

FACTORES QUE INCIDEN EN LA ADHERENCIA TERAPÉUTICA EN PACIENTES
HIPERTENSOS INSCRITOS EN EL PROGRAMA DE RIESGO CARDIOVASCULAR
DE LA IPS FUNDACIÓN PROPAL DEL MUNICIPIO DE PUERTO TEJADA

Diana Carolina Muñoz Paz
Carolina Tique Rúa
Sandra Patricia Muñoz Paz

UNIVERSIDAD CATÓLICA DE MANIZALES
FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD
PROGRAMA DE ADMINISTRACION EN SALUD
MANIZALES

A G R A D E C I M I E N T O S

En primer lugar agradecemos a Dios por la Salud, la Vida y la oportunidad de conocer a gente muy valiosa en el transcurso de la vida.

Agradecemos a los docentes de la Universidad Católica de Manizales por brindarnos la oportunidad de adquirir nuevos conocimientos, quienes aportaron mucho en nuestro crecimiento personal e intelectual y en especial al docente Rubén Darío Agudelo Loaiza por su visión crítica y rectitud en su profesión como docente nos orientó a formarnos en el ámbito de la investigación.

TABLA DE CONTENIDO

1. INFORMACIÓN GENERAL DEL PROYECTO	Pág. 5
2. INTRODUCCIÓN	Pág. 6
3. OBJETIVOS	Pág. 7
3.1 Objetivo general	Pág. 7
3.2 Objetivos específicos	Pág. 7
4. REFERENTE TEÓRICO	Pág. 8
5. METODOLOGÍA	Pág. 12
5.1 Operacionalización de variables	Pág. 12
5.2 Tipo de estudio	Pág. 13
5.3 Población y muestra	Pág. 13
5.4 Formula Cálculo de Muestra	Pág. 14
5.5 Procedimiento de recolección de información	Pág. 14
5.6 Plan de análisis	Pág. 14
5.7 Instrumento (anexo 1, anexo 2)	Pág. 15
6. RESULTADOS O DISCUSIÓN	Pág. 16
7. CONCLUSIONES	Pág. 25
8. RECOMENDACIONES	Pág. 26
9. REFERENCIAS	Pág. 28

TABLAS Y GRAFICOS

Tablas Anexo 3

-Tabla No. 1 Distribución de la población según rango de edad	Pág. 16
-Tabla No. 2 Distribución de la población según el género	Pág. 16
-Tabla No. 3 Distribución de la población según situación laboral	Pág. 16
-Tabla No. 4 Distribución de la población según nivel de escolaridad	Pág. 16
-Tabla No. 5 Distribución de la población según estrato social	Pág. 17

Graficas Anexo 4

-Grafica 1. Adherencia a tratamientos farmacológicos y no farmacológicos en personas con Hipertensión Arterial	Pág. 18
-Grafica 2. Responde a sus inquietudes y dificultades respecto a su tratamiento en la categoría vs nivel de adherencia	Pág. 19
-Grafica 3. Recibe información sobre los beneficios de los medicamentos ordenados por su médico vs nivel de adherencia	Pág. 20

-Grafica 4. El médico y la enfermera le dan explicaciones con palabras que su familia y usted entienden vs nivel de adherencia	Pág.21
-Grafica 5. Tiene dudas acerca de la manera de tomar sus medicamentos, en cuanto a la cantidad, los horarios y la relación con las comidas	Pág.22
-Grafica 6. Suspende el tratamiento cuando sus síntomas mejoran vs nivel de adherencia	Pág.22
-Grafica 7. Considera que el tratamiento es beneficioso por eso siguen tomándolo vs nivel de adherencia	Pág.23
-Grafica 8. Se interesa por conocer sobre su condición de salud y la forma de cuidarse vs nivel de adherencia	Pág.24



Universidad
Católica
de Manizales

VICERRECTORÍA ACADÉMICA
CENTRO INSTITUCIONAL DE INVESTIGACIÓN, PROYECCIÓN Y
DESARROLLO

1. INFORMACIÓN GENERAL DEL PROYECTO

Título: Factores que inciden en la adherencia terapéutica en pacientes Hipertensos, IPS Fundación Propal	
Investigador Principal: Sandra Patricia Muñoz Paz	
Coinvestigador Diana Carolina Muñoz Paz	Dedicación: TC TP x MT
Coinvestigador Carolina Tique Rúa	Dedicación: TC TP x MT
Coinvestigador	Dedicación: TC TP x MT
Asistente de Investigación	Trabajo de Grado Semillero
Asistente de Investigación	Trabajo de Grado Semillero
Línea de Investigación: Gestión de la calidad	
Área de conocimiento a la que aplica: Administración en Salud	
Programa de Posgrado al que se articula: Administración en Salud	
Lugar de Ejecución del Proyecto: Ciudad: Puerto Tejada Departamento: Cauca	
Duración del Proyecto (periodos académicos): Dos	

2. INTRODUCCIÓN

La hipertensión arterial es una enfermedad crónica, no transmisible que es de gran importancia en nuestro medio por ser una de las enfermedades más prevalentes y cuyas complicaciones como el infarto agudo de miocardio, suelen figurar como unas de las primeras causas más frecuentes de muerte en nuestro país, convirtiéndose en un problema de salud pública no solo para Colombia sino también para todo el mundo. Según guías Latinoamericanas de hipertensión arterial, en múltiples países de

Latinoamérica, la prevalencia de la hipertensión en la población adulta general varía entre el 26 al 42%. El 13% de las muertes y el 5,1% de los años de vida ajustados por discapacidad pueden ser atribuidos a la hipertensión.¹ En Colombia de acuerdo a datos del Departamento Administrativo Nacional de Estadística durante el año 2009 fallecieron 196.933 sujetos en Colombia, de los cuales el 12,48% correspondieron a muertes por infarto agudo de miocardio, el 1,64% por enfermedad cardiaca hipertensiva.² Se observa a nivel mundial que las altas tasas de incidencia y prevalencia por Enfermedades de Alto Costo, incluidas las derivadas de las complicaciones de la hipertensión arterial impactan negativamente los costos para el Sistema de Salud, factor que ha ayudado a acrecentar a su vez, la crisis que se vive actualmente en Colombia.

Actualmente, las cifras mundiales estiman que más de la mitad de los hipertensos no se encuentran en tratamiento (farmacológico o no farmacológico), de los pacientes que lo reciben, menos del 25% están controlados, impidiendo que haya una disminución en la incidencia de esta patología. Se plantea que más del 40% de pacientes hipertensos en tratamiento toman la medicación incorrectamente y aproximadamente el 80% fallan con la dieta, el ejercicio, de disminución del consumo de tabaco y alcohol; respecto a estos datos se estima que el porcentaje de cumplimiento es de un 50-75%, sin embargo, para conseguir resultados terapéuticos aceptables se requiere una cifra superior al 80%.³

Los usuarios con enfermedades crónicas como la hipertensión arterial requieren de una atención integral y un manejo multidisciplinario en el cual se incluye desde la educación, el autocuidado y un tratamiento terapéutico oportuno con el fin de evitar las complicaciones como enfermedad renal crónica, enfermedades cerebrovasculares, infartos agudos de miocardio, por lo tanto es necesario un seguimiento estricto del tratamiento y conocer que factores influyen en la adherencia al tratamiento ya que este debe convertirse en un hábito pues el tratamiento por lo general es de por vida y se requiere compromiso responsable por parte de los usuarios.

Es de suma importancia el grado de compromiso, conocimiento y aceptación que tenga el paciente y su familia respecto a la hipertensión arterial que padece, pues la adecuada adherencia tanto a las medidas farmacológicas y no farmacológicas es fundamental para prevenir complicaciones y por lo tanto también para disminuir el alto costo de las aseguradoras de salud. Este trabajo busca conocer el grado de adherencia farmacológica y no farmacológica de los pacientes inscritos al programa de riesgo cardiovascular de la Institución Prestadora de Servicios de Salud Fundación Propal del Municipio de Puerto Tejada. Este trabajo brindará herramientas para que en el futuro la institución pueda generar estrategias efectivas para impactar positivamente el grado de adherencia al tratamiento en este grupo de

pacientes para disminuir posibles complicaciones y los grandes gastos derivados de estas.

3. OBJETIVOS

3.1. OBJETIVO GENERAL

Describir los factores que inciden en la adherencia terapéutica en pacientes Hipertensos inscritos en el programa de riesgo Cardiovascular de la IPS Fundación Propal del Municipio de Puerto Tejada, en el periodo comprendido entre Junio a Agosto de 2015.

3.2. OBJETIVOS ESPECÍFICOS

1. Caracterizar la población no adherente de Hipertensos inscritos al programa de Riesgo Cardiovascular.
2. Identificar los factores relacionados con la atención en salud que influyen en la adherencia al tratamiento farmacológico y no farmacológico.
3. Identificar los factores relacionados con el conocimiento que tienen los pacientes acerca de su enfermedad que influyen en la adherencia al tratamiento farmacológico y no farmacológico.

4. REFERENTE TEÓRICO

La hipertensión arterial es definida por el séptimo comité de hipertensión arterial como una tensión arterial mayor o igual a 140/90, cifras que no variaron en el octavo comité de hipertensión arterial de 2013.⁴

La hipertensión arterial es una enfermedad que hace parte del grupo de las enfermedades no transmisibles con mayor prevalencia a nivel mundial. Según la Organización Mundial de la Salud (OMS) la prevalencia de la hipertensión es menor en los países de ingresos elevados (35%) que en los países de otros grupos de ingresos (40%). En el mundo, las enfermedades cardiovasculares son responsables de aproximadamente 17 millones de muertes por año, casi un tercio del total. Entre ellas, las complicaciones de la hipertensión causan anualmente 9,4 millones de muertes. La hipertensión es la causa de por lo menos el 45% de las muertes por cardiopatías, y el 51% de las muertes por accidente cerebrovascular⁵, representando un gran problema de salud pública. En Colombia en el 2010 la prevalencia de hipertensión arterial en adultos fue 8,8%. Las enfermedades cardiovasculares fueron la primera causa de muerte en la población general (enfermedad isquémica 83,7 defunciones por 100.000 habitantes y enfermedad cerebrovascular 42,6)⁶.

La Organización Mundial de la Salud y Foro Económico Mundial, prevé que durante el periodo 2011-2025 la pérdida acumulada de producción asociada con las enfermedades no transmisibles en los países de ingresos bajos y medianos será de US\$ 7,28 billones. La pérdida anual de aproximadamente US\$ 500 000 millones a causa de las principales enfermedades no transmisibles representa alrededor del 4% del producto interior bruto en esos países. Las enfermedades cardiovasculares, entre ellas la hipertensión, son el motivo de casi la mitad del costo⁷.

En España en 2012 se realizó un estudio sobre el costo de la hipertensión arterial que en 2006, un hipertenso con comorbilidad elevada costaba 3,65 veces más que otro con comorbilidad leve. A menor control de la hipertensión arterial más complicaciones. Se logró estimar que la falta de control incrementa en 13.05% el costo por persona.⁸ Este estudio muestra que la carga de las enfermedades no transmisibles y sus efectos negativos en la salud es significativa y que influye en el desarrollo socioeconómico de los países, por lo cual es de suma importancia que el Estado garantice un acceso a los servicios de salud y a la educación de manera equitativa y oportuna.

El adecuado control de la hipertensión arterial y la posibilidad de prevenir complicaciones secundarias a esta patología crónica dependen del grado de adherencia al manejo farmacológico y no farmacológico. La adherencia terapéutica según la Organización Mundial de la Salud (OMS) se define como "el grado en que el comportamiento de una persona como tomar el medicamento, seguir un régimen alimentario y ejecutar cambios del modo de vida, se

corresponde con las recomendaciones acordadas con un prestador de asistencia sanitaria”, además la Organización Mundial de la Salud (OMS) resalta cinco dimensiones que influyen sobre la adherencia terapéutica: factores socioeconómicos, factores relacionados con el sistema de asistencia sanitaria, factores relacionados con la enfermedad, factores relacionados con el tratamiento y factores relacionados con el paciente.⁹La dimensión de los factores socioeconómicos comprende: estado socioeconómico deficiente, pobreza, analfabetismo, bajo nivel educativo, falta de redes de apoyo social, condiciones de vida inestable, lejanía del centro de tratamiento, costo elevado del transporte, alto costo de los medicamentos, disfunción familiar, cultura y creencias populares acerca de la enfermedad y del tratamiento. Todos estos en conjunto tienen un impacto negativo sobre la adherencia terapéutica en personas con procesos crónicos. En los factores relacionados con el sistema de asistencia sanitaria, se comprende la relación médico-paciente y con todo el sistema de atención de salud. Las personas que integran el sistema de atención de salud debe contar con cualidades como la asistencia empática, la buena actitud, la pronta disponibilidad, una buena calidad de la comunicación y de interacción que juegan un papel fundamental en la adherencia terapéutica de los pacientes a los tratamientos y recomendaciones para condiciones crónicas. Los factores relacionados con la enfermedad comprenden la gravedad de los síntomas, el grado de la discapacidad (física, psicológica y social), la velocidad de progresión y la gravedad de la enfermedad. La repercusión depende de cuánto influyen en la percepción del paciente sobre su enfermedad y la prioridad que este le asigne a la adherencia terapéutica. Los factores relacionados con el tratamiento son los asociados con la complejidad del régimen médico, la duración del tratamiento, los fracasos de tratamientos anteriores, los cambios frecuentes en el tratamiento, los efectos colaterales y la disponibilidad de apoyo médico para tratarlos. Los factores relacionados con el paciente representan los recursos, el conocimiento, las actitudes, las creencias, las percepciones y las expectativas del paciente. El conocimiento y las creencias del paciente acerca de su enfermedad, la motivación para tratarla, la confianza en su capacidad para involucrarse en comportamientos terapéuticos y las expectativas con respecto al resultado del tratamiento. Determinar los factores que influyen en la adherencia a los tratamientos en pacientes con riesgo de enfermedad cardiovascular permite a los profesionales de la salud, identificar áreas problemáticas, examinar prácticas y planear intervenciones para mejorar la adherencia terapéutica de los pacientes y su calidad de vida.¹⁰

El estudio PURE (Prospective Urban Rural Epidemiological study) indica que la adherencia al tratamiento médico está relacionada directamente con la renta de los países y que, aunque dista mucho de ser óptima en los de rentas más elevadas, es particularmente baja en los países en desarrollo y en las áreas rurales.¹¹

En un estudio realizado en el Hospital Policlínico Universitario "Manuel Piti Fajardo" por la Escuela Nacional de Salud Pública de la Habana, Cuba, se observó que en 360 pacientes diagnosticados con hipertensión arterial esencial solo el 55,6% de los pacientes están adheridos al tratamiento totalmente. Entre los factores que influyeron negativamente en la adherencia se encontraron que las variables más significativas fueron ocupación (es más frecuente la baja adherencia entre los pacientes con vida laboral activa), las creencias negativas de los pacientes en relación con el tratamiento y la enfermedad, la presencia de efectos indeseables de los medicamentos, el olvido en los pacientes.¹²

En un estudio observacional, descriptivo, prospectivo, transversal realizado en un hospital general sobre la adherencia al tratamiento farmacológico en pacientes hipertensos en Perú publicado en 2010 se encontró una adherencia al tratamiento farmacológico del 37,9%.¹³

En Colombia se realizó un estudio de prevalencia analítico sobre la adherencia terapéutica en 2 municipios del país se encontró en los municipios objeto de estudio una adherencia en los pacientes estudiados del 43,3% para La Dorada y de 46,7% para Viterbo; datos que concuerdan con los promedios mundiales reportados sobre la falta de adherencia. La variable más significativa fue la mayor edad que se relaciona con una menor adherencia al programa.¹⁴

En el estudio sobre los factores pronósticos que contribuyen al descontrol de la hipertensión arterial realizado en México se encontró que el 29,5% de los pacientes descontrolados tienen un grado de escolaridad primaria incompleta seguido de la secundaria completa con un 25,6%.¹⁵

El presente estudio se llevará a cabo en los pacientes hipertensos inscritos en el programa de riesgo cardiovascular de Fundación Propal Institución Prestadora de Servicios de Salud Ubicado en el Municipio de Puerto Tejada Cuenta con una población de 18.000 usuarios de los cuales 870 son hipertensos, y cuenta con un equipo multidisciplinario que brinda una atención integral a sus usuarios, y cuya misión es propender por la salud de sus afiliados a través de la promoción y la prevención de la enfermedad, el tratamiento y la rehabilitación con calidad y calidez en el servicio. Se analizará las siguientes variables en la población hipertensa que pertenece al programa de riesgo cardiovascular: edad,

genero, transporte a su tratamiento, apoyo familiar, trato del personal de salud, oportunidad entrega de autorizaciones, conocimiento de su enfermedad y tratamiento, estado civil, estrato socioeconómico, nivel de escolaridad, situación laboral. Teniendo en cuenta cuatro de las dimensiones citadas por la OMS (Organización Mundial de la Salud): factores socioeconómicos, factores relacionados con el sistema de asistencia sanitaria, factores relacionados con el tratamiento y factores relacionados con el paciente.

La resolución 412 de 2000 del Ministerio de Salud se establecen las actividades, procedimientos e intervenciones de demanda inducida y obligatorio cumplimiento y se adoptan las normas técnicas y guías de atención para el desarrollo de las acciones de protección específica y detección temprana y la atención de enfermedades de interés en salud pública ¹⁶, entre las cuales se encuentra la Hipertensión Arterial.

En el marco legal que reglamenta tanto el compromiso del paciente en la adherencia a tratamientos farmacológicos y no farmacológico, como la negación a seguir tratamientos, encontramos que en la resolución número 00004343 de diciembre 19 de 2012 el ministerio de salud y protección social define en el capítulo II de la carta de derechos y deberes del afiliado y el paciente, en el capítulo 4 en su numeral 4.2 capítulo de derechos y en su numeral 4.3 capítulo de deberes 13 lo siguiente:

Derecho: Aceptar o rechazar procedimientos, por sí mismo, o en caso de inconciencia, incapacidad para decidir, o minoría de edad, por sus familiares o representantes, dejando expresa constancia, en lo posible escrita, de su decisión.

Deberes: propender por su autocuidado, el de su familia y de su comunidad.

Atender oportunamente las recomendaciones formuladas por el personal de salud y las recibidas en los programas de promoción de la salud y la prevención de la enfermedad ¹⁷.

La adherencia deficiente se ha identificado como la causa principal de la falta de control de la hipertensión y es primordial idear estrategias efectivas para optimizar la adherencia terapéutica en las personas que sufren de enfermedades crónicas como la hipertensión arterial pues estas enfermedades son permanentes, dejan discapacidad residual, son causadas por una alteración anatomopatológica irreversible y requieren de supervisión y atención de profesionales de la salud y de sus familias. La preparación del equipo de salud es una condición importante para obtener resultados en la intervención. Según informe de la OMS: Los profesionales necesitan herramientas de orientación sobre la adherencia terapéutica adaptables a los diferentes entornos y tal adiestramiento debe abordar tres temas: el conocimiento sobre la

adherencia, el razonamiento clínico de toma de decisiones y las acciones a realizar.¹⁸ Además el tratamiento debe estar en manos de un equipo multidisciplinario que puedan manejar la integralidad del ser humano.

5. METODOLOGÍA

5.1 Operacionalización de variables

Variable	Definición Conceptual	Definición Operacional	Tipo de Variable	Nivel de Medición	Indicador
Edad	Tiempo transcurrido a partir del nacimiento de un individuo	Edad en años cumplidos.	cuantitativa	Rango	Años o Meses
Genero	Característica o condición que distingue a una persona o cosa entre masculino y femenino.	Femenino Masculino	cuantitativa	Nominal	Porcentaje %
Nivel de escolaridad	Ultimo año de estudio cursado.	Distribución del nivel de escolaridad: Primaria, secundaria, técnica, tecnológica, universitaria o Postgrado.	cuantitativa	Nominal	Porcentaje %
Ocupación	Actividad en la que se desempeña el paciente Actualmente	Trabajo fuera del hogar Trabajo en el hogar Desempleado Pensionado	cuantitativa	Nominal	Porcentaje %
Estrato socioeconómico	Clasificación de los inmuebles residenciales de acuerdo con los lineamientos del DANE.	Estrato socioeconómico al cual pertenece el individuo comprendido entre 1-4.	Cuantitativa	Ordinal	Porcentaje %
Estado civil	Condición de cada persona en relación a los derechos y obligaciones civiles.	Condición civil: casado (a), soltero (a), divorciado (a), viudo (a), unión libre.	Cualitativa	Nominal	Porcentaje %
Transporte a su tratamiento	Distancia entre el hogar del Paciente la unidad básica de atención.	Trayecto que debe recorrer el paciente de su hogar hasta la institución definido como: lejos cerca Muy cerca	Cualitativa	Ordinal	Porcentaje %
Apoyo familiar	Soporte que brinda la familia al usuario en su tratamiento.	Existencia de soporte familiar: Siempre, A veces, Nunca	Cualitativa	Ordinal	Porcentaje %

Conocimiento de su enfermedad y tratamiento	Información y comprensión adquirida del paciente en relación a su enfermedad.	Información que tiene el usuario acerca de si patológica si tiene o no tiene información.	Cualitativa	Ordinal	Porcentaje %
Nivel de adherencia	Conducta que adopta el paciente en relación a la toma de los medicamentos prescritos.	Evaluación del paciente con respecto a la toma de medicamentos	Cualitativa	Nominal	Porcentaje %
Trato del personal de salud	Cordialidad o gentileza con la que el usuario es atendido en el programa de riesgo cardiovascular.	Percepción del usuario con relación al trato brindado por el personal de salud, excelente, bueno, regular, malo.	Cualitativa	Ordinal	Porcentaje %

5.2 Tipo de estudio

Se realizó un estudio descriptivo transversal, con el objetivo de Describir los factores que inciden en la adherencia terapéutica en pacientes Hipertensos inscritos en el programa de riesgo Cardiovascular de la institución prestadora de servicios (IPS) Fundación Propal del Municipio de Puerto Tejada en el periodo comprendido entre Junio a Agosto de 2015.

5.3 Población y muestra

Los principales criterios de inclusión son paciente adulto, hombre o mujer con Factor de riesgo de enfermedad cardiovascular: hipertensión arterial, inscritos en el programa de Riesgo cardiovascular de la Institución Prestadora de Salud (IPS). Fundación Propal del Municipio de Puerto Tejada

Los criterios de exclusión a participantes del estudio son Usuarios con Diagnostico de Diabetes Mellitus y los que cumpliendo los criterios de inclusión se negaron a firmar el consentimiento informado, los que no demostraban comprensión de los términos de la información ofrecida acerca de la investigación, sus objetivos y alcances o no estaban de acuerdo con ellos.

5.4 Formula Calculo de Muestra:

Porcentaje de Error: 5 %

Nivel de Confianza. 95 %

Tamaño de la población: 870

Distribución de las respuestas: 50 %

= Muestra Recomendada: 267¹⁹

5.5 Procedimiento de recolección de información

El trabajo de investigación se realizara en institución prestadora de servicios IPS Fundación Propal del Municipio de Puerto Tejada.

Se solicita por escrito el permiso a la institución y la información del programa de riesgo cardiovascular; teniendo en cuenta el universo se calcula la muestra, a los usuarios seleccionados se explicara el objetivo del estudio y de aceptar su participación deberán firmar el consentimiento informado (Anexo 2), cumpliendo con la resolución 8430/93 Art 14 – 15²⁰

El diligenciamiento de la encuesta será realizara de forma auto administrada la cual consta de preguntas que les permitirán conocer las características sociodemográficas, red de apoyo de los participantes, conocimiento de su enfermedad y trato.

El tiempo estimado para el diligenciamiento de la encuesta por parte de los pacientes será de 20 Minutos.

Para realizar la aplicación de la encuesta se citaran a los usuarios del programa seleccionados aleatoriamente a una reunión grupal, y a los usuarios que se encuentran en los momentos de espera previa a la consulta o control médico. Con el fin de dar a conocer el objetivo del estudio y diligenciamiento de la encuesta.

5.6 Plan de análisis

Los datos se digitaron y tabularon en el programa Excel, se realizaron tablas, diagramas de barras simples y gráficos circulares con las variables: Sociodemográfica, Conocimiento de su enfermedad y tratamiento, Nivel de adherencia al tratamiento, Trato del personal de Salud, las cuales permitieran analizar la información obtenida de acuerdo a los objetivos planteados.

Se utilizaran medidas estadísticas de proporción.

5.7 Instrumento: Anexo 1 Instrumento para evaluar los factores que influyen en la adherencia a tratamientos farmacológicos y no farmacológicos en pacientes con factores de riesgo de enfermedad cardiovascular. Cuarta versión.

La construcción del instrumento la realizó Bonilla, realizó inicialmente una

exploración sobre la adherencia al tratamiento con enfermeras y grupo de pacientes, por medio de una entrevista, para conocer opiniones y posiciones sobre lo que afectaba su adherencia a los tratamientos y mediante una serie de preguntas previamente elaboradas, las opiniones fueron grabadas, transcritas analizadas y categorizadas. Esta información junto con los hallazgos de la literatura se organizó en una matriz de análisis y fue conformando una gama de información que la autora intencionalmente exploró como factores que influían en la adherencia a tratamientos. De toda esta triangulación surgieron los conceptos de adherencia y factores que influyen en la adherencia a tratamientos farmacológicos y no farmacológicos. Entre 2007-2008 Consuelo Ortiz Suárez con la dirección de Sandra Guaqueta Parada, hace al instrumento pruebas de validez de constructo y de confiabilidad en una muestra de 485 pacientes de centros y programas de atención al adulto de seis localidades de Bogotá, realizando la validez de constructo mediante el análisis factorial de tipo exploratorio sus hallazgos llevaron a reducir el número de ítems de 53 a 24 a, sin afectar las 4 dimensiones: Dimensión I: factores socioeconómicos, conformada por 6 ítems. Dimensión II: factores relacionados con el proveedor: sistema y equipo de salud. Dimensión III: factores relacionados con la terapia. Dimensión IV: factores relacionados con el paciente. En el instrumento hay ítems que se comportan como negativos y otros como positivos: ítems positivo 0=nunca, 1=algunas veces y 2=siempre, y negativos 2=nunca, a veces=1 y siempre=0.

Los ítems positivos están que están contemplados en la cuarta versión del instrumento son:

I Dimensión: ítems 1, 2, 3, 7, 8.

II Dimensión: ítems 21, 22, 23, 24, 27, 31 y 47.

IV Dimensión: ítems 40, 49, 52, 53.

Los ítems negativos corresponden a:

I Dimensión: ítem 6

III Dimensión: ítems 10, 13, 18, 37, 38, 43.

Los posibles puntajes son clasificados de la siguiente manera:

- Situación de ventaja para adherencia 80-100% 38 – 48
- Situación de riesgo a no adherirse 60- 79% 29 – 37
- Situación de no adherencia < 60% < 29₂₁

Anexo 2 consentimiento informado.

6. RESULTADOS O DISCUSIÓN

Los participantes se caracterizaron por tener una edad mínima de 31 años y máxima de 90 años. La mayor frecuencia fue del rango 50-69 años (53.2 %)

Tabla No. 1 Distribución de la población según rango de edad.

RANGO DE EDAD	PORCENTAJE
30-49	41%
50-69	53%
70-89	5%
>=90	0,3%
TOTAL	100

Fuente: base de datos del estudio. Anexo 3

Tabla No 2. Distribución de la población según el género

GENERO	PORCENTAJE
FEMENINO	65,5%
MASCULINO	34,5%

Fuente: base de datos del estudio. Anexo 3

El (65.5 %) de los participantes son género Femenino.

Tabla No 3. Distribución de la población según situación laboral

SITUACIÓN LABORAL	PORCENTAJE
LABORA	34%
NO LABORA	53%
PENSIONADO	13%
TOTAL	100

Fuente: base de datos del estudio. Anexo 3

La mayoría de los participantes en el estudio no labora (53%).

Tabla No. 4 Distribución de la población según nivel de escolaridad

NIVEL ESCOLARIDAD	PORCENTAJE
PRIMARIA	69%

SECUNDARIA	26 %
TECNICO	5 %
NINGUNO	0,8 %
TOTAL	100

Fuente: base de datos del estudio. Anexo 3

El 68.5% afirmó tener como nivel educativo primaria.

Tabla No. 5 Distribución de la población según estrato social

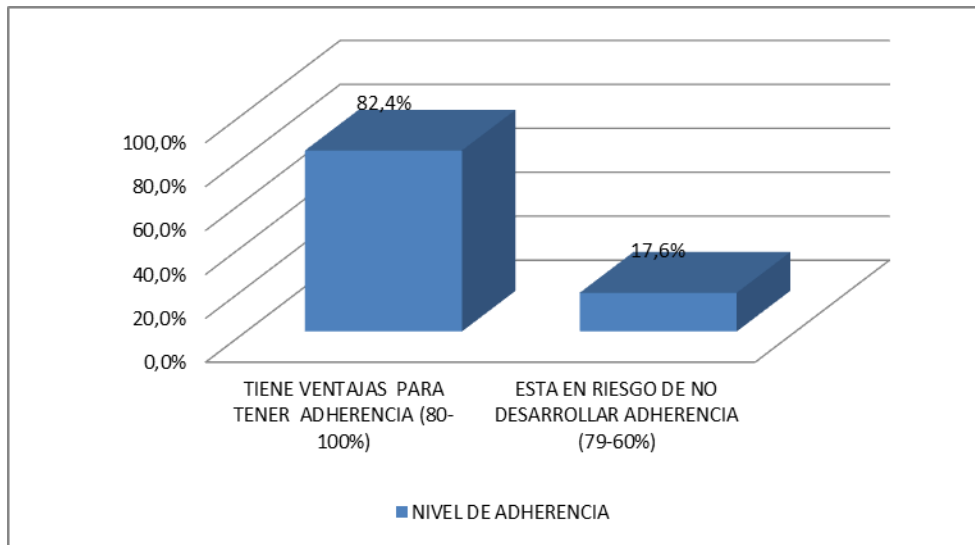
ESTRATO SOCIAL	PORCENTAJE
1	52 %
2	45 %
3	3 %
TOTAL	100

Fuente: base de datos del estudio. Anexo 3

El estrato socioeconómico más predominante fue el 1 con 52.1% seguido del estrato 2 con 45%, es importante tener en cuenta el bajo nivel socioeconómico que caracteriza la muestra. Los factores socioeconómicos son determinantes poderosos del estado de salud, que afectan los tratamientos médicos. 22

La adherencia a tratamientos farmacológicos y no farmacológicos en personas con hipertensión arterial según los criterios de interpretación global de los resultados, la mayoría de los participantes se ubicaron en tener ventaja para adherencia (82.4%) seguido por esta en riesgo de no desarrollar conductas de adherencia (17.6%), no se encontraron participantes en el grupo de personas que no pueden responder con conductas de adherencia. Anexo 4 Grafica 1

Grafica 1 Adherencia a tratamientos farmacológicos y no farmacológicos en personas con Hipertensión Arterial.



Fuente: base de datos del estudio. Anexo 4.

El logro de la adherencia al tratamiento en pacientes con enfermedad cardiovascular conlleva identificar los factores que influyen en los comportamientos de las personas para alcanzar la adherencia ²³

Factores socioeconómicos

Los participantes manifestaron que no pueden costearse los medicamentos (66.7%) Cuenta con los recursos económicos para trasladarse al lugar de la consulta según respuesta: siempre (68.5%) seguido por a veces con un (30.3%) Los cambios en la dieta, se le dificultan debido al costo de los alimentos recomendados: siempre (71,2%) Se ha descrito que el costo de los medicamentos y de los regímenes dietéticos son barreras que deberán ser superadas para conseguir el control de la HTA ²⁴. La Organización Mundial de la Salud (OMS) incluye como factor, con efecto considerable sobre la adherencia, el costo elevado de la medicación. ²⁵

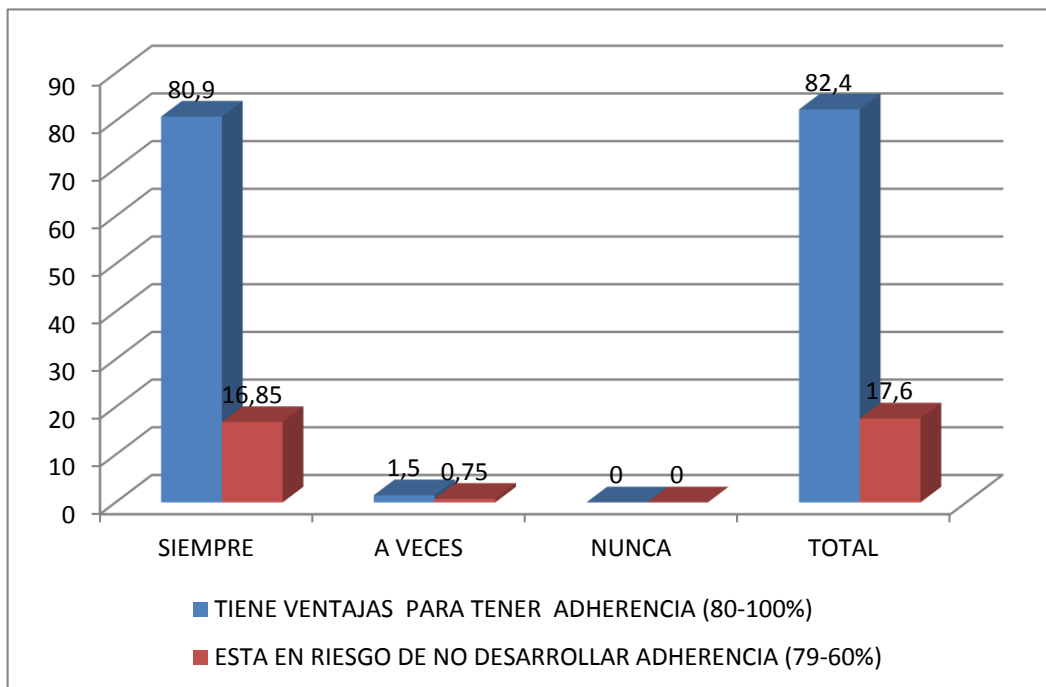
El (78%) de la población puede leer la información escrita sobre el manejo de su enfermedad. El (75%) Cuenta con el apoyo de su familia o personas allegadas para cumplir su tratamiento. El acompañamiento que realiza la familia es fundamental para el cumplimiento del tratamiento, que se evidencia como un soporte importante para el hipertenso, tanto emocional como económico para la continuidad en el tratamiento y en las recomendaciones que debe seguir el paciente en el cuidado de

su salud. Estudios revelan que involucrar a la familia permite apoyar los esfuerzos del paciente para controlar la HTA, La adherencia al tratamiento en un alto porcentaje de hipertensos se asocia al apoyo de la familia ²⁶. El 79% de los participantes posee facilidades económicas para dirigir sus recursos hacia la satisfacción de las necesidades básicas: (alimentación, salud, vivienda, educación).

ATENCIÓN DE SALUD (PROVEEDOR) VS ADHERENCIA

La educación y el apoyo por parte del equipo de salud son bien percibidas por los participantes, la percepción que tienen frente al personal que lo atiende si responde a sus inquietudes y dificultades respecto a su tratamiento en la categoría tiene ventajas para desarrollar conductas de adherencias el 80,9% respondió siempre. Grafica 2.

Grafica 2. Responde a sus inquietudes y dificultades respecto a su tratamiento en la categoría vs nivel de adherencia

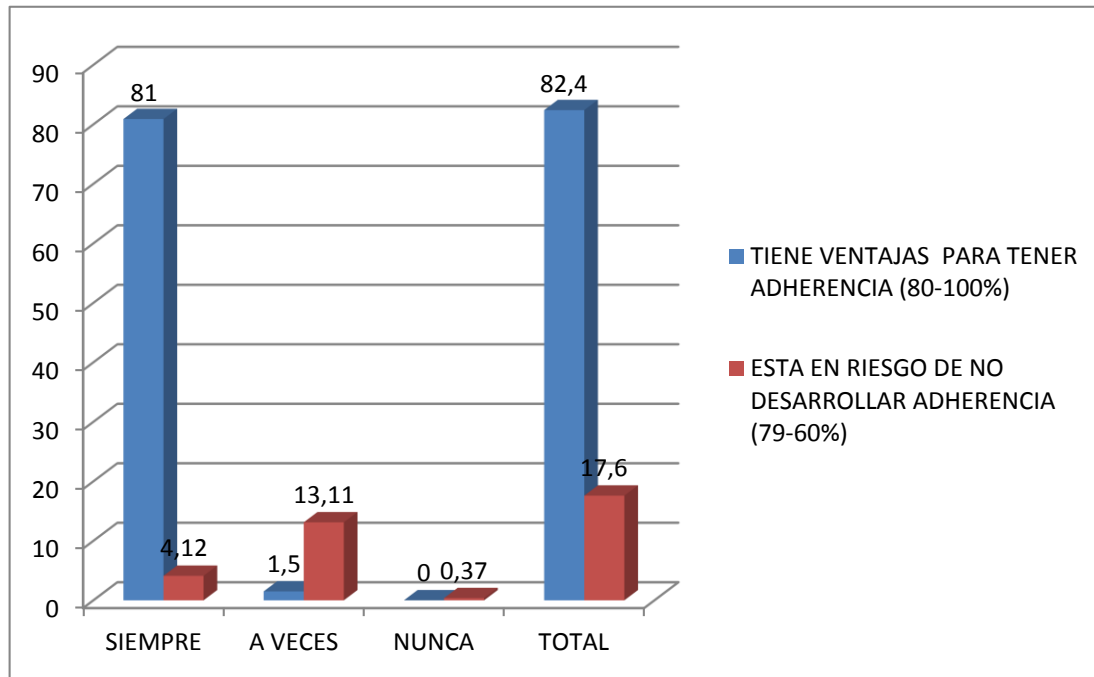


Fuente: base de datos del estudio. Anexo 4. Grafica 2

El 81% recibe información sobre los beneficios de los medicamentos ordenados por

su médico se considera que tiene ventajas para desarrollar conductas de adherencia. Grafica 3

Grafica 3. Recibe información sobre los beneficios de los medicamentos ordenados por su médico vs nivel de adherencia

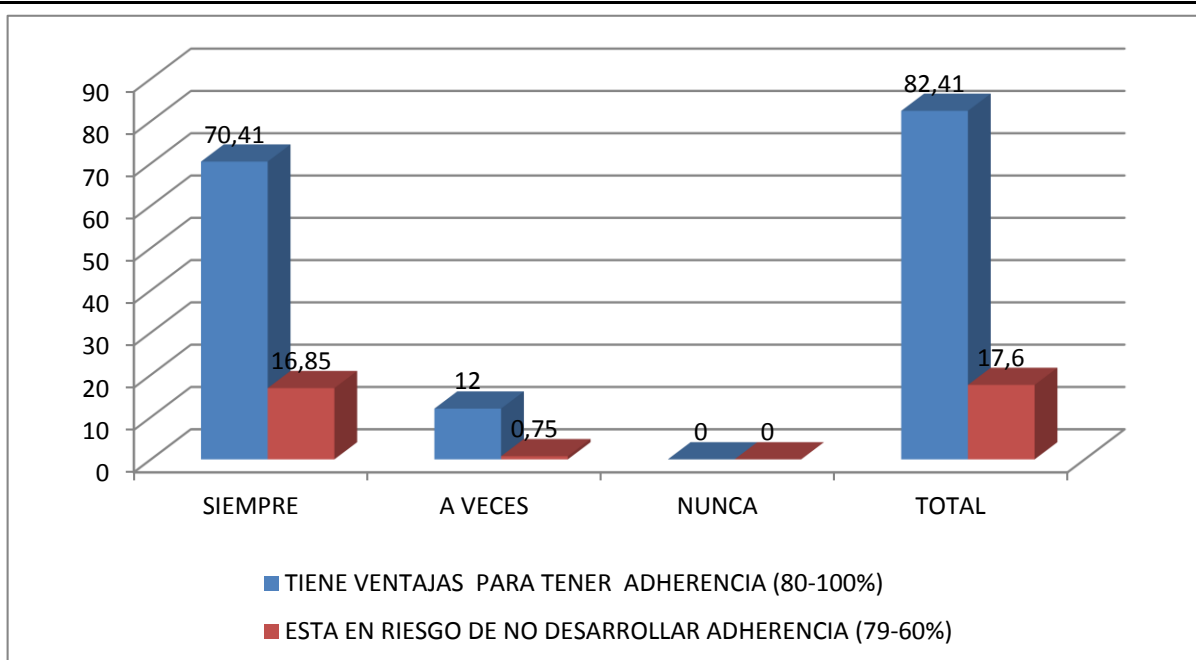


Fuente: base de datos del estudio. Anexo 4. Grafica 3

La satisfacción del paciente en relación con la terapéutica se identifica como un factor que puede potenciar la adherencia, y el principal componente es una buena comunicación y mantener una relación respetuosa y cordial, encaminada a mejorar el grado de comprensión y colaboración del paciente²⁷

La mayor proporción de pacientes considera que el médico y la enfermera le dan explicaciones con palabras que su familia y usted entienden en la categoría de tiene ventajas para desarrollar conductas de adherencia el 70,4% respondió siempre. Grafica 4.

Grafica 4. El médico y la enfermera le dan explicaciones con palabras que su familia y usted entienden vs nivel de adherencia



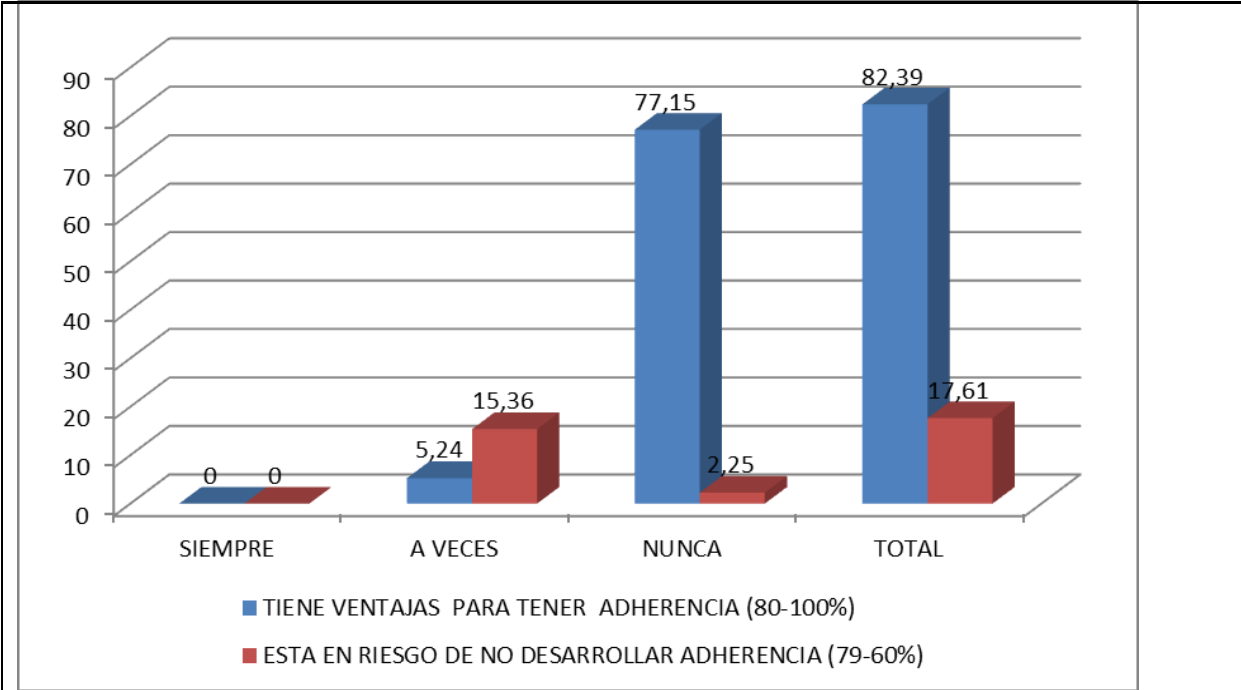
Fuente: base de datos del estudio. Anexo 4. Grafica 4

La falta de comprensión por mala comunicación al suministrar instrucciones al paciente puede afectar el grado de cumplimiento del tratamiento ²⁸ Según Friedman “el régimen terapéutico es responsabilidad del paciente en colaboración con el personal de salud y la familia; el médico y la enfermera deben brindarles la educación y el apoyo necesario para lograr el objetivo de controlar la presión arterial”. ²⁹ Desde estas perspectivas, se hace necesario y conveniente utilizar actividades para aumentar la educación del paciente y tener especial interés en conocer cuáles son las necesidades de información, con el fin de favorecer la adherencia.

CONOCIMIENTOS VS ADHERENCIA

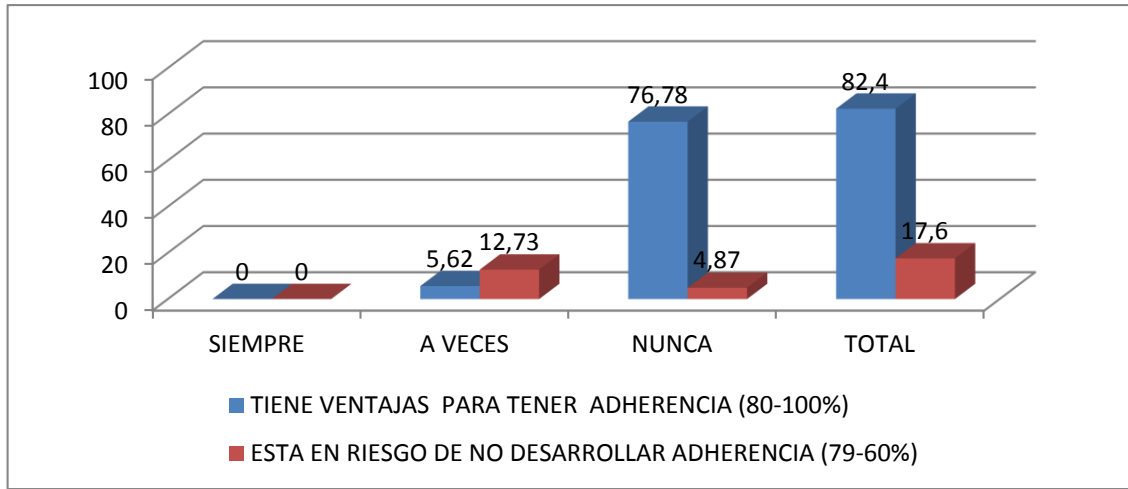
El (77.1%) de los participantes tiene ventajas para desarrollar conductas de adherencia en no tener dudas acerca de la manera de tomar sus medicamentos, en cuanto a la cantidad, los horarios y la relación con las comidas. Grafica 5.

Grafica 5. Tiene dudas acerca de la manera de tomar sus medicamentos, en cuanto a la cantidad, los horarios y la relación con las comidas.



Fuente: base de datos del estudio. Anexo 4. Grafica 5

El (76,7%) no suspende el tratamiento Cuando sus síntomas mejoran dando como ventaja para desarrollar conductas de adherencia. Grafica 6.



Fuente: base de datos del estudio. Anexo 4. Grafica 6

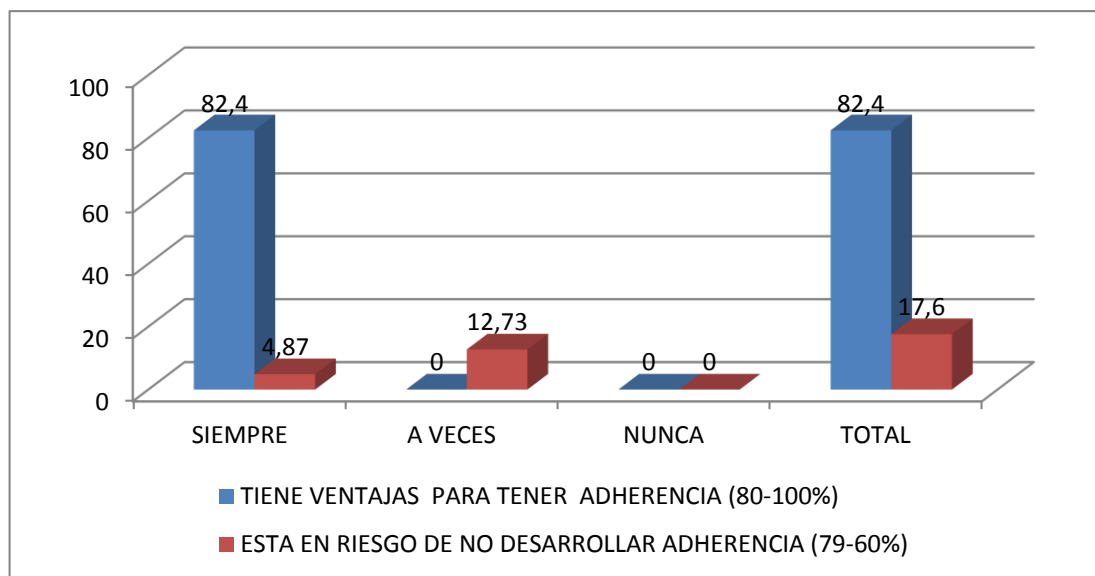
Los resultados muestran una actitud de compromiso del paciente con el cuidado de

su salud y el reconocimiento del tratamiento farmacológico y no farmacológico en el control de los factores de riesgo. Schmidt Rio-Valle J. et al. En lo referente a la adherencia terapéutica en hipertensos plantean que es fundamental optimizar la relación del profesional de la salud con el paciente, si se tiene en cuenta que son los pacientes los que en último término deciden tomar la medicación y adoptar las medidas higiénico-dietéticas que se les aconseja, se debería llegar a un acuerdo con éstos de forma individualizada para establecer el tratamiento, las medidas más adecuadas y el modo de llevarlo a cabo 30

FACTORES RELACIONES CON EL PACIENTE

El 82,4% de los participantes tiene ventajas para desarrollar conductas de adherencia, refieren que el tratamiento es beneficioso por eso siguen tomándolo. Grafica 7.

Grafica 7. Considera que el tratamiento es beneficioso por eso siguen tomándolo vs nivel de adherencia.

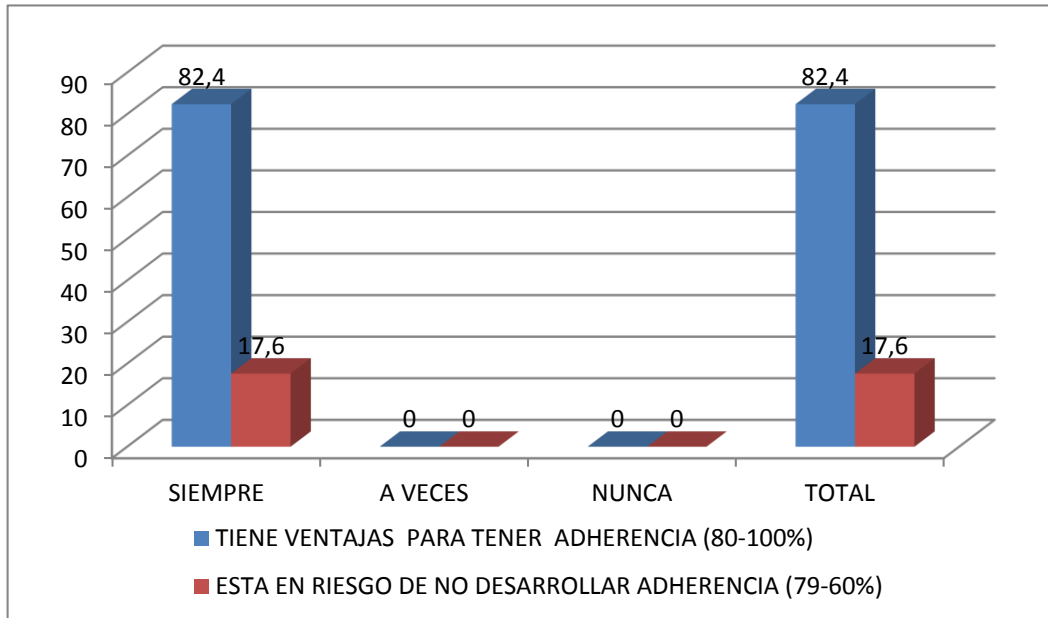


Fuente: base de datos del estudio. Anexo 4. Grafica 7

El 82,4% se interesa por conocer sobre su condición de salud y la forma de cuidarse, cree que es importante seguir su tratamiento para mejorar su salud y cree que son responsables del cuidado de su salud dando como ventaja para desarrollar

conductas de adherencia. Grafica 8.

Grafica 8. Se interesa por conocer sobre su condición de salud y la forma de cuidarse vs nivel de adherencia.



Fuente: base de datos del estudio. Anexo 4 Grafica 8

Según la Organización Mundial de la Salud, las percepciones que tiene el paciente sobre la necesidad personal de medicación son influenciadas por los síntomas, las expectativas y las experiencias y por los conocimientos de la enfermedad. Las inquietudes por la medicación surgen de manera característica de las creencias acerca de los efectos colaterales y la interrupción del modo de vida, y de preocupaciones más abstractas sobre los efectos a largo plazo y la dependencia.³¹

7. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES

7. CONCLUSIONES

- La mayor proporción de pacientes con factores de riesgo de enfermedad cardiovascular se encontró en la categoría tienen ventajas de desarrollar adherencia a los tratamientos farmacológicos y no farmacológicos, presentado relación con los hallazgos obtenidos como la disponibilidad económica para la satisfacción de las necesidades básicas, el apoyo familiar, personal de salud organizado que responde con claridad a las inquietudes relacionadas con la enfermedad, tratamiento farmacológico y no farmacológico, el conocimiento de los pacientes acerca de su enfermedad, autocuidado para realizar cambios de estilo de vida saludable.
- Los factores relacionados con el proveedor de salud en cuanto a él buen trato e información brindada acerca de su enfermedad, tratamiento farmacológico y no farmacológico influyeron de manera positiva en la adherencia de los pacientes con factores de riesgo de enfermedad cardiovascular de la Fundación Propal.
- Los participantes con factores de riesgo de enfermedad cardiovascular, la mayoría de la población presenta ventajas para desarrollar adherencia a tratamientos farmacológicos y no farmacológicos encontrándose en un promedio del (80 – 100).
- Los factores relacionados con el conocimiento en la población con riesgo de enfermedad cardiovascular intervinieron positivamente en la adherencia, debido al conocimiento que tienen los pacientes acerca de su enfermedad.
- Los participantes estudiados con factores de riesgo Cardiovascular de la Fundación Propal una menor proporción se encontró en la categoría de riesgo moderado de no adherirse relacionado con los factores de la terapia como hay costumbres como alimentos y ejercicios difíciles de cambiar. Dentro de las personas que participaron en el estudio no se encontraron personas en situación de no adherencia.
- Los factores socioeconómicos que influyen negativamente en la adherencia al tratamiento, principalmente al bajo nivel educativo, estrato y a la poca disponibilidad económica para cubrir los medicamentos que requiere el

tratamiento, es importante tener en cuenta que el perfil de bajo nivel socioeconómico a futuro podría colocar en riesgo los comportamientos de adherencia a los tratamientos.

8. RECOMENDACIONES

Teniendo en cuenta que es esencial para alcanzar una adecuada adherencia es el proceso de educación en salud, que genere una influencia real en el conocimiento y comportamiento de los pacientes frente a la enfermedad. La estrategia de educación en salud, debe fortalecerse para logra una comprensión de los procesos cognitivos y motivacionales como conocimientos que tenga el paciente, experiencias previas para construir, con ellos, procesos que repercutan en las capacidades de los pacientes para monitorear y vigilar, la evolución de la enfermedad, orientando mejor las decisiones en salud de los pacientes, logrando impactar de manera positiva la adherencia en la población que está en riesgo de no desarrollar conductas de adherencia.

Los factores relacionados con el proveedor, reflejan una situación de ventaja para la adherencia en nuestro estudio. Queda claro el papel fundamental que juega el respaldo social que reciben los pacientes de otros miembros de la comunidad y personal de asistencia para mejorar la adherencia. Las redes de apoyo social y familiar cumplen la función de retroalimentación, refuerzo y estímulo para la adopción de conductas saludables, según la OMS "los pacientes necesitan apoyo, no ser culpados"³².

Los participantes del estudio presentan dificultades para poder cambiar las costumbres sobre alimentos y ejercicios, por lo que se requiere desarrollar programas para la adopción de estilos de vida saludable necesarios para el control de la hipertensión arterial y la prevención de complicaciones³³. La promoción de hábitos saludables se convierten en una factor muy importante para el desarrollo de conductas de adherencia para poder contribuir en mejorar la calidad de vida de los pacientes y disminuir la probabilidad de presentar comorbilidad que generaría a futuro complicaciones de órgano blanco impactando en la cuenta de alto costo, debe ser un programa estructurado, con personal interdisciplinario que aborde a los usuarios con talleres didácticos, temática sencilla para disminuir los factores de riesgo.

En el estudio se identificó que la mayor dificultad que refería la población estudiada

fue la dificultad de llevar la dieta recomendada por el personal de salud debido a restricciones económicas, por lo tanto es importante tener en cuenta la condición socioeconómica de los pacientes, y en la orientación nutricional durante las consultas, conciliar con ellos cual sería una dieta adecuada para su enfermedad que se ajuste a sus capacidades económicas y condición sociocultural, ya que también es fundamental para un adecuado control de la HTA conductas de adherencia a una dieta saludable con restricción de sal. En la vida real la mayoría de los pacientes no cumple, es así como 80% de los pacientes fallan con las restricciones alimentarias, ejercicio, disminución del consumo de tabaco y alcohol.³⁴

En nuestro estudio los factores socioeconómicos que impactaron negativamente la adherencia al tratamiento, por lo cual a la hora de indicar el manejo farmacológico se debería evitar la polifarmacia, con elevados números de dosis al día, además indagar siempre durante la consulta el nivel educativo y la situación socioeconómica de usuario del programa, teniendo en cuenta su edad que también afecta el nivel cognoscitivo de las personas. Esta información es esencial para la elección más acertada de manejo y la forma más adecuada de comunicar al paciente como debe aplicar el tratamiento, siempre verificando si el paciente ha entendido las indicaciones dadas por el personal de salud, que deben ir por escrito en letra legible. En el caso de las personas que no saben o no pueden leer o escribir se pueden emplear símbolos, dibujos y colores que le permitan comprender. Para las personas de avanzada edad siempre emplear letras grandes y procurar que durante la consulta estén acompañados por un acudiente para que este también reciba la información durante la consulta. En el estudio sobre los efectos de la Polifarmacia sobre la calidad de vida en adultos mayor realizado en la Universidad Autónoma de Nayarit, se muestra que uno de los grupos más vulnerables son los adultos mayores, en parte debido a la pluripatología que puede requerir de polifarmacia.³⁵ La polifarmacia aumenta el riesgo de no adherencia terapéutica, pues por lo general esta se asocia a aumento en los efectos secundarios de los medicamentos como por ejemplo estreñimiento, cefalea, boca seca, arritmia cardíacas que son muy molestos para el paciente, además que la toma de múltiples dosis al día con gran cantidad de pastillas interfiere con las rutinas de la vida de los pacientes dificultando la adherencia al manejo.

Por otra parte, la implementación de estrategias de seguimiento a los pacientes respecto al nivel de adherencia al tratamiento, la evolución de los factores de riesgo, estadio y comorbilidades es primordial. La utilización de métodos como seguimientos telefónicos por parte de la enfermera y médico, diligenciamiento de bases de datos con la información obtenida, para detectar de una manera eficiente los pacientes en

riesgo para realizar intervenciones oportunas que disminuyan la incidencia de complicaciones y de esta manera impactar los altos costos de las instituciones de salud.

9. REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Sánchez R, Ayala M, Baglivo H, Velázquez C, Burlando G, Jiménez J et al, Guías Latinoamericanas de Hipertensión Arterial, Rev ChilCardiol [revista en internet] 2010; 29: 117-144. Disponible en:<http://www.scielo.cl/pdf/rchcardiol/v29n1/art12>
2. García M, Aguilar O, Rodríguez A. Caracterización de los pacientes en una consulta de hipertensión arterial de un municipio de Risaralda, Colombia, 2005-2012 Revista Médica de Risaralda, ISSN-e 0122-0667, Vol. 18, N.º. 2, 2012, págs. 122-128 Disponible en:

<http://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=4118978>

3. Tutasig L, "factores personales que influyen en la adherencia al tratamiento de pacientes hipertensos que acuden al servicio de cardiología del Hospital Carlos Andrade Marín en el periodo marzo del 2011" Disponible en: <http://repo.uta.edu.ec/bitstream/handle/123456789/3154/TESIS%20GRADUACION.pdf?sequence=1>

4. JNC7, informe (Séptimo comité de hipertensión arterial). Disponible en: <http://www.femeba.org.ar/fundacion/quienessomos/Novedades/7jointhtacastellano.pdf>

5. Organización Mundial de la Salud. Información general sobre la hipertensión en el mundo. Una enfermedad que mata en silencio, una crisis de salud pública mundial. 2013. Disponible en: http://www.who.int/cardiovascular_diseases/publications/global_brief_hypertension/es/

6. Organización Panamericana de la Salud. Perfil salud Colombia. 2012. Disponible en: http://www.paho.org/col/index.php?option=com_docman&task=search_result&Itemid=

7. Organización Mundial de la Salud y Foro Económico Mundial. *From Burden to "Best Buys": Reducing the Economic Impact of Non-Communicable Diseases in Low- and Middle-Income Countries*. Ginebra, Organización Mundial de la Salud y Foro Económico Mundial, 2011. Disponible en: http://www.who.int/nmh/publications/best_buys_summary.

8. Saez. M, Barceló M. Coste de la hipertensión arterial en España. Elsevier España, S.L. Hipertens Riesgo Vasc. 2012;29(4):145---151 Disponible en: http://apps.elsevier.es/watermark/ctl_servlet?_f=10&pidet_articulo=90168846&pidet_usuario=0&pcontactid=&pidet_revista=67&ty=33&accion=L&origen=zona_d_electura&web=www.elsevier.es&lan=es&fichero=67v29n04a90168846pdf001.pdf

9. Organización Panamericana de la Salud. ADHERENCIA A LOS TRATAMIENTOS A LARGO PLAZO Pruebas para la acción. 2004. Disponible en: http://www.paho.org/hq/index.php?option=com_docman&task=doc_view&gid=18722&Itemid=

10. Contreras. A, Flórez. I, Herrera. A. Un instrumento para evaluar la adherencia: su validez facial y confiabilidad .An instrument to evaluate adherence: its face validity and reliability. Um instrumento para avaliar a aderência: sua validade facial e confiabilidade. Universidad Nacional de Colombia.

Disponible

en:

<http://www.revistas.unal.edu.co/index.php/avenferm/article/view/12896/13656>

11. Fuster.V. Un problema alarmante en prevención secundaria: bajo cumplimiento (estilo de vida) y baja adherencia (farmacológica). Rev Esp Cardiol. 2012; 65 (Supl 2):10-16. Disponible en: <http://www.revespcardiol.org>

12. Corugedo. C, Libertad. M, Bayarre. H. Adherencia terapéutica en pacientes con hipertensión arterial del Policlínico Universitario "Manuel Fajardo" en el Municipio Cruces, Cienfuegos, 2009. Rev Cubana Med Gen Integr [revista en la Internet]. 2011 Dic [citado 2014 Sep 28]; 27(4): 504-512. Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0864-21252011000400009&lng=es

13. CARHUALLANQUI, Rolando; DIESTRA-CABRERA, Gabriela; TANG-HERRERA, Jessica y MALAGA, Germán. Adherencia al tratamiento farmacológico en pacientes hipertensos atendidos en un hospital general. Rev Med Hered [online]. 2010, vol.21, n.4 [citado 2014-09-28], Disponible en: http://www.scielo.org.pe/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1018

14. Casas. M, Chavarro. L, Rivas. D. ADHESIÓN AL TRATAMIENTO DE LA HIPERTENSIÓN ARTERIAL EN DOS MUNICIPIOS DE COLOMBIA. 2010-2011. Disponible en:

[http://promocionsalud.ucaldas.edu.co/downloads/Revista18\(1\)_7.pdf](http://promocionsalud.ucaldas.edu.co/downloads/Revista18(1)_7.pdf)

15. Herrera. I, González. P, Tapia. M, Casas. D, Rodríguez. A. Factores pronósticos que contribuyen al descontrol de la hipertensión. Médico de Familia 2013; 21(1): 25-30. Disponible en:

[http://gnosis.com.mx/pdf/04.%20Herrera%20I%20\(25-30\).pdf](http://gnosis.com.mx/pdf/04.%20Herrera%20I%20(25-30).pdf)

16. Ministerio de salud. Resolución 412 de 2000

<http://www.minsalud.gov.co/Normatividad/RESOLUCION%20C3%93N%200412%20DE%202000.pdf>

17. Resolución 4343 de 2012 deberes y derechos paciente ministerio de salud y de protección social. Disponible en: http://www.minsalud.gov.co/Normatividad_Nuevo/Resoluci%C3%B3n%204343%20de%202012.pdf

18. Libertad de los Ángeles. M, Grau. J, Espinosa. A. Conceptual framework for evaluating and improving adherence to medical treatment in chronic diseases. Rev Cubana Salud Pública [revista en la Internet]. 2014 Jun [citado 2015 Ene 26]; 40(2): 222-235. Disponible en: http://scieloprueba.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0864-34662014000200007&lng=es.

19. Fórmula para Cálculo de Muestra. Disponible: <http://www.med.unne.edu.ar/biblioteca/calculos/calculadora.htm>

20. Resolución 8430 de 1993 Normas Científicas, técnicas y administrativas para la Investigación en Salud. Disponible en: http://www.unisabana.edu.co/fileadmin/Documentos/Investigacion/comite_etica/Res_8430_1993_-_Salud.pdf

21. ORTEGA, S. Adherencia al tratamiento farmacológico y no farmacológico en personas con factores de riesgo de enfermedad cardiovascular. Universidad Nacional de Colombia. MONTERÍA, 2010. Disponible en: <http://www.bdigital.unal.edu.co/8599/1/539502.2010.pdf>

22. Nelson M. Empobrecimiento como un riesgo para la salud. Aspectos metodológicos y conceptuales. Advances in Nurse Science. 1994; 16(3): 1-12.

23. Bonilla C. Diseño de un instrumento para evaluar los factores que influyen en la adherencia al tratamiento farmacológico y no farmacológico en personas que presentan factores de riesgo de enfermedad cardiovascular: validez de contenido y validez aparente del mismo [Tesis Magíster en Enfermería]. Bogotá: Universidad Nacional de Colombia-Facultad de Enfermería; 2006

24. National High Blood Pressure Education Program. Informe The seven report of the Joint National Committee on Prevention, Detection, Evaluation, and Treatment of High Blood Pressure (JNC VII). Molina R, Martí JC, Traductores. p. 9. [En línea]. [Consultado 25 agosto 2008]. Disponible en: <http://www.infodoctor.org/rafabravo/JNC-7esp.pdf>
25. Organización Mundial de la Salud (OMS). Adherencia al tratamiento a largo plazo: Pruebas para la acción. Cap. V. [En línea]. 2004. Disponible en: <http://www.paho.org/Spanish/AD/DPC/NC>
26. Marín F, Rodríguez M. Apoyo familiar en el apego al tratamiento de la hipertensión arterial esencial. Salud pública Méx. 2001; 43(4). [En línea]. [Consultado 03 mayo 2009]. Disponible en: <http://www.scielosp.org/scieloOrg/php>
27. Fernández C. La Adhesión a los Tratamientos Terapéuticos [En línea]. Iber psicología: Revista electrónica de la Federación española de Asociaciones de Psicología; ISSN 1579-4113. 1996; 1(1). [Consultado 02 mayo 2009]. Disponible en: <http://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=301251>
28. Brannon L, Feist J. Psicología de la salud. España Psicología de la Salud. España: Paraninfo Thomsom Learnig; 2002. p. 126.
29. Friedman M. Family social networks and social support: Theory and Assessment. In: Family Nursing Theory and Practice. 3a Ed. USA: Appleton & Lage; 1992. p. 146-156.
30. Schmidt Rio-Valle J, Druz Quintana F. et al. Adherencia Terapéutica en hipertensos: Estudio cualitativo. Revista Index Enfermería [Internet] 2006 [consultado 12 de marzo de 2007]; 15 (54)25-29. Disponible en: http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S113212962006000200005&lng=es&nrm=iso.
31. Organización Mundial de la Salud. Adherencia a los tratamientos a largo plazo. Pruebas para la acción. Capítulo V. En línea. 2004. Disponible en: <http://www.paho.org/Spanish/AD/DPC/NC>
32. Martín.L , Grau. J, Espinosa. A. Marco conceptual para la evaluación y mejora

de la adherencia a los tratamientos médicos en enfermedades crónicas. Rev Cubana Salud Pública [revista en la Internet]. 2014 Jun [citado 2015 Ago 28] ; 40(2): 222-235. Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0864-34662014000200007&lng=es.

33. Adherencia al tratamiento a personas Hipertensión Arterial. Disponible: <http://revistas.unal.edu.co/index.php/avenferm/article/view/37352/39713>

34. Varleta. P, AkeI. C, Acevedo. M, Salinas. C, Pino. J, Opazo. V, García. A, Echegoyen. C, Rodríguez. D, Gramusset. L, León. S, Cofré. P, Hernández. H, Neira. P, Retamal. R, Petit. G, Moya. N. Prevalencia y determinantes de adherencia a terapia antihipertensiva en pacientes de la Región Metropolitana. Rev. méd. Chile [Internet]. 2015 Mayo [citado 2015 Ago 28] ; 143(5): 569-576. Disponible en: http://www.scielo.cl/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-98872015000500003&lng=es. <http://dx.doi.org/10.4067/S0034-98872015000500003>.

35. Sánchez. R, Flores. A, Aguiar. P, Ruiz. S, Sánchez. C, Benítez. V, Moya. M. Efectos de la Polifarmacia sobre la calidad de vida en adultos mayores. Revista Fuente Año 4 No. 10 Enero - Marzo 2012. Disponible en: <http://fuente.uan.edu.mx/publicaciones/04-10/4.pdf>