

CONOCIMIENTO SOBRE ENFERMEDAD CORONARIA EN FAMILIARES DE PACIENTES CON EVENTO CARDIOVASCULAR

MARCELA ADASME¹, GIOVANNA VALENTINO², MA JOSÉ BUSTAMANTE³,
CINTHIA CASASBELLAS⁴, LORENA ORELLANA⁵, MÓNICA ACEVEDO⁶

Recibido para publicación: 23-04-2019 - Versión corregida: 17-05-2019 - Aprobado para publicación: 09-07-2019

Adasme M, Valentino G, Bustamante MJ, Casasbellas C, Orellana L, Acevedo M. **Conocimiento sobre enfermedad coronaria en familiares de pacientes con evento cardiovascular.** *Arch Med (Manizales)* 2019; 19(2):352-62. DOI: <https://doi.org/10.30554/archmed.19.2.3319.2019>

Resumen

Objetivo: describir los conocimientos que refieren los familiares de sujetos con enfermedad cardiovascular, previo a la asistencia a un taller educativo. **Materiales y métodos:** estudio descriptivo en 103 familiares de pacientes con enfermedad cardiovascular, que participaron en talleres educativos relacionados con enfermedad coronaria entre marzo y agosto de 2013. Los talleres eran los siguientes: 1. La enfermedad coronaria; 2. Ejercicio en enfermedad cardiovascular; 3. Adherencia a medicamentos y 4. Factores psicosociales y enfermedad cardiovascular. Se compararon diferencias entre proporción de sujetos con conocimiento informal y formal en cada taller. **Resultados:** 103 familiares participaron en los talleres (80% mujeres; edad promedio 49 ± 1.55 años). El 39% refiere no tener ningún conocimiento respecto al tema a tratar. El 28% sí tiene conocimientos sobre el tema y la obtiene de fuentes informales como internet, diarios o revistas. Existió una proporción significativamente mayor de sujetos con conocimiento informal sobre ejercicio y adherencia a medicamentos. **Conclusio-**

Archivos de Medicina (Manizales) Volumen 19 N° 2, Julio-Diciembre 2019, ISSN versión impresa 1657-320X, ISSN versión en línea 2339-3874, Adasme M., Valentino G., Bustamante M.J., Casasbellas C., Orellana L., Acevedo M.

- 1 Enfermera con mención en adulto mayor. División de Enfermedades Cardiovasculares, Pontificia Universidad Católica, Santiago, Chile. Santiago, Chile. ORCID: <https://orcid.org/0000-0002-6927-0370>. Corre e.: mladasme@uc.cl.
- 2 Magister en Ciencias. División de Enfermedades Cardiovasculares, Pontificia Universidad Católica, Santiago, Chile. Santiago, Chile. ORCID: <https://orcid.org/0000-0002-0203-6782>. Correo e.: gvalentino@med.puc.cl.
- 3 Enfermera Matrona. División de Enfermedades Cardiovasculares, Pontificia Universidad Católica, Santiago, Chile. Santiago, Chile. ORCID: <https://orcid.org/0000-0003-3265-7114>. Correo e.: mjbustam@uc.cl.
- 4 Kinesióloga. División de Enfermedades Cardiovasculares, Pontificia Universidad Católica, Santiago, Chile. Santiago, Chile. ORCID: <https://orcid.org/0000-0001-5564-8136>. Correo e.: cinthiacasasbellas@gmail.com.
- 5 Enfermera Matrona. División de Enfermedades Cardiovasculares, Pontificia Universidad Católica, Santiago, Chile. Santiago, Chile. ORCID: <https://orcid.org/0000-0002-2752-8329>. Correo e.: lorellan@med.puc.cl.
- 6 Cardióloga. Profesor Asociado, División de Enfermedades Cardiovasculares, Pontificia Universidad Católica, Santiago, Chile. Santiago, Chile. ORCID: <https://orcid.org/0000-0002-7989-6633>. Correo e.: macevedo@med.puc.cl.

nes: estos resultados muestran que: hay poco conocimiento formal de enfermedad cardiovascular y del manejo de sus factores de riesgo, y alto nivel de apoyo del sexo femenino. La necesidad de educar, reforzar y aclarar el conocimiento para mejorar la adherencia al tratamiento y la prevención de nuevos eventos cardiovasculares, es un trabajo importante de enfermería, que debe desarrollarse prestando especial atención al entorno familiar del paciente.

Palabras clave: *prevención secundaria, cumplimiento y adherencia al tratamiento, enfermedades cardiovasculares.*

Knowledge about coronary disease in relatives of patients with cardiovascular event

Summary

Objective: *to describe the knowledge referred by relatives of subjects with cardiovascular disease prior to attending an educational workshop. Materials and methods:* *descriptive study in 103 relatives of patients with cardiovascular disease, who participated in educational workshops related to coronary disease between March and August 2013. The workshops were the following: 1. Coronary disease; 2. Exercise in cardiovascular disease; 3. Adherence to medications and 4. Psychosocial factors and cardiovascular disease. Differences were compared between proportion of subjects with informal and formal knowledge in each workshop. Results:* *103 relatives participated in the workshop (80% women, average age 49 ± 1.55 years). 39% report having no knowledge about the subject to be treated. 28% do have knowledge about the subject and get it from informal sources such as the internet, newspapers or magazines. There was a significantly higher proportion of subjects with informal knowledge about exercise and medication adherence. Conclusions:* *these results show that: there is little formal knowledge of cardiovascular disease and the management of its risk factors, and high level of support of the female sex. The need to educate, reinforce and clarify knowledge to improve adherence to treatment and the prevention of new cardiovascular events, is an important work of nursing, which should be developed paying special attention to the patient's family environment.*

Key words: *secondary prevention, compliance and adherence to treatment, cardiovascular diseases.*

Introducción

Las enfermedades cardiovasculares (ECV) incluyendo la enfermedad coronaria y los accidentes cerebrovasculares, son la principal causa de muerte y enfermedad en Chile y en todo el mundo [1]. Según el Instituto Nacional de Estadísticas, para el año 2011 se reportó

una tasa de 149,3 defunciones por causa cardiovascular [2].

Las enfermedades crónicas o no transmisibles implican cambios en el estilo de vida radicales y de larga duración, por lo tanto, no siempre, conllevan la adherencia al tratamiento y al autocuidado [3]. Un gran porcentaje de los

sujetos coronarios suelen padecer más de una enfermedad crónica y por tanto conviven muchas veces con la polifarmacia, sin comentar que muchos de éstos son longevos y suelen tener un pobre autocuidado. Es común que dejen de tomar la medicación; luego de seis meses de haber comenzado un tratamiento, entre el 30 y el 80% de los pacientes lo abandonan [4,5], ya que piensan que los efectos adversos del tratamiento pueden ser superiores a los efectos benéficos o simplemente porque al pasar el tiempo se sienten mejor y ya no encuentran necesario seguir con la medicación; la dieta también se ve afectada sobretodo en lugares donde está fuertemente arraigada por la cultura y todo lo que se realiza o festeja es entorno a los alimentos, los cuales, no muchas veces son alimentos saludables; finalmente el ejercicio también se ve mermado por los avances tecnológicos los cuales, reemplazan la actividad o la disminuyen drásticamente. Con todos estos cambios y otros que no se han mencionado, la adherencia se ha visto afectada negativamente [4]. Reconocidas estas situaciones, se han intentado diferentes estrategias para mejorar la adherencia al tratamiento, en las que se reconoce que el paciente necesita hacer algo más para mejorar su adherencia.

Las estrategias orientadas en prevención secundaria respecto al control de factores de riesgo han demostrado ser eficaces y superan a los tratamientos médicos y quirúrgicos como principal factor en la disminución de la mortalidad ajustada por edad, asociada a enfermedad coronaria en las últimas dos décadas [6,7].

Dentro de estas estrategias en prevención secundaria, se encuentran los talleres grupales, los cuales son utilizados frecuentemente como herramienta para la educación de enfermería. Es cierto que el sujeto es el principal protagonista en su salud, sin embargo, no se debe descuidar la red de apoyo con la que éste cuenta.

El paciente con enfermedad crónica percibe su enfermedad como un factor que atenta con-

tra la estabilidad de su familia, y a menos que el ambiente familiar se modifique para apoyarlo, gradualmente declina su nivel de adherencia al tratamiento [8,9].

Es importante resaltar que la red de apoyo social abarca distintas dimensiones que son de soporte para el sujeto, por una parte está el apoyo material, donde se provee a la persona de los insumos y servicios para su beneficio, y por otro lado, está el apoyo que se podría considerar intangible, pero no menos importante, como es el apoyo afectivo, la información, el conocimiento, la compañía, etc. Todas en conjunto, pueden actuar como un complemento para la permanencia y efectividad en el tratamiento [10].

Es por esto, que el programa de prevención secundaria perteneciente a la Unidad de Prevención y Rehabilitación Cardiovascular UC-CHRISTUS, tiene como objetivo el apoyo al automanejo y seguimiento del paciente coronario y de su familia. Esta Unidad, forma parte del Departamento de Cardiología de la Red de Salud UC-CHRISTUS, ubicada en la Región Metropolitana de Santiago de Chile y tiene como objetivo entregar a los pacientes cardiovasculares que llegan a su Hospital Clínico, un programa que comprende: entrevista motivacional, seguimientos telefónicos, talleres sobre enfermedad cardiovascular y apoyo constante de un equipo interdisciplinario para resolución de problemas tanto para el sujeto como para su entorno familiar.

El objetivo de este estudio es describir los conocimientos relacionados a factores de riesgo cardiovascular en los familiares de sujetos con enfermedad CV, previo a la asistencia a un taller educativo en prevención secundaria

Materiales y métodos

Estudio descriptivo en 103 familiares (80% mujeres) de pacientes con ECV, que participaron en talleres (T) educativos relacionados con enfermedad coronaria, entre marzo

y agosto de 2013. Todos fueron invitados a participar en esta actividad semanalmente, por la enfermera de prevención secundaria. La convocatoria a los T fue realizada por medio de carteles publicados en el servicio Unidad Coronaria del Hospital Clínico UC, (Santiago, Chile), por correo electrónico, teléfono y vía presencial en horario de visitas. La asistencia era de carácter voluntaria y no tenía ningún costo para el participante. Los sujetos firmaron un consentimiento informado aprobado por el comité de ética de la Universidad para poder utilizar sus datos en forma anónima.

Variables: edad (años), sexo (mujeres, hombres), parentesco (pareja, hijos, otros), nivel educacional (estudios universitarios, estudios técnicos, estudios en enseñanza media, estudios en enseñanza básica), asistencia a talleres (ejercicio, factores psicosociales, enfermedad coronaria, adherencia a medicamentos), domicilio (Santiago de Chile, otras regiones).

Recolección de datos:

Todos los sujetos que asistieron a los T completaron una breve encuesta con información sociodemográfica, una pregunta cerrada y 3 preguntas abiertas sobre el tema a tratar.

Cabe mencionar que esta encuesta no ha sido validada, pero fue creada con el objetivo de saber el conocimiento que tiene la familia de pacientes cardiovasculares sobre enfermedad coronaria.

La pregunta cerrada era la misma para todos los temas y se detalla en la Tabla 1.

Las preguntas abiertas dependían del tema a tratar y se detallan en la Tabla 2.

Justificación de las preguntas realizadas:

Todos los pacientes coronarios que ingresaron en este estudio y la gran mayoría de sus familiares participaron en una capacitación previa al alta. Esta capacitación es realizada por la enfermera de Prevención secundaria,

quien es la misma que realiza los talleres posteriores al alta y que se analizan en este estudio.

Tabla 1. Educación previa recibida por los participantes en el estudio.

¿Dónde aprendió acerca de? (puede marcar más de una alternativa) ☐ No tengo ningún conocimiento. ☐ He leído o escuchado algunas cosas en internet, diarios, radio o televisión. ☐ He asistido a charlas y/o cursos. ☐ He recibido educación de parte del médico. ☐ He recibido educación de parte de la enfermera u otro profesional distinto del médico.
--

Fuente: elaboración propia.

La capacitación al paciente y familiares, previo al alta, abarca distintos tópicos, dando énfasis en:

Respecto a enfermedad coronaria:

- El significado de enfermedad coronaria.
- Significado de "enfermedad crónica".
- Educación de factores de riesgo cardiovasculares y los que presenta cada paciente, individualizando la atención y empoderando al mismo en hacerse cargo de su autocuidado.
- Medidas de prevención de enfermedad coronaria.

Respecto al ejercicio:

- Se aclara y se desmitifica la equivalencia entre actividad física v/s ejercicio.
- Se reflexiona y se identifica de manera general y personal los beneficios que el ejercicio implica sobre todo después de un evento coronario.
- Se explica la preparación y supervisión que debe tener la persona luego de la hospitalización, con respecto a su rutina de ejercicio.

Respecto a la adherencia de medicamentos:

- Se explica que los medicamentos son parte fundamental para evitar futuras complicaciones y además necesarios para tratar los factores de riesgo cardiovasculares.
- Se refuerza la adherencia al tratamiento, explicando efectos positivos y negativos de cada uno de ellos, además del uso crónico de éstos.
- Se identifican estrategias para evitar omisiones o la doble dosis de los medicamentos y por lo tanto recordar la correcta toma de ellos.

Respecto a lo que se relaciona con estrés y enfermedad coronaria:

- Se explican el impacto negativo tanto a nivel biológico como en adherencia ya sea del estrés o depresión en la persona con enfermedad cardiovascular.
- Identificar signos y síntomas de alarma que deberían comentar a su cardiólogo para intervenir oportunamente.

Se explican en detalle los contenidos de esta capacitación porque son estos mismos conceptos que luego se trabajan detalladamente y se evalúan en las encuestas pre-talleres.

Como ya se comentó este es un estudio descriptivo, observacional, donde se evalúa, sin intervención, lo que familiares de pacientes con eventos cardiovasculares, conocen sobre enfermedad coronaria previa a la asistencia y educación en un taller.

Análisis estadístico: se subdividieron los sujetos asistentes a cada taller según conocimiento previo y fuentes de información: a) Fuentes informales (aquellos sin conocimiento previo o conocimiento a través de internet, diario, televisión o radio) y b) Fuentes formales (aquellos con conocimiento obtenido a través del médico, otros profesionales de la salud y/o charlas o cursos). Para determinar si hubo diferencias significativas entre el conocimiento formal o informal en cada taller, se realizó una prueba exacta de Fisher, considerándose significancia estadística un valor p menor al 5%.

Tabla 2. Preguntas realizadas en cada taller.

1. La enfermedad coronaria	a. ¿Cómo podría definir usted qué es enfermedad coronaria? b. Existen algunos factores de riesgo que podrían ocasionar una enfermedad coronaria, entre ellos el colesterol elevado y la diabetes mellitus 2 ¿Usted podría mencionar algún otro factor de riesgo? c. ¿Usted puede evitar sufrir una enfermedad coronaria, cómo?
2. El ejercicio en la enfermedad coronaria	a. Existen diferencias entre realizar ejercicio y actividad física. ¿Usted podría mencionar alguna? b. El realizar ejercicio es muy beneficioso para mantener una vida saludable ¿Qué beneficios puede tener usted al realizar ejercicio? c. Antes de comenzar una rutina de ejercicios debe haber una preparación ¿Cuál cree usted que es la forma adecuada para comenzar a realizar una rutina de ejercicios?
3. Adherencia a medicamentos	a. A Usted le han indicado dos o más medicamentos en horarios específicos ¿Qué consecuencias puede tener para su tratamiento el que no respete dicha indicación? b. ¿Qué haría usted si un medicamento le causa molestias, como dolor estomacal o dolor de cabeza? c. La mejor manera de recordar tomar los medicamentos cuando corresponda es:
4. Relación entre depresión y estrés en la enfermedad coronaria	a. ¿Usted cree que existe relación entre depresión, estrés y enfermedad coronaria? b. ¿Puede mencionar algunas señales de aviso que le indiquen que puede estar frente a un episodio de estrés o depresión? c. ¿Cómo puede usted evitar estresarse o deprimirse y que esto no le afecte su salud?

Fuente: elaboración propia.

Control de sesgos: se realiza el análisis estadístico con el objetivo de poder controlar los posibles sesgos en la recolección de los datos.

Resultados

La Tabla 3 describe los datos demográficos de los participantes. La edad promedio fue 49 años, un 80% eran mujeres y en un 46% eran pareja de los pacientes. El 64% contaba con educación superior (técnico y universitaria) y el 70% residía en la región metropolitana.

Tabla 3. Descripción de los datos demográficos de los participantes.

Edad	49± 1,55 años
Sexo	
Mujeres	83 (80%)
Hombres	20 (20%)
Parentesco	
Pareja	45 (46%)
Hijo	32 (33%)
Otros	26 (21%)
Nivel educacional	
Estudios universitarios	44 (45%)
Estudios Técnicos	19 (19%)
Estudios en enseñanza media	30 (30%)
Estudios en enseñanza básica	9 (9%)
Asistencia a talleres	
Ejercicio	35 (34%)
Factores Psicosociales	28 (27%)
Enfermedad Coronaria	22 (22%)
Adherencia a medicamentos	18 (17%)
Domicilio	
Santiago de Chile	71 (70%)
Otras regiones	32 (30%)

Fuente: elaboración propia.

La Figura 1 indica el conocimiento que tiene el participante, previo al tema que se va a tratar en cada taller. Como se detalló previamente (Tabla 1), estas aseveraciones son estándar a todos los talleres y los participantes podían marcar más de una opción, es por esto que es posible que al sumar las respuestas se pueda obtener un valor mayor al 100%.

Como información a destacar, es posible indicar que el 39% refiere no tener ningún conocimiento respecto al tema a tratar. El 28% refiere que sí tiene conocimientos sobre el tema y la obtiene de fuentes informales como Internet, diarios o revistas.

La Figura 2 compara el número de sujetos que no tienen conocimiento o se informan desde fuentes informales (medios de comunicación) y aquellos que tienen conocimientos previos desde fuentes formales (cursos, médicos y otros profesionales de la salud) en cada taller. Para los temas de ejercicio y adherencia a medicamentos existía una proporción significativamente mayor de sujetos sin conocimiento previo o informados a través de medios informales. En el caso del estrés psicosocial hubo una mayor proporción de sujetos con conocimientos previos formales, sin embargo, no alcanzó significancia estadística ($p=0,06$).

La Tabla 4 describe los resultados obtenidas por cada taller, según la pregunta realizada.

Las principales respuestas fueron: 26% refiere que la enfermedad coronaria es peligrosa, 75% no sabe la diferencia entre ejercicio y actividad física, 5% refiere que el ejercicio después de un evento coronario debe iniciarse con apoyo profesional, 75% reconoce que, no respetar la ingesta de los medicamentos afecta su recuperación, 25% deja de tomar los medicamentos frente a un efecto adverso, 93% conoce la relación entre estrés y enfermedad coronaria y respecto a esto, el 1% buscaría apoyo de un profesional.

Discusión

El conocimiento sobre enfermedad coronaria y las prácticas de autocuidado, en familiares de pacientes con eventos coronarios, es un tema poco estudiado en Chile, a pesar de que no es menos relevante que los cuidados entregados directamente a cada sujeto. Este estudio, es el primero en evaluar los conocimientos pre-

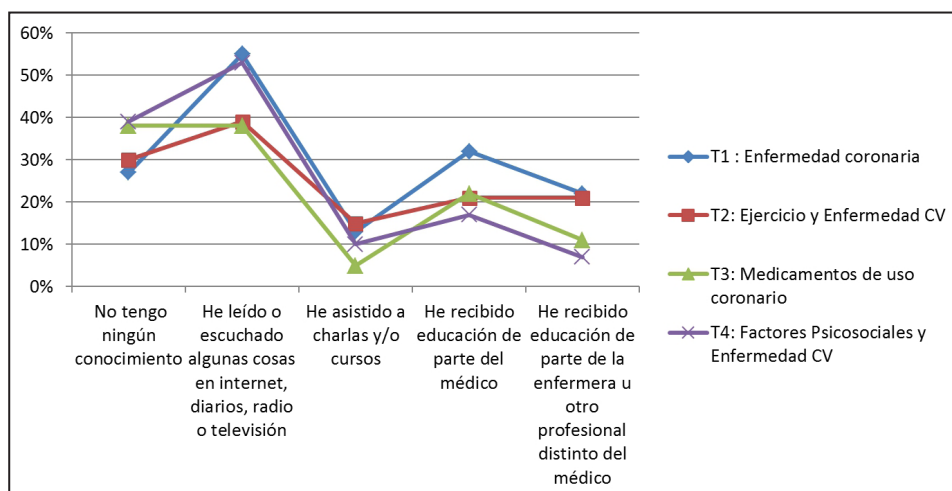


Figura 1. Fuente del conocimiento referido por los sujetos según cada taller (T).

Fuente: elaboración propia.

Resultados expresados en porcentajes según lo referido por cada sujeto.

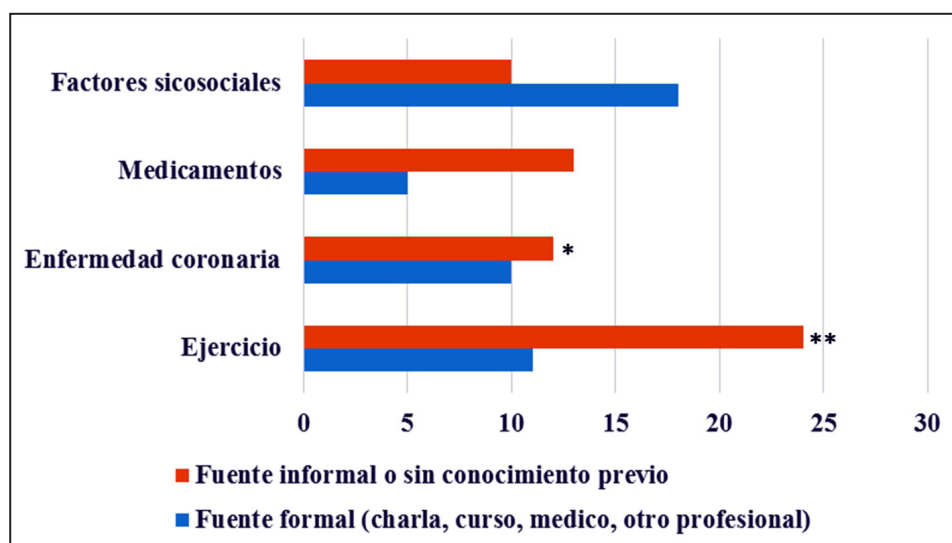


Figura 2. Conocimiento previo según fuentes de información.

Fuente: elaboración propia.

Columnas indican el "n" de sujetos que respondieron según dónde provenía su conocimiento, fuente formal o informal.

Asteriscos indican diferencia significativa según la fuente (*p<0.05 y **p<0.01)

Tabla 4. Respuestas obtenidas en cada taller.

Taller 1: Enfermedad Coronaria	Respuestas	n=23 (%)
Pregunta "a" Definición de Enfermedad Coronaria	Obstrucción de las arterias por grasas	8 (35%)
	Problemas al corazón	7 (30%)
	Enfermedad preocupante, peligrosa	6 (26%)
	Congénito	2 (9%)
Pregunta "b" Factores de riesgo identificados por la persona	Tabaco	10 (43%)
	Hipertensión arterial	7 (30%)
	Drogas - alcohol	6 (26%)
	Sobrepeso u obesidad	6 (26%)
	Dieta	5 (21%)
	Estrés	5 (21%)
	Sedentarismo	4 (17%)
	Colesterol o triglicéridos altos	3 (13%)
	Herencia genética	1 (4%)
	No sabe la causa	1 (4%)

Pregunta "c" Medidas de prevención de enfermedad coronaria	Dieta sana	16 (69%)
	Ejercicio	13 (56%)
	Controles médicos	4 (17%)
	No fumar	4 (17%)
	No sabe	1 (4%)
Taller 2: Ejercicio	Respuestas	n=35 (%)
Pregunta "a" Diferencias entre ejercicio y actividad física	Existen diferencias entre ejercicio y actividad física	25 (9%)
	Menciona ejercicios (baile, natación, etc.)	22 (8%)
	No sabe	8 (3%)
Pregunta "b" Beneficios de realizar ejercicio	Energía, disminuye el estrés	24 (8%)
	Controla el peso	24 (8%)
	Mejora los niveles del colesterol	16 (6%)
	Controla enfermedades como HTA, DM2	14 (5%)
	Mejora la oxigenación del cuerpo	6 (2%)
Pregunta "c" ¿Cómo debe ser una rutina de ejercicio?	Elongar y precalentar	56 (20%)
	Debe ser orientado por un profesional	14 (5%)
	Debe haber una buena alimentación e hidratación	11 (4%)
	No sabe	3 (1%)
Taller 3: Adherencia medicamentos	Respuestas	n=19 (%)
Pregunta "a" Efectos al no respetar la indicación farmacológica	Afecta la recuperación del paciente	75 (14%)
	Aparecen síntomas indeseados	20 (4%)
	No sabe	5 (1%)
Pregunta "b" Acciones que haría la persona frente a efectos adversos	Avisa al médico	70 (13%)
	Los deja de tomar	25 (5%)
	Consulta en un centro médico	5 (1%)
Pregunta "c" ¿Cómo recordar los medicamentos?	Utiliza un pastillero y hace una rutina	40 (8%)
	Lo anota en una parte visible	35 (7%)
	Coloca una alarma	25 (5%)
Taller 4: Relación entre depresión/ estrés y enfermedad coronaria	Respuestas	n=29 (%)
Pregunta "a" ¿Existe relación entre depresión/ estrés y enfermedad coronaria?	Si cree que existe relación	93 (27%)
	No tiene relación	3 (1%)
	No sabe	4 (1%)
Pregunta "b" Señales de aviso de estrés o depresión	Cambios psicológicos	69 (20%)
	Cambios físico	24 (7%)
	No sabe	7 (2%)
Pregunta "c" Medidas de prevención de estrés o depresión	Actividades recreativas/deporte	55 (16%)
	Tomar las cosas con más calma	24 (7%)
	Conversar los problemas	10 (3%)
	No sabe	7 (2%)
	Religión	3 (1%)
	Busca apoyo profesional	1 (0,29%)

Fuente: elaboración propia

vios de los familiares del paciente coronario y demuestra que existe un bajo nivel de conocimiento formal acerca de temas relacionados con la enfermedad coronaria. Los temas con menor conocimiento formal fueron enfermedad coronaria, ejercicio y medicamentos; y por otro

lado el tema con mayor conocimiento formal era el relacionado a factores psicosociales y enfermedad coronaria.

Es importante que el conocimiento que se entregue a la red de apoyo sea claro y preci-

so, ya que no siempre cumple una influencia positiva en este proceso de salud-enfermedad. Las fuentes informativas con las que cuentan los familiares se sustentan muchas veces en opiniones o comentarios sin un sustento científico que los avale, como son las fuentes de internet, revistas o diarios. Se ha reportado en otros estudios que el comportamiento de las personas que rodean al paciente puede incidir de manera negativa sobre su salud [11,12]. En este estudio, fue preocupante la elevada proporción de conocimiento informal en la mayoría de los temas.

Un estudio realizado en prevención primaria, reportó resultados similares con respecto a fuentes de información de los pacientes, en la cual reportaron que sólo un 23% se informaba a través de servicios de salud [13]. En este estudio, dependiendo del tema a tratar, el porcentaje de sujetos que se informaba a través del médico u otros profesionales de salud oscilaba entre un 25 y 50% aproximadamente. Esta diferencia puede deberse a que se trata de familiares de pacientes de prevención secundaria y no primaria. Los medios informales tales como los medios de comunicación e internet son las fuentes más utilizadas, al igual como fue reportado en otro estudio con pacientes de prevención secundaria [14]. Por ello, es importante determinar las barreras que tienen los familiares y pacientes para acceder a medios formales de información.

Un estudio cualitativo realizado en Irán, que incluyó pacientes coronarios, familiares y profesionales de salud, determinó que las principales barreras para encontrar información sobre salud fueron: baja calidad de la información provista, creencias, fe y expectativas del paciente, y dificultades en la búsqueda de información durante la vida diaria, entre otras [15]. Esto da pie, para iniciar políticas de educación que sean efectivas desde enfermería y del equipo de salud hacia los pacientes y sus familiares. No sólo respecto a la enfermedad, sino que también sobre fuentes fiables de infor-

mación, idealmente propias de la institución de salud, para aclarar dudas en caso de no tener acceso directo al profesional de salud.

Es importante realizar la siguiente reflexión, si se sabe que la adherencia al tratamiento, principalmente en enfermedades crónicas o de larga duración, se ven impactadas positivamente por el apoyo social que percibe la persona, [16-20] ¿por qué todavía el equipo de salud no los incorpora de manera más activa al momento de entregar las indicaciones del tratamiento? Varios estudios, indican que solo entre el 40% y el 70% de los pacientes, siguen adecuadamente las indicaciones médicas [21]. Probablemente esto podría mejorar, si se considera la red de apoyo tan importante como lo considera el sujeto que cursa una enfermedad crónica y la accesibilidad a información fiable respecto a ella [22-24]. En este estudio, fue preocupante la baja proporción de información formal respecto a la importancia de adherir a medicamentos. Un 25% de los sujetos declaró que suspendería el medicamento sin consultar al médico ante la presencia de ciertos efectos adversos.

Si se quiere que la "red de apoyo" sea un recurso de apoyo y un agente facilitador del autocuidado del paciente se debe considerar holísticamente, capacitarla y entregarle las herramientas necesarias para afrontar con éxito los problemas a que da lugar una enfermedad crónica [25].

En el equipo de salud, el personal de enfermería comprende que su eje principal es el cuidado al paciente [26], por tanto es importante que el sujeto lo reconozca como tal y se debe asegurar de que así sea. De esta manera la enfermera se convierte en un referente fundamental, tanto para el sujeto como para la familia en lo que respecta a los cuidados de salud. Esto debe ser considerado como una oportunidad de ayuda mutua, ya que no sólo el sujeto se ve beneficiado por este apoyo, sino que también el equipo de enfermería, al poder contar con la disposición tanto del sujeto como

de la familia, y así poder intervenir adecuadamente en este proceso y en los cambios que son necesarios para conllevar de mejor forma la enfermedad [27,28].

Este estudio se sabe que tiene limitaciones propias de su diseño, ya que es un estudio descriptivo, quizás pionero en esta área. Sin embargo, los resultados son relevantes para generar futuras investigaciones y proyectos

que consideren al entorno familiar o social más cercano y significativo para el paciente, a fin de usarlo como una estrategia más en la adherencia a su autocuidado.

Conflictos de interés: los autores no tienen conflictos de interés para declarar.

Fuentes de financiación: no hubo fuentes externas de financiamiento para este estudio.

Literatura citada

1. Bächler R, Icaza G, Soto A, Núñez L, Orellana C, Monsalve R et al. **Epidemiología de las muertes prematuras en Chile entre 2001 y 2010.** *Rev Med Chile* 2017; 145(3):319-326. DOI: 11.4067
2. Medina LE, Kaempffer RA. **Mortalidad del adulto en Chile.** *Rev Med Chile* 2011; 128(10):1144-1149. DOI: 10.4067
3. Zukerfeld R. **Calidad de vida y vulnerabilidad.** En: Zukerfeld R, Zonis R. *Psicoanálisis, Tercera Tópica y Vulnerabilidad Somática.* Buenos Aires: Lugar Editorial, 1999.
4. Haynes RB, McDonald HP, Garg AX. **Helping patients follow prescribed treatment: clinical applications.** *Jama* 2002; 288(22):2880-2883. DOI: 10.1001 / jama.288.22.2880
5. McDonald HP, Garg AX, Haynes RB. **Interventions to enhance patient adherence to medication prescriptions: scientific review: Revisión científica.** *Jama* 2002; 288(22):2868-2879. DOI: 10.1001 / jama.288.22.2868
6. Ford ES, Ajani UA, Croft JB, Critchley JA, Labarthe DR, Kottke TE, et al. **Explaining the decrease in US deaths from coronary disease, 1980-2000.** *N Engl J Med* 2007; 356:2388-2398. DOI: 10.1056/NEJMsa053935
7. Wijeyesundera HC, Machado M, Farahati F. **Association of Temporal Trends in Risk Factors and Treatment Uptake with Coronary Heart Disease Mortality, 1994-2005.** *JAMA* 2010; 303(18):1841-1847. DOI: 10.1001/jama.2010.580
8. Rodríguez M, Guerrero J. **Importancia del apoyo familiar en el control de la glicemia.** *Salud Publica Mex* 1997; 39:44-47.
9. Schlenk E, Hart L. **Relationship between health locus of control, health value, and social support and compliance of persons with diabetes mellitus.** *Diabetes Care* 1984; 7:566-574. DOI: 10.2337 / diacare.7.6.566
10. Wills TA. **Social Support.** En: Elaine AB, Kelly DB. *Behavioral medicine and women: A comprehensive handbook.* Nueva York: Guilford Press; 1998.
11. Boutin C. **In spite of good intentions: patients' perspectives on problematic social support interactions.** *Health Quality of Life Outcomes.* 2005; 3:52. DOI: 10.1186/1477-7525-3-52
12. Revenson TA, Schiaffino KM, Majerovitz SD, Gibofsky A. **Social support as a double-edged sword: the relation of positive and problematic support to depression among rheumatoid arthritis patients.** *Social Science and Medicine* 1991; 33(7):807-813.
13. Coomes EA, Haghbayan H, Finken LR, Quadros KK, Bagai A, Cheema AN. **Information on Cardiovascular Disease in the Digital Era: Results from a Cross-Sectional Patient Survey.** *Can J Cardio* 2019; 35(6):791-794. DOI: 10.1016/j.cjca.2019.03.015
14. Tovar E, Clark MC. **Knowledge and health beliefs related to heart disease risk among adults with type 2 diabetes.** *J Am Assoc Nurse Pract* 2015; 27(6):321-327. DOI:10.1002/2327-6924.12172
15. Gholami M, Fallahi M, Maddah SS, Ahmadi F, Khankeh H. **Barriers to health information seeking in Iranian patients with cardiovascular disease: a qualitative study.** *Heart Lung* 2014; 43(3):183-191. DOI: 10.1016/j.hrtlng.2014.01.010
16. Bosworth HB, Oddone EZ, Weinberger M. **Patient treatment adherence. Concepts, interventions and measurement.** New Jersey: Lawrence Erlbaum Associates; 2006.
17. Burg MM, Barefoot J, Berkman L, Catellier DJ, Czajkowski S, Saab S, et al. **Low perceived social support and post-myocardial infarction prognosis in the enhancing recovery in coronary heart disease clinical trial: the effects of treatment.** *Psychosomatic Medicine* 2005; 67:879-888. DOI: 10.1097. / 01.psy.0000188480.61949.8c

18. Molassiotis A, Nahas V, Chung WY, Lam SW, Li CK, Lau TF. **Factors associated with adherence to antiretroviral medication in HIV-infected patients.** *Intl J STD AIDS* 2002; 13(5):301-310. DOI: 10.1258 / 0956462021925117
19. Safren SA, Otto MW, Worth JL, Salomon E, Johnson W, Mayer K, et al. **Two strategies to increase adherence to HIV antiretroviral medication: life-steps and medication monitoring.** *Behaviour Res Therapy* 2001; 39(10):1151-1162. DOI: 10.1016/S0005-7967(00)00091-7
20. Voils CI, Steffens DC, Flint EP, Bosworth HB. **Social Support and Locus of Control as Predictors of Adherence to Antidepressant Medication in an Elderly Population.** *Am J Geriatr Psychiatry* 2005; 13:157-165. DOI: 10.1176 / appi.ajgp.13.2.157
21. Barra E. **Atención de salud y conducta del paciente.** En: León JM. *Psicología de la Salud*, Santiago: Editorial Mediterráneo; 2003.
22. Kara B, Caglar K, Kilic S. **Nonadherence with diet and fluid restrictions and perceived social support in patients receiving hemodialysis.** *J Nurs Scholarsh* 2007; 39(3):243-248. DOI: 10.1111 / j.1547-5069.2007.00175.x
23. Marín F, Rodríguez M. **Apoyo familiar en el apego al tratamiento de la hipertensión arterial esencial.** *Salud Pública Mex* 2001; 43(4):336-339.
24. Wang PS, Bohn RL, Knight E, Glynn RJ, Mogun H, Avorn J. **Noncompliance with antihypertensive medications. The impact of depressive symptoms and psychosocial factors.** *J Gen Intern Med* 2002; 17(7):504-511. DOI: 10.1046 / j.1525-1497.2002.00406.x
25. Ponce JM. **Los cuidadores al final de la vida.** *Enferm Comun* 2006; 2(1):38-42.
26. Mordacq C. **Promover la Vida. De la práctica de las mujeres cuidadoras a los cuidados de enfermería.** Madrid: Mc Graw Hill Interamericana; 1993.
27. Galván G. **La enfermera en la red social de apoyo.** *Rev Enferm Inst Mex Seguro Soc* 2009; 17(2):61-62.
28. Revilla L, Del Castillo J, Bailón E, Medina I. **Validación del cuestionario MOS de apoyo social en atención primaria.** *Semergen* 2005; 6(1):10-18.

