



***INVESTIGACIÓN**

**AUTOCUIDADO Y ADHERENCIA AL TRATAMIENTO EN FUNCIONARIOS
 UNIVERSITARIOS CON FACTORES DE RIESGO CARDIOVASCULAR
 MODIFICABLES**

**SELF-CARE AND ADHERENCE TO TREATMENT IN UNIVERSITY WORKERS WITH
 MODIFIABLE RISK FACTORS OF CARDIOVASCULAR DISEASE**

**María Alejandra Cabrera Cedeño¹, Kevin Alejandro Gómez González¹, Jorge Eliecer Rodríguez Marín²,
 Claudia Liliana Valencia Rico³.**

¹Estudiantes de Pregrado en Enfermería Universidad Católica de Manizales.

²Enfermero. Especialista en Cuidado Crítico del Adulto. Docente del Programa Enfermería de la Universidad Católica de Manizales, Colombia.

³Enfermera. Especialista en Rehabilitación Cardiopulmonar. Docente del Programa Enfermería de la Universidad Católica de Manizales, Colombia.

Recibido el 31 de agosto de 2016; aceptado el 12 de diciembre de 2016.

RESUMEN

Introducción: La agencia de autocuidado es la capacidad que tiene un individuo para cuidar de sí mismo; la adherencia al tratamiento se conoce como el grado de comportamientos que corresponden con las recomendaciones del personal de salud. **Objetivo:** Describir la asociación existente entre la agencia de autocuidado y la adherencia al tratamiento farmacológico y no farmacológico de funcionarios universitarios con factores de riesgo cardiovascular modificable. **Metodología:** Estudio cuantitativo de tipo descriptivo, cuya muestra fueron 41 funcionarios universitarios. Se aplicó la escala de valoración de agencia de autocuidado y el cuestionario relacionado con los factores que influyen en la adherencia a los tratamientos farmacológico y no farmacológico en pacientes con factores de riesgo de enfermedad cardiovascular. **Resultados:** Los factores de riesgo cardiovascular más prevalentes fueron la hipertensión 55%, dislipidemias 56% y obesidad 34%. El 100% de los participantes demostró alta agencia de autocuidado, con rangos de respuestas entre 60 - 96 puntos y un promedio global de 76 puntos. El 51% presentaba riesgo de no adherencia y solo el 46% tenían ventaja de adherencia al tratamiento. El promedio global de respuesta fue de 83.5 puntos mostrando riesgo de no desarrollar comportamientos de adherencia. El análisis multivariado

de la adherencia al tratamiento muestra relación lineal entre las dimensiones relacionadas con la terapia y los factores socioeconómicos. Los funcionarios que presentaban riesgo de no desarrollar adherencia, se caracterizaban especialmente por padecer dislipidemia y obesidad. **Conclusión:** No se encontró asociación entre la agencia y la adherencia al tratamiento, sin embargo, la mitad de los participantes presentaba riesgo de no adherencia, que se vio afectada de manera directa por las dimensiones relacionadas con la terapia y los factores socioeconómicos. **Palabras clave:** autocuidado, cumplimiento de la medicación, factores de riesgo.

ABSTRACT

Introduction: Self-care agency is the capacity of an individual to take care of himself; adherence to treatment is known as the degree of behaviors that coincide with the recommendations provided by the health-care workers. **Objective:** To describe the existing association between the self-care agency and the adherence to pharmacological and non-pharmacological treatment in university workers with modifiable risk factors of cardiovascular disease. **Methodology:** quantitative, descriptive study, whose sample was composed of 41 members of a university staff. The instruments used to measure included a self-care agency scale and a questionnaire related to the factors that have considerable influence on the adherence to pharmacological and non-pharmacological treatments on patients with modifiable risk factors of cardiovascular disease. **Findings:** the prevailing risk factors of cardiovascular disease were high blood pressure 55%, dyslipidemias 56% and obesity 34%. 100% of the

Dirección para Correspondencia:

Jorge Eliecer Rodríguez Marín. Universidad Católica de Manizales- Caldas- Colombia. Carrera 23 No. 60 - 63 - PBX.

(57) (6) 8933050 Extensión 3131-3132.

E-mail: jerodriguez@ucm.edu.co

participants reported a high self-care agency, with response factor ranges between 60-96 and a global average of 76. The 51% presented a non-adherence risk and only the 46% had advantage of adherence to treatment. The global response average had a score of 83.5, showing a risk of non-adherence. The adherence to treatment multivariate analysis shows a linear relationship between the dimensions related to their therapy and the socio-economic. The staff who presented risk of non-adherence were especially the ones characterized by suffering dyslipidemia and obesity. Conclusion: There is not association between the agency and the adherence to the treatment; nevertheless, half of the participants presented risk of non-adherence, which directly was affected by the dimensions related to the therapy and the socio-economic factors.

Key words: self-care, adherence to medication, risk factors.

INTRODUCCIÓN

La adopción de hábitos como el sedentarismo y la ingesta de una dieta no balanceada tiene como consecuencia la aparición de factores de riesgo para propiciar la enfermedad¹. La Organización Mundial de la Salud define como “factor de riesgo” a cualquier rasgo, característica o exposición guiada de un individuo que aumente su probabilidad de sufrir una enfermedad o lesión². En este sentido, los factores de riesgo que se desarrollan con mayor frecuencia a partir de los estilos de vida adoptados en el transcurso del ciclo vital, son aquellos que se relacionan con el riesgo cardiovascular.

Es bien conocido que para el control de los factores de riesgo cardiovascular se recomienda la realización de actividad física frecuente, el consumo de una dieta balanceada y evitar el consumo de tabaco y alcohol³⁻⁴ a pesar de esto, el incremento de enfermedades crónicas no transmisibles (ECNT), en su mayoría de origen cardiovascular, continúan siendo la principal causa de muerte y discapacidad a nivel mundial, tanto en hombres y en mujeres mayores de 45 años, representando una cifra de 3.9 millones de muertes anualmente. Para la región de las Américas se ha proyectado en el año 2030 un incremento del 42.4% de la ECNT⁵. En Colombia, esta problemática se manifiesta con la enfermedad isquémica del corazón como la principal causa de muerte en personas mayores de 55 años⁶, situación que se relaciona con las estadísticas nutricionales que reportan un exagerado aumento del sobrepeso y la obesidad en adultos de 18 a 64 años, siendo más prevalente en las mujeres⁷.

El sedentarismo es un factor determinante en la aparición de obesidad cuando se asocia de manera rutinaria con una ingesta calórica mayor y con roles poco activos que desempeñan los individuos dentro de sus círculos sociales, causando dislipidemias y de manera indirecta, la aparición de hipertensión arterial y diabetes.

Por estos motivos, los estilos de vida son determinantes en el aumento del riesgo cardiovascular y en la aparición de la Enfermedad Cardiovascular (ECV). Estas conductas dependen en gran medida de la capacidad que posee la persona de cuidar de sí misma y de adoptar comportamientos que lo lleven a potenciar su salud; en otras palabras de la capacidad que posea para ser agente de su propio cuidado.

Dorotea Orem, refiere que la agencia de autocuidado implica un proceso de participación dinámica en el cuidado de la propia salud para discernir sobre los factores que debe controlar la persona con el fin de autorregularse, decidiendo lo que puede y debería hacer, valorando y reflexionando sobre las capacidades específicas para mejorar y realizar sus prácticas de cuidado, con el objetivo de satisfacer las demandas de su propio cuidado a lo largo del tiempo y/o en situaciones de alteración del estado de salud⁸.

Cada persona que presenta factores de riesgo cardiovascular puede poseer una capacidad para cuidar de sí misma que se encuentra influenciada por el nivel educativo, socioeconómico, cultural, de género, edad, entre otros condicionantes, que intervienen para lograr un alto nivel de agencia de cuidado o, por el contrario, un déficit para cuidar de sí misma; esta última condición puede afectar la adherencia al tratamiento farmacológico y no farmacológico, teniendo en cuenta que el cumplimiento del tratamiento es producto de la valoración y reflexión que hace el individuo de su problema particular, y como consecuencia, decide adoptar o no, las indicaciones ofrecidas por los profesionales de salud⁹⁻¹⁰.

La adherencia al tratamiento según Haynes y Rand¹¹⁻¹² “Es el grado en que, el comportamiento de una persona (tomar el medicamento, seguir un régimen alimentario y ejecutar cambios del modo de vida) corresponde con las recomendaciones acordadas de un prestador de asistencia sanitaria”; asimismo, expresan que la adherencia es la conducta del paciente con relación a la toma de medicación, seguimiento de una dieta o la modificación de su estilo de vida, que coinciden con las indicaciones dadas por su médico¹³.

Desde el 2004, la OMS estableció diferentes dimensiones que influyen en la adherencia al tratamiento, las cuales se relacionan con diversos factores de tipo personal, con la atención médica, la enfermedad y con el tratamiento en sí mismo¹². Al evaluar estas dimensiones se puede determinar que tanto interfieren en la persona, de manera independiente o interdependiente de acuerdo con su nivel de agencia de autocuidado.

El presente estudio, tuvo como objetivo, describir la asociación existente entre el nivel de agencia de autocuidado y la adherencia al tratamiento farmacológico y no farmacológico de los funcionarios de una institución universitaria que presentaban factores de riesgo cardiovascular modificable.

METODOLOGÍA

Estudio con enfoque cuantitativo de tipo descriptivo y diseño no experimental realizado en los funcionarios de una institución universitaria de la ciudad de Manizales-Colombia. Inicialmente se realizó un rastreo activo en el total de la población (N=393) en búsqueda de los funcionarios que tuvieran factores de riesgo cardiovascular modificable como: hipertensión, diabetes o dislipidemia y que se encontraran recibiendo tratamiento farmacológico y/o no farmacológico para el manejo de alguna de estas enfermedades. Adicionalmente se tomaron medidas antropométricas (peso, talla e índice de masa corporal) para identificar estados de sobre peso y obesidad. Al finalizar el rastreo se obtuvo una muestra no probabilística de 41 funcionarios que correspondían al total de personas que cumplían con las condiciones anteriormente mencionadas y que decidieron participar en el estudio, lo que corresponde a un 89% de la población que presentaba factores de riesgo cardiovascular.

Para la recolección de la información se realizó la lectura del consentimiento informado a cada uno de los participantes donde se aclaró sobre la participación de carácter voluntario; se suministró información sobre los beneficios y riesgos de participar en el estudio y posteriormente, se procedió a explicar cada uno de los instrumentos a utilizar para evaluar la agencia de autocuidado y la adherencia al tratamiento.

Para determinar el nivel de agencia se utilizó la Escala de Valoración de Agencia de Autocuidado (ASA), versión adaptada para Colombia¹⁴. Dicha escala está compuesta por 24 ítems, de los cuales los 4 de ellos son negativos. Las respuestas se dan en escala tipo likert con 4 opciones (Nunca 1, Casi Nunca 2, Casi Siempre 3 y Siempre 4). Las posibles puntuaciones de este instrumento tienen un rango entre 24 y 96 puntos. Los resultados se interpretan teniendo en cuenta puntuaciones de 24 a 59 como “baja capacidad de agencia de autocuidado” y puntuaciones de 60 a 96, como “alta capacidad de agencia de autocuidado”. La confiabilidad de este instrumento en la población Colombiana muestra un alfa Cronbach de 0,744¹⁵.

Para identificar la adherencia al tratamiento farmacológico y no farmacológico se utilizó el instrumento para evaluar la adherencia a tratamientos en pacientes con factores de riesgo cardiovascular¹⁶. Este cuestionario consta de 53 ítems de los cuales 19 son negativos y 34 positivos, repartidos en 4 dimensiones: factores socio-económicos, factores relacionados con el paciente, factores relacionados con el sistema sanitario y factores propios del tratamiento. Cada ítem se responde de acuerdo a una escala likert que presenta tres opciones de respuesta (Nunca 0, A Veces 1, Siempre 2). La sumatoria de todos los ítems permite identificar la puntuación para el nivel de adherencia. Las posibles puntuaciones de este instrumento tienen un rango entre 0 y 106 puntos. La categorización de los resultados se realiza teniendo en cuenta que, puntuaciones entre 84.8-106 puntos (80-100%) se interpretan como “ventaja para adherencia”, las puntua-

ciones entre 63.6-83.7 puntos (60-79%) indicarían “riesgo de no desarrollar comportamientos de adherencia” y las puntuaciones <63.6 (60%) se interpretan como “no poder responder con comportamientos de adherencia”. La confiabilidad de esta escala ha sido demostrada con un alfa de Cronbach de 0.82. En la actualidad, este instrumento cuenta con una versión modificada de 24 ítems que ha demostrado una confiabilidad similar con un alfa Cronbach de 0.84¹⁷. Para el presente estudio, se utilizó la versión de la escala que contiene 53 ítems.

Para obtener la información de ambos instrumentos, se otorgó a cada participante un lapso de tiempo entre 2 a 24 horas que permitiera facilitar su diligenciamiento; tras este período de tiempo se verificó que cada instrumento estuviera completamente diligenciado y se procedió a procesar la información en el software IBM SPSS versión 22.

Se realizó una descripción inicial de los datos sociodemográficos y de los factores de riesgo cardiovascular encontrados en los participantes mediante estadística descriptiva explicada en porcentajes y con medidas de tendencia central.

Las variables relacionadas con el autocuidado y la adherencia al tratamiento se analizaron teniendo en cuenta puntajes mínimos y máximos obtenidos en las muestras y el promedio del puntaje global de cada cuestionario; además, se realiza explicación de los ítems que reportaron mayor frecuencia de respuesta en la variable de autocuidado y en las dimensiones que se relacionan con la adherencia al tratamiento.

Por último, se realizó análisis multivariado teniendo en cuenta algunos datos sociodemográficos, los factores de riesgo cardiovascular encontrados y los resultados de la adherencia al tratamiento.

RESULTADOS

DATOS SOCIO-DEMOGRÁFICOS

Del total de la muestra se encontró que el 65.8% eran hombres y el 34.2% mujeres. El dato mínimo de edad fue de 25 años y el máximo de 71 años, con un promedio de 45 años para todo el grupo. Al distribuir las personas por grupos de edad se encontró que la mayor parte de la muestra (75.6%) eran funcionarios clasificados como adultos maduros (personas entre los 35 a 64 años).

Con respecto al cargo que ocupaban en la institución educativa, se encontró que el 36% de los funcionarios eran docentes, personal de soporte el 26.8%, asistentes, auxiliares o secretarías el 25% y directivos el 12.2%.

FACTORES DE RIESGO CARDIOVASCULAR

Al analizar el índice de masa corporal se encontró que solo el 38% presentaba un peso adecuado para su talla, mientras que el 34% se encontraba en sobrepeso y el 34% en obesidad; ningún funcionario presentaba delgadez.

En el interrogatorio realizado el 55% de los funcionarios manifestaron ser hipertensos y el 56% presentaban dislipidemias. Con respecto al hábito del cigarrillo, solo el 7.3% eran personas fumadoras.

AGENCIA DE AUTOCUIDADO:

Se obtuvo un puntaje mínimo de 60 y máximo de 96 puntos en la escala ASA, con un promedio global de 76 puntos, por lo tanto, todos los valores encontrados indican alta capacidad de agencia de autocuidado en el 100% de los participantes.

Al realizar el análisis por ítems de la escala ASA se identificaron las mayores frecuencias reportadas en cada opción de respuesta; los ítems con más alta y baja calificación que demuestran operaciones de autocuidado eficientes y deficientes se muestran en la tabla 1.

Al analizar la fiabilidad de los datos obtenidos en la escala ASA se obtiene un alfa de Cronbach de 0.88.

Tabla 1. Operaciones de autocuidado con más altas frecuencias de respuesta.

VARIABLE AUTOCUIDADO		FRECUENCIA DE RESPUESTAS	%
ÍTEMS DE LA ESCALA ASA QUE DEMOSTRARON OPERACIONES EFICIENTES DE AUTOCUIDADO	CASI SIEMPRE O SIEMPRE, PUEDO HACER LO NECESARIO PARA MANTENER LIMPIO EL AMBIENTE DONDE VIVO.	41	100
	SI YO NO PUEDO CUIDARME, CASI SIEMPRE O SIEMPRE, PUEDO BUSCAR AYUDA.	40	97,5
	SI MI SALUD SE VE AFECTADA, CASI SIEMPRE O SIEMPRE, PUEDO CONSEGUIR LA INFORMACIÓN NECESARIA SOBRE QUÉ HACER.	39	95
	CON TAL DE MANTENERME LIMPIO, CASI SIEMPRE O SIEMPRE, PUEDO CAMBIAR LA FRECUENCIA CON QUE ME BAÑO.	38	92
	CASI SIEMPRE O SIEMPRE, EXAMINO MI CUERPO PARA VER SI HAY ALGÚN CAMBIO.	38	92
	CUANDO NECESITO AYUDA, CASI SIEMPRE O SIEMPRE, PUEDO RECURRER A MIS AMIGOS DE SIEMPRE.	37	90
	CUANDO OBTENGO INFORMACIÓN SOBRE MI SALUD, CASI SIEMPRE O SIEMPRE, PIDO EXPLICACIONES SOBRE LO QUE NO ENTIENDO.	37	90
ÍTEM DE LA ESCALA ASA QUE DEMOSTRÓ OPERACIONES DEFICIENTES DE AUTOCUIDADO	DEBIDO A MIS OCUPACIONES DIARIAS, CASI SIEMPRE O SIEMPRE, ME RESULTA DIFÍCIL SACAR TIEMPO PARA CUIDARME.	38	92
	CASI SIEMPRE O SIEMPRE, ME FALTAN LAS FUERZAS NECESARIAS PARA CUIDARME COMO DEBO.	24	58
	PIENSO EN HACER EJERCICIO Y DESCANSAR UN POCO DURANTE EL DÍA PERO NUNCA O CASI NUNCA LLEGO A HACERLO.	23	56

ADHERENCIA AL TRATAMIENTO

El promedio de respuesta en el cuestionario de adherencia fue de 83.5 puntos; resultado equivalente a un riesgo de no desarrollar comportamientos de adherencia. Al identificar el porcentaje de funcionarios por ca-

tegorías obtenidas se evidencio que el 2.4% de la población tienen comportamientos de no adherencia, el 51.2% presentaban un riesgo de no adherencia y solo el 46.3% presentaba ventaja de adherencia al tratamiento farmacológico y no farmacológico.

Por otro lado, se analizaron cada una de las dimensiones de acuerdo a la frecuencia de respuesta otorgada encontrando que, las dimensiones que favorecen la ventaja de adherencia al tratamiento son aquellas relacionadas con el aspecto socioeconómico y los factores relacionados con el paciente. Por el contrario, la dimensión que mayor frecuencia de respuesta reporta para no beneficiar com-

portamientos de adherencia es la que se relaciona con el proveedor de salud (Tabla 2).

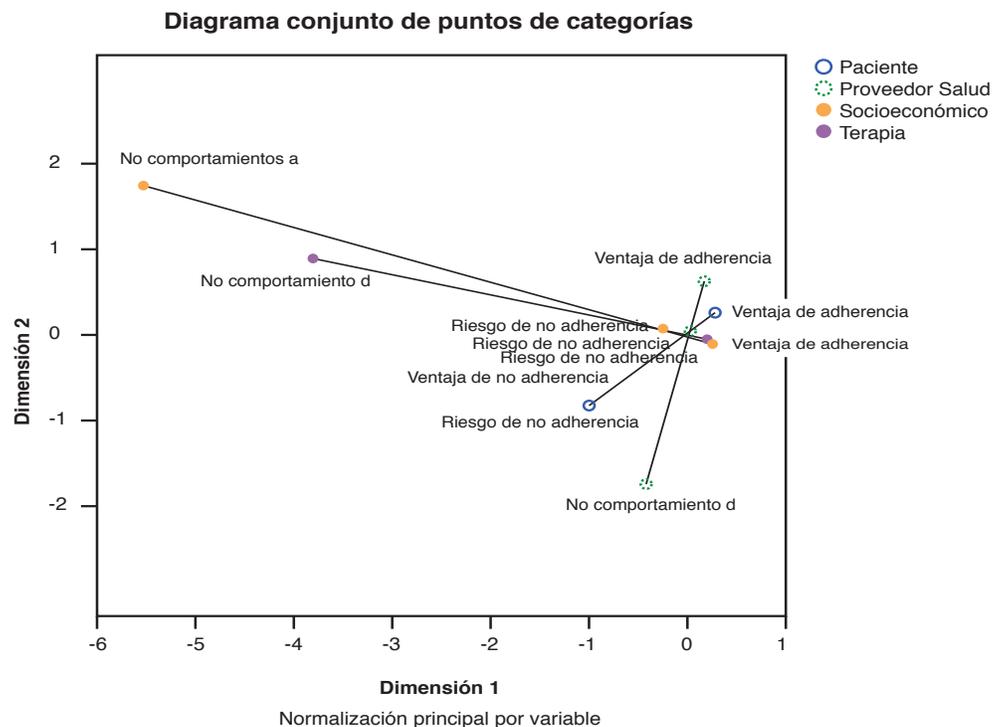
Al analizar la fiabilidad de los datos obtenidos en el cuestionario de adherencia se obtiene un alfa de Cronbach de 0.88.

Tabla 2. Frecuencia de respuestas obtenidas en las dimensiones del cuestionario de adherencia al tratamiento.

Dimensión	No comportamientos de adherencia	Riesgo de no adherencia	Ventaja de adherencia
Factores socioeconómicos.	1	8	32
Factores relacionados con el proveedor de salud.	8	11	22
Factores relacionados con la terapia.	2	11	28
Factores relacionados con el paciente.	0	9	32

Al analizar las cuatro dimensiones del instrumento de adherencia a través de un diagrama de conjunto de puntos por categorías, con el fin de evidenciar las relaciones que en mayor o menor medida generan el resultado global de la adherencia, se encontró que existe una relación lineal fuerte entre los factores relacionados con la terapia y los factores socioeconómicos, demostrando que estas dos dimensiones caracterizan el nivel final de la adherencia de los individuos de este estudio (Gráfico 1).

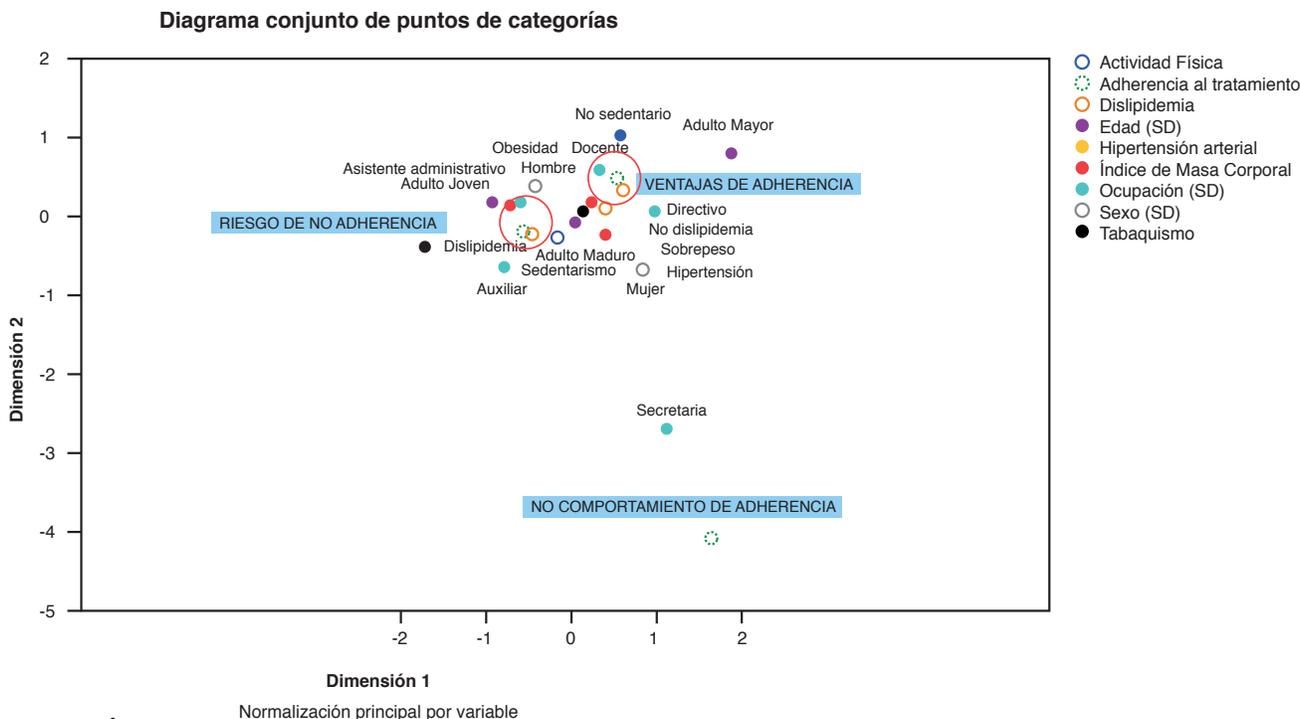
Gráfico 1. Dimensiones relacionadas con la Adherencia al Tratamiento.



De igual forma, se realizó un análisis multivariado a través de la reducción de dimensiones por escalamiento óptimo, teniendo en cuenta las variables sociodemográficas y el nivel de adherencia al tratamiento (Gráfico 2), encontrando que los comportamientos de no adherencia no guardan una relación directa con ninguna de las variables sociodemográficas, mientras que las personas que tienen comportamientos en la categoría de riesgo

de no adherencia son aquellas que se caracterizan por padecer dislipidemia y obesidad, siendo principalmente los representantes de este grupo los funcionarios con cargo administrativo; por otra parte las personas que tienen comportamientos que reflejan una ventaja de adherencia son aquellas que no presentan dislipidemia y que tienen por ocupación la docencia.

Gráfico 2. Diagrama correlación adherencia y datos sociodemográficos.



DISCUSIÓN

Inicialmente se debe precisar que la gran mayoría de las investigaciones relacionadas con el tema de autocuidado y adherencia al tratamiento, se han realizado en personas que se encontraban institucionalizadas en clínicas, o hacían parte de un programa de salud para el control de alguna enfermedad específica; por lo tanto, los resultados en algunas variables sociodemográficas no encuentran correspondencia con lo reportado en la literatura, debido a que el presente estudio fue desarrollado en población de adultos que laboraban en institución universitaria.

La mayor parte de los participantes de esta investigación eran adultos maduros (con edades comprendidas entre los 35 - 64 años), contrario a lo reportado en otras investigaciones, donde los participantes a quienes se les evaluó el nivel de agencia o la adherencia al tratamiento, por lo general eran adultos mayores de 60 años¹⁸⁻¹⁹⁻²⁰; sin embargo, en investigaciones más actuales relacionadas con el tema, se han reportado grupos de edad más jóvenes que corresponden a adultos maduros que presentan factores de riesgo cardiovascular como en la presente investigación²¹⁻²²⁻²³⁻²⁴. Esto demuestra que

el fenómeno del riesgo cardiovascular se ha instaurado en las poblaciones más jóvenes a medida que pasa el tiempo, coincidiendo con los reportes realizados a nivel de Latinoamérica, que señalan una incidencia que crece más deprisa y alcanza altas tasas de enfermedad no transmisible en un período mucho más corto en los países de bajos ingresos²⁵.

En lo que respecta al nivel de escolaridad y al estrato socioeconómico, se encontró solo una investigación con población similar en la que se reportan personas que en su mayoría contaban con estudios técnicos y universitarios, que vivían en estrato 2 y 3, quienes fueron evaluados en el tema de la adherencia al tratamiento farmacológico para el control del riesgo cardiovascular²³, los demás estudios presentados en esta discusión, describen personas con un nivel de escolaridad primaria pertenecientes a los estratos 1 y 2¹⁸⁻¹⁹⁻²²⁻²⁴.

En cuanto a factores de riesgo cardiovascular, 3 estudios describen como factores de mayor prevalencia, la hipertensión, las dislipidemias y la obesidad, de la misma forma en que se reportan en la presente investigación¹⁸⁻²³⁻²⁴. Esto demuestra nuevamente que la enfermedad hipertensiva es el principal factor de riesgo

cardiovascular y un esencial causante de enfermedades cardiovasculares que generan complicaciones que podrían ser evitables mediante estrategias de autocuidado y con el cumplimiento de la medicación¹⁹⁻²².

Con relación al autocuidado, la escala ASA muestra puntuaciones que ubican al 100% de los participantes en alta agencia de autocuidado, resultado que no coinciden con otros estudios revisados en los que se reportan capacidades de autocuidado bajas y medias para personas hipertensas²⁶ y diabéticas²⁷ que fueron valoradas con la misma escala.

Al revisar las frecuencias de respuesta en las operaciones de autocuidado se puede evidenciar que a pesar de que los funcionarios obtuvieron puntuaciones altas, un gran porcentaje (92%) respondió que debido a sus ocupaciones diarias casi siempre o siempre le resultaba difícil sacar tiempo para cuidarse, de igual forma, más de la mitad de ellos respondieron que casi siempre o siempre les faltaban fuerzas necesarias para cuidarse y que el hábito del ejercicio físico era una operación de autocuidado que nunca o casi nunca llegaba a realizarse. Estas falencias identificadas en el autocuidado, coinciden con la gran proporción de personas que se encontraron con sobrepeso y obesidad (68%); además, son hallazgos similares a los reportados en estudios previos donde las personas obtuvieron bajos puntajes en estos mismos ítems de la escala ASA²⁶⁻²⁷ que dan cuenta de las operaciones de autocuidado relacionadas con la actividad y el reposo.

Al respecto de las operaciones de autocuidado Dorotea Orem menciona factores condicionantes para el cuidado de sí mismo como lo son: la edad, el sexo, el estado de desarrollo, estado de salud, la orientación sociocultural, factores del sistema de salud (diagnóstico y modalidades de tratamiento), factores de índole familiar y del patrón de vida que incluyen las actividades rutinarias, factores ambientales y disponibilidad de recursos, que en muchas ocasiones no permiten que las demandas del autocuidado sean satisfechas²⁸. Para el caso específico de los participantes de este estudio, se puede decir que por las respuestas emitidas en la escala ASA, el patrón de vida es un condicionante que puede interferir en su autocuidado. Por estos motivos las operaciones de autocuidado no pueden ser valoradas como un listado de requisitos cumplidos o no cumplidos, ya que deben coincidir con la presencia o ausencia de indicadores de salud que evidencien el impacto del propio cuidado en cada persona; en este sentido, a pesar de que los resultados de este estudio muestran alto nivel de autocuidado en la población valorada, se evidencia la presencia de factores de riesgo cardiovascular no controlados como el peso corporal y prevalencia de hipertensión en la mayoría de los participantes.

Con relación a la adherencia al tratamiento farmacológico y no farmacológico, el presente estudio reportó que solo el 2.4% de la población tienen comportamientos de no adherencia, el 51.2% tienen un riesgo de no adherencia y solo el 46.3% presenta una ventaja de adherencia;

contrario a lo encontrado por Flórez Torrez²⁰ en un hospital de tercer nivel donde el 88% de las personas valoradas tenía comportamientos de adherencia y sólo un 12% presentó riesgo moderado de no adherirse al tratamiento. De la misma forma Ortega y Vargas²³ reportaron en su estudio un mayor porcentaje de personas con ventaja para la adherencia con un 67% y con riesgo de no adherirse al tratamiento en el 29% de las personas.

Lo anterior demuestra que en los estudios citados, las personas presentan mayor comportamiento de adherencia al tratamiento, frente a los hallazgos reportados en esta investigación; sin embargo, se debe mencionar que más del 90% de la población que participó del actual estudio pertenece a un nivel socioeconómico, medio-alto y se encontraban vinculados a un régimen contributivo dentro del sistema de salud colombiano, contrario a los estudios revisados donde la población pertenecía a estratos bajos y cuyo nivel educativo es menor; en este sentido, un hallazgo importante a tener en cuenta es el hecho que las variables sociodemográficas como el estrato socioeconómico y el nivel educativo no son factores asociados a la ventaja de adherencia en esta población ya que el 53.6% de la población no tiene comportamientos de ventaja de adherencia.

Por otro lado, como hallazgos similares a la presente investigación, se puede mencionar el estudio realizado por Herrera-Guerra²² relacionado con la adherencia al tratamiento en personas con hipertensión arterial, quien encontró que el 42% de la población valorada se ubicó en riesgo de no desarrollar comportamientos de adherencia, el 39%, con ventaja de adherencia y tan solo un 19% con comportamientos de no adherencia, datos similares a los del presente estudio; además de esto, Herrera-Guerra describe que las dimensiones que tienen mayor influencia en el resultado final de la adherencia al tratamiento son aquellas que se relacionan con los factores socioeconómicos y los factores que respectan a la terapia farmacológica, hallazgos que de igual forma se reportan en el presente estudio.

Por último, al comparar las dimensiones que afectan la adherencia al tratamiento se observa que los ítems de la dimensión socioeconómica fueron un factor que presentaba ventaja de adherencia, dato similar al encontrado por Ortega y Vargas donde una de las mayores frecuencias de respuesta para la ventaja de adherencia se obtuvieron en esta dimensión²³, como hallazgo contrario Fontal-Vargas reporta en su estudio de tesis, que la dimensión socioeconómica era uno de los aspectos que no favorecía la ventaja de adherencia²⁴.

CONCLUSIÓN

Existe una adecuada agencia de autocuidado en el total de los funcionarios de la institución universitaria según los resultados arrojados por el instrumento de evaluación de agencia de autocuidado; sin embargo, se evidencian falencias en la adherencia al tratamiento en la población objeto de estudio, ya que existe prevalencia

de comportamientos que ponen en riesgo la adherencia al tratamiento farmacológico y no farmacológico. Por estos motivos no se puede llevar a cabo un análisis de asociación entre las variables del autocuidado y la adherencia al tratamiento.

El autocuidado se ve influenciado por actos negativos como malos hábitos alimenticios, escasa búsqueda de información en situaciones en las cuales se encuentre afectada la salud, dificultad en la organización del tiempo libre para cuidar de sí mismo y actos positivos como el mantenimiento limpio del ambiente donde vive, buscar ayuda en situaciones de dificultad y manejar situaciones de estrés sin cambiar su personalidad.

A pesar de que la población del estudio pertenece a un nivel socioeconómico medio-alto la mayoría de los participantes en un 51.2% presentan riesgo de no adherencia al tratamiento, el resultado de adherencia se encuentra afectada de manera directa por las dimensiones relacionadas con la terapia y los factores socioeconómicos.

Es importante realizar más estudios que comparen instrumentos de medición de la capacidad de autocuidado, mediante los cuales se pueda precisar de una mejor forma si la percepción de la agencia se ve modificada por factores sociodemográficos y clínicos.

Los investigadores expresan no tener conflictos de interés a pesar de ser estudiantes y docentes de la institución.

REFERENCIAS

1. [Hoyos-Loaiza C, Jiménez-Montoya MA, Valencia-Molina MP, Valencia Rico CL, Rodríguez-Marín JE. Factores de riesgo Cardiovascular modificables y agencia de autocuidado en funcionarios de una institución universitaria de la Ciudad de Manizales \(Colombia\), 2014. Arch Med \(Manizales\) 2015; 15\(2\): 266-80.](#)
2. [Organización Mundial de la Salud. Temas de salud: Factores de Riesgo. \[Internet\] Colombia: OMS; 2016. Disponible en: \[http://www.who.int/topics/risk_factors/es/\]\(http://www.who.int/topics/risk_factors/es/\)](#)
3. [Cordero A, Masia MD, Galve E. Physical Exercise and Health. Rev Esp Cardiol. 2014; 67\(9\):748-753.](#)
4. [Organización Mundial de la Salud \(OMS\). Informe sobre la situación mundial de las enfermedades no transmisibles. Resumen de orientación. Ginebra: Organización Mundial de la Salud \(OMS\); 2010.](#)
5. [Organización Panamericana de la Salud. OPS. Enfermedades No transmisibles: Construyamos un Futuro más Saludable. \[Internet\]; 2011. Disponible en: \[file:///D:/usuario/Downloads/ENTAmericas2011%20\\(1\\).pdf\]\(file:///D:/usuario/Downloads/ENTAmericas2011%20\(1\).pdf\)](#)
6. [Ministerio de Salud y Protección Social de la República de Colombia. Colciencias. Guía de práctica clínica para el síndrome coronario agudo. Guía para profesionales de la salud N° 17. Bogotá DC: Ministerio de Salud y Protección social de la República de Colombia. Colciencias; 2013.](#)
7. [Ministerio de Protección Social. Encuesta Nacional de la situación nutricional en Colombia. ENSI. \[Internet\]; 2010 Disponible en: <http://www.icbf.gov.co/portal/page/portal/Descargas1/Resumenfi.pdf>](#)
8. [Berbiglia VA, Banfield B. Teoría del déficit de autocuidado. En: Raile-Alligood M, Marriner Tomey A. Modelos y Teorías en Enfermería. España: Elsevier Mosby; 2011. P. 269-280.](#)
9. [Rodríguez-Acelas AL, Gómez-Ochoa AM. Factores influyentes en adherencia al tratamiento en pacientes con riesgo cardiovascular. Av. enferm. 2010; 28 \(1\): 63-71.](#)
10. [Arredondo-Holguín E. Comportamientos y capacidad de agencia de autocuidado de adultos con insuficiencia cardiaca. Av. enferm. 2010 28 \(1\): 21-30.](#)
11. [Zuart-Alvarado R, Ruiz Morales HJ, Vázquez-Castellanos JL, Martínez-Torres J, Linaldi-Yépez F. Adherencia a hipoglucemiantes en diabéticos de una unidad médica familiar del estado de Chiapas. Revista Salud Pública y Nutrición. 2010; 11 \(4\).](#)
12. [Sanahuja M.A, Villagrasa V, Martínez-Romero F. Adherencia Terapéutica. Pharm Care Esp. 2012; 14\(4\): 162-167.](#)
13. [Núñez-Montenegro AJ, Montiel-Luque A, Martín-Aurioles E, Torres-Verdúd B, Lara-Moreno C, González-Correa JA. Adherencia al tratamiento en pacientes polimedicados mayores de 65 años con prescripción por principio activo. Aten Primaria. 2014; 46\(5\): 238-245.](#)
14. [Velandia-Arias A, Rivera-Álvarez LN. Confiabilidad de la escala Apreciación de la agencia de autocuidado \(ASA\), segunda versión en español, adaptada para población colombiana. Av. enferm. 2009; XXVII \(1\): 38-47.](#)
15. [Manrique F, Fernández A, Velandia A. Análisis factorial de la Escala Valoración de Agencia de Autocuidado \(ASA\) en Colombia. Aquichan](#)

- 2009; 9(3):222-235.
16. [Bonilla-Ibáñez CP, Gutiérrez de Reales E. Desarrollo y características psicométricas del instrumento para evaluar los factores que influyen en la adherencia a tratamientos farmacológicos y no farmacológicos en personas con factores de riesgo de enfermedad cardiovascular. Av. enferm. 2014; XXXII \(1\): 53-62.](#)
 17. [Ortiz-Suárez C. Instrumento para evaluar la adherencia a tratamientos en pacientes con factores de riesgo cardiovascular. Av. enferm. 2010; XXVIII \(2\): 73-87.](#)
 18. [Velandia-Arias A, Rivera-Álvarez LN. Agencia de Autocuidado y Adherencia al Tratamiento en Personas con Factores de Riesgo Cardiovascular. Rev. salud pública. 2009; 11 \(4\): 538-548.](#)
 19. [Castaño-Castrillón JJ, Echeverri-Rubio C, Giraldo-Cardona JF, Maldonado-Mora A, Melo-Parra J, Meza-Orozco JA, et al. Adherencia al tratamiento de pacientes hipertensos atendidos en Assbasalud ESE, Manizales \(Colombia\) 2011. Rev. Fac. Med. 2012; 60 \(3\): 179-197.](#)
 20. [Flórez-Torres IE. Adherencia a tratamientos en pacientes con factores de riesgo cardiovascular. Av. enferm. 2009; 27\(2\): 25-32.](#)
 21. [Rodríguez-Acelas AL, Gómez-Ochoa AM. Factores influyentes en adherencia al tratamiento en pacientes con riesgo cardiovascular. Av. Enferm. 2010, XXVIII \(1\): 63-71.](#)
 22. [Herrera-Guerra E. Adherencia al tratamiento en personas con hipertensión arterial. Av. enferm. 2012; XXX \(2\): 67-75.](#)
 23. [Ortega OSI, Vargas RE. Grado de adherencia a tratamientos en personas con riesgo cardiovascular. Av. enferm. 2014; 32\(1\):25-32.](#)
 24. [Fontal-Vargas PA. Adherencia al tratamiento farmacológico y no farmacológico en pacientes con factores de riesgo cardiovascular del Hospital Divino Niño de Buga Valle. \[Tesis para optar al título de Magister en enfermería con énfasis en el cuidado para la salud cardiovascular\]. Bogotá: Universidad Nacional de Colombia; 2014.](#)
 25. [Organización Panamericana de la Salud. Enfermedades no transmisibles en las Américas: construyamos un futuro más saludable. 2011. \[Consultado 10 abril de 2016\]. Disponible en: <http://www.oraconhu.org/sites/default/files/OPS%20Libro%20ENT.pdf>](#)
 26. [Vega Angarita OM. Agencia de autocuidado en hipertensos usuarios de un hospital universitario en Cúcuta \(Colombia\). Salud Uninorte. Barranquilla. 2014; 30\(2\): 133-145.](#)
 27. [Contreras-Orozco A, Contreras-Machado A, Hernández-Bohórquez C, Castro Balmaceda MT, Navarro-Palmett LL. Capacidad de autocuidado en pacientes diabéticos que asisten a consulta externa. Sincelejo, Colombia. Investig. Andina. 2013; 15\(26\): 667-678.](#)
 28. [Olivella-Fernández MC, Bastidas-Sánchez CV, Castiblanco-Amaya MA. La adherencia al autocuidado en personas con enfermedad cardiovascular: abordaje desde el Modelo de Orem. Aquichán. 2012; 12\(1\): 53-61.](#)