del paciente en la toma de decisiones que afectan a su propia salud, en un plan con el que está de acuerdo y en cuya elaboración ha podido contribuir, donde se ha comprendido la importancia de realizar acciones concretas (85).

Es así como se reconoce que la adherencia no solo involucra la toma de los medicamentos según la prescripción médica, sino también el cumplimiento de otras recomendaciones, requiere de implicación activa y voluntaria del paciente, profundiza la naturaleza de interacción paciente-profesional de la salud e involucra por parte del paciente un conjunto de conductas que incluya aceptación convenida del tratamiento, poner en práctica las indicaciones de este, evitar comportamientos de riesgo e incorporar acciones o conductas saludables (86).

7.2.1. Factores que se deben considerar como influyentes en la adherencia al tratamiento

La adherencia es un fenómeno multidimensional, debido a que está determinada por la interacción de varios factores que influyen y condicionan de forma positiva o negativa.

Factores relacionados con el paciente

Los factores relacionados con el paciente representan sus recursos, conocimiento, actitudes, y creencias.

Edad

La adherencia deficiente a los regímenes prescritos afecta a todos los grupos de edad. Sin embargo, la prevalencia de deficiencias cognitivas y funcionales es mayor en los pacientes adultos mayores, donde también aumenta el riesgo de adherencia deficiente. Igualmente, la falla cardíaca es una enfermedad crónica no transmisible de mayor tendencia en personas mayores de 50 años (87).

Factores socioeconómicos

Algunos estudios han detectado que el nivel socioeconómico es un factor predictivo, independiente de la adherencia, ya que los pacientes deben distribuir sus limitados recursos disponibles entre sus necesidades y las de sus familias, además está asociado al analfabetismo, bajo nivel educativo, desempleo, condiciones de vida inestables y disfunción familiar (88).

Creencias y motivación

El conocimiento, las creencias acerca de la enfermedad, la motivación, la autoconfianza y las expectativas con respecto al tratamiento interactúan e influyen en el comportamiento de adherencia.

Las creencias de los pacientes pueden repercutir sobre su adherencia, por lo tanto, se deberían explorar. Los pacientes se incorporan al régimen terapéutico con sus propias representaciones de

aquello que para ellos significa una amenaza para la salud y actúan según estas y temores que los acompañan, que se construyen a partir de diferentes fuentes amigos, familiares y medios de comunicación e información brindados por el personal de salud. Otro aspecto importante en las creencias es el hecho de que estas no se mantienen constantes a lo largo del tratamiento, y pueden cambiar. Por lo tanto, pueden ser modificadas y potenciadas por los profesionales de enfermería a partir de información efectiva que genere acciones que favorezcan la adherencia al tratamiento (89).

La falta de motivación produce sentimientos de desesperanza y negatividad frente a la enfermedad. Aumentar la motivación mediante la concientización sobre la importancia de adherirse y mejorar la confianza mediante el fortalecimiento de acciones de autocuidado deben ser metas del tratamiento, donde la motivación hacia la salud es definida como procesos autorregulatorios que involucran la selección, activación y la dirección sostenida de conductas que contribuyen positivamente en la salud física.

La salud debe ser considerada como una meta importante y deseada. Ha sido ampliamente documentado que la evaluación positiva de una meta resulta en actos que guían una secuencia de conductas particulares hasta alcanzarla. Teóricamente, un individuo con alta motivación hacia la salud se involucra en la suya, cambios en el estilo de vida y búsqueda de información relacionada (90, p. 341-368).

Apoyo social

Se define como la percepción que un sujeto tiene ante situaciones difíciles o problemáticas, donde puede contar con alguna persona o institución que lo auxilie. Se han identificado tres tipos de

apoyo: el afectivo (reconocimiento, aceptación, estimulación, etc.), el apoyo instrumental (recibir dinero o ayuda para realizar una actividad o resolver una situación) y la información (recibir instrucciones, información pertinente para resolver una situación, etc.) (91). Autores como Martos Méndez (92) y Huamán Guerra (93) lo ratifican en sus estudios, las personas con adecuadas redes de apoyo social se adaptan fácilmente a su enfermedad, mejorando la adherencia.

7.2.2. Factores relacionados con la enfermedad

La falla cardiaca es una enfermedad que compromete de manera marcada la capacidad funcional de los pacientes secundarios a la frecuencia e intensidad de los síntomas, afectando el desarrollo de conductas para alcanzar la adherencia (68).

Uribe Escalante et al. (94) concluyeron que los pacientes pueden identificar los síntomas que afectan significativamente su percepción de la enfermedad y calidad de vida, ya que son incapacitantes y persistentes, y afectan negativamente su capacidad funcional para realizar sus actividades cotidianas.

Entre los síntomas más frecuentes de descompensación de falla cardiaca se encuentran la disnea y la fatiga, los cuales comprometen de manera importante la realización de las actividades diarias, y sus persistencias pueden generar sentimiento de miedo, ansiedad y temor frente a la muerte (95).

La carga de la enfermedad y la persistencia de los síntomas pueden desencadenar depresión, lo que conlleva una peor percepción de la calidad de vida y las dimensiones emocionales, y a un compromiso en la adherencia al tratamiento (96).

Comín Colet et al. (97) en su estudio demuestran que la calidad de vida en los pacientes con IC está afectada por otros factores más allá de la limitación física impuesta por la enfermedad, y la afectación en la capacidad de mantener los cuidados personales, el dolor, la ansiedad o los síntomas afectivos son igualmente relevantes en la percepción del estado de salud de los pacientes.

7.2.3. Régimen terapéutico

La falla cardiaca como enfermedad crónica incluye regímenes farmacológicos complejos, los cuales predicen una baja adherencia. Además de los efectos secundarios no deseados de los medicamentos, la complejidad del tratamiento estaría dada por la cantidad de cambios que el seguimiento implique para el régimen de actividades cotidianas. A mayor número de cambios y mayores dificultades de ejecución, mayor dificultad del programa y menores posibilidades de cumplimiento (91).

La adherencia a un tratamiento disminuye cuando aumentan el número de medicamentos y la frecuencia de administración. Entre mayor es la frecuencia de administración de medicamentos, peor será el cumplimiento; cuando la frecuencia de la administración es elevada es probable que el paciente deba interrumpir sus actividades normales, lo que provoca olvido o rechazo por parte del paciente (36).

Guevara Tafur (98, p. 13-19) concluyó en su estudio que a mayor polifarmacia menor adherencia al tratamiento, el mayor número de grupos farmacológicos empleados fue en el grupo de pacientes no adherentes, lo que demostró que la polifarmacia es un factor asociado a la no adherencia en pacientes con FC, que se debe a las comorbilidades, múltiples prescriptores, entre otros;

desencadenando como consecuencias como incumplimiento en el tratamiento, mayores reingresos y prolongada estancia hospitalaria, y por ende mayor uso de recursos sanitarios.

Fernández Lisón et al. (99) en su estudio ponen de manifiesto el alto porcentaje de pacientes polimedicados que tienen algún problema relacionado con su tratamiento, encontrando un elevado porcentaje de pacientes con dependencia, alteración cognitiva y alta comorbilidad, que conlleva a una frecuencia de administración errónea y duplicidad terapéutica; entre las causas principales se encontraban la confusión entre los nombres de los principios activos y de las diferentes marcas genéricas y farmacéuticas de los medicamentos. Además, evidenciaron que los pacientes de avanzada edad tenían problemas de visión y, en algunas ocasiones, el cuidador principal era su pareja con similares limitaciones. Asimismo, los adultos mayores presentan cambios importantes en la farmacocinética y farmacodinamia de los medicamentos, que los hace más susceptibles a mayores efectos secundarios y riesgo de toxicidad, y de esta forma se genera una pobre adherencia al tratamiento farmacológico.

7.2.4. Factores relacionados con el equipo de salud

La relación entre el paciente y los profesionales de la salud ha sido descrita como un predictor de adherencia, en la medida en que una adecuada relación facilita la comprensión de la información por parte del paciente e incrementa el grado de satisfacción. El paciente y el profesional juntos toman una decisión sobre un régimen de atención médica adecuado; la función de la enfermera es ayudar a los pacientes a adherirse y, a su vez, se espera que los pacientes y sus familiares participen en el proceso. Una relación cooperativa requiere comunicación, competencia, confianza, respeto mutuo y compromiso de todas las partes. Así mismo, una inadecuada relación entre paciente y

proveedor de salud, sistemas de salud poco estandarizados en seguimiento e información sobre la adherencia afectan negativamente la adherencia al tratamiento (23).

Por esta razón, para fortalecer la relación profesional-paciente, se ha buscado promover un enfoque del cuidado centrado en los pacientes, tratados como colaboradores, puesto que están intensamente informados sobre su estado de salud y su tratamiento, participan en la planificación y toma de decisiones y se les anima a asumir la responsabilidad de su cuidado, lo que conlleva a una mayor satisfacción y mejores resultados (100).

7.2.5. Métodos de medición de la adherencia

La evaluación exacta del comportamiento de la adherencia terapéutica es necesaria para la planificación de tratamientos efectivos y eficientes, y para lograr que los cambios en los resultados de salud puedan atribuirse al régimen recomendado. Además, es indispensable para la toma de decisiones al modificar tratamiento farmacológico, o intervenciones educativas. Existen diferentes métodos para la medición de la adherencia, no hay un patrón único para su evaluación. Como concepto de comportamiento, el cumplimiento implica acciones complejas, intenciones, emociones y fenómenos que pueden no ser directamente observables (101), motivo por el cual se recomienda utilizar métodos subjetivos y objetivos para lograr una estrategia de evaluación integral.

Métodos objetivos

Los métodos objetivos hacen referencia a aquellos que permiten cuantificar determinada conducta, dentro de estos se encuentran los directos, que se refieren a los que utilizan métodos que se basan en la determinación del fármaco, de un metabolito o de un marcador en la sangre, orina o saliva del paciente, o a la observación directa, de manera que con mayor certeza se conoce si el paciente

consume los medicamentos prescritos. No obstante, este tipo de mediciones, además de ser muy costosas, pueden dar lugar a falsos positivos, puesto que la presencia de los fármacos en los líquidos corporales no asegura una adherencia terapéutica continua (43).

Por otra parte, dentro de las mediciones objetivas también se encuentran las de tipo indirecto, las cuales evalúan la adherencia de acuerdo con las circunstancias que se relacionan con el grado de control de la enfermedad e incluyen el recuento de tabletas, la asistencia a las citas programadas, las bases de datos de las farmacias y la monitorización con MEMS, que consiste en contar la medicación restante en un envase dispensado previamente. De manera que, conociendo la pauta de administración y los días transcurridos entre la fecha de dispensación y la fecha del recuento, se puede calcular si el paciente es o no cumplidor (102).

Sin embargo, algunas veces puede inducir una cierta sobreestimación del cumplimiento, esta se produce porque debe asumirse que la medicación ausente ha sido consumida por el paciente, lo cual no siempre es cierto, pues este puede retirar deliberadamente algunas pastillas del envase porque sospecha que está siendo controlado. Esto puede evitarse si el recuento se realiza en visitas no concertadas en el domicilio del paciente o telefónicamente por sorpresa. Los resultados obtenidos con este método son objetivos y fiables, y generan un acercamiento al estado actual de la adherencia de los pacientes, pero al no permitir la verificación objetiva, también quedan sujetos a errores en la medición (103).

Métodos subjetivos

Existen los métodos subjetivos, los cuales generan resultados a partir de los reportes de los individuos, dentro de este grupo se encuentran las entrevistas al paciente y su familia, los informes

y los cuestionarios que evalúan comportamientos específicos. A menudo se utilizan otros métodos indirectos, como las entrevistas, porque tienen la ventaja de revelar la propia evaluación del cumplimiento por parte del individuo. Contrariamente a la mayoría de las medidas directas de cumplimiento, las indirectas proporcionan información sobre el proceso y los resultados del cumplimiento. Una ventaja de estos métodos indirectos es que sirven para investigar y valorar el cumplimiento en condiciones reales de la práctica clínica, por lo que contribuyen al conocimiento de la efectividad terapéutica, son sencillos, rápidos, y han mostrado un alto nivel de eficacia. Por lo tanto, los factores que influyen en él pueden ser abordados por el profesional durante la entrevista (104).

La entrevista es una gran herramienta para la obtención de datos, pues tiene la capacidad de abordar a las personas con sus significados e ideas. Permite un acercamiento, conocer y comprender la conducta de interpretación, sentimientos, y aborda técnicas que permitan una información fidedigna, auténtica y veraz.

Los instrumentos constituyen uno de los mejores métodos indirectos de determinación del cumplimiento, pues ofrecen indicadores de validez semejantes a los que alcanzan los métodos directos. La eficacia de este método depende de la realización de cuestionarios con preguntas sencillas, que evalúan el nivel de conocimiento que tiene el paciente sobre su enfermedad, asumiéndose que un mejor conocimiento supone un mayor grado de cumplimiento, lo cual no siempre es cierto. Uno de los cuestionarios más habituales, por su buena sensibilidad, es el test de Morisky-Green y el instrumento para evaluar comportamientos de adherencia al tratamiento farmacológico y no farmacológico.

El test de Morisky-Green

Consta de 4 preguntas con respuesta dicotómica, que valoran actitudes frente al tratamiento, de manera que, si se contesta de forma incorrecta a una de ellas, el paciente se considera no cumplidor. Pero este test solo evalúa la adherencia al tratamiento farmacológico, y deja de lado los otros abordajes terapéuticos de los pacientes, sin embargo, proporciona información sobre las causas del incumplimiento (105).

Instrumento de adherencia al tratamiento farmacológico y no farmacológico

En el cuestionario “Evaluación de comportamientos de adherencia al tratamiento farmacológico y no farmacológico en los pacientes con falla cardíaca” diseñado por Achury Saldaña et al. (37), el constructo teórico se fundamenta en los resultados de la adherencia y sus respectivos indicadores de la taxonomía NOC (Nursing Outcomes Classification), los cuales incluyen todos los factores que se consideran influyentes en los comportamientos de adherencia del paciente con falla cardíaca, lo que resulta en un instrumento con 30 ítems de pregunta cerrada que se incluyen en 10 dimensiones:

1. Confianza en el profesional de la salud: seguridad en la información obtenida por el profesional de la salud;
2. Accesibilidad a los servicios de salud: facilidad para la búsqueda, acceso, cobertura, desplazamientos, y confort en el sitio de atención;
3. Conocimiento en el manejo del tratamiento farmacológico: grado de la comprensión transmitida sobre la información relacionada con el régimen terapéutico para alcanzar y mantener una salud óptima;
4. Aceptación de la enfermedad: reconciliación con los cambios significativos en las circunstancias de salud;
5. Control de signos y síntomas: reconocimiento de los signos y síntomas de alarma;
6. Soporte social: disponibilidad percibida y provisión real de ayuda segura de otras personas;
7. Mantenimiento del peso:

acciones personales para mantener de forma voluntaria el peso; 8. Cumplimiento de la dieta: acciones personales para seguir la ingesta de líquidos y alimentos recomendada por un profesional sanitario para un trastorno de salud específico; 9. Conocimiento actividad física prescrita: magnitud de la comprensión transmitida sobre la actividad y ejercicio prescrito; 10. Estado emocional: emoción generalizada y persistente que influye en la percepción de la enfermedad.

El instrumento tiene una escala de respuesta tipo Likert con cuatro opciones de respuesta, donde 1 corresponde a nunca y 4 a siempre, y en el análisis psicométrico mostró un índice de fiabilidad de 0,7213, lo que se considera adecuado y lo convierte en una herramienta de valoración de enfermería que puede ser útil para evaluar la adherencia al tratamiento en pacientes con falla cardíaca. Dado que este instrumento —que ha sido ampliamente utilizado en la población colombiana permite realizar una valoración integral y multidimensional de la adherencia— los autores de esta investigación lo han seleccionado para utilizarlo en la medición del nivel de adherencia.

Evidencia de la medición de la adherencia en los pacientes con falla cardíaca

Entre las causas y factores desencadenantes de hospitalizaciones en la falla cardíaca aguda se encuentra la relacionada con el paciente o iatrogénica, como lo es el mal cumplimiento de la medicación, aumento del consumo de sal o líquidos, consumo de fármacos como los Aines y el abuso de alcohol. Las estrategias destinadas a la prevención de los reingresos se centran en la optimización del tratamiento aplicado a los pacientes en el hospital y en la elaboración de un plan de transición y seguimiento (12).

Las hospitalizaciones del paciente con falla cardíaca son evitables como lo describen, en un estudio descriptivo comparativo, Ruiz Romero et al. (106), al poner en marcha estrategias como valoración

de nivel de adherencia, optimización de terapias farmacológicas, estrategias de vigilancia para reconocer descompensación temprana, modificación de la conducta y estilo de vida del paciente, y orientación de la atención sanitaria para asegurar la continuidad asistencial tras el alta hospitalaria (107).

Guarín Loaiza y Pinilla Roa (103) resaltan la importancia de la medición de la adherencia al tratamiento en los pacientes con FC, en su estudio descriptivo observacional, donde concluyen que es importante valorar la adherencia con herramientas específicas, rápidas, económicas y útiles, tanto en lo ambulatorio como en lo hospitalario, ya que es responsabilidad del personal buscar el resultado adecuado del tratamiento y desarrollar estrategias para lograr un compromiso en el manejo de su enfermedad y conductas positivas de autocuidado.

Rodríguez Acelas y Gómez Ochoa (108), en su estudio descriptivo, resaltan la relevancia de evaluar la adherencia al tratamiento en pacientes con enfermedades cardiovasculares con el fin de contar con argumentos que promuevan cambios significativos en el enfoque de atención, promoviendo y fortaleciendo programas destinados a optimizar la adherencia y prácticas de cuidado.

Chang et al. (109) demostraron que la medición de la adherencia al tratamiento es un predictor de hospitalizaciones. Destacan la importancia de medir, clasificar e identificar sistemáticamente cada una las hospitalizaciones que podrían haberse evitado con una adecuada adherencia, o establecer si se hubiera podido abordar de manera eficaz desde la parte ambulatoria, para lograr hacer un control desde ese momento y al egreso hospitalario, con el fin de disminuir las tasas de readmisión y la progresión de la enfermedad.

Comín Colet et al. (110) han identificado modelos de atención fundamentados en la transición en el paciente con falla cardiaca, que se fundamentan en su evaluación integral durante la hospitalización, la identificación de necesidades específicas, el proceso de planificación del alta y un seguimiento estructurado precoz tras el alta, que incluya transiciones de cuidados avanzados. Con dichas estrategias se podrá obtener resultados en la adherencia terapéutica y no terapéutica, y con ello mejorar la calidad de vida del paciente con falla cardiaca.

7.3. Apoyo social y falla cardiaca: conceptualización de apoyo social

El concepto de apoyo social (AS) ha nacido como una variable importante en las investigaciones sobre salud; se originó en los años 70 como un predictor, especialmente en el afrontamiento al estrés en situaciones de crisis. Diferentes autores lo han conceptualizado (111).

Saranson lo define como la existencia o disponibilidad de personas con las cuales se puede confiar o contar en periodos de necesidad, quienes proveen al individuo con preocupación, amor y valor personal.

Alvarado lo define como la ayuda importante que proviene de personas o instituciones con las que un sujeto se relaciona y se actualiza en situaciones de pérdida o de crisis por efecto de estresores psicosociales (111).

Barrera lo destaca como las conexiones que las personas establecen con otros miembros que le son significativos porque le proveen ayuda en tiempos de necesidad, permitiéndole enfrentar situaciones de estrés (111).

Este concepto ha evolucionado y se ha ido perfilando a través de los años, por esta razón, autores como Gottlieb lo definen como un “Proceso interactivo en que el individuo consigue ayuda emocional, instrumental o económica de la red social en la que se encuentra” (111). Aquí se integran los efectos positivos que el apoyo social tiene sobre la salud y el bienestar como un recurso que promueve la participación, aumenta la capacidad de afrontar situaciones de estrés, la autorresponsabilización y las competencias personales. Este concepto se ha destacado por considerar el apoyo social de forma integral y multidimensional.

El AS ha sido un factor psicosocial que contribuye para la disminución del estrés y favorece la presencia de mecanismos que el individuo utiliza para enfrentar diversas condiciones crónicas de salud, entre ellas las enfermedades cardiovasculares (112, 113).

En el grupo de enfermedades cardiovasculares se encuentra la falla cardiaca como uno de los principales padecimientos crónicos que demandan un apoyo social adecuado y permanente, ya que es una enfermedad que requiere una serie de modificaciones en su estilo de vida y alcanzar una adherencia adecuada para minimizar las complicaciones.

El AS se ha asociado con una mayor adherencia a la medicación, la dieta y control de síntomas, mejores resultados clínicos, menor morbilidad, menores ingresos hospitalarios y mayor calidad de vida, debido a que brinda al individuo seguridad, pertenencia y control con el propio entorno, además de aumentar su autoestima y dar lugar a un estado psicológico positivo que resulta

beneficioso para la salud; por el contrario, la soledad genera sentimientos negativos y reduce la autoestima (114, 115).

El AS se considera como un potencializador positivo de la adherencia al tratamiento, es decir la enfermera puede ser un agente de cuidado que proporciona apoyo instrumental al aportar conocimiento acerca del desarrollo de estilos de vida saludables (114, 116). Este incrementa los recursos de afrontamiento del individuo y, en el caso específico de la adherencia, puede contribuir al aumento de la misma, sobre todo cuando el grupo familiar o de personas allegadas comparte actitudes, creencias y estilos de vida (115).

7.3.1. Modelos del apoyo social

Estos modelos o hipótesis de apoyo social son una herramienta explicativa de la asociación del apoyo social y la salud, fundamentalmente encontramos dos modelos: las hipótesis de efectos directos o principales.

Sánchez, Marín-Bustamante y Sanhueza Alvarado, y Alonso Fachado et al. (116-118) especifican que el apoyo social tiene efectos positivos sobre la salud, que son independientes de los efectos del estrés. Según este modelo, el apoyo social siempre es beneficioso para la salud, independientemente de que la persona se encuentre bajo una situación de estrés o no (117, 118).

Es una variable simultánea en relación con los problemas de la salud, se cree que el mecanismo por el cual actúa en el individuo es el que permite generar cambios psicofisiológicos y de conducta.

La hipótesis de efectos de amortiguación

Se trata de un efecto protector ante la exposición a situaciones de amenaza para el individuo, mediador, amortiguador entre la salud y los eventos estresantes. En este modelo se plantea que el apoyo social interviene en el proceso de estrés y la alteración del bienestar o enfermedad (116, 118).

En ausencia de situaciones estresantes, para Brown et al., citados en Sánchez (116), el apoyo social no tendrá efecto alguno sobre la salud. La hipótesis sugiere que las situaciones de estrés psicosocial tendrán efecto sobre aquellos que muestren bajos niveles de apoyo social. Los efectos serán limitados (o eliminados) para aquellos que muestren altos niveles de apoyo. Al igual que el anterior modelo, la hipótesis de efectos de amortiguación ha recibido abundante respaldo empírico.

De igual manera, para Cohen et al. (116), citados en Sánchez, el sentimiento de disponer de apoyo social puede reducir el impacto negativo del estrés sobre diversos problemas de salud: “La integración social y apoyo funcional representan diferentes procesos a través de los cuales los recursos sociales pueden influir en el bienestar”. De esta forma, parece necesario sentar las bases teóricas necesarias para una comprensión de las relaciones entre ambos procesos.

7.3.2. Dimensiones del apoyo social

Alonso Fachado et al. (118) han descrito dos dimensiones del apoyo social: objetivo y subjetivo. El apoyo estructural o cuantitativo, también denominado red social, se refiere a la cantidad de relaciones sociales o número de personas a las que puede recurrir el individuo para ayudarle a resolver los problemas planteados (por ejemplo, familia, amigos, situación marital o pertenencia al grupo de pares).

El apoyo social funcional o subjetivo tiene un carácter subjetivo y se refiere a las percepciones de disponibilidad de soporte. Se relaciona con procesos perceptivos y la evaluación que el individuo realiza del apoyo emocional/informativo, instrumental/material, relaciones de ocio o distracción/interacción social positiva y apoyo afectivo (118-121). Sus componentes más importantes son el apoyo emocional, informativo, instrumental y afectivo, y la interacción social positiva.

El apoyo emocional/informativo se define como el soporte emocional, orientación y consejos, relacionado con el cariño y empatía, esta información no es en sí misma la solución, sino que permite a quien la recibe ayudarse a sí mismo (118, 121). El apoyo instrumental/material es ofrecido cuando se utilizan ayudas instrumentales o materiales que directamente ayudan a quien lo necesita, caracterizado por la conducta (118, 121).

Por otro lado, el apoyo afectivo se refiere a las expresiones de afecto y amor que les son ofrecidas a los individuos por-parte de su grupo más cercano (118, 121); y la interacción social positiva se

relaciona con pasar tiempo con los otros y la disponibilidad de estos para distraerse y divertirse (118).

Con base en lo anterior es importante señalar que el AS tiene unos efectos positivos sobre la salud y el bienestar, de igual manera sirve como amortiguador para enfrentar el estrés, al reducir el impacto psicológico de la enfermedad. Por consiguiente, la evaluación de estas dimensiones permite al profesional de enfermería proporcionar una visión global y holística del tipo de apoyo con que cuenta el paciente, y de esta forma poder potencializarlo o mejorarlo para contribuir al mantenimiento de la adherencia.

7.3.3. Fuentes de apoyo social

El apoyo social es accesible a una persona a través de lazos sociales, bien sea con otros individuos, con grupos o con la comunidad. Es decir, la cantidad de personas con quien se relaciona un sujeto representa el amplio espectro de fuentes o proveedores de apoyo disponibles (parientes, vecinos, pareja conocidos, compañeros de trabajo, terapeutas, profesionales de la salud, miembros de instituciones religiosas o asociaciones). Para definir las diferentes fuentes de apoyo social han sido propuestas diversas clasificaciones.

House, en un texto de Alonso Fachado (118), propone una relación de nueve fuentes de apoyo social, como son cónyuge o compañero(a), otros familiares, amigos, vecinos, jefes o supervisores, compañeros de trabajo, personas de servicio o cuidadores, grupos de autoayuda y profesionales de la salud o servicios sociales. Otra clasificación propone las fuentes *naturales* (familia, amigos,

compañeros de trabajo) y *organizadas* (grupos de ayuda mutua o asociaciones, voluntariado institucional, ayuda profesional).

Finalmente, también la han clasificado en redes *informales*, (aquellas más cercanas al individuo, donde la principal es la familia) y *formales* (formadas por aquellos individuos pertenecientes a la red de cuidadores de servicios sanitarios y sociales) (118).

Para nuestra investigación, la fuente principal es la familia, como la unidad fundamental de los cuidados. Por consiguiente, el AS de las familias hacia los pacientes juega un importante papel en la neutralización del estrés y en el manejo de la enfermedad crónica, en tanto que desempeña funciones relacionadas con la conservación y protección de la salud. Y, a su vez, si esta familia es disfuncional pueden producir, precipitar y contribuir al mantenimiento de los síntomas, y predisponer al individuo a la enfermedad (118).

Es de suma importancia el reconocimiento que debe hacer el profesional de enfermería acerca de cuáles son las fuentes de apoyo con las que cuenta el paciente y la dinámica que estas determinan en el manejo de su enfermedad y desarrollo de conductas de autocuidado; de esta manera se podrán ejercer con precisión las intervenciones y obtener respuestas favorables de salud y bienestar.

7.3.4. Instrumentos para medir el apoyo social

Para medir el apoyo social es necesario utilizar instrumentos que permitan evaluar todas las dimensiones del mismo, y que se encuentren validados en nuestra población colombiana entre ellos tenemos:

Instrumento Apgar familiar

Este instrumento es una herramienta que nos permite detectar la disfunción familiar, muestra cómo perciben los miembros de la familia el nivel de funcionamiento de la unidad familiar de forma global. Evalúa cinco funciones básicas de la familia, consideradas como las más importantes por el autor: adaptación, participación, gradiente de recurso personal, afectividad y recursos o capacidad resolutive. Cuenta con consistencia interna, con un alfa de Crombach de 0,84, el cual permite ver la comprensión del entorno y el contexto de la familia, y desarrollar una visión integrada de sus interacciones actuales y puntos débiles y fuertes. Es útil para establecer una relación enfermera-paciente en toda su plenitud. Una de sus desventajas es que solo evalúa la funcionalidad familiar de forma global, y deja de lado las dimensiones del apoyo social (121, 122).

Instrumento Soporte Social en la Enfermedad Crónica

Instrumento que permite medir el soporte social en la población de cuidadores familiares de personas con enfermedad crónica no transmisible en Colombia, fue traducido por el grupo de Cuidado al Paciente Crónico y su Familia de la Facultad de Enfermería de la Universidad Nacional de Colombia. Consta de cinco dimensiones de la siguiente manera: interacción personal, guía/información/instrucción, retroalimentación y ayuda tangible, con una consistencia interna alta

por alfa de Cronbach de 0,97 para el instrumento e intervalos de 0,82 a 0,95 para las subescalas del mismo. Como ventaja, este instrumento permite medir de forma consistente el constructo denominado soporte social, y en él la dimensión interacción personal; como desventaja, es muy extenso y solo mide el constructo denominado soporte social y, en él, la dimensión interacción personal (123).

El cuestionario MOS

El cuestionario MOS es una escala válida y confiable para evaluar la multidimensionalidad del constructo apoyo social percibido en población colombiana, este se conceptualiza en el apoyo social desde dos dimensiones: la estructural, que hace referencia al tamaño de la red social; y la funcional, que se refiere a la utilidad que tiene el tamaño de la red. El instrumento evalúa los siguientes componentes: a) red de apoyo social: esta variable evalúa el número de personas que conforman la red de apoyo social (amigos y familiares); b) apoyo social emocional/informacional: definida como el soporte emocional, orientación y consejos; c) apoyo instrumental: caracterizado por la conducta o material de apoyo; d) interacción social positiva: caracterizada por la disponibilidad de individuos con los que se pueda hacer cosas divertidas; y e) apoyo afectivo: caracterizado por las expresiones de amor y afecto. Cuenta con consistencia interna, con un alfa de Cronbach de 0,941. Este instrumento ha sido validado en diferentes países, y es de fácil diligenciamiento, al ser un instrumento comprensible, de poco tiempo en su aplicación, y con altos índices de confiabilidad y validez, se considera una herramienta eficaz para evaluar el riesgo psicosocial en diversos ámbitos, y es de utilidad en la población con enfermedad crónica y cardiovascular (39). Dado que este instrumento permite una valoración en forma integral y multidimensional del apoyo social, se considera útil y adecuado, lo que lo convierte en una

herramienta para el ejercicio profesional de enfermería para evaluar el apoyo social, por tal motivo las autoras de esta investigación seleccionaron este cuestionario para utilizarlo en la medición del apoyo social en pacientes con falla cardíaca.

7.3.5. Soporte disciplinar del apoyo social a partir de la teoría de mediano rango de soporte social

Desde el componente disciplinar de enfermería, se cuenta con teorías de mediano rango, como la teoría de soporte social, propuesta por la doctora Schaffer, en un texto de Peterson y Bredow (67), la cual expone que el detectar el apoyo social (AS) en el paciente es un elemento imperativo para el personal de enfermería porque permite explicar y sugerir intervenciones de cuidado en pro de mejorar la calidad de vida del paciente y su familia.

Esta teórica expone que la falta de un consenso sobre la definición del apoyo social ha ocasionado la descripción de múltiples conceptos sobre el AS y, a su vez, la realización de investigaciones que han estudiado el AS en situaciones y poblaciones específicas y no de forma generalizada, lo cual ha llevado a que se dificulte la evaluación de las intervenciones y resultados del AS. Por lo anterior, la teoría inicialmente ahonda en los diversos conceptos, investigaciones y tipos de AS, para dar a conocer una preocupación latente en toda la revisión, como lo es la omisión de considerar los posibles aspectos negativos del AS.

La teoría se basa en cuatro atributos definitorios expuestos por House (124), y Kahn y Antonucci (125), como lo son el apoyo social emocional, el informativo, el instrumental y el de evaluación,

donde el apoyo emocional hace referencia a la experiencia de sentirse querido, admirado, respetado o amado; el apoyo instrumental es la provisión de ayuda tangible, bienes, dinero o servicios; el apoyo informativo se refiere a proporcionar información durante un momento de estrés; y por último, el apoyo de evaluación afirma las acciones o declaraciones de quien brinda el apoyo. La teoría aborda la estructura y la interacción en las relaciones del paciente con su familia, en donde afirma que el apoyo social puede centrarse no solo en quien proporciona el soporte, sino también en quien lo recibe; además, resalta que el AS debe ser funcional, es decir que cuando se determina el AS con el que cuenta el paciente, se deben planificar las actividades que logren potencializar el mismo para lograr efectos positivos en el paciente.

Shaffer (67) afirma que el profesional de la salud debe reconocer los tipos de AS y lograr detectar de cuál de estos carece el paciente, o si el AS con el que cuenta es negativo; para de esta forma poder intervenir oportuna y adecuadamente según las necesidades del paciente; de esta manera, el objetivo será fortalecer las redes de apoyo social existentes.

Por último, la teórica es enfática en que el enfermero debe promover o fortalecer el apoyo social para lograr que el paciente se adhiera a comportamientos que promuevan la salud, mejoren su capacidad de afrontamiento frente a situaciones estresantes y, a la vez, mejoren su autoestima mediante un plan de cuidado estandarizado, para en un futuro lograr expandir esas intervenciones de apoyo social a diversos campos de aplicación, convirtiéndolas en actividades multinivel efectivas para los pacientes (67).

7.3.6. Evidencia del apoyo social en la adherencia al tratamiento con falla cardiaca

La Rosa et al. (126), en su estudio descriptivo de corte transversal ($n = 263$), concluyeron que la adherencia terapéutica se asocia a la presencia de suficientes redes de apoyo social, donde el apoyo que recibe el paciente de familiares y amigos tiene gran significado; esto puede contribuir a incrementar la ejecución de las prescripciones terapéuticas y animar al paciente a mantener el régimen terapéutico.

Shen et al., en un estudio corte transversal ($n = 252$) de Biing-Jiun y Uta (127), comprobaron que los pacientes con mejor apoyo social pueden mantener comportamientos de autocuidado, adherencia a la medicación, restricción hidrosalina y ejercicio óptimo; así mismo tienen una mejor capacidad de afrontamiento para manejar los contratiempos y frustración, y de esta forma desarrollan un mejor autocontrol de la enfermedad.

Allemann et al. (128), en un estudio descriptivo de corte transversal ($n = 1550$), evidenciaron que los síntomas de depresión y ansiedad fueron más comunes en pacientes con niveles de apoyo social percibido medio o bajo, igual que la gravedad de los síntomas autoinformados propios de la falla cardiaca; por lo que concluyeron que el apoyo social funciona como un mecanismo de afrontamiento que brinda soporte y favorece las repuestas hacia situaciones de la vida.

Trivedi et al. (129), en un estudio transversal prospectivo ($n = 660$), pudieron evidenciar que el apoyo de la familia es un factor protector y positivo para la adherencia al tratamiento en pacientes cardiovasculares, si mejora el apoyo social mejorará la adherencia a la medicación; es así como los

resultados refuerzan la importancia de evaluar los factores psicosociales para optimizar el tratamiento y adherencia.

Roveroni Moraes y Spadoti Dantas (33), en un estudio descriptivo transversal ($n = 86$), destacan que el apoyo social es un factor que permite enfrentar la enfermedad y la recuperación del individuo con cardiopatías, ya que se asoció a bajos niveles de estrés y depresión, y se concluyó que la evaluación del apoyo social entre los pacientes cardiacos podrá servir de contribución para que los enfermeros puedan planificar mejor la preparación del alta y el seguimiento de los pacientes, con la finalidad de obtener una mejor rehabilitación.

Maeda et al. (130), en un estudio descriptivo de corte transversal ($n = 252$), encontraron que el apoyo social favorece la salud, al crear un ambiente que mejora el bienestar y la autoestima de la persona, y contribuir a amortiguar los efectos negativos de acontecimientos estresantes (enfermedad) que se producen en la vida del sujeto.

8. MARCO METODOLÓGICO

8.1. Diseño

Se realizó un estudio observacional correlacional, ya que buscó examinar el grado de correlación entre el nivel de adherencia al tratamiento farmacológico y no farmacológico y el apoyo social, en pacientes con falla cardiaca hospitalizados en una unidad de cuidados intensivos durante el primer periodo del año 2020.

8.2. Lugar de aplicación

Esta investigación se llevó a cabo en la Institución prestadora de servicios Miocardio.

8.3. Población de referencia

Pacientes con falla cardiaca.

8.4. Población de estudio

Pacientes con falla cardiaca hospitalizados en una institución de III nivel en Bogotá durante el primer semestre 2020.

8.5. Criterios de inclusión

- Pacientes con diagnóstico clínica de falla cardiaca con clase funcional III o IV
- Pacientes con adecuada capacidad cognitiva que les permita responder los instrumentos
- Pacientes hemodinámicamente estables
- Pacientes que manifiesten querer participar en el estudio y firmen el consentimiento informado

8.6. Criterios de exclusión

Pacientes con falla cardiaca avanzada en estado terminal.

8.7. Variables

Variable dependiente: Adherencia al tratamiento - Variable independiente: Apoyo social percibido

8.7.1. Operacionalización de las variables

La operacionalización de las variables se encuentra en el Anexo A.

8.8. Hipótesis

Ho: No existe correlación entre los resultados del nivel de adherencia y el índice global de apoyo social. $R_{xy} = 0$

Ha: Existe correlación entre los resultados del nivel de adherencia y el índice global de apoyo social. $R_{xy} \neq 0$

8.9. Tamaño de la muestra

Durante el periodo de observación se tuvieron en cuenta todos los pacientes que cumplieron los criterios de inclusión, dado que el número de pacientes hospitalizados era muy pequeño.

8.9.1 Tipo de muestreo

Dado que el número de pacientes era reducido se eligió el muestro censo total, entendido como todos los pacientes que estaban hospitalizados en la clínica miocardio durante el tiempo desarrollo en la investigación

8.10. Reclutamiento o invitación a participar

Los participantes se invitaron a participar durante su estancia hospitalaria, previa verificación del cumplimiento de los criterios planteados para el estudio. La identificación de los potenciales participantes se realizó a través de las bases de datos de pacientes hospitalizados y el sistema de historia clínica institucional.

Una vez identificados los potenciales participantes en el estudio, se invitaron a participar mediante una visita en la que se expondrá los objetivos y beneficios de la investigación. Además, se resolvieron las dudas al paciente y a su familia. Una vez que aceptaron, se procedió a firmar el consentimiento informado.

8.11. Instrumentos

Los instrumentos utilizados en la investigación contaron con la autorización y permiso de los autores respectivos (Ver Anexos C y D).

8.11.1. Instrumento de adherencia al tratamiento farmacológico y no farmacológico

El cuestionario “Evaluación de comportamientos de adherencia al tratamiento farmacológico y no farmacológico en los pacientes con falla cardiaca” diseñado por Achury Saldaña et al. (37), el constructo teórico se fundamenta en los resultados de la adherencia y sus respectivos indicadores de la taxonomía NOC (Nursing Outcomes Classification), Esta taxonomía es una agrupación estandarizada de resultados desarrollados para evaluar el efecto de las intervenciones de enfermería; dentro de estas agrupaciones existe un indicador denominado cumplimiento de los tratamientos, tomando como referencia estos indicadores se adicionaron otros que reflejaban los factores que se consideran influyentes en los comportamientos de adherencia del paciente con falla

cardíaca, lo que resulta en un instrumento con 30 ítems de pregunta cerrada que se incluyen en 10 dimensiones:

1. Confianza en el profesional de la salud: seguridad en la información obtenida por el profesional de la salud
2. Accesibilidad a los servicios de salud: facilidad para la búsqueda, acceso, cobertura, desplazamientos, y confort en el sitio de atención
3. Conocimiento en el manejo del tratamiento farmacológico: grado de la comprensión transmitida sobre la información relacionada con el régimen terapéutico para alcanzar y mantener una salud óptima
4. Aceptación de la enfermedad: reconciliación con los cambios significativos en las circunstancias de salud
5. Control de signos y síntomas: reconocimiento de los signos y síntomas de alarma
6. Soporte social: disponibilidad percibida y provisión real de ayuda segura de otras personas
7. Mantenimiento del peso: acciones personales para mantener de forma voluntaria el peso
8. Cumplimiento de la dieta: acciones personales para seguir la ingesta de líquidos y alimentos recomendada por un profesional sanitario para un trastorno de salud específico
9. Conocimiento actividad física prescrita: magnitud de la comprensión transmitida sobre la actividad y ejercicio prescrito
10. Estado emocional: emoción generalizada y persistente que influye en la percepción de la enfermedad.

El instrumento tiene una escala de respuesta tipo Likert con cuatro opciones de respuesta, donde 1 corresponde a nunca y 4 a siempre, permite clasificar el nivel de adherencia global, a través de unos rangos: no adherente (puntuación entre 30-55), poca adherencia (puntuación entre 56-80), frecuentemente adherido (puntuación entre 81-105), y adherido (puntuación entre 106-120) y la adherencia en cada dimensión (Ver anexo D). El análisis psicométrico mostró un índice de fiabilidad de 0,7213, lo que se considera adecuado y lo convierte en una herramienta de valoración de enfermería que puede ser útil para evaluar la adherencia al tratamiento en pacientes con falla cardiaca. Dado que este instrumento que ha sido ampliamente utilizado en la población colombiana permite realizar una valoración integral y multidimensional de la adherencia los autores de esta investigación lo han seleccionado para utilizarlo en la medición del nivel de adherencia (30). (Ver anexo C).

8.11.2. Instrumento de Apoyo Social

El cuestionario Medical Outcomes Study: Social Support Survey, MOS (131).

Es un instrumento desarrollado por Sherbourne y Stewart (131), en pacientes participantes del Medical Outcomes Study (MOS), con una consistencia interna medida con el alfa de Cronbach en idioma original 0,97 y alfa Cronbach 0,94 para población colombiana para la puntuación total; el cual permite conocer la red familiar y extrafamiliar (ver anexo B). Los elementos del test son cortos, fáciles de entender y restringidos a una única idea en cada caso. Es un cuestionario utilizado desde hace mucho tiempo para la evaluación del apoyo social en pacientes con enfermedades crónicas, y ha mostrado buenas propiedades psicométricas evaluando distintas dimensiones del apoyo social.

Está constituido por 20 ítems, tiene una escala de respuesta tipo Likert donde 1 es nunca y 5 es siempre, cuenta con cuatro dimensiones: apoyo emocional, ayuda material, relaciones sociales de ocio y distracción y apoyo social. Permite evaluar el apoyo global y por cada dimensión (ver tabla 1).

Tabla 1. Descripción de la clasificación índice global de apoyo social y sus dimensiones

Índice de apoyo social	Clasificación	Puntaje
Índice global de apoyo social	Bajo	19-62
	Medio	63-81
	Alto	82-95
Dimensiones	Clasificación	Puntaje
Apoyo emocional ítems 3, 4, 8, 9, 13, 16, 17 y 19	Bajo	8-24
	Medio	25-33
	Alto	34-40
Apoyo material Ítems 2, 3, 12 y 15.	Bajo	4-12
	Medio	13-17
	Alto	19-20
Relaciones sociales de ocio y distracción Ítems 7, 11, 14 y 18.	Bajo	4-12
	Medio	13-16

	Alto	17-20
Apoyo afectivo Items 6, 10 y 20.	Bajo	3-9
	Medio	10-12
	Alto	13-15

Fuente: Cuestionario Medical Outcomes Study: Social Support Survey, MOS.

8.11.3. Ficha de variables sociodemográficas y clínicas

La ficha reúne la información complementaria al instrumento, contiene datos sociodemográficos (edad, género, escolaridad, estado civil, estrato socioeconómico, ocupación, cuidador) y clínicos (etiología de la falla cardiaca, tiempo de diagnóstico, clase funcional, fracción de eyección, reingresos hospitalarios) (ver Anexo E).

8.12. Plan de recolección de datos

El estudio se inició con el visto favorable del comité de investigación de la Facultad de enfermería de la Pontificia Universidad Javeriana y la institución de salud de III nivel, y se finalizó con el análisis de los datos obtenidos.

Se realizó una prueba piloto para refinar la intervención previa al reclutamiento de pacientes.

El reclutamiento de participantes se inició inmediatamente se contó con el aval de los comités de investigación y ética. Se garantizó el anonimato de los datos recogidos con el fin de proteger la identidad y la intimidad de cada uno de los participantes.

8.13. Control de sesgos

Se denomina “error sistemático” a aquel que está relacionado con el diseño del estudio y su ejecución (la selección de la población de estudio, la medición de las variables de interés y el análisis de los datos). A los errores sistemáticos se les denomina también “sesgos” (69).

8.13.1. *Sesgos de selección*

El sesgo de selección se controló por medio del cumplimiento de los criterios de inclusión.

8.13.2. *Sesgos de clasificación e información: sesgos del observador*

Se utilizaron instrumentos con adecuada confiabilidad y validez de constructo. La aplicación de los instrumentos se realizó por la misma persona con el fin de reducir los riesgos derivados de la aplicación. Se establecieron codificaciones en la recogida de datos para mejorar su posterior procesamiento.

8.14. Plan de análisis

Dada la naturaleza cuantitativa de la presente investigación, la intención de este análisis fue de tipo descriptivo, donde para las variables cuantitativas se les realizó cálculo de medidas de tendencia central como media, moda y mediana. También medidas de dispersión como varianza y desviación estándar y medidas de posición como percentiles y cuartiles. Por otra parte, para las variables cualitativas se realizaron tablas de distribución porcentual y de frecuencia. La información fue analizada en el software estadístico R versión 3.6.3.

Para el componente analítico se aplicó la prueba de independencia de distribuciones categóricas de Fisher y de acuerdo con los resultados de significancia estadística, se utilizó un estadístico de contingencia (Cramer V) para definir la fuerza de correlación entre el índice global de adherencia

y los cuatro componentes del apoyo social. La prueba de distribución de Fisher permite evaluar la correlación entre las diferentes dimensiones del instrumento a partir de la muestra recolectada, además es la más efectiva de las pruebas para variables categóricas en muestras pequeñas. (132)

8.15. Aspectos éticos

A lo largo del desarrollo del proyecto de investigación, se tuvieron en cuenta las diferentes declaraciones, normas y resoluciones que reglamentan la investigación en salud a nivel nacional, dentro de las que se destacan la Resolución 008430 de 1993 y las pautas éticas internacionales para la investigación en seres humanos, del Consejo de Organizaciones Internacionales de las Ciencias Médicas Cioms y la OMS. Al igual que la declaración internacional de Helsinki para la investigación médica en seres humanos. Se clasifica como una investigación “sin riesgo” al no realizarse ningún tipo de intervención en la población de estudio.

Se guardó la confidencialidad de la información registrada, sin embargo, se considera que por el tipo de investigación y por los objetivos de la misma, no causa ningún impacto ambiental, ni efecto directo porque no manipularon variables que pusieran en riesgo la salud. Adicionalmente, se les entregó a los participantes un consentimiento informado (ver Anexo F), con el propósito de mantener los principios éticos de privacidad y de confidencialidad.

9. RESULTADOS

La muestra de la presente investigación estuvo conformada por 64 pacientes con falla cardiaca que se encontraban hospitalizados en la institución seleccionada para el estudio. Los resultados se presentan teniendo en cuenta los objetivos específicos planteados.

9.1. Descripción de variables sociodemográficas y Clínicas

El análisis de las características socio demográficas y clínicas de cada uno de los grupos se realizó utilizando estadística descriptiva. Para cada uno de los grupos se analizaron las variables sociodemográficas: Edad, genero, estado civil, estrato socioeconómico, ocupación, escolaridad y variables clínicas tales como: clase funcional, fracción de eyección, etiología, medicamentos, tiempo de diagnóstico, número de reingresos y cuidador principal.

9.1.1. Variables sociodemográficas

Edad

La población estaba conformada por personas con edad mínima 37 años y edad Máxima 95 años con media 69,8 años, desviación estándar +-12,3 (ver tabla 2).

Tabla 2. Edad de los pacientes con diagnóstico de falla cardiaca hospitalizados

Edad	
Min	37
Max	95
Media	69,85
Desviación	12,37
Moda	60

Fuente: elaboración propia.

Género

La distribución por género muestra una mayor frecuencia de hombres (ver tabla 3).

Tabla 3. Género de los pacientes con diagnóstico de falla cardiaca hospitalizados

Género	Frecuencia	Porcentaje (%)
Femenino	22	34
Masculino	42	66
Total	64	100

Fuente: elaboración propia.

Estado civil

Con relación al estado civil se encontró que la mayoría de la población (45%) eran casados y viudos (22%) (ver tabla 4).

Tabla 4. Estado civil de los pacientes con diagnóstico de falla cardiaca hospitalizados

Estado Civil	Frecuencia	Porcentaje (%)
Soltero	8	12,5
Casado	29	45,3
Viudo	14	21,8
Separado	3	4,7
Divorciado	1	1,6
Unión Libre	9	14,1
Total	64	100

Fuente: elaboración propia.

Estrato socioeconómico

La distribución por estrato socioeconómico muestra una mayor frecuencia en el estrato 2 y 3 (ver tabla 5).

Tabla 5. Estrato socioeconómico de los pacientes con diagnóstico de falla cardiaca hospitalizados

Estrato	Frecuencia	Porcentaje (%)
1	6	9,3
2	30	46,9
3	23	36
4	5	7,8
Total	64	100

Fuente: elaboración propia.

Escolaridad

La distribución por nivel académico evidencia que la mayoría de los pacientes contaban con una escolaridad primaria (ver tabla 6).

Tabla 6. Escolaridad de los pacientes con diagnóstico de falla cardiaca hospitalizados

Escolaridad	Frecuencia	Porcentaje (%)
Analfabeta	1	1,6
Primaria	43	67,2
Secundaria	13	20,3
Técnico	2	3,1
Universitario incompleto	3	4,7
Posgrado	2	3,1
Total	64	100

Fuente: elaboración propia.

Ocupación

Con relación a la ocupación la mayoría de los participantes eran pensionados e independiente (ver tabla 7).

Tabla 7. Ocupación de los pacientes con diagnóstico de falla cardiaca hospitalizados

Ocupación	Frecuencia	Porcentaje (%)
Desempleado	1	1,6
Empleado	12	18,7
Independiente	16	25
Pensionado	28	43,7
Ama de Casa	7	11
Total	64	100

Fuente: elaboración propia.

Cuidador Principal

Se identificó que la mayoría de los pacientes contaban con un cuidador. La relación parenteral de los cuidadores eran su cónyuge e hijos (ver tabla 8).

Tabla 8. Cuidador Principal de los pacientes con diagnóstico de falla cardiaca hospitalizados

Tipo de cuidador	Frecuencia	Porcentaje (%)
Pareja	29	45
Hijos	21	33
otros	12	19
Ninguno	2	3
Total	64	100

Fuente: elaboración propia.

9.1.2. Variables Clínicas

Tiempo en años del diagnóstico

En cuanto a los años de diagnóstico de la enfermedad, se identificó que la mayoría de los pacientes tienen un tiempo menor a 10 años (ver tabla 9).

Tabla 9. Tiempo en años del diagnóstico de los pacientes de falla cardiaca hospitalizados

Tiempo de diagnóstico	Frecuencia	Porcentaje (%)
< 1	13	20,3
1-10	41	64
10-20	7	11
20-30	3	4,7
Total	64	100

Fuente: elaboración propia.

Etiología de la Falla Cardiaca

La etiología más frecuente fue la de origen isquémico y la valvular (ver tabla 10).

Tabla 10. Etiología de la Falla Cardíaca de los pacientes con diagnóstico de falla cardíaca hospitalizados

Etiología	Frecuencia	Porcentaje (%)
Valvular	17	26,6
Isquémico	24	37,5
Hipertensiva	12	18,7
Valvular e isquémica	3	4,7
Hipertensiva	1	1,6
Isquémica e hipertensiva	2	3,1
Valvular e hipertensiva	1	1,6
Dilatada	1	1,6
Dilatada y valvular	1	1,6
Chagásica	2	3,1
Total	64	100

Fuente: elaboración propia.

Clase funcional según la clasificación NYHA

En cuanto a la variable de clase funcional según la clasificación de la NYHA se puede observar que la mayoría de los pacientes tenían clase funcional II (ver tabla 11).

Tabla 11. Clase funcional de los pacientes de falla cardiaca hospitalizados

Clase funcional	Frecuencia	Porcentaje (%)
I	18	28,1
II	27	42,2
III	17	26,6
IV	2	3,1
Total	64	100

Fuente: elaboración propia.

Fracción de eyección de los pacientes de falla cardiaca hospitalizados

La fracción de eyección promedio de los participantes fue del 42% clasificada en las guías como intermedia (ver tabla 12).

Tabla 12. Fracción de eyección de los pacientes de falla cardiaca hospitalizados

	Fracción de Eyección (%)
Min	15
Max	68
Media	42,09
Desviación	13,08
Moda	60

Fuente: elaboración propia.

Número de medicamentos

Con respecto al número de medicamentos se pudo observar que la mayoría de las pacientes recibían ≥ 5 medicamentos, evidenciando la polifarmacia en este grupo poblacional (ver tabla 13).

Tabla 13. Número de medicamentos que toma los pacientes de falla cardiaca hospitalizados

Número de medicamentos	Frecuencia	Porcentaje (%)
0	9	14,1
1-5	38	59,3
>5	17	26,6
Total	64	100

Fuente: elaboración propia.

Reingresos

El 90% de los participantes en el estudio han presentado dos reingresos por descompensación de la enfermedad en el último año, aspecto importante a considerar en la promoción de la adherencia (ver tabla 14).

Tabla 14. Reingresos de los pacientes de falla cardiaca hospitalizados

Número de reingresos	Frecuencia	Porcentaje (%)
0-2	58	90,6
2-4	4	6,2
4-6	1	1,6
6-8	1	1,6
Total	64	100

Fuente: elaboración propia.

9.2. Nivel de Adherencia al Tratamiento Farmacológico y No Farmacológico

Para dar respuesta al segundo objetivo de la investigación se presentan los resultados del nivel de adherencia según la escala de evaluación de comportamientos de adherencia.

La medición global del nivel de adherencia en la mayoría de los pacientes estaba en un nivel de frecuentemente adherido y poco adheridos, lo que indica que las personas se les dificultaba mantener un óptimo o adecuado control de los comportamientos de adherencia (ver tabla 15).

Tabla 15. Medición global de la adherencia al tratamiento farmacológico y no farmacológico de los pacientes con diagnóstico de falla cardiaca hospitalizados

Rango de adherencia	Frecuencia	Porcentaje
No adherente	1	1,6
Poco adherente	27	42,2
Frecuentemente adherido	36	56,2
Adherido	0	0
Total	64	100

Fuente: elaboración propia.

9.3. Análisis descriptivo de los ítems de la escala de evaluación de comportamientos de adherencia

Para evaluar de una forma más específica el nivel de adherencia de los pacientes se presentan los resultados de las dimensiones que componen la escala de evaluación de comportamientos de adherencia.

Las dimensiones que evidenciaron poca adherencia fueron “Conocimiento del tratamiento farmacológico” con un promedio de 10,1 (DE \pm 2,5), “Aceptación del diagnóstico dado por el profesional de la salud” con un promedio de 10,8 (DE \pm 2,3), “Reconocimiento de signos y síntomas” con un promedio de 7,5 (DE \pm 1,7), “Mantiene su peso dentro del rango recomendado” con un promedio de 8 (DE \pm 2,2) “Conoce la dieta recomendada” con un promedio de 4,8 (DE \pm 1,3) (ver tabla 15).

Las dimensiones que se encontraban en frecuentemente adherido fueron “confía en el profesional de la salud” con un promedio de 6,7 (DE \pm 1), “Información sobre la posibilidad de acceso a los servicios” con un promedio de 8,5 (DE \pm 1,8), “Busca refuerzo externo para poder cumplir con los comportamientos de salud” con un promedio de 6 (DE \pm 1,5), “Realiza ejercicio diario, según lo recomendado por el profesional de la salud” promedio de 8,4 (DE \pm 1,5), “Estado de ánimo apropiado para la salud” 10,4 (DE \pm 1,7) (ver tabla 15).

Tabla 16. Nivel de Adherencia al Tratamiento Farmacológico y no Farmacológico de los pacientes con diagnóstico de falla cardiaca hospitalizados

Dimensiones	Total, de subindicadores	Rango Escala Likert	Interpretación	Promedio de adherencia: n64
1. confía en el profesional de la salud	1	2.0-3.5	No adherente	6,7 (DE ± 1) <i>Frecuentemente adherido</i>
	2	3.6-5.5	Poca adherencia	
		5.6-7.0	Frecuentemente adherido	
		7.1-8.0	Adherido	
2. conocimiento del tratamiento farmacológico	3	4.0-7.0	No adherente	10,1 (DE ± 2,5) <i>Poca adherencia</i>
	4	7.1-11.0	Poca adherencia	
	5	11.1-15.0	Frecuentemente adherido	
	6	15.1-16.0	Adherido	
3. Información sobre la posibilidad de acceso a los servicios	7	3.0-5.5	No adherente	8,5 (DE ± 1,8) <i>Frecuentemente adherido</i>
	8	5.6-8.0	Poca adherencia	
	9	8.1-11.0 11.1-12.0	Frecuentemente adherido Adherido	
4. Aceptación del diagnóstico dado por el profesional de la salud	10	4.0-7.0	No adherente	10,8 (DE ± 2,3) <i>Poca adherencia</i>
	11	7.1-11.0	Poca adherencia	

	12	11.1-15.0	Frecuentemente adherido	
	13	15.1-16.0	Adherido	
5. Reconocimiento de signos y síntomas	14	3.0-5.5	No adherente	7,5 (DE ± 1,7)
	15	5.6-8.0	Poca adherencia	<i>Poca adherencia</i>
	16	8.1-11.0	Frecuentemente adherido	
		11.1-12.0	Adherido	
6. Busca refuerzo externo para poder cumplir con los comportamientos de salud	17	2.0-3.5	No adherente	6 (DE ± 1,5)
	18	3.6-5.5	Poca adherencia	<i>Frecuentemente adherido</i>
		5.6-7.0	Frecuentemente adherido	
		7.1-8.0	Adherido	
7. Mantiene su peso dentro del rango recomendado	19	4.0-7.0	No adherente	8 (DE ± 2,2)
	20	7.1-11.0	Poca adherencia	<i>Poca adherencia</i>
	21	11.1-15.0	Frecuentemente adherido	
	22	15.1-16.0	Adherido	
8. Conoce la dieta recomendada	23	2.0-3.5	No adherente	4,8 (DE ± 1,3)
	24	3.6-5.5	Poca adherencia	<i>Poca adherencia</i>
		5.6-7.0	Frecuentemente adherido	

		7.1-8.0	Adherido	
9. Realiza ejercicio diario, según lo recomendado por el profesional de la salud	25	3.0-5.5	No adherente	8,4 (DE ± 1,5)
	26	5.6-8.0	Poca adherencia	<i>Frecuentemente adherido</i>
	27	8.1-11.0	Frecuentemente adherido	
		11.1-12.0	Adherido	
10. Estado de ánimo apropiado para la salud°	28	3.0-5.5	No adherente	10,4 (DE ± 1,7)
	29	5.6-8.0	Poca adherencia	<i>Frecuentemente adherido</i>
	30	8.1-11.0	Frecuentemente adherido	
		11.1-12.0	Adherido	

Fuente: elaboración propia.

9.4. Apoyo Social

Para dar respuesta al tercer objetivo de la investigación se presentan los resultados del índice global de apoyo social en pacientes con diagnóstico de falla cardiaca hospitalizados a partir del cuestionario MOS.

El Índice global del apoyo social de los pacientes hospitalizados con diagnóstico de falla cardiaca se encontraba en un nivel medio de apoyo (media: 76,18- DE +-16,5). Frente a la dimensiones que integran el apoyo social (emocional, material, relaciones, afectivo) se evidencio un nivel medio (ver tabla 17).

Tabla 17. Índice global de apoyo social pacientes con diagnóstico de falla cardiaca hospitalizados

Dimensiones	Rango	Interpretación	Media	Desviación estándar
Apoyo emocional	8-24	Mínimo	31,29	7,61
	25-33	Medio		
	34-40	Máximo		
Apoyo material	4-12	Mínimo	17,18	3,70
	13-17	Medio		
	18-20	Máximo		
Apoyo en las relaciones	4-12	Mínimo	15,68	4,08
	13-16	Medio		
	17-20	Máximo		
Apoyo afectivo	3-9	Mínimo	12,01	3,40
	10-12	Medio		
	13-15	Máximo		
Índice global de apoyo social	19-62	Mínimo	76,18	16,52
	63-81	Medio		

	82-95	Máximo		
--	-------	--------	--	--

Fuente: elaboración propia.

9.5. Relación entre el índice global de apoyo social y la adherencia farmacológica y no farmacológica de los pacientes con falla cardiaca

Para dar respuesta al cuarto objetivo de la investigación se presentan los resultados descriptivos e inferenciales de la relación de las dimensiones (emocional, material, relaciones y afectiva) del índice de apoyo social con el rango global de Adherencia.

9.5.1. Relación del Índice global de apoyo social y adherencia global de pacientes con diagnóstico de falla cardiaca

Se evidencia que la mayoría de los pacientes que se encuentran frecuentemente adheridos (81%) y poco adheridos (48%) presentan un índice global de apoyo social medio (ver tabla 18).

Tabla 18. Relación del Índice global de Apoyo Social y Adherencia Global de pacientes con diagnóstico de falla cardiaca

Índice global de apoyo social	Rango Global De Adherencia					
	No Adherente		Poco Adherente		Frecuente Adherido	
Rango	Frecuencia	Porcentaje (%)	Frecuencia	Porcentaje (%)	Frecuencia	Porcentaje (%)
Mínimo	0	0%	5	19%	6	17%
Medio	0	0%	13	48%	29	81%
Máximo	1	100%	9	33%	1	3%
Total	1	100%	27	100%	36	100%

Fuente: elaboración propia.

9.5.2. Relación entre el apoyo emocional y el rango global de adherencia de pacientes con diagnóstico de falla cardiaca hospitalizados

Se observó que los pacientes que tenían un apoyo medio en la dimensión emocional se encontraban frecuentemente adheridos (78%) y poco adheridos (44%). Sin embargo, el 26 % de los pacientes que estaban poco adherentes tenían un apoyo mínimo (ver tabla 19).

Tabla 19. Relación del apoyo emocional y el rango global de adherencia de pacientes con diagnóstico de falla cardiaca hospitalizados

Apoyo Material	Rango Global De Adherencia					
	No Adherente		Poco Adherente		Frecuente Adherido	
Rango	Frecuencia	Porcentaje (%)	Frecuencia	Porcentaje (%)	Frecuencia	Porcentaje (%)
Mínimo	0	0%	7	26%	6	17%
Medio	0	0%	12	44%	28	78%
Máximo	1	100%	8	30%	2	6%
Total	1	100%	27	100%	36	100%

Fuente: elaboración propia.

9.5.3. Relación del apoyo material y el rango global de adherencia de pacientes con diagnóstico de falla cardiaca hospitalizados

Al analizar la relación de la dimensión material con el rango global de adherencia se encontró que la mayoría de los pacientes frecuentemente adheridos (56%) y poco adheridos (41%), contaron con un nivel mínimo de apoyo material (ver tabla 20).

Tabla 20. Relación del apoyo material y el rango global de adherencia de pacientes con diagnóstico de falla cardiaca hospitalizados

Apoyo Material	Rango Global De Adherencia					
	No Adherente		Poco Adherente		Frecuente Adherido	
Rango	Frecuencia	Porcentaje (%)	Frecuencia	Porcentaje (%)	Frecuencia	Porcentaje (%)
Mínimo	0	0%	11	41%	20	56%
Medio	0	0%	12	44%	14	39%
Máximo	1	100%	4	15%	2	6%
Total	1	100%	27	100%	36	100%

Fuente: elaboración propia.

9.5.4. Relación entre el apoyo en las relaciones de ocio y distracción y el rango global de adherencia de pacientes con diagnóstico de falla cardiaca hospitalizados

El 61% de los pacientes frecuentemente adheridos y el 52% de los pacientes poco adheridos poseen un apoyo en las relaciones sociales de ocio y distracción en nivel medio (ver tabla 21).

Tabla 21. Relación de apoyo en las relaciones de ocio y distracción y el rango global de adherencia de pacientes con diagnóstico de falla cardiaca hospitalizados

Apoyo en las Relaciones	Rango Global De Adherencia					
	No Adherente		Poco Adherente		Frecuente Adherido	
Rango	Frecuencia	Porcentaje (%)	Frecuencia	Porcentaje (%)	Frecuencia	Porcentaje (%)
Mínimo	0	0%	8	30%	11	31%
Medio	1	100%	14	52%	22	61%
Máximo	0	0%	5	19%	3	8%
Total	1	0%	27	100%	36	100%

Fuente: elaboración propia.

9.5.5. Relación entre el Apoyo Afectivo y el Rango Global de Adherencia de Pacientes con diagnóstico de falla cardiaca hospitalizados

La mayoría de los pacientes frecuentemente adheridos (53%) cuentan con rango mínimo de apoyo afectivo y el 48 % poco adheridos con un nivel medio de apoyo (ver tabla 22).

Tabla 22. Relación del Apoyo Afectivo y el Rango Global de Adherencia de Pacientes con diagnóstico de falla cardiaca hospitalizados.

Apoyo Afectivo	Rango Global De Adherencia					
	No Adherente		Poco Adherente		Frecuente Adherido	
Rango	Frecuencia	Porcentaje (%)	Frecuencia	Porcentaje (%)	Frecuencia	Porcentaje (%)
Mínimo	0	0%	8	30%	19	53%
Medio	0	0%	13	48%	15	42%
Máximo	1	100%	6	22%	2	6%
Total	1	100%	27	100%	36	100%

Fuente: elaboración propia.

9.6. Análisis Inferencial

Con el fin de establecer si existió una relación en las dimensiones del índice de apoyo social y los rangos globales de adherencia se realizó la prueba de independencia de distribuciones categóricas de Fisher, encontrando una asociación entre el nivel de apoyo emocional ($p: 0,006$) y el nivel apoyo afectivo ($p: 0,030$) con los niveles de adherencia al tratamiento. Por otro lado, no se observó ninguna asociación entre el nivel de apoyo en las relaciones ($P: 0,114$) y el nivel de apoyo material ($P: 0,235$) con la adherencia al tratamiento.

Adicionalmente se utilizó un estadístico de contingencia (Cramer V) para definir la fuerza de correlación entre las dimensiones de apoyo social y la adherencia al tratamiento, en donde resultados entre 0 y 0,2 indican que no hay una asociación, 0,2 asociación débil, 0,2-0,6 asociación

moderada y 0,6 a 1 asociación fuerte. Encontrando una asociación moderada entre la dimensión emocional (0,32) y afectiva (0,29) con la adherencia al tratamiento.

Tabla 23. Descripción de la relación de las dimensiones del apoyo social con la adherencia al tratamiento

Variables	Valor P*	Fuerza de Correlación **
Adherencia vs Apoyo emocional	P: 0.006	0.32
Adherencia vs Apoyo Material	P: 0.114	-
Adherencia vs Apoyo en las Relaciones	P: 0.235	-
Adherencia vs Apoyo afectivo	P: 0.030	0.29

*Prueba de Fischer

** Prueba Cramer

Fuente: elaboración propia.

10. DISCUSIÓN

Las características sociodemográficas de los pacientes incluidos en la presente investigación mostraron una edad media de 69,8 años, con predominio del género masculino, la escolaridad primaria, el estrato socioeconómico 2 y 3; así como una red de apoyo en la que prevalecen los conyugues e hijos.

En relación con la edad y el género masculino, Sánchez et al. (133) y González Moneo (134) mencionan que los adultos mayores presentan más comorbilidades, situación que podría influir en los niveles de adherencia, debido a que tienen mayor deterioro cognitivo y compromiso en la capacidad funcional.

Frente a la posible relación que esta variable podría tener con el apoyo social percibido, autores como Galindo Ocaña et al. (135) señalan que los adultos mayores requieren mayor apoyo social para que puedan soportar los cambios generados en su estilo de vida y facilitar el afrontamiento frente a su enfermedad. Así mismo Viñas Vera et al. (136) consideran que los hombres son el grupo que menos cuida de su salud, puesto que se dedican más tiempo al ámbito laboral, así que el cuidado de la salud no se considera una actividad incorporada a su estilo de vida.

En cuanto a la escolaridad y el estrato socioeconómico, Rojas Sánchez et al. (137) establecen en su estudio que estas variables podrían influir en la adherencia y el apoyo social, porque son fuentes importantes para poder cumplir con los comportamientos de salud.

Larrinaga Sandrino y Hernández Meléndrez (138) enfatizan que el conocimiento va de la mano con el nivel educativo y los recursos económicos, siendo aspectos que pueden afectar la asistencia a las consultas y la accesibilidad a los servicios de salud. Por tal motivo el profesional de enfermería

deber considerar estas características sociodemográficas en el proceso de valoración de la adherencia al tratamiento.

Una adecuada red de apoyo constituida por miembros de la familia nuclear permite promover la adherencia y afianzar el apoyo social; diferentes estudios como el de Chaves Santiago et al. (139), Aranda et al. (140), Torres Navas et al. (141), Vega Angarita y González Escobar (46), y Arredondo Holguín et al. (142) enfatizan que el apoyo de los cónyuges e hijos se convierte en la principal red de soporte social para alcanzar conductas positivas de autocuidado, mejorando la calidad de vida del paciente y afianzando factores protectores, como el manejo de la ansiedad, el estrés, la toma de decisiones efectivas y la confianza.

Con respecto a las variables clínicas, se encontró que los pacientes tenían una etiología de origen isquémico, con una fracción de eyección intermedia, una clase funcional NYHA II, su tiempo de diagnóstico de la enfermedad fue de 10 años aproximadamente, y recibían más de 5 medicamentos. Estos resultados concuerdan con un estudio realizado por Muñoz Mejía et al. (143), quienes evidenciaron que los pacientes con este tipo de etiología y fracción comprometida son más susceptibles a presentar descompensaciones por la severidad en la disfunción ventricular; aspecto que es evidente dado que más del 90% de los participantes del estudio presentaron reingresos, siendo necesario identificarlos como una población de mayor riesgo que requiere un seguimiento estricto y promoción de la adherencia.

La clase funcional NYHA II que predominaba en el grupo de estudio mostro que los pacientes tenían un deterioro leve de la capacidad funcional, aspecto que puede minimizar el compromiso en

los niveles de adherencia al tratamiento y requerir mayor apoyo social. Autores como Naveiro Rilo et al. (96) y Ramos et al. (144) demuestran que la clase funcional es una variable que se asocia de forma independiente con un mayor deterioro de la calidad de vida, incremento de la gravedad de la enfermedad y aumento en la frecuencia en las hospitalizaciones.

En lo concerniente al tiempo de diagnóstico de la enfermedad, autores como Apaza Coronel y Centeno Choquecota (145), encontraron que, a mayor tiempo de diagnóstico de la enfermedad, el paciente es más consiente, no solo de la patología sino del tratamiento adecuado, situación que puede favorecer la adherencia al tratamiento.

La polifarmacia, entendida como aquella condición en la que una persona recibe 5 o más medicamentos diarios, es una variable clínica que podría influir negativamente en el nivel de adherencia al tratamiento de la población. Galindo Ortego et al. (146) establecen que esta puede llevar al aumento de los eventos adversos relacionados con la administración inapropiada de combinaciones de medicamentos, ocasionando interacciones farmacológicas no previsibles y dificultando la comprensión de pautas, facilitando el incumplimiento en la toma (147). Martín Sánchez et al. (148) argumentan que en este perfil clínico son frecuentes las descompensaciones, por lo que se requiere atención en los servicios de urgencias, donde se realizan los reajustes del tratamiento habitual.

En cuanto a los niveles globales de adherencia al tratamiento, se determinó que la mayoría de los pacientes tenían un nivel frecuentemente adherido, seguido de poca adherencia; el nivel alcanzado

de adherencia en el estudio no es suficiente puesto que la FC es una enfermedad que ocupa toda la vida del paciente y requiere una persona activa y responsable de su cuidado, capaz y formada para mantenerse totalmente adherida a su tratamiento farmacológico y no farmacológico (149).

Estos resultados coinciden con lo encontrado por autores como Rojas Sánchez et al. (137), y Hernández Pinzón y Flórez-Flórez (150), quienes enfatizan que los pacientes de falla cardiaca por su perfil de alto riesgo de complicaciones requieren niveles altos de adherencia, siendo necesario promover la participación activa del paciente en su autocuidado a través de la educación y el apoyo social efectivo.

Las dimensiones más relevantes y con mayor porcentaje que se encontraban en un nivel de poca adherencia fueron el conocimiento frente al tratamiento farmacológico, manejo de la dieta, mantenimiento de peso y reconocimiento de signos y síntomas. Estos comportamientos de adherencia son fundamentales que se encuentren en niveles más altos, puesto que las guías mundiales (2, 3, 6) los reconocen como comportamientos que se encuentran en la cúspide del tratamiento.

Estos resultados coinciden con lo encontrado por Chang et al. (151), en donde se observó que los pacientes con un nivel alto de adherencia al tratamiento, comparados con poco adherentes, tenían menor riesgo de hospitalización prevenible a largo plazo, reducción de los costos de atención médica y mejora de la supervivencia.

Así, pues, Lainscak et al. (152) mencionan que la baja adherencia al conocimiento del tratamiento farmacológico y el manejo de la dieta está relacionada con la falta de estrategias educativas y procesos de *feedback*, que involucren no solo cambios cognitivos sino también de comportamiento.

Frente a la dificultad en el mantenimiento del peso, Riegel et al. (153) encontraron que menos de la mitad de los pacientes se pesaba diariamente y su baja adherencia al control diario estaba dada por el olvido, no disponer de balanzas y falta de información sobre las implicaciones del incremento de peso.

En el reconocimiento de signos y síntomas, Ong et al. (154) destacan que es la necesidad de aprendizaje la más importante percibida por los pacientes; mostrando la incapacidad de estos para reconocerlos y gestionarlos adecuadamente, por lo que es necesario empoderar a los pacientes y a su familia en la toma de decisiones y búsqueda oportuna de atención.

Por otro lado, las dimensiones que mejor puntuaron en un nivel de frecuentemente adheridos fueron las relacionadas con la confianza en el profesional de la salud, accesibilidad a los servicios, búsqueda de refuerzo y estado de ánimo. Según Gálvez González (155), estos comportamientos son considerados como un predictor de adherencia porque permiten promover un bienestar emocional y, de esta forma, aumentar su autoeficacia, la motivación y el grado de satisfacción.

También se puede evidenciar en el estudio que los pacientes contaban con un índice global de apoyo social percibido en un nivel medio, siendo la familia la fuente principal, esta juega un importante papel en la neutralización del estrés y en el manejo de la enfermedad. Este resultado

coincide con lo encontrado por Graven y Grant (156), quienes destacan que el apoyo de la propia familia y la red social permiten alcanzar una adherencia al tratamiento óptima al apoyar con las actividades asociadas con el manejo y la evaluación de los síntomas. Aunque el apoyo puede provenir de cualquier persona dentro de la red social de un individuo, la familia parece ser la más influyente para ayudar con el mantenimiento de las actividades de autocuidado.

De manera similar, Teherán Valderrama et al. (157) encontraron que los pacientes con buen apoyo social presentaron menor riesgo de complicaciones agudas y tasas de reingresos hospitalarios, ya que el apoyo genera seguridad, pertenencia, control con el propio entorno, además de aumentar su autoestima y dar lugar a un estado psicológico positivo que resulta beneficioso para la salud.

Al establecer la relación en las dimensiones del índice de apoyo social y los rangos globales de adherencia, se evidenció que la mayoría de los pacientes que se encontraban frecuentemente adheridos (81%) y poco adheridos (48%) presentaban un índice global de apoyo social medio.

Este resultado es preocupante, ya que autores como Havranek et al. (158) y Gottlieb (159) describen que, al tener niveles de apoyo social en rangos bajos, existe una alta probabilidad de desarrollar trastornos afectivos como lo es la depresión; lo que ocasiona, en la mayoría de los pacientes, una disminución en las conductas de autocuidado, como el decrecimiento de la motivación para la realización del ejercicio. Además, mencionan que a largo plazo puede generar compromiso en la calidad de vida, bajo esta perspectiva el apoyo social podría ser un importante catalizador capaz de modificar los factores que intervienen en la adherencia.

Al determinar que dimensión del apoyo social tenía una relación con la adherencia, se encontró que la dimensión de apoyo emocional (p: 0,006336) y de apoyo afectivo (p: 0,03025) tuvieron una asociación moderada.

Esta asociación encontrada es muy importante porque la dimensión emocional, entendida como la orientación y consejos, que permiten muestras de empatía y confianza; y la afectiva, como las expresiones de amor que les son ofrecidas a los individuos por parte de su grupo más cercano (160), se convierten en un recurso positivo para ayudar a los pacientes a afrontar su enfermedad, porque permite conocer las fases de adaptación que se producen en una enfermedad de larga duración, y ofrece recursos para contrarrestar los pensamientos y emociones negativas que podrían afectar su adherencia al tratamiento.

La relación encontrada se contrasta con lo hallado en algunas investigaciones similares realizadas en nuestro medio, así, por ejemplo, en el estudio de Löfvenmark et al. (161) encontró que la ausencia de apoyo emocional se asoció con 3 veces el riesgo durante 1 año de cualquier evento cardiovascular fatal, reflejado en una estancia hospitalaria más prolongada.

De igual manera, Fivecoat et al. (162) hallaron que el apoyo emocional se asoció con un mejor manejo de los síntomas, toma de decisiones, seguimiento de instrucciones farmacológicas y no farmacológicas; lo que sugiere que las respuestas emocionales en la red apoyo contribuyen a que el paciente sea más proactivo, tenga mayor autoeficacia y tome decisiones adecuadas.

Por su parte, Cené et al. (163) mostraron una asociación positiva entre el apoyo afectivo y la adherencia, puesto que el paciente logró alcanzar mejores conductas de mantenimiento de la salud, una gestión más efectiva de su autocuidado y toma de decisiones asertivas en respuesta a signos y síntomas, por el contrario bajos niveles de apoyo afectivo son predictores de síntomas depresivos.

Los resultados alcanzados en nuestro estudio permitieron identificar que el apoyo social podría favorecer la adherencia a los tratamientos en el paciente con falla cardíaca, siendo necesario que el profesional de enfermería, durante la hospitalización y al egreso, no solo reconozca el grado de adherencia, sino que también realice una valoración de las dimensiones que lo componen, que le permita tener una visión global y holística del tipo de apoyo con que cuenta el paciente, para poder potencializarlo o mejorarlo para contribuir al mantenimiento de conductas de autocuidado.

Otro aspecto fundamental para promover una adherencia al tratamiento y fortalecer el apoyo es el desarrollo de competencias de comunicación asertiva, para que este sirva de puente entre el paciente y su núcleo familiar; afianzando conductas adherentes, evaluando de manera oportuna quienes requieran intervenciones y detectando necesidades de apoyo (164).

Del mismo modo, es imperativo desde el ejercicio profesional de enfermería reconocer la dimensión emocional y afectiva del apoyo social para realizar una planeación del cuidado, de tal forma que permita fortalecer o mejorar la interacción entre el paciente y uno o más miembros de su red social informal; creando una red más responsable y duradera, capaz de proporcionar

beneficios a largo plazo, en la satisfacción de las necesidades emocionales y en la participación activa de su cuidado (165).

Aunque en este estudio no se encontró una asociación de las dimensiones de apoyo material y relaciones sociales de ocio con la adherencia, resultado que se contrapone con algunas investigaciones que han identificado que este tipo de apoyo permite mejorar los niveles de salud, puesto que la ayuda material directa o servicios por parte de la red donde se encuentran, junto con las relaciones sociales se convierten en un medio para conseguir objetivos y metas para alcanzar la adherencia (166-167).

Por tal motivo, se recomienda en futuras investigaciones realizar otras pruebas estadísticas e incrementar el tamaño muestral para explorar aún más la posible asociación de esta dimensión con la adherencia.

Otra hipótesis derivada de los resultados alcanzados para responderla a mediano plazo es considerar qué posible relación podrían tener las variables sociodemográficas y clínicas descritas en el estudio con los niveles de adherencia y el apoyo social.

11. CONCLUSIONES

- En nuestra población de estudio se observó que las variables de mayor relevancia fueron una edad media de 69,8 años, con predominio del género masculino, la escolaridad primaria, su red de apoyo eran los conyugues e hijos, tenían polifarmacia y más el 90% habían presentado reingresos hospitalarios ; estas variables son aspectos que podrían influir en el nivel de adherencia ; por tal motivo es fundamental que los profesionales de enfermería al diseñar planes de cuidado tengan en cuentas estos aspectos puesto que son esenciales para promover el conocimiento y desarrollar habilidades.
- La medición global del nivel de adherencia en la mayoría de los pacientes con falla cardiaca hospitalizados estaba en un nivel de frecuentemente adherido y poco adheridos, lo que indica que las personas se les dificultaba mantener un óptimo o adecuado control de los comportamientos de adherencia, siendo necesario desarrollar intervenciones educativas y alcanzar un nivel alto de apoyo social para mantener conductas adecuadas de adherencia.
- El índice global de apoyo social y sus dimensiones emocional, afectiva y de relaciones alcanzaron un nivel medio y la dimensión material un nivel bajo, este resultado evidencia la necesidad de aumentar este apoyo social para prevenir dificultades en el proceso del manejo de su enfermedad y mantenimiento de su autocuidado.

- Se evidencio una asociación moderada entre la dimensión emocional y afectiva con la adherencia al tratamiento. Por otro lado, no se observó ninguna asociación entre el nivel de apoyo en las relaciones y el nivel de apoyo material con la adherencia al tratamiento; se debe tener una visión holística del tipo de apoyo con que cuenta el paciente y de esta forma poder potencializarlo o mejorarlo para contribuir al mantenimiento de conductas de autocuidado

- Los resultados de esta investigación demostraron la asociación que existe entre el apoyo social y la adherencia al tratamiento farmacológico y no farmacológico en los pacientes con falla cardiaca; evidenciando que pacientes con un apoyo social afectivo y/o emocional podrían desarrollar mejores niveles de adherencia, permitiendo mejorar la calidad de vida y afianzar las relaciones interpersonales.

12. REFERENCIAS

1. Ciapponi A, Alcaraz A, Calderón M, Gabriela-Matta M, Chaparro M, Soto N, et al. Carga de enfermedad de la insuficiencia cardiaca en América Latina: Revisión sistemática y Metaanálisis. *Rev Esp Cardiol*. 2016;69(11):1051-1060.
2. Gómez-Mesa JE, Saldarriaga C, Jurado AM, Mariño A, Rivera A, Herrera Á, et al. Consenso colombiano de falla cardíaca avanzada: capítulo de falla cardíaca, trasplante cardíaco e hipertensión pulmonar de la sociedad colombiana de cardiología y cirugía cardiovascular. *Rev Colomb Cardiol*. 2019;26(S2):3-24.
3. Go AS, Mozaffarian D, Roger VL, Benjamin EJ, Berry JD, Blaha MJ, et al. Executive summary: heart disease and stroke statistics 2014 update: a report from the American Heart Association. *Circulation*. 2014;129(3):399-410.
4. Viñas-Vera C, García-Parra AM, Morales-Gil IM. Género y efectividad de la metodología enfermera en pacientes con insuficiencia cardiaca. *Aquichan*. 2016;16(3):313-327.
5. Cuadra-Peralta A, Medina-Cáceres EF, Salazar-Guerrero KJ. Relación de bienestar psicológico, apoyo social, estado de salud física y mental con calidad de vida en adultos mayores de la ciudad de Arica. *Límite*. 2016;35(11):56-67.
6. Benjamin EJ, Muntner P, Alonso A, Bittencourt MS, Callaway CW, Carson AP, et al. Heart disease and stroke statistics 2019. Clinical Statements and guidelines. *Circulation*. 2019;139(10):e56-e528.

7. Heidenreich PA, Albert NM, Allen LA, Bluemke DA, Butler J, Fonarow GC, et al. Forecasting the impact of heart failure in the United States: a policy statement from the American Heart Association. *Circ Heart Fail.* 2013 my.;6(3): 606-619.
8. Moreno CM. *Análisis De Situación De Salud (ASIS)*. Bogotá: Ministerio de Salud y Protección social; 2017 my. 1.
9. Gheorghiade M, Vaduganathan M, Fonarow GC, Robert O, Bonow RO. Rehospitalization for heart failure: Problems and perspectives. *J Am Coll Cardiol.* 2013;61(4):391-403.
10. Hunt SA, Abraham WT, Chin MH, Feldman AM, Francis GS, Ganiats TG, et al. ACC/AHA 2005 Guideline Update for the Diagnosis and Management of Chronic Heart Failure in the Adult. *Circulation.* 2005;46(6):1-82.
11. Swedberg K, Cleland J, Dargie H, Drexler H, Follath F, Komajda M, et al. Guidelines for the diagnosis and treatment of chronic heart failure: executive summary. *Eur Heart J.* 2005;26(11):1115-1140.
12. Salamanca-Olmos J, Madrid-Murcia PV, Mejía-Liñán GA, Narváez-Martínez MA. Roles del profesional de enfermería en el paciente con falla cardíaca. *Repert. Med. Cir.* 2016;25(2):89-94.
13. Alvarado L. Adherencia al tratamiento en las enfermedades crónicas y la vivencia del paciente. *Rev Méd Chile.* 2016;144(2):269-270.
14. Ramírez-Perdomo CA, Parra-Vargas M. Percepción de los comportamientos del cuidado de enfermería en la unidad de cuidados intensivos. *Av. Enferm.* 2011;29(1):97-108.

15. Santana-Cabrera L, Sánchez-Palacios M, Hernández-Medina E, García-Martul M, Eugenio-Ronaina P, Villanueva-Ortiz Á. Necesidades de los familiares de pacientes de Cuidados Intensivos: percepción de los familiares y del profesional. *Med Intens.* 2007;31(6):273-280.
16. Franco-Canales RE. Percepción del familiar del paciente crítico, respecto a la intervención de enfermería durante la crisis situacional, en la Unidad de Cuidados Intensivos. Lima: Universidad Nacional Mayor de San Marcos; 2004.
17. Morisky DE, Green LW, Levine DM. Concurrent and Predictive Validity of a Self-Reported Measure of Medication Adherence. *Med. Care.* 1986 ene.;24(1):67-74.
18. Silva GE, Galeano E, Correa JO. Adherencia al tratamiento Implicaciones de la no-adherencia. *Acta Méd Colomb.* 2005 oct.;30(4):268-273.
19. Billups SJ, Malone DC, Carter BL. The relationship between drug therapy noncompliance and patient characteristics, health-related quality of life, and health care costs. *Pharmacotherapy.* 2000;20(8):941-949.
20. Osterberg L, Terrence B. Adherence to Medication. *N Engl J Med.* 2005 ag.;353(5):487-497.
21. Wu JR, Moser DK, Lennie TA, Burkhart PV. Medication Adherence in Patients Who Have Heart Failure: A Review of the Literature. *Nurs Clin N Am.* 2008;43(1):133-153.
22. Ospina-Serrano AV, Gamarra-Hernández G. Características clínicas y epidemiológicas de la insuficiencia cardiaca en el Hospital Universitario Ramón González Valencia de Bucaramanga, Colombia. *Rev Salud UIS.* 2004;36(3):125-131.
23. Achury-Saldaña DM. Autocuidado y adherencia en pacientes con falla cardiaca. *Aquichan.* 2007 oct.;7(2):139-160.

24. Chaves-Santiago WG, Rincón IA, Bohórquez HD, Gámez LR, Téllez JA, Villarreal M. Seguimiento del cumplimiento del tratamiento en casa del paciente que egresa con diagnóstico de falla cardíaca. *Acta Méd Colomb.* 2016 oct.;41(4):243-247.
25. Rocha-Nieto LM, Herrera-Delgado C, Vargas-Olano MO. Adherencia al Tratamiento en Rehabilitación Cardíaca: Diseño y Validación de un Programa de Intervención Biopsicosocial. *Rev Colomb Psicol.* 2017;26(1):61-81.
26. Thoits PA. Conceptual, methodological, and theoretical problems in studying social support as a buffer against life stress. *J. Health Soc. Behav.* 1982 jun.;23(2):145-159.
27. Ladero L, Orejudo S, Carrobles JA. Apoyo Social y Adhesión al Tratamiento Antirretroviral en Pacientes VIH+ en un Programa de Mantenimiento con Metadona. Un estudio Longitudinal. *Clínica y Salud.* 2010;21(1):21-33.
28. Dionne-Odom N, Hooker SA, Bekelman D, Ejem D, McGhan G, Kitko L, et al. Family caregiving for persons with heart failure at the intersection of heart failure and palliative care: a state of the science review. *Heart Fail Rev.* 2017;22(5):543-557.
29. Alarcón-Mora C, Hernández-Barrera L, Arguelles-Nava V, Campos-Uscanga Y. Apoyo social y su asociación con el autocuidado de la dieta en personas con diabetes. *Rev Liberabit.* 2017;23(1):111-121.
30. Roure RM, Reig A, Vidal J. Percepción de apoyo social en pacientes hospitalizados. *Rev Multidiscip Gerontol.* 2002;12(2):79-85.
31. Fachado A, Menéndez-Rodríguez M, González-Castro L. Apoyo social: Mecanismos y modelos de influencia sobre la enfermedad crónica. *Cad Aten Primaria.* 2013;19(1):118-123.

32. Struthers AD, Anderson G, Donnan PT, MacDonald T. Social deprivation increases cardiac hospitalizations in chronic heart failure independent of disease severity and diuretic non-adherence. *Heart*. 2000;83(1):12-16.
33. Roveroni-Moraes TP, Spadoti-Dantas RA. Evaluación del apoyo social entre pacientes cardíacos quirúrgicos: subsidio para la planificación en la atención de enfermería. *Rev Latinoam Enferm*. 2007 abr.;15(2):1-7.
34. Gomes Villas-Boas LC, Foss MC, Foss de Freitas MC, Pace AE. Relación entre apoyo social, adhesión al tratamiento y control metabólico de personas con Diabetes Mellitus. *Rev Latinoam Enferm*. 2012 ene.;20(1):1-8.
35. Borja-González J. Apoyo social y adherencia al tratamiento farmacológico y no farmacológico en pacientes con síndrome coronario agudo. Bogotá: Universidad Nacional de Colombia; 2013.
36. Organización Mundial de la Salud . Adherencia a los tratamientos a largo plazo. Pruebas para la acción. Ginebra: Organización Mundial de la Salud; 2004.
37. Achury-Saldaña DM, Sepúlveda-Carrillo GJ, Rodríguez-Colmenares SM, Giraldo IC. Validez y confiabilidad de un instrumento evaluativo de adherencia en pacientes con falla cardiaca. *Enferm Global*. 2012 abr.;11(26):1-9.
38. Sayers SL, Riegel B, Pawlowski S, Coyne JC, Samaha FF. Social support, and self-care of patients with heart failure. *Ann Behav Med*. 2008;35(1):70-79.
39. Londoño-Arredondo NE, Rogers H, Castilla-Tanga JF, Posada-Gómez SR, Ochoa-Arizal NL, Jaramillo-Pérez MA, et al. Validación en Colombia del cuestionario MOS de apoyo social. *Int. J. Psychol. Res*. 2012;5(1):142-150.

40. Real Academia de la Lengua Española. Diccionario de la lengua española. Madrid: Espasa Calpe; 1998.
41. Prada-Ríos SI, Pérez-Castaño AM, Rivera-Triviño AF. Clasificación de instituciones prestadores de servicios de salud según el sistema de cuentas de la salud de la Organización para la Cooperación y el Desarrollo Económico: el caso de Colombia. *Rev. Gerenc. Polit. Salud.* 2017;16(32):51-65.
42. Organización Panamericana de la Salud. Plan de acción para la prevención y el control de las enfermedades no transmisibles en las Américas 2013-2019. Washington: Organización Panamericana de la Salud; 2014.
43. Rojas-Sánchez LZ, Echeverría-Correa LE, Camargo-Figuera FA. Adherencia al tratamiento farmacológico y no farmacológico en pacientes con falla cardiaca. *Enferm Global.* 2014 oct.; 13(36):1-19.
44. Benjamin EJ, Blaha MJ, Chiuve SE, Cushman M, Das SR, Rajat-Deo, et al. Heart Disease and Stroke Statistics-2017. Update: A Report from the American Heart Association. *Circulation.* 2017 sep.;135(10):146-603.
45. Martín J, Carvajal A, Arantzamendi M. Instrumentos para valorar al paciente con insuficiencia cardíaca avanzada: una revisión de la literatura. *An Sist Sanit Navar.* 2015; 38(3):439-452.
46. Vega-Angarita OM, González-Escobar DS. Apoyo social: elemento clave en el afrontamiento de la enfermedad crónica. *Enferm Global.* 2009 jun.;16(1):1-11.
47. Hollenberg SM, Stevenson LW, Ahmad T, Amin VJ, Bozkurt B, Butler J, et al. 2019 ACC Expert Consensus Decision Pathway on Risk Assessment, Management, and Clinical Trajectory

of Patients Hospitalized with Heart Failure. *Journal of the American College of Cardiology*. Elsevier. 2019 oct.; 74(15):1966-2011.

48. Rondón-García LM, Aguirre-Arizala BA, García-García FJ. El significado de las relaciones sociales como mecanismo para mejorar la salud y calidad de vida de las personas mayores, desde una perspectiva interdisciplinar. *Rev Españ Geriat Gerontol*. 2017;53(5):258-273.

49. Luttik ML, Jaarsma T, Moser D, Sanderman R, Van Veldhuisen DJ. The importance and impact of social support on outcomes in patients with heart failure: an overview of the literature. *Journal Cardiovasc Nurs*. 2005;20(3):162-169.

50. Hallas CN, Wray J, Andreou P, Banner NR. Depression and perceptions about heart failure predict quality of life in patients with advanced heart failure. *Heart & Lung*. 2011;40(2):111-121.

51. Caballero A, Pinilla-Ibáñez, Mendoza M, Suárez Mendoza IC, Acevedo-Peña JR. Frecuencia de reingresos hospitalarios y factores asociados en afiliados a una administradora de servicios de salud en Colombia. *Cad Saúde Públ*. 2016 jul.; 32(7):14.

52. Piña-López JA, Sánchez-Bravo C, García-Cedillo I, Ybarra-Sagarduy JL, García-Cadena CH. Psicología y salud en México: algunas reflexiones basadas en el sentido común y la experiencia. *Persp Psicol*. 2013;9(2):347-360.

53. Orozco-Gómez AM, Castiblanco-Orozco L. Factores psicosociales e intervención psicológica en enfermedades crónicas no transmisibles. *Rev Colomb Psicol*. 2015;24(1):203-217.

54. Torres-Navas A, Sierra-Camargo A, Mora-Chaparro B, Duran-Flórez E, Ibáñez-Palacios M. Influencia de los factores psicosociales sobre el estado clínico de pacientes con insuficiencia cardiaca crónica manejados en una unidad multidisciplinaria. *Rev Salud Bosque*. 2011;1(1):9-16.

55. Nebot M, Lafuente JM, Zoa T, Borrell C, Ferrando J. Efecto protector del apoyo social en la mortalidad en población anciana: un estudio longitudinal. *Rev Esp Salud Pública*. 2002 nov.;76(6):673-682.
56. Avedaño-Monje MJ, Barra-Almagica E. Autoeficacia, apoyo social y calidad de vida en adolescentes con enfermedades crónicas. *Terap Psicol*. 2008;26(2):165-172.
57. Peláez-Hernández V, Orea-Tejeda A, Domínguez-Trejo B, Figueroa-López CG, Díaz-Barreiro L, Santiago RP, et al. Intervención psicológica como parte del tratamiento integral de pacientes con insuficiencia cardíaca: efecto sobre la capacidad funcional. *Rev Iberoam Psicol*. 2016 jun.; 9(1):53-61.
58. Vivaldi F, Barra E. Bienestar psicológico, apoyo social percibido y percepción de salud en adultos mayores. *Terap Psicol*. 2012;30(2):23-29.
59. Vinacca S, Quiceno JM, Fernández H, Gaviria AM, Chavarria F, Orozco O. Apoyo social y adherencia al tratamiento antihipertensivo en pacientes con diagnóstico de hipertensión arterial. *Inform Psicol*. 2006; 8(1):89-106.
60. Vilató-Frómeta L, Martín-Alfonso L, Pérez-Nariño I. Adherencia terapéutica y apoyo social percibido en personas que viven con VIH/sida. *Rev Cuba Salud Pública*. 2015;41 (4):620-630.
61. Graven LJ, Grant JS, Gord G. Symptomatology, and coping resources predict self-care behaviors in middle to older age patients with heart failure. *Nurs Res Pract*. 2015;8(1):84-91.
62. López-Romero LA, Romero-Guevara SL, Parra DI, Rojas-Sánchez LZ. Adherencia al tratamiento: Concepto y medición. *Revista Hacia Promoc. Salud*. 2016;21(1):117-137.

63. Hajduk AM, Lemon SC, McManus DD, Lessard DM, Gurwitz JH, Spencer FA, et al. Cognitive impairment and self-care in heart failure. *Clin Epidemiol*. 2013 oct.;5(1):407-416.
64. Shamali M, Konradsen H, Stas L, Ostergaard B. Dyadic effects of perceived social support on family health and family functioning in patients with heart failure and their nearest relatives: Using the actor-partner interdependence mediation model. *Plos One*. 2019;14(6):1-13.
65. Herdman TH, Shigemi K, editores. *Diagnósticos Enfermeros. Definiciones y Clasificación 2012-2014*. NANDA International. Barcelona: Elsevier; 2012.
66. García-Ortiz L, Casique-Casique L. *Proceso de Enfermería en Insuficiencia Cardíaca Congestiva Basado en el Déficit del Autocuidado*. *Desarrollo Científ Enferm*. 2011 abr.; 19(3):1-4.
67. Peterson SJ, Bredow TS. *Middle range theories: application to nursing research*. 3^{era} ed. Filadelfia: Wolters Kluwer Health; 2013. Cap. IV, Social Support Marjorie A. Schaffer; p. 108-112.
68. Olivella-Fernández MC, Bastidas-Sánchez CV, Bonilla-Ibáñez CP. Comportamientos de autocuidado y adherencia terapéutica en personas con enfermedad coronaria que reciben atención en una institución hospitalaria de Ibagué, Colombia. *Investig Enferm Imagen Desarr*. 2016;18(2):13-29.
69. Joint Commission International. *Estándares de acreditación para Hospitales*. 4^a ed. Illinois: Joint Commission International; 2014.
70. Joint Commission International. *Accreditation Standards for Hospitals*. 4^a ed. Joint Illinois: Joint Commission International; 2010.

71. Sánchez B, Carrillo GM, Barrera L. El plan de transición y egreso hospitalario y su efecto en el cuidado de la salud: una revisión integrada. *Rev UDCA Act & Div Cient.* 2014;17(1):13-23.
72. Members WG, Go AS, Mozaffarian D, Roger VL, Benjamin EJ, Berry JD, et al. Heart disease and stroke statistics 2014 update: a report from the American Heart Association. *Circulation.* 2014 nov.; 129(3):28-292.
73. Rodríguez-Artalejo F, Banegas-Banegas JR, Guallar-Castillón P. Epidemiología de la insuficiencia cardíaca. *Rev Esp Cardiol.* 2004;57(2):163-170.
74. McMurray JJV, Adamopoulos S, Anker SD, Auricchio A, Böhm M, Dickstein K, et al. ESC Guidelines for the diagnosis and treatment of acute and chronic heart failure 2012. *Eur Heart J.* 2012;33:1787-1847.
75. Gómez E. Capítulo 2. Introducción, epidemiología de la falla cardiaca e historia de las clínicas de falla cardiaca en Colombia. *Rev Colomb Cardiol.* 2016;23(1):6-12.
76. Herrera-López AB. Análisis de Situación de Salud ASIS Colombia 2018. Dirección de epidemiología y demografía. Bogotá: Ministerio de Salud y protección Social; 2019 jun.
77. Jaramillo C, Gómez E, Hernández E, Saldarriaga C, Flórez N, Buitrago R, et al. Consenso colombiano para el diagnóstico y tratamiento de la insuficiencia cardíaca crónica. Bogotá: Sociedad Colombiana de Cardiología y Cirugía Cardiovascular; 2014 nov.
78. Cubillos-Garzón LA, Casas JP, Morillo CA, Bautista LE. Congestive heart failure in Latin America: the next epidemic. *American Heart journal.* 2004;147(3):412-417.
79. Setoguchi S, Stevenson LW, Schneeweiss S. Repeated hospitalizations predict mortality in the community population with heart failure. *Am Heart J.* 2007;154(2):260-266.

80. Agostinho JR, Gonçalves I, Rigueira J, Aguiar I, Nunes A, Santos R, et al. Protocol-based follow-up program for heart failure patients: Impact on prognosis and quality of life. *Rev Portug Cardiol.* 2019;38(11):755-764.
81. Achury-Saldaña DM, Riaño-Castaño HM, Rubiano-Gómez LA, Guevara-Rodríguez NM. Calidad de vida de los cuidadores de pacientes con enfermedades crónicas con parcial dependencia. *Investig Enferm Imagen Desarr.* 2011;13(1):27-46.
82. Olvera-Arreola S, Salazar-Gómez T. Impacto del apoyo familiar en la adherencia terapéutica de los pacientes hipertensos. *Rev Mex de Enferm Cardiol.* 2009;17(1-3):10-13.
83. Saldarriaga CI, Garcés JJ, Agudelo A, Guarín LF, Mejía J. Impacto clínico de un programa de falla cardiaca. *Rev Colomb Cardiol.* 2016;23(4):260-264.
84. Salinas-Cruz E, Nava-Galán MG. Adherencia terapéutica. *Enferm Neurol Méx.* 2010;11(2):102-112.
85. Buitrago F. Adherencia terapéutica ¡Qué difícil es cumplir! *Aten Prim.* 2011;43(7): 343-44.
86. Alikari V, Zyga S. Conceptual analysis of patient compliance in treatment. *Health Sci J.* 2014;8(2):179-186.
87. Pages-Puigdemont N, Valverde-Merino MI. Métodos para medir la adherencia terapéutica. *Ars Pharmaceutica.* 2018;59(3):163-172.
88. Organización Mundial de la Salud. *Adherence to Long-term Therapies. Evidence for action.* Ginebra: Organización Mundial de la Salud; 2003.

89. Matos-Trevín G, Martín-Alfonso L, Álvarez-Vázquez B, Remón-Rivera L, González-Gacel J. Adherencia terapéutica de pacientes con Insuficiencia Renal Crónica en tratamiento dialítico. *Rev Habanera Cienc Méd.* 2019;18(4):666-668.
90. Rincón F. *Enfermería Cardiovascular*. 1ª ed. Bogotá: Distribuna Editorial Médica; 2008. Cap. Enfermería, Sociedad Colombiana de Cardiología; p. 341-368.
91. Martín-Alfonso LA, Grau-Abalo JA, Espinosa-Brito AD. Marco conceptual para la evaluación y mejora de la adherencia a los tratamientos médicos en enfermedades crónicas. *Rev Cuba Salud Pública.* 2014;40(2):225-238.
92. Martos-Méndez MJ. Self-efficacy and adherence to treatment: the mediating effects of social support. *JBHSI Issues.* 2015-2016 nov.-abr.;7(2):19-29.
93. Huamán-Guerra AG. Asociación entre el cumplimiento y adherencia al tratamiento con la calidad de vida en pacientes con insuficiencia cardiaca crónica. *Enferm Cardiol.* 2019;26(78):74-81.
94. Uribe-Escalante MT, Muñoz-Torres C, Restrepo-Ruiz J, Zapata-Montoya AM. Percepción del paciente hospitalizado por falla cardiaca: *Instit Salud 2009.* 2010 dic.;29 (2):124-134.
95. Achury-Saldaña DM. Síntomas de falla cardiaca desde una teoría de mediano rango. *Investig Enferm Imagen Desarr.* 2006 ene.-dic.;8(1):42-49.
96. Naveiro-Rilo JC, Diez-Juárez MD, Flores-Zurutuza L, Rodríguez-García MA, Rebollo-Gutiérrez F, Romero-Blanco A. La calidad de vida en los enfermos con insuficiencia cardiaca: visión desde atención primaria de salud. *Gace Sanit.* 2012 feb.;26(5):436-443.

97. Comín-Colet J, Anguita M, Formiga F, Almenar L, Crespo-Leiro MG, Manzano L, et al. Calidad de vida relacionada con la salud de los pacientes con insuficiencia cardiaca crónica sistólica en España: resultados del estudio VIDA-IC. *Rev Esp Cardiol*. 2016 mzo.; 69(3):256-271.
98. Guevara-Tafur W. Polifarmacia como factor asociado a no adherencia en pacientes con insuficiencia cardíaca crónica [tesis]. [Trujillo]: Universidad Privada Antenor Orrego; 2018.
99. Fernández-Lisón LC, Barón-Franco B, Vázquez-Domínguez B, Martínez-García T, Urendes-Haro JJ, Pujol de la Llave E. Errores de medicación e incumplimiento terapéutico en ancianos polimedicados. *Farmac Hospit*. 2006 jun.;30(5):280-283.
100. Zaldivar D. Adherencia terapéutica y modelos explicativos. *Salud para la vida* [Internet]. 2003. Disponible en: www.infomed.sld.cu
101. Bayés R. Aspectos psicológicos de la adherencia terapéutica. Castilla: Ediciones de la Universidad de Castilla; 2000.
102. Pisano-González MM, González-Pisano A. La modificación de los hábitos y la adherencia terapéutica, clave para el control de la enfermedad crónica. *Enferm Clín*. 2014 ene.-feb.;2(1):59-66.
103. Guarín-Loaiza GM, Pinilla-Roa AE. Adherencia al tratamiento antihipertensivo y su relación con la calidad de vida en pacientes de dos hospitales de Bogotá D.C. *Rev Facultad Medicina*. 2016;64(4):651-657.
104. Rodríguez-Chamorro MA, García-Jiménez E, Amariles P, Rodríguez-Chamorro A, Faus MJ. Revisión de tests de medición del cumplimiento terapéutico utilizados en la práctica clínica. *Aten Prim*. 2008 ago.;40(8):413-417.

105. Valencia-Monsalvez F, Mendoza-Parra S, Luengo-Machuca L. Evaluación de la escala Morisky de adherencia a la medicación en adultos mayores de un centro de atención primaria en Chile. *Rev Peru Med Exp Salud Publica*. 2017;34(2):245-249.
106. Ruiz-Romero V, Lorusso N, Expósito-García S, Páez-Pinto JM, Palmero-Palmero C, Caballero-Delgado G, et al. Hospitalizaciones evitables por insuficiencia cardíaca. Variables relacionadas. *Rev Esp Salud Pública*. 2016 abr.;90(1):1-11.
107. Shah KB, Rahim S, Boxer RS. Heart Failure Readmissions. *Curr Treat Options Cardiovasc Med*. 2013 jul.;15(4):437- 449.
108. Rodríguez-Acelas AL, Gómez-Ochoa AM. Factores influyentes en adherencia al tratamiento en pacientes con riesgo cardiovascular. *Av Enferm*. 2010 ene.-jun.;28(1):63-71.
109. Chang TE, Park S, Yang Q, Loustalot F, Butler J, Ritchey MD. Association between long-term adherence to class-I recommended medications and risk for potentially preventable heart failure hospitalizations among younger adults. *PLoS One* [Internet]. 2019 sep.;14(9):e0222868. <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0222868>
110. Comín-Colet J, Enjuanes C, Lupon J, Cainzos-Achirica M, Badosa N, Verdú JM. Transiciones de cuidados entre insuficiencia cardíaca aguda y crónica: pasos críticos en el diseño de un modelo de atención multidisciplinaria para la prevención de la hospitalización recurrente. *Rev Esp Cardiol*. 2016 oct.;69(10):951-961.
111. Muñoz de Rodríguez L, Pinto-Afanador N. El apoyo social y el cuidado de la salud humana. Cuidado y práctica de enfermería. Bogotá: Universidad Nacional de Colombia; 2000.
112. Organización Mundial de la Salud. Prevención y control de las enfermedades no transmisibles: Aplicación de la estrategia mundial. Informe de la Secretaria. 61ª Asamblea Mundial de la Salud;

2008 abr. 18 [citado 2019 nov.]. Disponible en:

https://apps.who.int/gb/archive/pdf_files/A61/A61_8-sp.pdf?ua=1

113. Varela-Montero I, Barón-López de Roda A. La influencia de la pareja en el ajuste a la Enfermedad Cardíaca. *Acta Invest Psicol.* 2016 ago.;6(2):2459-2468.

114. Oblitas-Guadalupe LA. *Psicología de la salud y calidad de vida*. 3ª edición. Río de Janeiro: Editorial Cengage Learning; 2010.

115. Achury-Saldaña D. Adherencia al tratamiento en el paciente con falla cardíaca. *Enfermería cardiovascular*. Sociedad Colombiana de Cardiología. Bogotá: Distribuna Editorial Médica; 2005. Cap. 19.

116. Sánchez E. Apoyo social, integración social y salud mental. *Rev Psicol Soc.* 1998 ene.;13(3):537-544.

117. Marín-Bustamante D, Sanhueza-Alvarado O. Apoyo Social: Uso del Concepto en Enfermería. *Rev Horiz Enferm.* 2016 jun.;27(2):32-40.

118. Alonso-Fachado A, Menéndez-Rodríguez M, González-Castro L. Apoyo social: Mecanismos y modelos de influencia sobre la enfermedad crónica. *Cad Aten Prim.* 2013;19:118-123.

119. Fernández-Alba R, Manrique-Abril FG. Rol de la Enfermería en el Apoyo Social del Adulto Mayor. *Rev Enferm Global.* 2010 jun.;9(2). Disponible en: http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1695-61412010000200016

120. Pinazo S, Sánchez M. Gerontología: Actualización, innovación y propuestas. España. *Anuario Psicol.* 2005 dic.;36(3):339-347.

121. Suárez-Cuba MA, Alcalá-Espinoza M. Apgar familiar: una herramienta para detectar disfunción familiar. *Rev Méd La Paz*. 2014 ene.-jun.;20(1). Disponible en: http://www.scielo.org.bo/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1726-89582014000100010
122. Bellón-Saameño JA, Delgado-Sánchez A, Luna del Castillo J de D, Lardelli-Claret P. Validez y fiabilidad del cuestionario de función familiar Apgar-familiar. *Aten Prim*. 1996 oct.;18(6):289-296.
123. Barrera-Ortiz L, Campos de Aldana MS, Carreño SP, Carrillo GM, Chaparro-Díaz L, Jaimes ML, et al. Validez de constructo y confiabilidad en Colombia del instrumento Soporte Social en la Enfermedad Crónica. *Rev Cult Cuid*. 2013 dic.;10(2):8-19.
124. House JS. *Work stress and social support*. Addison Wesley on Occupational Stress. Boston: Addison-Wesley Publishing Company; 1981.
125. Kahn RL, Antonucci TC. Convoys over the life course: attachment, roles and social support. *Life-Span Develop Behav*. 1980 ene.;3:253-267.
126. La Rosa Matos Y, Martín-Alfonso L, Bayarre Veja H. Adherencia terapéutica y factores psicosociales en pacientes hipertensos. *RCMGI*. 2007 ene.-mzo.;23(1). Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0864-21252007000100005
127. Biing-Jiun S, Uta M. Psychosocial predictors of self-reported medical adherence in patients with heart failure over 6 months: An examination of the influences of depression, self-efficacy, social support, and their changes. *Ann Behav Med*. 2018 my;52(7):613-619.
128. Allemann H, Stromberg A, Thylen I. Perceived social support in persons with heart failure living with an implantable cardioverter defibrillator a cross-sectional explorative study. *J Cardiovasc Nurs*. 2018 nov.-dic.;33(6):1-8.

129. Trivedi R B, Ayotte B, Edelma D, Bosworthon HB. The Association of Emotional Well-being and Marital Status with Treatment Adherence among Patients with Hypertension. *J Behav Medic.* 2008 dic.;31(6):489-497.
130. Maeda U, Shen BJ, Schwarz ER, Farrell KA, Mallon S. Self-Efficacy Mediates the Associations of Social Support and Depression with Treatment Adherence in Heart Failure Patients. *J Behav Medic.* 2013 mzo.;20:88-96.
131. Sherbourne CD, Stewart AL. The MOS Social Support Survey. *Soc Sci Med.* 1991;32(6):705-14.
132. Rodrigo JA. Test estadísticos para variables cualitativas: test exacto de Fisher, chi-cuadrado de Pearson, McNemar y Q-Cochran. [Internet]. 2016 enero. Disponible en: https://rpubs.com/Joaquin_AR/220579.
133. Sánchez SV, Olmos-Jiménez R, Ramírez-Roig C, García-Sánchez MJ, Valderrey-Pulido M. Adherencia al tratamiento en pacientes mayores de 65 años que sufren reingresos precoces. *Farm Hospit.* 2017;42(4):147-151.
134. González-Moneo MJ. Deterioro cognitivo en pacientes con insuficiencia cardiaca [tesis]. [Bellaterra]: Universidad Autónoma de Barcelona. Departamento de medicina; 2017.
135. Galindo-Ocaña J, Ortiz-Camúñez MA, Gil-Navarro MV, Garrido-Porras E, Bernabeu-Wittel, et al. La discapacidad como barrera a la adherencia terapéutica en pacientes pluripatológicos: papel del cuidador principal. *Revista Clínica Española.* 2010;210(5):221-226.
136. Viñas-Vera C, García-Parra AM, Morales-Gil IM. Género y efectividad de la metodología enfermera en pacientes con insuficiencia cardiaca. *Aquichan.* 2016;16(3):313-327. <https://www.doi.org/10.5294/aqui.2016.16.3.4>.

137. Rojas-Sánchez LZ, Echeverría-Correa LE, Camargo-Figueroa FA. Adherencia al tratamiento farmacológico y no farmacológico en pacientes con falla cardíaca. *Rev Elect Trim Enferm.* 2014 oct.;36:1-14.
138. Larrinaga-Sandrino V, Hernández-Meléndrez E. Factores psicosociales relacionados con las enfermedades cardiovasculares. *Rev Cuban Cardiol.* 2016;22(3):1-8.
139. Chaves-Santiago WG, Rincon IA, Bohorquez HD, Gamez LR, Tellez JA, Villareal Manuel. Seguimiento del cumplimiento del tratamiento en casa del paciente que egresa con diagnóstico de falla cardíaca. *Acta Med Colomb.* 2016;41(4):243-247.
140. Aranda C, Pando M, Aldrete MG. Jubilación, trastornos psicológicos y redes sociales de apoyo en el adulto mayor jubilado de Guadalajara. *Rev Psiquiatría Fac Med Barna.* 2002;29:169-174.
141. Torres-Navas A, Sierra-Camargo A, Mora-Chaparro B, Duran-Flórez E, Ibañez-Palacios M. Influencia de los factores psicosociales sobre el estado clínico de pacientes con insuficiencia cardíaca crónica manejados en una unidad multidisciplinaria. *Rev Salud Bosque.* 2011; 1(1). <https://doi.org/10.18270/rsb.v1i1.102>
142. Arredondo-Holguín E, Rodríguez-Gázquez MA, Higuera-Urrego L. Improvement of self-care behaviors after a nursing educational intervention with patients with heart failure. *Invest Educ Enferm.* 2012;30(2):188-197.
143. Muñoz-Mejía OA, Sierra-Vargas EC, Zapata-Cárdenas A, Isaza-Montoya M, Muñoz-Cifuentes MA, Sánchez-Echavarría JD. Caracterización sociodemográfica y clínica de una población con falla cardíaca aguda: cohorte MED-ICA. 2018;25(3):200-208.

144. Ramos B, Figueroa C, Alcocer L, Ricón S. Validación del cuestionario de calidad de vida relacionada con la salud en pacientes con insuficiencia cardiaca. En *Clav Pensam*. 2011;5(10):173-189.
145. Apaza-Coronel HW, Centeno-Choquecota KM. Calidad de Vida y Factores Sociodemográficos Asociados en Pacientes con Diagnóstico de Insuficiencia Cardiaca Crónica Atendidos en el Servicio de Cardiología del Hospital Hipólito Unanue de Tacna. 2016-2018. Tacna: Universidad Privada de Tacna; 2019.
146. Galindo-Ortego G, Santafé-Soler P, Cruz-Estevea I, Real-Gatius J. Pacientes con el diagnóstico de insuficiencia cardiaca en Atención Primaria: envejecimiento, comorbilidad y polifarmacia. *Elsevier Doyma*. 2011;43(2):61-68.
147. Castro-Rodríguez JA, Orozco-Hernández JP, Marín-Medina DS. Polifarmacia y prescripción de medicamentos potencialmente no apropiados en ancianos. *Rev Méd Risaralda*. 2016;22(1):52-57.
148. Martín-Sánchez FJ, Llorens P, Herrero P, Gil V. Comorbilidad y polifarmacia de los pacientes con insuficiencia cardiaca en los servicios de urgencias. *Elsevier*. 2015;43:557-559.
149. Achury-Saldaña DM, Aponte LF, Gómez-Rodríguez LF, Roa-Buitrago N. Efecto del seguimiento telefónico en la adherencia al tratamiento en los pacientes con falla cardiaca. *Enferm Glob*. 2018;17(51):406-434.
150. Hernández-Pinzón C, Flórez-Flórez M. Efectividad del uso de tecnologías de la información y la comunicación en la adherencia al tratamiento de los pacientes con insuficiencia cardiaca [tesis]. [Bogotá]: Facultad de Enfermería, Universidad Nacional de Colombia; 2015.

151. Chang LL, Xu H, DeVore AD, Matsouaka RA, Yancy CW, Fonarow GC, Allen LA, Hernandez AF. Timing of Postdischarge Follow-Up and Medication Adherence Among Patients with Heart Failure. *JAHA* [Internet]. 2018; 7(7). <https://doi.org/10.1161/JAHA.117.007998>
152. Lainscak M, Cleand JG, Lenze MJ, Keber I. Nonpharmacologic measure and drug compliance in patients with heart failure: data from the Euro Heart Failure Survey. *Am J Cardiol*. 2007;99:31-37.
153. Riegel B, Moser DK, Anker SD. State of the science: promoting self-care in persons with heart failure: a scientific statement from the American Heart Association. *Circulation*. 2009;120(12):1141-1163.
154. Ong SF, Foong PP, Seah JS, Elangovan L, Wang W. Learning Needs of Hospitalized Patients with Heart Failure in Singapore: A Descriptive Correlational Study. *Nurs Res*. 2018;26(4):250-259.
155. Gálvez-González, M. ¿Cómo experimentan y entienden pacientes y médicos las recomendaciones al alta que se suministra a los enfermos que padecen insuficiencia cardiaca? *Index Enferm*. 2010;19(2-3):226-228.
156. Graven LJ, Grant JS. Social support and selfcare behaviors in individuals with heart failure: an integrative review. *Int. J. Nurs. Stud*. 2014;51(2):320-333.
157. Teherán-Valderrama AA, Mejía-Guatibonza MC, Álvarez-Meza LJ, Muñoz-Ramírez YJ, Barrera-Cespedes MC, et al. Relación entre el apoyo social y las complicaciones agudas de la diabetes tipo 2: un estudio de corte transversal. *Rev. Cienc. de la Salud*. 2017;15(2):211-222.

158. Havranek EP, Spertus JA, Masoudi FA, Jones PG, Rumsfeld JS. Predictors of the onset of depressive symptoms in patients with heart failure. *J. Am. Coll. Cardiol.* 2004;44(12), 2333-2338.
159. Gottlieb BH. Support Interventions: a typology and agenda for research. *Handbook of personal relationships.* Nueva York: Wiley and Sons; 1988.
160. Londoño-Arredondo NH, Rogers HL, Castilla Tang JF, Posada Gómez SL, et al. Validación en Colombia del cuestionario MOS de apoyo social. *International J Psychol Res.* 2012;5(1):142-150.
161. Löfvenmark C, Mattiasson AC, Billing E, Edner M. Perceived loneliness and social support in patients with chronic heart failure. *EJCN.* 2009;8(4):251-258.
162. Fivecoat HC, Sayers SL, Riegel, B. Social support predicts self-care confidence in patients with heart failure. *Eur. J. Cardiovasc.* 2018;17(7):598-604.
163. Cené CW, Haymore, LB, Dolan-Soto D, Lin FC, Pignone M, Dewalt, DA, Wu JR, Jones CD, Corbie-Smith G. Self-care confidence mediates the relationship between perceived social support and self-care maintenance in adults with heart failure. *J. Card. Fail.* 2013;19(3), 202-210.
164. Martínez-Lorca M, Martínez-Lorca A, Aguado-Romo R, Zabala-Baños MC. La adhesión terapéutica desde la vinculación emocional. *Rev Clín Méd Fam.* 2015;8(2):171-174.
165. Torres-Uria MR, Estudio comparativo en pacientes con tuberculosis pulmonar frotis positivo nunca tratados, antes tratados y Crónicos en sus niveles de depresión y soporte social [tesis]. [Lima]: Universidad Nacional Mayor de San Marcos. Facultad de Psicología; 2002. Disponible en: http://sisbib.unmsm.edu.pe/BibVirtualData/Tesis/Salud/Torres_U_M/cap2.pdf.

166. Tapia-Garzón ME, Ordoñez-Torres DL. Asociación entre el nivel de apoyo social y familiar con la adherencia terapéutica en pacientes diagnosticados de hipertensión arterial que acuden a la consulta externa del centro de salud agosto egas [tesis]. [Quito]: Pontificia Universidad Católica del Ecuador Facultad de Ciencias Médicas; 2016.

167. Chaves WG, Diaztagle JJ, Sprockel JJ, Hernández JI, Benavidez JM, Henao DC, et al. Factors associated with mortality in patients with decompensated heart failure. Act Med Colomb. <https://www.doi.org/2014;39:314-320>

13. ANEXOS

Anexo A. Operacionalización de las variables

NOMBRE	TIPO	DEFINICIÓN	MEDICIÓN	FORMA DE EVALUACIÓN
Adherencia al tratamiento	Cuantitativa continua	Grado en el que la conducta de un paciente, en cuanto a la toma de medicación o la modificación de hábitos de vida, corresponde con las recomendaciones acordadas con el profesional sanitario	<i>“Instrumento de evaluación de adherencia al tratamiento farmacológico y no farmacológico en los pacientes con falla cardiaca”</i>	Rangos de adherencia al tratamiento
Apoyo social	Cuantitativa continua	Proceso interactivo en que el individuo consigue ayuda emocional, instrumental o económica de la red social en la que se encuentra	Instrumento <i>“MOS de apoyo social”</i>	Índice global de apoyo social, apoyo emocional, ayuda material, relaciones sociales de ocio y distracción y apoyo afectivo.
Clínicas				

Tiempo de diagnóstico	Cuantitativa continua	Tiempo que transcurre desde la fecha del diagnóstico hasta el ingreso a la institución	Se tomarán datos de la historia clínica	HC
Clase funcional	Cualitativa Ordinal	Limitaciones en la actividad física del paciente ocasionada por los síntomas cardiacos	Escala NYHA	HC
Fracción de eyección	Cuantitativa continua	Porcentaje de sangre expulsada por el corazón en relación con la cantidad de sangre que contiene.	Resultado de ecocardiograma	HC
Sociodemográficas				
Edad	Cuantitativa discreta	Años cumplidos desde el nacimiento hasta la fecha de recolección de información	Se tomará la fecha de nacimiento y la edad documentada en la historia clínica	HC
Género	Cualitativa nominal dicotómica	Totalidad de características de la estructura reproductiva,	Documentado en la historia clínica	HC

		funciones, fenotipo y genotipo que diferencian los organismos masculinos de los femeninos		
Escolaridad	Cualitativa ordinal	Duración de los estudios que un estudiante sigue en un establecimiento docente.	Se tomarán datos de la historia clínica	HC
Estado civil	Cualitativa nominal	Situación de las personas determinada por sus relaciones de familia, provenientes del matrimonio o del parentesco.	Se tomarán datos de la historia clínica	HC
Estrato socioeconómico	Cualitativa Ordinal	clasificación en estratos de los inmuebles residenciales que deben recibir servicios públicos	Se tomarán datos de la historia clínica	HC
Ocupación	Cualitativa Nominal	Designa el oficio, empleo u ocupación	Se tomarán datos de la historia clínica	HC

		que se ejerce a cambio de una retribución.		
Cuidador	Cualitativa Nominal	Descripción de la persona que cuida al paciente en casa	Instrumento realizado para recolección de datos sociodemográficos	Entrevista
Etiología falla	Cualitativa nominal	Origen o causa de la falla cardiaca	Se tomarán datos historia clínica	HC
Hospitalizaciones	Cuantitativa continua	Numero de hospitalizaciones en el último año	Instrumento realizado para recolección de datos sociodemográficos	

Anexo B. Cuestionario Medical Outcomes Study: Social Support Survey (MOS)

Cuestionario MOS de apoyo social

Las siguientes preguntas se refieren al apoyo o ayuda de que Vd. dispone:

1. Aproximadamente, ¿Cuántos amigos íntimos o familiares cercanos tiene Vd.? (Personas con las que se encuentra a gusto y puede hablar de todo lo que se le ocurre).

Escriba el nº de amigos íntimos y familiares cercanos

La gente busca a otras personas para encontrar compañía, asistencia u otros tipos de ayuda ¿Con qué frecuencia Vd. dispone de cada uno de los siguientes tipos de apoyo cuando lo necesita? (Marque con un círculo uno de los números de cada fila)

CUESTIONES: ¿Cuenta con ALGUIEN?	Nunca	Pocas Veces	Algunas veces	La mayoría de las veces	Siempre
2. Que le ayude cuando tenga que estar en la cama	1	2	3	4	5
3. Con quien pueda contar cuando necesite hablar	1	2	3	4	5
4. Que le aconseje cuando tenga problemas	1	2	3	4	5
5. Que le lleve al médico cuando lo necesite	1	2	3	4	5
6. Que le muestre amor y afecto	1	2	3	4	5
7. Con quien pasar un buen rato	1	2	3	4	5
8. Que le informe y ayude a entender la situación	1	2	3	4	5
9. En quien confiar o con quien hablar de si mismo y sus preocupaciones	1	2	3	4	5
10. Que le abraze	1	2	3	4	5
11. Con quien pueda relajarse	1	2	3	4	5
12. Que le prepare la comida si no puede hacerlo	1	2	3	4	5
13. Cuyo consejo realmente desee	1	2	3	4	5
14. Con quien hacer cosas que le sirvan para olvidar sus problemas	1	2	3	4	5
15. Que le ayude en sus tareas domésticas si esta enfermo	1	2	3	4	5
16. Alguien con quien compartir sus temores y problemas más íntimos	1	2	3	4	5
17. Que le aconseje cómo resolver sus problemas personales	1	2	3	4	5
18. Con quién divirtiese	1	2	3	4	5
19. Que comprenda sus problemas	1	2	3	4	5
20. A quien amar y hacerle sentirse querido	1	2	3	4	5

Resultado: (suma de los valores correspondiente)

Índice global de apoyo social: Todas las respuestas.

Apoyo emocional: Respuestas número: 3, 4, 8, 9, 13, 16, 17 y 19.

Apoyo material: Respuestas a las preguntas: 2, 5, 12 y 15.

Relaciones sociales de ocio y distracción: Respuestas a las preguntas: 7, 11, 14 y 18.

Apoyo afectivo: Respuestas a las preguntas 6, 10 y 20.

Interpretación:

Dimensiones	Alto	Medio	bajo
Índice global de apoyo social	82-95	63-81	19-62
Apoyo emocional	34-40	25-33	8-24
Apoyo material	19-20	13-17	4-12
Relaciones sociales de ocio y distracción	17-20	13-16	4-1
Apoyo afectivo	13-15	10-12	3-9

Adaptado de: Revilla L, Luna J, Bailón E, Medina I. Validación del cuestionario MOS de apoyo social en Atención Primaria. Medicina de Familia (And). 2005; 10(6): 10-18.

Anexo C. Cuestionario evaluación de comportamientos de adherencia al tratamiento farmacológico y no farmacológico en los pacientes con falla cardiaca

INSTRUMENTO DE EVALUACIÓN DE ADHERENCIA AL TRATAMIENTO FARMACOLÓGICO Y NO FARMACOLÓGICO EN LOS PACIENTES CON FALLA CARDIACA

INDICADORES	ITEMS	ESCALA
I. Confía en el profesional de la salud.	1. Considera que el profesional de la salud se interesa por escucharlo. 2. El profesional de la salud lo hace sentir seguro.	1. Nada ___ Muy poco ___ Frecuente ___ Mucho ___ 2. Nada ___ Muy poco ___ Frecuente ___ Mucho ___
II. Conoce el tratamiento farmacológico que le han prescrito	3. Describe el tratamiento prescrito por el médico 4. Toma los medicamentos según dosis y horario indicados por el médico y la enfermera. 5. conoce los principales efectos secundarios de los medicamentos. 6. utiliza sistemas de ayuda para recordar la toma de los medicamentos.	3. Nada ___ Muy poco ___ Frecuente ___ Mucho ___ 4. Nada ___ Muy poco ___ Frecuente ___ Mucho ___ 5. Nada ___ Muy poco ___ Frecuente ___ Mucho ___ 6. Nada ___ Muy poco ___ Frecuente ___ Mucho ___
III. Informa sobre su posibilidad de acceso a los servicios de salud.	7. Tiene facilidad para asistir a sus citas prescritas. 8. informan que existen dificultades para acceder al tratamiento. 9. Informa que cuenta con un acceso adecuado para disponer los medicamentos.	7. Nunca ___ Muy poco ___ Frecuente ___ Siempre ___ 8. Nunca ___ Muy poco ___ Frecuente ___ Siempre ___ 9. Nunca ___ Muy poco ___ Frecuente ___ Siempre ___
IV. Acepta el diagnóstico que le da el profesional de la salud.	10. Conoce su enfermedad 11. Reconoce las implicaciones de su enfermedad en la vida diaria. 12. Toma las decisiones sobre su estado de salud. 13. Esta dispuesto a realizar cambios en su vida para cuidar su salud.	10. Nada ___ Muy poco ___ Frecuente ___ Mucho ___ 11. Nada ___ Muy poco ___ Frecuente ___ Mucho ___ 12. Nada ___ Muy poco ___ Frecuente ___ Mucho ___ 13. Nada ___ Muy poco ___ Frecuente ___ Mucho ___

V. Cuando se le dan instrucciones, reconoce sus signos y síntomas	14. Conoce que la disnea, edemas, fatiga y dilatación de las venas, son signos y síntomas propios de la enfermedad. 15. Conoce los signos de alarma (Aumento de peso, dificultad para realizar actividad física habitual). 16. Reconoce que hacer en el momento de presentar un signo de alarma	14. Nada ___ Muy poco ___ Frecuente ___ Mucho ___ 15. Nada ___ Muy poco ___ Frecuente ___ Mucho ___ 16. Nada ___ Muy poco ___ Frecuente ___ Mucho ___
VI. Busca refuerzo externo para poder cumplir con los comportamientos de salud	17. Cuenta con el apoyo de su familia para el cumplimiento de los comportamientos de salud. 18. Cuenta con grupos de apoyo específicos que lo acompañen en su tratamiento.	17. Nunca ___ Muy poco ___ Frecuente ___ Siempre ___ 18. Nunca ___ Muy poco ___ Frecuente ___ Siempre ___
VII. Mantiene su peso dentro del rango recomendado.	19. Controla su peso diariamente. 20. Refiere ausencias de edemas. 21. Conoce la cantidad de agua que debe consumir diariamente 22. realiza un balance de ingesta y eliminación de líquidos diariamente.	19. Nada ___ Muy poco ___ Frecuente ___ Mucho ___ 20. Nada ___ Muy poco ___ Frecuente ___ Mucho ___ 21. Nada ___ Muy poco ___ Frecuente ___ Mucho ___ 22. Nada ___ Muy poco ___ Frecuente ___ Mucho ___
VIII. Conoce la dieta recomendada	23. Conoce la cantidad máxima de sal que debe consumir. 24. Conoce que debe consumir frutas, verduras y evitar las grasas y harinas	23. Nada ___ Muy poco ___ Frecuente ___ Mucho ___ 24. Nada ___ Muy poco ___ Frecuente ___ Mucho ___

IX. Realiza el ejercicio diario, según lo recomendado por el profesional de la salud.	25. El paciente realiza actividades de la vida diaria sin dificultad hasta los límites recomendados por el profesional.	25. Nada ___ Muy poco ___ Frecuente ___ Mucho ___
	26. identifica los factores causantes de fatiga.	26. Nada ___ Muy poco ___ Frecuente ___ Mucho ___
	27. identifica los signos de cese de la actividad física	27. Nada ___ Muy poco ___ Frecuente ___ Mucho ___
X. Informa que su estado de ánimo es apropiado para su estado de salud.	28. Muestra interés por lo que lo rodea (familia, noticias, etc.)	28. Nada ___ Muy poco ___ Frecuente ___ Mucho ___
	29. Refiere interés por continuar con sus relaciones interpersonales como antes.	29. Nada ___ Muy poco ___ Frecuente ___ Mucho ___
	30. al levantarse en la mañana se siente descansado.	30. Nada ___ Muy poco ___ Frecuente ___ Mucho ___

INTERPRETACION

La escala tipo likert corresponde a:

Nunca o nada: 1
Muy poco: 2
Frecuente: 3
Mucho o siempre: 4

RANGO SEGÚN PUNTAJE OBTENIDO

30-55: No adherente
56-80: Poca adherencia
81-105: frecuentemente adherido
106-120: Adherido

INSTRUCTIVO

- El instrumento contempla todas las dimensiones de la adherencia al tratamiento farmacológico y no farmacológico del a OMS, las cuales se expresan como indicadores con sus respectivas preguntas.
- Se recomienda aplicarlo conjuntamente con métodos directos de adherencia o variables clínicas para alcanzar una mayor fiabilidad
- Se recomienda que sea diligenciado por el profesional de enfermería dada la escala de respuesta tipo Likert.
- De acuerdo a la habilidad del profesional, el tiempo de aplicación del instrumento es de aproximadamente 20 minutos.
- Si son varios profesionales de enfermería que lo van aplicar deben capacitarse previamente en el abordaje de las preguntas y opciones de respuesta.
- Se recomienda que las preguntas se elaboren en el contexto de una entrevista para garantizar mayor confianza y empatía.
- El instrumento permite identificar de manera global la adherencia al tratamiento farmacológico y no farmacológico; por esto se establecen unos rangos, que se determinan al sumar las opciones de respuesta según la escala tipo Likert de cada pregunta.

A partir de la experiencia de las investigadoras en la aplicación del instrumento se identificó la necesidad de realizar una tabla con los indicadores que requieren una mayor precisión para seleccionar la escala de respuesta mas adecuada y de esta forma garantizar un lenguaje común y objetividad en la selección de la respuesta según la escala tipo Likert .

INDICADOR	NADA	MUY POCO	FRECUENTE	MUCHO
I		Rara vez responden inquietudes o lo escuchan	En la mayoría de las consultas le responden inquietudes o lo escuchan	Siempre que va a la consulta lo escuchan y responden todas las inquietudes
II	No conoce el nombre de los medicamentos y como se los debe tomar ni efectos secundarios. No utiliza sistemas d	Conoce para que sirve los medicamentos, forma de tomar o efectos secundarios. no utiliza sistemas	Conoce de la mayoría de los medicamentos: su nombre, para que sirven y como se los debe tomar, efectos	Conoce de todos los medicamentos: su nombre, para que sirven y como se los debe tomar, efectos secundarios y usa sistemas de ayuda

	e ayuda	de ayuda	secundarios y usa sistemas de ayuda	
VII		<p>Conoce con poca exactitud la cantidad de agua que puede tomar.</p> <p>Mensualmente se pesa, cuando se acuerda registra la cantidad de liquido tomado y eliminado</p>	<p>Semanalmente: se pesa, observa si sus piernas están hinchadas o que la ropa le queda ajustada registra la cantidad de liquido que ha tomado y la cantidad eliminada conoce la cantidad de agua que puede consumir</p>	<p>Diariamente: se pesa, observa si sus piernas están hinchadas o que la ropa le queda ajustada registra la cantidad de liquido que ha tomado y la cantidad eliminada conoce la cantidad de agua que puede consumir</p>
VIII		<p>Adiciona sal en la mayoría de las comidas, desconociendo la cantidad máxima sal.</p> <p>< 3 días a la semana usted consume una dieta rica en frutas, verduras, fibra y baja en grasa</p>	<p>Utiliza la cantidad de sal máxima recomendada (2,5 gr).</p> <p>3-6 días a la semana usted consume una dieta rica en frutas, verduras, fibra y baja en grasa</p>	<p>No utiliza sal en sus comidas y siete días a la semana usted consume una dieta rica en frutas, verduras, fibra y baja en grasa</p>
		Muy pocos días	La mayoría de los	realiza la actividad física recomendada por su medico según
		<p>de los recomendados por su medico realiza actividad física,</p> <p>No tiene claridad cuando cesar la actividad</p>	<p>días recomendados por su medico realiza la actividad física indicada y cesa la actividad en el momento de sentir fatiga</p>	<p>su clase funcional y cesa la actividad en el momento de sentir fatiga</p>

Anexo D. Descripción de los niveles de adherencia por dimensiones

Dimensiones	Total de sub indicadores	Rango Escala Likert	Interpretación
1. confía en el profesional de la salud	1	2.0-3.5	No adherente
	2	3.6-5.5	Poca adherencia
		5.6-7.0	Frecuentemente adherido
		7.1-8.0	Adherido
2. conocimiento del tratamiento farmacológico	3	4.0-7.0	No adherente
	4	7.1-11.0	Poca adherencia
	5	11.1-15.0	Frecuentemente adherido
	6	15.1-16.0	Adherido
3. Información sobre la posibilidad de acceso a los servicios	7	3.0-5.5	No adherente
	8	5.6-8.0	Poca adherencia
	9	8.1-11.0	Frecuentemente adherido
		11.1-12.0	Adherido
4. Aceptación del diagnóstico dado por el profesional de la salud	10	4.0-7.0	No adherente
	11	7.1-11.0	Poca adherencia
	12	11.1-15.0	Frecuentemente adherido
	13		

		15.1-16.0	Adherido
5. Reconocimiento de signos y síntomas	14	3.0-5.5	No adherente
	15	5.6-8.0	Poca adherencia
	16	8.1-11.0	Frecuentemente adherido
		11.1-12.0	Adherido
6. Busca refuerzo externo para poder cumplir con los comportamientos de salud	17	2.0-3.5	No adherente
	18	3.6-5.5	Poca adherencia
		5.6-7.0	Frecuentemente adherido
		7.1-8.0	Adherido
7. Mantiene su peso dentro del rango recomendado	19	4.0-7.0	No adherente
	20	7.1-11.0	Poca adherencia
	21	11.1-15.0	Frecuentemente adherido
	22	15.1-16.0	Adherido
8. Conoce la dieta recomendada	23	2.0-3.5	No adherente
	24	3.6-5.5	Poca adherencia
		5.6-7.0	Frecuentemente adherido
		7.1-8.0	Adherido

9. Realiza ejercicio diario, según lo recomendado por el profesional de la salud	25	3.0-5.5	No adherente
	26	5.6-8.0	Poca adherencia
	27	8.1-11.0	Frecuentemente adherido
		11.1-12.0	Adherido
10. Estado de ánimo apropiado para la salud	28	3.0-5.5	No adherente
	29	5.6-8.0	Poca adherencia
	30	8.1-11.0	Frecuentemente adherido
		11.1-12.0	Adherido

Fuente: Cuestionario evaluación de comportamientos de adherencia al tratamiento farmacológico y no farmacológico en los pacientes con falla cardiaca

Anexo E. Ficha de variables sociodemográficas y clínicas

	UNIVERSIDAD PONTIFICIA JAVERIANA
	ASOCIACION ENTRE NIVEL DE ADHERENCIA AL TRATAMIENTO Y APOYO SOCIAL EN PACIENTES CON FALLA CARDIACA.

FICHA VARIABLES SOCIODEMOGRAFICAS

Objetivo:

Determinar la asociación entre el grado de adherencia al tratamiento farmacológico y no farmacológico y apoyo social de pacientes con falla cardíaca en una unidad de cuida intensivo en una Institución de tercer nivel en el primer semestre del año 2020

Instrucciones:

El instrumento tiene como propósito explorar variables sociodemográficas y las variables clínicas de los pacientes con falla cardíaca hospitalizados en la unidad de cuidados intensivos.

Nombres y Apellidos: _____
Fecha de aplicación de la encuesta: _____

Variables sociodemográficas

1. Edad: _____

2. Género: F: M:

3. Estado Civil:

Soltero/a Casado/a Viudo/a Separado/a Divorciado/a Unión Libre

4. Escolaridad: _____

5. Estrato socioeconómico:

1 2 3 4 5 6

6. Mayor nivel de estudios cursado

Sin estudios: _____

Primaria Incompleta: _____

Primaria Completa: _____

Secundaria Incompleta: _____

Secundaria Completa: _____

Técnico: _____

Universitario Incompleto: _____

Universitario Completo: _____

7. Ocupación: _____

Variables clínicas

8. Clase funcional: _____

9. Fracción de eyección: _____ %

10. Tiempo de diagnóstico: _____

11. Hospitalizaciones: _____

12. Cuidador: _____

Anexo F. Consentimiento informado

Maestría en Cuidado Crítico

Consentimiento informado

PONTIFICIA UNIVERSIDAD JAVERIANA

MAESTRÍA EN CUIDADO CRÍTICO

CONSENTIMIENTO INFORMADO

FECHA ___/___/___.

Usted está siendo invitado a participar en el estudio titulado: “Relación entre nivel de adherencia al tratamiento y apoyo social en pacientes con falla cardiaca”. Este documento le proporciona la información necesaria para que usted participe voluntaria y libremente. El proyecto es realizado por Silvia Juliana Jaraba Suarez, Doraly Muñoz Acuña Y Margarita María Pomar Hoyos, estudiantes de la Maestría en Cuidado Critico de la Pontificia Universidad Javeriana.

Antes de dar su consentimiento, usted necesita entender plenamente el propósito de su decisión. Este proceso se denomina consentimiento informado. Una vez que haya leído este documento y resuelto con el investigador las dudas, se le pedirá que firme este formato en señal de aceptación de participar.

El objetivo de la investigación es determinar la Relación entre el grado de adherencia al tratamiento farmacológico y no farmacológico y apoyo social de pacientes con falla cardiaca en una unidad de cuidado intensivo en una Institución de tercer nivel en el primer semestre del año 2020

¿Por qué es importante realizar el estudio?

Este estudio es muy importante porque permitirá identificar su nivel de adherencia, el apoyo social y a futuro se podrán generar estrategias para reforzar conductas positivas y correctivas para aquellos que se encuentren en riesgo.

¿En qué consiste el estudio?

Durante su hospitalización se aplicarán dos instrumentos que permitirán identificar el nivel de adherencia al tratamiento y el apoyo social. Las aplicaciones de estos instrumentos se realizarán durante un tiempo de 40 minutos con el acompañamiento de las investigadoras.

¿Cuáles son las molestias o los riesgos esperados?

Hasta el momento no se conoce ninguna condición que coloque en riesgo la salud física o mental de los individuos por el hecho de participar en este estudio.

¿Cuáles son los beneficios que puedo obtener por participar?

- Identificar oportunamente complicaciones
- Reducir reingresos hospitalarios.

¿Existe confidencialidad en el manejo de mis datos? Este proyecto se acoge a la ley 1581 de 2012 (Hábeas Data) que aplica para el tratamiento de datos personales.

Durante los 6 meses de recolección de la información, se mantendrá su privacidad, los archivos con información se mantendrán de manera confidencial. Sólo los investigadores y el personal autorizado como el Comité de ética de la Facultad de Enfermería de la Universidad Javeriana pueden revisar los archivos resultantes con el fin de mantener el anonimato, no se escribirán el nombre de los entrevistados en el formato de la encuesta.

¿Existe alguna obligación financiera?

Participar en este estudio no tiene ningún costo económico para usted como participante.

¿Cuánto tiempo durará mi participación en el estudio?

Durante la hospitalización

¿Qué sucede si no deseo participar o me retiro del estudio?

Usted es libre de participar en este estudio, así como está en la libertad de retirarse en cualquier momento. Si decide no participar o decide retirarse en cualquier momento antes de terminar la investigación, no tendrá ningún castigo o pérdida de los beneficios que ya haya obtenido

AUTORIZACIÓN

He comprendido las explicaciones que, en un lenguaje claro y sencillo, se me han brindado. El investigador me ha permitido expresar todas mis observaciones y ha aclarado todas las dudas y preguntas que he planteado respecto a los fines, métodos, ventajas, inconvenientes y pronóstico de participar en el estudio. Se me ha proporcionado una copia de este documento. Al firmar este documento doy mi consentimiento voluntario para participar en él.

Firmas

Paciente 1

Nombre

Firma _____

Documento de identidad

Teléfono

Representante legal 2

Nombre

Firma _____

Documento de identidad

Teléfono

Testigo 1

Nombre

Firma _____

Documento de identidad

Teléfono

Relación con el paciente

Testigo 2

Nombre

Firma _____

Documento de identidad

Teléfono

Relación con el paciente

Anexo G. Autorización de uso de los instrumentos

Medellín, Enero 10 2020

Enfermeras

**DORALY MUÑOZ ACUÑA, MARGARITA MARÍA POMAR HOYOS, SILVIA
JULIANA JARABA SUAREZ**

Estudiantes de Maestría en cuidado crítico.

Pontificia Universidad Javeriana Bogotá-Colombia

Por medio de la presente y en razón a su solicitud para la utilización del instrumento "MOS DE APOYO SOCIAL, CON LA VALIDACIÓN EN COLOMBIA " en su investigación "RELACION ENTRE NIVEL DE ADHERENCIA AL TRATAMIENTO Y APOYO SOCIAL EN PACIENTES CON FALLA"; le informo que consultadas las autoras del mismo se autoriza su uso teniendo en cuenta que se deben dar los créditos del mismo a las autoras y solicitamos se nos informe los resultados de su investigación.

Anexo

Documento para su interpretación.

Cordialmente,



NORA HELENA LONDOÑO ARREDONDO

RE: Authorization to use the MEDICAL OUTCOMES STUDY- SOCIAL SUPPORTSURVEY (MOS)

Maples, Ingrid <imaples@rand.org>

Lun 24/02/2020 13:38

Para: margarita maria pomar hoyos <mm.pomar@javeriana.edu.co>; RANDHealthCare <RANDHealthCare@rand.org>

CC: RANDHealthCare <RANDHealthCare@rand.org>

Dear Ms. Pomar - Thank you for your email. All of the [surveys and tools](#) located on our website are public documents, available without charge. Please provide an appropriate [citation](#) when using these products. No further permissions are needed.

Thank you for your interest in RAND Health Care. Good luck with your research.

Sincerely,
Ingrid Maples

.....
Ingrid Maples
RAND Health Care
RAND Corporation
1776 Main St
Santa Monica, CA 90407-2138
(310)393-0411 x6827
imaples@rand.org
<http://www.rand.org/health/>
[RAND Health on Twitter](#)
.....

Autorización instrumento

Diana Marcela Achury Saldana <dachury@javeriana.edu.co>

Mar 16/06/2020 3:36 PM

Para: Silvia Juliana Jaraba Suárez <silviajaraba@javeriana.edu.co>; margarita maria pomar hoyos <mm.pomar@javeriana.edu.co>; Doraly Muñoz Acuña <d.munoz@javeriana.edu.co>

Enfermeras

Silvia Jaraba

Margarita Pomar

Doraly Muñoz .

Reciban un cordial saludo.

Autorizo la utilización del instrumento evaluación de comportamientos de adherencia al tratamiento en el desarrollo de su trabajo de grado.

Muchos éxitos.

Quedo atenta

Diana Achury S

Profesora Asociada

Editora. Revista Investigación En Enfermería.