



**FACTORES QUE INFLUYEN EN LOS PACIENTES HIPERTENSOS PARA NO
GENERAR COMPORTAMIENTOS DE ADHERENCIA AL TRATAMIENTO
FARMACOLÓGICO Y NO FARMACOLÓGICO**

Trabajo de grado presentado para obtener el título de:
MAGISTER EN ADMINISTRACIÓN EN SALUD

Autoras:

Claudia Carolina Muñoz Salgado

Jenny Paola Nova Chicaguy

Adriana Fernanda Muñoz Reyes

Colegio Mayor de Nuestra Señora del Rosario

Facultad de Administración

Bogotá, D.C. Colombia

Agosto de 2017



**QUE INFLUYEN EN LOS PACIENTES HIPERTENSOS PARA NO GENERAR
COMPORTAMIENTOS DE ADHERENCIA AL TRATAMIENTO FARMACOLÓGICO
Y NO FARMACOLÓGICO**

Trabajo de grado presentado para obtener el título de:
MAGISTER EN ADMINISTRACIÓN EN SALUD

Autoras

Claudia Carolina Muñoz Salgado

Jenny Paola Nova Chicaguy

Adriana Fernanda Muñoz Reyes

Directora

Dra. Flor Nancy Díaz Piraquive PhD.

Colegio Mayor de Nuestra Señora del Rosario

Facultad de Administración

Bogotá, D.C. Colombia

Agosto, de 2017

Este trabajo está dedicado a:

Nuestras familias, por su apoyo incondicional;

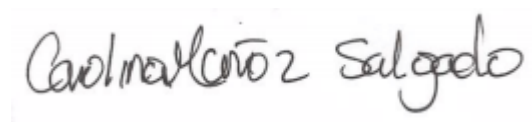
A nuestros maestros, por compartir su conocimiento y verlo reflejado en nuestro aprendizaje;

*A hospitales y clínicas de las zonas rurales y urbanas, responsables de la atención primaria en
salud.*

Agradecemos a Dios, nuestras familias, nuestros maestros, compañeros de maestría, nuestra asesora de tesis y profesores externos que nos apoyaron en la realización de este trabajo de grado.

Declaratoria de Autonomía

I declare in lieu of an oath that I have written this thesis by myself, and that I did not use other sources or resources than stated for its preparation. I declare that I have clearly indicated all direct and indirect quotations, and that this thesis has not been submitted elsewhere for examination purposes or publication.”



Claudia Carolina Muñoz Salgado
C.C 52.954.112



Adriana Fernanda Muñoz Reyes
C.C 55.181.724



Jenny Paola Nova Chicaguy
C.C 52.963.167

CONTENIDO

CONTENIDO	6
Listado de Tablas y Figuras	7
Listado de Gráficos	9
Lista de anexos	10
GLOSARIO	11
RESUMEN.....	12
INTRODUCCIÓN	14
1. Problema de investigación y su justificación	16
2. OBJETIVO GENERAL Y ESPECIFICOS.....	18
2.1 OBJETIVO GENERAL	18
2.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS	18
3. MARCOS DE LA INVESTIGACIÓN	19
3.1 MARCO TEÓRICO	19
3.2 MARCO CONTEXTUAL	33
4. MARCO LEGAL	40
5. MÉTODO.....	42
6. RESULTADOS.....	45
6.1 DESCRIPCIÓN Y ANÁLISIS DE LOS RESULTADOS DE LAS DIMENSIONES	46
7. CONCLUSIONES.....	59
8. RECOMENDACIONES	61
9. REFERENCIAS	63
10. ANEXOS	68

Listado de Tablas y Figuras

TABLA N° 1 Cifras de hipertensión arterial JNC 7.

TABLA N° 2 Clasificación de los grados de riesgo para la adherencia.

TABLA N° 3 ¿Tiene disponibilidad económica su familia para atender las necesidades básicas? (alimentación, salud, vivienda, educación).

TABLA N° 4 ¿Puede costearse los medicamentos?

TABLA N° 5 ¿Cuenta con los recursos económicos para trasladarse a su lugar de consulta?

TABLA N° 6 ¿Los cambios en la dieta se le dificultan debido al alto costo de los alimentos recomendados?

TABLA N° 7 ¿Puede leer la información escrita sobre el manejo de su enfermedad?

TABLA N° 8 ¿Cuenta con el apoyo de su familia o personas allegadas para cumplir su tratamiento?

TABLA N° 9 ¿Las personas que lo atienden responden a sus inquietudes y dificultades respecto a su tratamiento?

TABLA N° 10 ¿Se da cuenta que su médico controla si está siguiendo el tratamiento por las preguntas que le hace?

TABLA N° 11 ¿Recibe información sobre los beneficios de los medicamentos ordenados por su médico?

TABLA N° 12 ¿Recibe orientación sobre la forma de ajustar los horarios de los medicamentos de acuerdo a sus actividades diarias?

TABLA N° 13 En el caso en que usted fallara en su tratamiento ¿su médico y su enfermera entenderían sus motivos?

TABLA N° 14 ¿El médico y la enfermera le dan explicación con palabras que su familia o usted entienden?

TABLA N° 15 ¿El médico y la enfermera le han explicados que resultados va a tener en su salud con el tratamiento que se le está dando?

TABLA N° 16 ¿Le parece que el médico y usted coinciden en la esperanza de mejoría con el tratamiento y los cambios que está haciendo en sus hábitos?

TABLA N° 17 ¿Las diversas ocupaciones que tiene dentro y fuera del hogar le dificultan seguir el tratamiento?

TABLA N° 18 ¿Las distancias de su casa o trabajo a los consultorios le dificultan el cumplimiento de sus citas?

TABLA N° 19 ¿Tienen dudas acerca de la manera de tomar sus medicamentos, en cuanto a la cantidad, los horarios y la relación con las comidas?

TABLA N° 20 ¿Cuándo mejoran sus síntomas, usted suspende el tratamiento?

TABLA N° 21 ¿Anteriormente ha presentado dificultades para cumplir su tratamiento?

TABLA N° 22 ¿Cree que hay costumbres sobre alimentos y ejercicios difíciles de cambiar?

TABLA N° 23 ¿Está convencido que el tratamiento es beneficioso y por eso sigue tomándolo?

TABLA N° 24 ¿Se interesa por conocer sobre su condición de salud y la forma de cuidarse?

TABLA N° 25 ¿Cree que es importante seguir su tratamiento para mejorar su salud?

TABLA N° 26 ¿Cree que usted es el responsable de seguir el cuidado de su salud?

TABLA N° 27 Porcentaje de los grados de riesgo total de adherencia.

Listado de Gráficos

Gráfico No.1 Distribución por edad.

Gráfico No.2 Distribución de los grados de riesgo total de adherencia.

Lista de anexos

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.

GLOSARIO

1. **Adherencia al tratamiento:** la Organización Mundial de la Salud define la adherencia al tratamiento como el cumplimiento del mismo; es decir, tomar la medicación de acuerdo con la dosificación del programa prescrito; y la persistencia, tomar la medicación a lo largo del tiempo.
2. **Enfermedad crónica:** según la Organización Mundial de la Salud son enfermedades de larga duración y por lo general de progresión lenta.
3. **Factores individuales:** cualquier rasgo o característica de un individuo.
4. **Hipertensión arterial:** según la Organización Mundial de la Salud la hipertensión, también conocida como tensión arterial alta o elevada, es un trastorno en el que los vasos sanguíneos tienen una tensión persistentemente alta, lo que puede dañarlos.
5. **Tratamiento:** se define como el conjunto de medios que se realizan para curar o aliviar una enfermedad.
6. **Tratamiento farmacológico:** es el conjunto de medidas farmacológicas, que se usa para prevenir, diagnosticar, tratar o dar alivio a los síntomas de una enfermedad o estado anormal que presenta un individuo.
7. **Tratamiento no farmacológico:** es el conjunto de medidas no farmacológicas que se usan para prevenir, mitigar, tratar y dar alivio a los síntomas de una enfermedad que presenta un individuo.

RESUMEN

Palabras claves: Adherencia al tratamiento, hipertensión arterial, tratamiento farmacológico, tratamiento no farmacológico, enfermedades crónicas.

Introducción: Las enfermedades crónicas o no transmisibles han aumentado a nivel mundial y Colombia no es la excepción, y la carga de la enfermedad afecta más a los países en desarrollo que a los desarrollados. Por ello, el tema de la investigación empieza a ser relevante para el contexto colombiano.

Método: Se elaboró un estudio de análisis descriptivo transversal cuantitativo, de tipo correlacional y diseño no experimental, un muestreo de 110 personas con hipertensión arterial, de una ESE de II nivel de un municipio de Cundinamarca. Se aplicó un instrumento que permitió evaluar los factores que influyen en la adherencia a tratamientos farmacológicos y no farmacológicos.

Resultado: Las dimensiones evaluadas mostraron que los factores que más influyen en no generar comportamientos de adherencia son de tipo socioeconómico y los relacionados con la terapia, se encontró un porcentaje significativo de pacientes en riesgo medio de no generar comportamientos para lograr adherencia al tratamiento.

Conclusiones: Se encontró un porcentaje del 78,2% de pacientes encuestados que tienen riesgo de no generar comportamientos de adherencia, entre los principales factores se encontraron los económicos y la capacidad de concebir cambios en hábitos saludables importantes para la adherencia en el tratamiento no farmacológico. Se hallaron factores favorables en los pacientes y en el equipo de salud, los cuales pueden ser útiles en el momento de tener un programa de hipertensión que contribuya y pueda generar comportamientos que ayuden a mejorar la adherencia al tratamiento de los pacientes.

SUMMARY

Key words: Adherence to treatment, arterial hypertension, pharmacological treatment, non - pharmacological treatment, chronic diseases.

Introduction: Chronic or non-communicable diseases have increased worldwide and Colombia is no exception, and the burden of the disease affects developing countries more than developed countries. Therefore, the topic of research begins to be relevant to the Colombian context.

Method: A quantitative cross - sectional descriptive analysis study, with a non - experimental design, was carried out, a sample of 110 people with arterial hypertension, from a hospital of II level of a municipality of Cundinamarca. An instrument was used to evaluate the factors that influence adherence to pharmacological and non-pharmacological treatments.

Result: The evaluated dimensions showed that the factors that most influence in not generating adherence behaviors are socioeconomic, and those related to therapy. Finding a significant percentage of patients at medium risk of not generating behaviors to achieve adherence to treatment.

Conclusions: It was found that 78,2% of patients surveyed had a risk of not engaging in adherence behaviors. The main factors were the economic factors and the ability to conceive changes in healthy habits, important for adherence in non-pharmacological treatment. Favorable factors were found in patients and health teams, which may be useful at the time of having a hypertension program to generate behaviors that help to improve adherence to the patient's treatment.

INTRODUCCIÓN

La necesidad de lograr una adecuada adherencia al tratamiento de la hipertensión arterial debe ser prioritario y de interés de los diferentes actores del sistema de salud. Es conocido que esta enfermedad tiene una alta prevalencia en el mundo, la Organización Mundial de la Salud (OMS) 2013, afirma que actualmente tanto países desarrollados como en vía de desarrollo están presentando un incremento en las enfermedades crónicas no transmisibles, entre ellas la hipertensión arterial, esto debido al envejecimiento, urbanización acelerada y malos hábitos de vida.

Pocos estudios se encuentran en Colombia relacionados con la prevalencia e incidencia de hipertensión en zonas urbanas y rurales del país, los estudios que se encuentran analiza las diferencias entre regiones y departamentos. Las diferencias más significativas en los grupos de hipertensión, muestran una prevalencia en zonas como la región Central del país y Pacífica, aspectos como el índice de riqueza, estrato socioeconómico, nivel educativo, ocupación, sexo y raza se encuentran influyen de manera significativa en esta patología (Cerezo, Cifuentes, Nieto & Parra, 2012)

La hipertensión se puede prevenir y para quienes ya la presentan, es posible controlar las cifras tensionales. Son varios los factores comportamentales que inciden para que los pacientes no acudan al servicio médico, ni a los programas ofrecidos en las instituciones, lo que ocasiona un impacto negativo en la salud de las personas. Como consecuencia se presentan complicaciones como eventos cardiovasculares que pueden terminar en cirugía o enfermedades concomitantes secundarias como diabetes, hipercolesterinemia o insuficiencia renal, incrementando los costos del tratamiento, o por las secuelas que ocasiono el evento (discapacidad).

No es suficiente con que los pacientes tomen su medicación, el manejo debe ser integral, lograr un cambio en los estilos de vida de la población es el reto que se debe asumir. De ahí la importancia de realizar este estudio, en una ESE de II nivel de atención, donde la población de la zona urbana y rural del municipio accede a este como su centro de atención primaria en salud. El estudio realizado permitirá conocer cuáles son los principales factores que están asociados a la no

adherencia al tratamiento de la hipertensión arterial, estos se tendrán en cuenta para proponer estrategias que permitan mejorar el nivel de adherencia y evitar el incremento de costos asociados a las complicaciones de la hipertensión.

La OMS en el año 2013 propone políticas en salud pública para la hipertensión ya que es un factor importante de mortalidad. Los países deben diseñar programas integrales de prevención que aborden el riesgo cardiovascular en general. En Colombia, con el propósito de mejorar la salud, prevenir la enfermedad y sus complicaciones se plantearon estrategias, las cuales están descritas en el Plan Decenal de Salud Pública (PDSP) 2012-2021, en ellas se definen ocho dimensiones, la segunda “Vida saludable y condiciones no transmisibles” están dirigidas a población con enfermedades crónicas como la hipertensión. El PDSP establece los lineamientos, objetivos y metas que se esperan alcanzar con los programas, el cual será la base para realizar la propuesta de intervención al igual que los componentes del programa propuestos por la OMS.

1. Problema de investigación y su justificación

Existen dificultades con la adherencia terapéutica, especialmente cuando la medicación es crónica y mayor aún si la enfermedad es asintomática, la adherencia tiende a ser baja. (Alcantarilla, Güel, Bello, 2014). Diversos estudios relacionados con la adherencia en pacientes con hipertensión evidencian bajos niveles de adherencia asociados a diversos factores. Este estudio nos permitirá identificar cuáles es el grado de adherencia y los principales factores de tipo farmacológico y no farmacológico en habitantes de la zona rural y urbana de un municipio de Cundinamarca con este diagnóstico, que pertenecen al programa de crónicos de la ESE.

La hipertensión arterial es una de las enfermedades de mayor prevalencia a nivel mundial, es una de las principales causas de enfermedades coronarias, falla cardíaca 49%, evento cerebrovascular 35% y segunda causa de falla renal. En el año 2013 en Colombia había una prevalencia de 5,53% de personas con hipertensión arterial afiliadas al Sistema de Seguridad Social en Salud (Ministerio de Salud y Protección Social [MSPS], 2014).

En el 5to informe técnico del Ministerio de Salud del año 2015, (Observatorio Nacional de Salud [ONS], 2015) describe la prevalencia del 31% en las mujeres con un incremento anual de 1,35% entre el año 2010 al 2014. En hombres del 28,7% en el 2014 con un aumento de 4,8% anual. El incremento en la prevalencia está asociado a factores como el envejecimiento que conlleva a comorbilidades, la vida sedentaria, malos hábitos de alimentación y el estrés.

Entre el año 2010 a 2014 se logró en Colombia disminuir la tasa de mortalidad de 1,1 en mujeres y de 1,07 en hombres, esto se explica por qué hay un mejor control de cifras tensionales (MSPS, 2014). Los programas de intervención en salud diseñado han contribuido a controlar y mejorar las cifras de tensión arterial impactando de manera positiva en la salud de las personas, aunque la mayor preocupación de los organismos de salud, es no lograr adherencia al tratamiento en los pacientes, lo que ha conllevado a incrementar los eventos de tipo cardiovascular y renal en los pacientes.

El gobierno a través MSPS, elaboró el Plan Decenal de Salud Pública (PDSP) 2012-2021, con el propósito de mejorar las condiciones de salud de la población, garantizando el bienestar integral y la calidad de vida de la población colombiana.

Las intervenciones realizadas a través de los programas de promoción y prevención, tienen beneficios en intervenciones de enfermedades de tipo cardiovascular en cuanto a la calidad de vida, cambios en los porcentajes de riesgo cardiovascular y clasificación de riesgo (Duque, Vásquez, 2010). La Empresa Social del Estado (ESE) donde se realizó el estudio, tiene un programa de intervención convencional (control por médico y enfermera) para la población con hipertensión arterial.

Una necesidad explícita del presente trabajo es conocer el grado de adherencia al tratamiento farmacológico y no farmacológico y definir los factores que están impactando en la no adherencia al tratamiento. A partir de estos, proponer estrategias para implementar un programa de intervención que genere beneficios en esta población en cuanto a la salud y económicos, minimizando costos por complicaciones y tratamientos, que permitan medir los resultados de las intervenciones realizadas con el estado de salud de los pacientes.

Pregunta de investigación: ¿Cuáles son los factores de tipo socio económico, los del paciente, de la terapia y del prestador, que influyen en los pacientes hipertensos para no generar comportamientos de adherencia al tratamiento farmacológico y no farmacológico en una ESE de II nivel de atención ubicado en un municipio de Cundinamarca?

2. OBJETIVO GENERAL Y ESPECÍFICOS

2.1 OBJETIVO GENERAL

- Identificar los factores que influyen en los pacientes hipertensos que generen comportamientos de no adherencia al tratamiento farmacológico y no farmacológico del programa de crónicos de una ESE de II nivel de un municipio de Cundinamarca.

2.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS

- Caracterizar la población objeto de estudio.
- Definir los criterios de inclusión de la población objeto de estudio.
- Definir los factores que están relacionados a la no adherencia al tratamiento.
- Describir los factores socioeconómicos de los pacientes hipertensos adscritos al programa de la ESE.
- Describir los factores relacionados con el proveedor, la prestación de servicios y el equipo de salud que atiende los pacientes.
- Describir los factores relacionados con la terapia de los pacientes hipertensos.
- Describir los factores asociados al paciente hipertenso.
- Realizar una propuesta de un programa de atención primaria integral para los pacientes con hipertensión de la ESE.

3. MARCOS DE LA INVESTIGACIÓN

3.1 MARCO TEÓRICO

3.1.1 Enfermedades crónicas no transmisibles (ECNT). Definidas como “un proceso de evolución prolongada, no se resuelven espontáneamente, rara vez alcanzan una cura completa, las cuales generan una gran carga social y tanto desde el punto de vista económica como desde la perspectiva de dependencia social e incapacidad. Su etiología es múltiple, con un desarrollo poco predecible, presentan múltiples factores de riesgo, con algunas excepciones, no son contagiosas” (Martínez & Díaz, 2010, p.2).

Las ECNT incluyen cuatro enfermedades: cardiovasculares, cáncer, respiratorias y diabetes (OMS). Las cuales tienen como característica en común los factores de riesgo, estos son comunes para la mayoría de ellas. Algunos factores incluyen malos hábitos alimenticios, poca actividad física, consumo de alcohol y tabaco, contribuyendo a que la población con hipertensión, hiperglucemia, hipercolesterolemia, sobrepeso y obesidad aumente (Rodríguez, et al., 2015).

Según la OMS, alrededor del 80% de las ECNT, ocurren en países de bajos recursos, esto dificulta el acceso a los servicios de salud, sumado a los malos hábitos en el estilo de vida. Las ECNT, son responsables del 60% de las muertes en el mundo, por encima de las muertes por infecciones, maternas, perinatales, déficit nutricional. (Rodríguez, et al., 2015).

Conociendo la relación directa que existe entre los malos hábitos y estilos de vida con la presencia de ECNT, las organizaciones y los gobiernos han implementado políticas en salud pública, enfocadas a minimizar los factores de riesgo e impactando de manera positiva en la salud y disminuyendo la morbilidad.

3.1.2 Hipertensión Arterial. Considerada como una de las enfermedades crónicas o transmisibles que más ocasiona discapacidad y muerte en el mundo. No controlar las cifras de hipertensión, incrementa el factor de riesgo de sufrir eventos cerebrovasculares, insuficiencia cardíaca, cardiopatía isquémica, enfermedad renal crónica, muerte y discapacidad. Tener controlada las

cifras de tensión arterial en valores considerados normales, minimizan los riesgos de presentar estas complicaciones. (Pérez, Leo & Fernández, 2011)

- **Definición.** La hipertensión arterial sistémica según el Ministerio de Protección Social (2013) “es una enfermedad crónica que se caracteriza por ser un trastorno vascular cuya manifestación clínica más evidente es la elevación anormal de las cifras de tensión arterial y cuya consecuencia puede ser la presentación de eventos vasculares aterotrombóticos (infarto de miocardio, ataque cerebrovascular, entre otros), falla cardíaca o falla renal. Más del 90% de los casos de hipertensión arterial no tienen una causa identificable y corregible, por lo que requieren de tratamiento crónico”.

- **Cifras de HTA.** Las cifras de tensión arterial reafirmadas en el año 2013 por el *Joint National Committee* (JNC) 7, (Ordúñez, Pérez & Hospedales, 2010) son:

Características	Presión arterial sistólica	Presión arterial diastólica
Presión arterial normal	<120 mm Hg	< 80mm Hg
Pre hipertensión	120-139 mm Hg	80 a 89 mm Hg
Hipertensión		
Etapas 1	140-159 mm Hg	90 -99 mm Hg
Etapas 2	≥ 160 mm Hg	≥ 100 mm Hg

La hipertensión aislada se considera presente cuando la presión arterial es $\geq$ a 140mmHg y la hipertensión diastólica aislada se considera presente cuando es ≥ 90 mm Hg. Estas cifras aplican para personas adultas que no están medicadas con antihipertensivos.

- **Causas.** La hipertensión arterial primaria se presenta sin causa evidente, es esencial o de origen idiopático. La hipertensión secundaria se atribuye a un defecto en un órgano específico como insuficiencia renal, estrechamiento de aorta o renal, tumores, enfermedades del sistema nervioso. El 90% de los pacientes padecen hipertensión arterial primaria y un 10% secundaria. (Barajas, 2011)

Son los factores de riesgo los que incrementan la probabilidad de enfermar o morir por causa de una enfermedad cardiovascular. Los factores pueden ser modificables o no modificables, dentro de los factores de riesgo que se pueden modificar se encuentran, el tabaquismo, hipercolesterinemia, diabetes mellitus, sobrepeso, inactividad física. Los factores no modificables son la edad, el sexo, factores genéticos/historia familiar. (Bejarano, & Cuixart, 2011)

Entre los factores relacionados con el comportamiento que pueden contribuir a la hipertensión están:

- Consumir alimentos que contienen demasiada sal y grasa, y poca ingesta de frutas y hortalizas.
- Uso nocivo del alcohol
- Sedentarismo y falta de ejercicio físico
- Mal control del estrés

La condición de vida y trabajo de las personas influyen de manera significativa en estos factores de riesgo conductuales (OMS, 2013)

Los factores que son susceptibles de modificar, son determinantes en el manejo de la hipertensión arterial, estos hacen parte de la intervención no farmacológica la cual debe ser indicada por los profesionales tratantes y asumida por el paciente. Modificar los hábitos contribuye de manera importante con la prevención de eventos coronarios y mortalidad.

• **Tratamiento.** Un diagnóstico oportuno genera un impacto importante en el desenlace de la enfermedad, minimiza el riesgo de infarto de miocardio, accidente cerebro vascular e insuficiencia renal. Después de realizar el diagnóstico, los pacientes deben tener un adecuado control y conocer los valores de la tensión arterial. Es necesario que el paciente asista a controles médicos, en estos el paciente recibe asesoría sobre cuidados y manejo de factores de riesgo (OMS, 2013).

Como manejo complementario, los pacientes reciben tratamiento farmacológico con antihipertensivos, las seis familias de fármacos que la OMS y la Sociedad Internacional de Hipertensión consideran de primera línea son los diuréticos, bloqueadores beta adrenérgicos, antagonistas del calcio, inhibidores de la enzima de conversión de la angiotensina, bloqueadores

alfa y antagonistas de los receptores de la angiotensina II. La medicación depende de algunos factores como el costo, presencia de enfermedades asociadas, efectividad, efectos secundarios, tolerancia o impacto sobre la calidad de vida del paciente.

Los pacientes con enfermedades cardiovasculares como la hipertensión arterial se benefician más de programas de promoción y prevención conformados por un equipo multidisciplinario y se demostró en un estudio de caso en economía de la salud realizado en Colombia, sobre riesgo cardiovascular, calidad de vida ajustados por calidad de vida, que el tiempo de permanencia en el programa tiene efectos favorables, logrando 8.9660 QALYs en grupos que están programas multidisciplinarios y 8.4403 QALYs en grupos con intervención convencional, esto traduce que ganar un QALY en un programa de promoción y prevención conformado por varios profesionales de la salud cuesta 29.85 USD (Duque, et al., 2010).

Ofrecer un programa de promoción y prevención estructurado con un grupo de profesionales que se encarguen de manejar a través de la educación y el control directo de los factores de riesgo en la población tiene un costo adicional para la entidad de salud, es aquí donde se debe realizar una evaluación costo beneficio, analizar el gran impacto positivo que pueden lograr estas intervenciones en la salud, además de lograr una prolongada permanencia en el programa que genere una razón más para promover la adherencia en los pacientes.

3.1.3 Adherencia terapéutica. La OMS en el año 2003 define la adherencia como “el grado en el que la conducta de un paciente, en relación con la toma de medicación, el seguimiento de una dieta o de las modificaciones de hábitos de vida, se corresponde con las recomendaciones acordadas con el profesional sanitario”. OMS 2003 (citado por Dilla, Valladares, Lizán & Sacristán, 2009).

Diversos autores han definido adherencia terapéutica, Haynes en 1978 habla de la falta de adherencia como “el grado en el cual la conducta de una persona, en términos de tomar una medicación o efectuar cambios en el estilo de vida, coincide con las recomendaciones médicas o higiénico sanitarias” (Conthe, et al., 2014)

En la adherencia terapéutica, juega un papel muy importante la voluntad del paciente, quien finalmente es el responsable del cuidado de su salud acompañado de la familia, quien debe brindar

el apoyo necesario para cumplir con las recomendaciones dadas del tratamiento farmacológico y no farmacológico, como cambios en hábitos y estilos de vida saludables, relacionados con consumo de alcohol, tabaquismo, realizar actividad física, alimentación saludable; indispensables para mejorar la condición de salud, especialmente en pacientes que padecen enfermedades crónicas cardiovasculares.

La falta de adherencia terapéutica por parte de los pacientes, tiene un gran impacto en los desenlaces de salud; en las enfermedades cardiovasculares se ha evidenciado una relación entre el grado de adherencia y la disminución de la presión arterial.

En pacientes con insuficiencia cardíaca, la adherencia disminuye el riesgo de muerte independiente del tratamiento. En un estudio realizado a 83.267 pacientes tratados con antihipertensivos con buena adherencia, disminuyó el riesgo de sufrir eventos coronarios. Los pacientes que se trataron con hipertensivos que no interrumpieron el tratamiento en comparación con los no cumplidores, presentaron 37% menos eventos cardiovasculares. La adherencia al tratamiento antihipertensivo reduce el riesgo de ictus en un 8-9% y el riesgo de muerte de en un 7%. (Conthe, et al., 2014, p.338)

- **Medición de la adherencia.** Son varios los estudios realizados sobre adherencia, hasta el momento no se ha definido un *gold standard* que defina un patrón para realizar una medición parametrizada. Hay diversos métodos para medir la adherencia, directos: medida de niveles en sangre, marcador biológico. La forma más fácil de medir la adherencia es de manera indirecta a partir de la información suministrada por el paciente, a través de cuestionarios, evaluación de la respuesta al tratamiento terapéutico o análisis de dispensación de medicamentos en las farmacias, dispositivos electrónicos, recordatorios diarios, recuento de comprimidos. Aunque se puede obtener información fácilmente, tienen un alto grado de subjetividad. Las técnicas que más se utilizan son los test que permiten tener mayor validez (Conthe, et al., 2014).

Diversos estudios realizados de adherencia farmacológica en pacientes hipertensos, independientemente del método utilizado, arrojan cifras similares del cumplimiento del tratamiento de los pacientes. La cifra de no cumplidores está cerca del 40% en el tratamiento no farmacológico y entre el 60 y 90%, no farmacológico, un tercio de pacientes siempre toma medicación, un tercio la toma a veces y un tercio nunca la toma. En Argentina se realizó un estudio

donde se encontró que el 48,6% es adherente y el 51,9 no lo era. En Cuba se obtuvo que el 52,4 % de los pacientes realizaban tratamiento completo. (Martín, et al.,2015)

Estudios sistémicos realizados a pacientes con enfermedades cardiovasculares, muestran que el 7,1 % de los pacientes abandonan los medicamentos prescritos por el médico de familia y el 55,2% ordenados por especialista. La adherencia a la dieta es del 41,0% respecto a la medicación 20,6%, adherencia relacionada al comportamiento es del 30,3 %. Es más fácil tomar medicamentos que cambiar hábitos, esto explica una mayor adherencia en tratamientos farmacológicos. Los pacientes tratados con antihipertensivos que no interrumpieron el tratamiento, comparado con los no cumplidores, presentan un 37% menos de eventos cardiovasculares. La adecuada adherencia al tratamiento antihipertensivo reduce el riesgo de ictus en 8-9% y de muerte en un 7%. (Conthe, et al., 2014).

Para evaluar la adherencia en el grupo de pacientes objeto de estudio se utilizará el Instrumento diseñado por Bonilla y De Reales en al año 2006 que evalúa la adherencia a tratamientos en pacientes con factores de riesgo cardiovascular, está conformado por 53 ítems y cuatro dimensiones.

- **Niveles de adherencia.** Para evaluar los niveles de adherencia en tratamiento farmacológico y no farmacológico, se utilizará la clasificación modificada de los grados para riesgo de adherencia propuesta por Bonilla I, (citada por Barjas & Gómez, 2014) para el análisis de resultados del presente estudio. En la siguiente tabla, se muestra la clasificación por porcentaje del riesgo que pueden tener los pacientes para generar o no generar comportamientos de adherencia, la clasificación se obtiene de los resultados de las dimensiones evaluadas.

Tabla 1. Clasificación modificada de los grados de riesgo para la adherencia

Categoría de riesgo	Porcentaje	Definición
Riesgo bajo	80% al 100%	Ventaja para generar comportamientos con la adherencia

Riesgo Medio	60% a 79%	En peligro de no genera comportamientos de adherencia
Riesgo alto	Menor o igual a 59%	No puede responder con comportamientos de adherencia

Fuente: Barajas & Gómez, 2014

- **Factores que influyen en la adherencia:** Las causas de la no adherencia incluyen diferentes factores, relacionados con el paciente, el profesional, el sistema de salud, la enfermedad, el tratamiento farmacológico y el factor socioeconómico; variables que se medirán en la investigación. La prevalencia de la no adherencia es muy alta y el costo que deriva de ella es impactante tanto del punto de vista sanitario como económico.

Las intervenciones para mejorar la adherencia son complejas y deben considerar todos los elementos que intervienen en ella, teniendo en cuenta que cada persona reacciona distinto (Danesi, 2015).

Tabla 2. Factores que influyen en la adherencia terapéutica

▪ <i>Características del paciente</i>
Actitud despreocupada hacia la enfermedad y/o tratamiento
Escaso grado de conocimiento de la enfermedad o de la terapia
Desconfianza en la eficacia del tratamiento
Escasa motivación para recuperar la salud
Enfermedad percibida como poco grave
Edades extremas: niños y ancianos
Nivel educativo y estatus económicos bajos
Desconocimiento de las consecuencias
Inestabilidad emocional, depresión, personalidad hipocondríaca
▪ <i>Características del régimen terapéutico</i>
Politerapias
Pautas posológicas complejas y/o incómodas
Incomprensión del régimen terapéutico

Aparición de efectos secundarios Características organolépticas desagradables Formas farmacéuticas y/o envases de uso complejo Coste de la medicación Administración oral frente a la parenteral Tratamientos preventivos/profilácticos Tratamientos crónicos /o recurrentes.
▪ <i>Características de la enfermedad</i>
Enfermedad silente o poca sintomática Enfermedad crónica, recurrente y/o recidivante Enfermedad leve y/o ausencia de complicaciones Coexistencia de otras enfermedades asociadas
▪ <i>Características del entorno familiar y social</i>
Problemas de comunicación entre familiares Alto grado de conflicto entre las normas familiares y/o sociales y la conducta a seguir Escasa supervisión en la toma de medicamentos No tener antecedentes de enfermedad en la familia Vivir solo
▪ <i>Características del profesional sanitario</i>
Desconfianza o poca cooperación entre el paciente y el profesional sanitario Profesional con aptitudes y actitudes negativas para presentar la información: desmotivación Ausencia de instrucciones escritas Lenguaje demasiado técnico Escasa o nula cooperación entre el médico y el farmacéutico

Fuente: Conthe, et al. (2014)

Sin embargo, el cumplimiento o adherencia a un tratamiento para estas enfermedades pueden depender de las características de cada persona, su compromiso y actitudes, implicando voluntad y motivación del paciente y sostenibilidad del sistema de salud.

3.1.4 Políticas propuestas para reducir la morbilidad y discapacidad en personas hipertensas. En año 2013 la OMS publicó el informe general sobre la hipertensión en el mundo, donde muestra la prevalencia de la enfermedad en los diferentes países del mundo encontrando una relación con los ingresos de los países, la mayor prevalencia de hipertensión se encuentra en los países con bajos ingresos y viceversa. Muchos pacientes diagnosticados no tienen acceso al tratamiento, ocasionando falta de control en la enfermedad con desenlaces desfavorables para el mismo.

La mejor manera de prevenir la hipertensión es controlando los factores de riesgo relacionados con el comportamiento como la dieta malsana, el uso nocivo del alcohol y la inactividad física. Controlar estos factores, puede lograr disminuir la incidencia de enfermedades como la hipertensión (OMS, 2013).

Propone realizar programas integrados para enfermedades no transmisibles, desde el enfoque de atención primaria que permitan asequibilidad, sostenibilidad y permiten a los países combatir la hipertensión. Para lograr el control de la hipertensión se necesita la cooperación de varios actores relacionados como el gobierno, la sociedad civil, las instituciones académicas y la industria de alimentos y bebidas.

- **Intervención del gobierno.** Crear políticas de salud pública que sean asequibles, sostenibles y eficaces, que busquen la cobertura en salud universal, haciendo énfasis en el primer nivel de atención de manera integral y previniendo complicaciones de la hipertensión; dichas acciones son vitales para contener los costos de la atención en salud. Garantizar equitativamente que las personas tengan acceso a los servicios de prevención, tratamiento y rehabilitación contribuye con el control y prevención de complicaciones de la hipertensión (OMS, 2013)

Los seis componentes de las iniciativas nacionales para controlar la hipertensión.

1. Programa de atención primaria integrada. El objetivo es reducir el riesgo cardiovascular para prevenir infartos, insuficiencia renal, accidentes cerebrovasculares. El programa propone:

- El tratamiento debe centrarse en personas con riesgo moderado o alto de infarto de miocardio, accidente cerebrovascular y daño renal, para esto se debe realizar una evaluación del riesgo cardiovascular a pacientes hipertensos (existen instrumentos diseñados y aprobados para la medición de riesgo).
- Asegurar que se administre tratamiento farmacológico a personas con niveles de riesgo moderado y alto. No tratar con medicamentos a personas con hipertensión inconstante y bajo riesgo cardiovascular.
- Disponer de medicamentos asequibles y eficaces para controlar la hipertensión. Para esto se dispone de protocolos, guías para el tratamiento. A su vez hacer uso racional de estos para evitar costos innecesarios y garantizar la sostenibilidad de los programas.
- Controlar las cifras de tensión arterial tiene grandes beneficios desde la salud pública (OMS 2013).

2. Costos de ejecución del programa. El costo estimado incluye consulta externa de atención primaria, asesoría, pruebas diagnósticas y los medicamentos. La OMS diseñó un instrumento para estimar el costo de estos programas y tiene en cuenta los siguientes elementos:

- El aumento gradual de la cobertura a toda la población de manera asequible para lograr la cobertura universal.
- Disponer de tecnología básica para tratar a las personas con hipertensión.
- Disponibilidad y uso racional de medicamentos esenciales para prevenir complicaciones en personas con riesgo cardiovascular moderado a alto.
- Vínculos entre los diferentes niveles del sistema de salud, para que las personas reciban el tratamiento apropiado según su nivel de riesgo.

3. Medios de diagnóstico y tecnologías básicas. Incluye dispositivos para medir la tensión arterial, básculas, elementos para hacer pruebas de glucemia. El costo de ejecución de un programa de este tipo es bajo, menos de US\$1 per cápita en países de ingresos básicos, menos de US\$ 1,50 per cápita en países de ingresos medianos bajos y US\$ 2,50 en los de ingresos altos. El costo de ejecución de un programa es del 4%, en los países de ingresos bajos y menos del 1% en los de ingresos medianos altos (OMS, 2013).

4. Reducción de los factores de riesgo. Las intervenciones buscan modificar el comportamiento en las personas, están dirigidas a la población, la comunidad, lugares de trabajo, escuelas, su finalidad es modificar los determinantes sociales y ambientales. El programa debe ser costo efectivo e incluir enfoques poblacionales para que la cifra de tensión se desplace hacia un patrón saludable.

5. Programa de promoción de la salud en los lugares de trabajo y de control de la tensión arterial. Considerada por la OMS como la vía más costoefectiva para prevenir y controlar enfermedades no transmisibles. Entre las acciones propuestas se encuentra crear entornos saludables libres de tabaco, entornos laborales seguros adoptando medidas de salud y seguridad ocupacional, prácticas idóneas, programas de bienestar para el lugar de trabajo y planes de seguros médicos. Estos programas pueden llegar de manera masiva a los trabajadores, buscando modificar comportamientos y facilitando la detección temprana de la enfermedad.

6. Seguimiento de los progresos. Fortalecer los sistemas nacionales de vigilancia e información sanitaria, para hacer seguimiento a las acciones establecidas. Se debe realizar una recolección y análisis sistemático de la información, de esta manera poder suministrar información sobre la carga de la enfermedad. Se debe incluir factores de riesgo y sus determinantes, mortalidad y morbilidad. Esta información es de utilidad para diseñar políticas y programas.

- **Personal sanitario.** En este aspecto es esencial la formación de los profesionales de la salud, en los planes de estudio debe estar incluida la educación para la salud. Tratar a los pacientes hipertensos en la atención primaria es muy costo efectivo, también juegan un papel importante en la detección y diagnóstico.
- **Sociedad civil.** Incluye organizaciones no gubernamentales (ONG), instituciones académicas, asociaciones profesionales, quienes juegan un papel importante en la lucha contra la hipertensión. Su papel es abordar factores de riesgo como el tabaquismo, la dieta malsana, la inactividad física, el uso nocivo del alcohol, en estos hay una incidencia de tipo comercial, política y social. Las ONG e instituciones académicas, aportan conocimiento y recursos

necesarios que permitan fortalecer la fuerza de trabajo y las competencias de los individuos, familia y comunidad.

- **El sector privado.** Juega un papel importante, excluyendo a la industria tabacalera, desde la implementación de programas de salud ocupacional, hasta las recomendaciones en mercadotecnia de alimentos y bebidas no alcohólicas dirigidas a niños, el cual se aprobó en la Asamblea Mundial de Salud de 2010. Esto está relacionada con el uso de publicidad que influye en las preferencias alimentarias con alto contenido de sal, grasas y azúcares. También puede contribuir en el desarrollo de tecnologías y aplicaciones sanitarias de vanguardia, fabricar productos para la salud que sean asequibles.
- **Familia e individuos.** Es importante el autocuidado y el apoyo a la familia, controlar los factores de riesgo es clave en el manejo de la hipertensión.

Dieta saludable

- Fomentar modos de vida saludables, con énfasis en una adecuada nutrición de los lactantes y los jóvenes.
- Reducir el consumo de sal a menos de 5 g por día.
- Consumir cinco porciones de frutas y hortalizas al día.
- Reducir la ingesta de grasas saturadas y de grasas en general.

Alcohol

- Evitar el uso nocivo del alcohol.

Actividad física

- Realizar regularmente ejercicio físico y promover la actividad física de los niños y los jóvenes. La OMS recomienda realizar actividad física por lo menos durante 30 minutos al día, cinco días a la semana
- Mantener el peso corporal en valores normales.

Tabaco

- Detener el consumo y eliminar la exposición a productos de tabaco.

Estrés

- Manejar apropiadamente el estrés.

La participación de las personas con hipertensión debe ser activa:

- Adoptando los comportamientos saludables.
- Medir su tensión arterial en el hogar.
- Realizando pruebas de glucemia, colesterolemia y albuminuria.
- Aprender a determinar el riesgo cardiovascular con un instrumento de evaluación del riesgo.
- Seguir recomendaciones médicas.
- Tomar regularmente los medicamentos prescritos para disminuir la tensión arterial.

Siguiendo las recomendaciones dada por la OMS para la intervención de la hipertensión arterial y manejo de factores de riesgo, Colombia trabaja en el **Plan Decenal de Salud Pública (PDSP)** cuyo objetivo es impactar en los factores de riesgo asociados a las ECNT, el MPS con el apoyo de universidades, buscan responder a los problemas de las ECNT a través de la investigación encontrando la mejor evidencia en la toma de decisiones en políticas públicas para el manejo y control de estas enfermedades.

Los resultados obtenidos después del consenso de expertos, permitieron realizar un análisis de la epidemiología de las ECNT, los factores de riesgo y las posibles intervenciones a partir del análisis del contexto social y político del país. Las intervenciones propuestas están enfocadas en los principales factores de riesgo tales como el consumo de alcohol, fumar, actividad física y alimentación.

El plan tiene ocho dimensiones prioritarias, la segunda dimensión “Vida saludable y condiciones no transmisibles” incluye las enfermedades no transmisibles (ENT) como la hipertensión arterial.

Como estrategia el plan ha definido la participación de diversos sectores intersectoriales e interterritoriales. El sector salud juega un papel muy importante en la ejecución, logro de objetivos y metas.

Las acciones que plantea el PDSP deben ser realizadas por entidades públicas y privadas que el sector salud tiene a cargo, para disminuir la probabilidad de ocurrencia de un evento no deseado, evitable y negativo para la salud de un individuo, que puede ser también el empeoramiento de una condición previa o la necesidad de requerir más consumo de bienes y servicios que hubiera podido evitarse (PDSP p.153).

Las estrategias propuestas para el componente siguen los lineamientos de la OMS:

- **Normas, políticas, planes y programas sectoriales.** Implementar, evaluar y monitorear los planes nacionales para ENT, promover la detección temprana y factores de riesgo, desarrollar e implementar guías y normas técnicas para detección, protección específica, diagnóstico y tratamiento de las enfermedades.
- **Fortalecer las capacidades del recurso humano.** Para la planeación, atención y evaluación de acciones e intervenciones en estilos de vida saludable.
- **Desarrollar modelos y formas de atención diferencial de las ENT sostenibles.** Se pretende reorientar los servicios de salud con el objetivo de mejorar la cobertura, acceso, oportunidad, integralidad, continuidad, seguridad ambulatoria, hospitalaria y domiciliaria. Realizar gestión del riesgo diferenciando población rural y urbana.
- **Promoción, fomento, incentivos a la oferta, innovación, desarrollo y monitoreo del mejoramiento de la producción nacional y regional.** La disponibilidad y el acceso a los medicamentos y a tecnologías esenciales para la atención de las ENT
- **Fortalecimiento de procesos de desarrollo, regulación, evaluación de tecnologías apropiadas.** Para promoción y atención de las enfermedades
- **Desarrollo e implementación de estrategias de alto impacto.**
- **Desarrollo de una línea de cuidado a las personas con ENT.** Promoción del auto-cuidado, prescripción y dispensación de medicamentos, vínculo entre el cuidado y el equipo de atención primaria en salud, integralidad y continuidad en el acompañamiento.

- **Desarrollo de capacidades nacionales y locales para la innovación,** uso y aplicación de las Tecnologías de Información y Comunicación TICS para mejorar el acceso y la atención.
- **Desarrollo de procesos para la vigilancia, control, evaluación e investigación.** Armonizar contenidos, encuestas nacionales, desarrollar estadísticas, evaluaciones socioeconómicas y de impacto, farmacovigilancia, desarrollo de salas de análisis situacional y monitoreo de políticas públicas.
- **Desarrollar capacidades de investigación y evaluación en exposición, resultados, intervenciones y capacidad de respuesta en ENT**
- **Protección y desarrollo integral del recurso humano sectorial**
- **Cooperación internacional.** Para avanzar en la gestión y cumplimiento de agenda mundial.

3.2 MARCO CONTEXTUAL

3.2.1 Hipertensión Arterial. Según la OMS, las enfermedades cardiovasculares causan 17 millones de muertes por año, casi un tercio del total. Las complicaciones de la hipertensión causan al año 9,4 millones de muertes. La hipertensión causa 45% de muertes por cardiopatía, 51% de muerte por accidente cerebro vascular (OMS, 2013).

Para el año 2008, se habían diagnosticado 1.000 millones de personas con hipertensión arterial, mayores de 25 años. Los países con mayor prevalencia en el mundo son África con 46% y la más baja está en las Américas con 35% en personas mayores de 25 años (OMS,2013). Esta se relacionado con los ingresos de los países, los países con mayores ingresos la prevalencia es menor, y los de más bajos ingresos tienen una prevalencia mayor, asociado a mayor población, sistemas de salud poco fortalecidos, hipertensos sin diagnóstico, sin tratamiento.

El incremento en la prevalecia está relacionado con la expectativa de vida de las personas, hay un mayor envejecimiento y las personas tienen malos hábitos como el sedentarismo, el cigarrillo, alimentación mal sana, el aumento en los niveles de estrés, la falta de actividad física, obesidad (OMS, 2013).

Debido al impacto que generan las enfermedades crónicas no transmisibles como la hipertensión, en el desarrollo socioeconómico, la mitigación de la pobreza, efectos de los costos en salud; hace

que sea una prioridad para los gobiernos el desarrollo de programas de intervención en salud enfocados al manejo de los diversos factores de riesgos asociados con el desarrollo de enfermedades de tipo cardiovascular (OMS, 2013). Países como Finlandia, desarrollaron programas de prevención logrando disminuir los factores de riesgo, debido a esto la tasa de mortalidad al año es menor al 85%

Se calcula que la disminución de la productividad para el año 2025 será atribuida en un 51% a enfermedades cardiovasculares (OMS, 2013). Estas cifras demuestran el gran impacto económico al que puede conllevar estas enfermedades. Lograr cambio en los hábitos de vida, mayor adherencia a los tratamientos, control de cifras de tensión arterial, minimizaría el riesgo de complicaciones asociadas, menos costos por tratamientos y mejor calidad de vida.

3.2.2 ECNT en Colombia. Las ECNT son causantes de la muerte en adultos de 65 años y más años de edad. Un estudio realizado por Martínez JC. Sobre factores asociados por enfermedades no transmisibles en Colombia, encontró que entre el año 2008 y 2012 se registraron 989.865 defunciones, de las cuales 772.146 (75%) causadas por ECNT. Las enfermedades del sistema circulatorio aportaron el mayor número de defunciones, alcanzo una tasa de mortalidad global de 129,8 por 100.000 habitantes fallecidos (Martínez, 2016).

El mayor número de muertes se presentaron en la población masculina 58,5%, el nivel de educación 40,9% nivel básico y 78,5% residían en las cabeceras municipales. Por grupos etáreos la mayor proporción se encontró en adultos mayores de 65 años y más, 58,2% de 44 a 64 años, 20,6 y 19,4% en adultos jóvenes de 15 a 44 años (Martínez, 2016).

Los resultados de este estudio arrojaron resultados similares a otros estudios realizados y coinciden con el incremento de ECNT en la población, el mayor número de defunciones en la población mayor de 65 años, hombres, nivel socioeconómico bajo y escolaridad básica. Factores que inciden según la literatura en el desarrollo de estas enfermedades.

Según datos del PDS en el 2008, la prevalencia de hipertensión era del 22%, fue el segundo diagnostico que genero más consulta en el Sistema General de Seguridad Social en Salud, con el 7,3% del total de la población y fue la séptima causa de muerte en el país para el año 2011, con una tasa ajustada de 11,34 por 100 habitantes (Observatorio Nacional en Salud [ONS], 2015)

Colombia, un país en vía de desarrollo, con un incremento en la población adulta mayor y una prevalencia en enfermedades CNT como la hipertensión, siguiendo los lineamientos de la OMS y la Organización Panamericana de la salud, ha diseñado políticas enfocadas a la promoción y prevención de estilos de vida y hábitos saludables. A pesar de estas intervenciones, persiste falta de adherencia a los programas, impactando de manera negativa en la salud de las personas, conocer cuáles son los factores que afectan en la no adherencia, contribuyen a generar estrategias que permitan una mejor adherencia a los programas y tratamientos.

3.2.3 Hipertensión Arterial en Cundinamarca: La adopción de estilos de vida no saludables como el sedentarismo (en la población escolar de 70,9% y en adolescentes del 72,6%), la baja ingesta de frutas y verduras (el 70,65% de la población no consume frutas y verduras), el alto consumo de carbohidratos y grasas, la edad de inicio de consumo de tabaco (10,5 años), y el alto consumo de alcohol y sustancias psicoactivas principalmente en los municipios de Cáqueza, Girardot, la Calera, la Mesa, Pacho, Ubaté, Villeta, Mosquera, Sibaté, Soacha y Tocancipá a través del curso de vida de la población cundinamarquesa, son factores de riesgo para la ocurrencia de enfermedades crónicas no transmisibles (Gaceta de Cundinamarca, 2016, p.51).

La tendencia del crecimiento poblacional en los grupos de adulto y personas mayores de 60 años, conlleva a un aumento significativo de las enfermedades crónicas no transmisibles para ambos sexos donde su comportamiento muestra que el grupo de enfermedades cardiovasculares duplican su valor después de los 45 años de edad. En el departamento para el 2013 las mayores tasas de mortalidad por 100 mil habitantes en las ECNT, están representadas en las enfermedades isquémicas del corazón (89,96), enfermedades crónicas de las vías respiratorias inferiores (34,27), enfermedades cerebro vasculares con tasa de (31,3) y en el caso de la diabetes mellitus con una tasa de 13,83 x 100 mil habitantes. (Gaceta de Cundinamarca, 2016, p.51).

Ante esta situación se altera la demanda institucional de servicios de salud complementarios y de alto costo con más marcada tendencia hacia la atención de estas, mermando la capacidad de respuesta técnica e institucional para diagnósticos y tratamientos oportunos. Seguido de esto, están las diferentes barreras socio económicas, administrativas y de adherencia a normas, guías y protocolos de atención a la población.

3.2.4 Costos en el tratamiento del paciente hipertenso asociado a la falta de adherencia. Pocos estudios se han realizado de costos asociados al tratamiento de la hipertensión y el impacto económico que ocasiona al sistema que los pacientes no sean adherentes al tratamiento farmacológico y no farmacológico.

Es importante conocer el contexto nacional de los costos de las enfermedades crónicas, para nuestro caso, las enfermedades cardiovasculares como la hipertensión. Aunque en Colombia encontramos diversidad en las regiones en cuanto al clima, cultura, economía, demografía; se pueden identificar necesidades comunes en la población como dificultad para acceder a servicios de salud, pocos recursos económicos para desplazarse desde la zona rural a las cabeceras municipales, costearse medicamentos, tener cambios en la alimentación. Estos y otros factores asociados, hacen que los pacientes no puedan llevar el tratamiento de la manera indicada, en la mayoría de los casos con consecuencias importantes en el estado de salud, muchos pacientes terminan requiriendo tratamiento especializado, hospitalizaciones, rehabilitación. Como consecuencias se genera un incremento en costos por intervención al paciente, no solo para el sistema de salud, sino también para la familia.

Para contextualizar las implicaciones que tiene la falta de adherencia al tratamiento en los pacientes con hipertensión, tomaremos datos de dos estudios realizados en Colombia.

En el año 2010, el Ministerio de Protección Social y la Universidad de Antioquia realizaron un estudio para informar sobre morbilidad, factores de riesgo y discapacidad que caracterizaba la oferta y demanda de los servicios de salud. En este estudio se encontró que el 8,8% de la población de 18 a 69 años había recibido diagnóstico de Hipertensión, menos del 5% recibió asesoría nutricional o recomendaciones sobre práctica de ejercicio, pocos tomaban medicamentos. En hipertensión los costos ocasionados son por los medicamentos y las remisiones a nutricionistas, psicólogo, médico general, especialistas, otros como exámenes de colesterol y triglicéridos, costos que son asumidos por la EPS y otros por el paciente.

Colombia ha tenido un cambio en la pirámide poblacional, esto lleva a un aumento en el promedio de vida, con esto un incremento en enfermedades crónicas. Como consecuencia se presenta incapacidad funcional, discapacidad, la persona requiere más atención, más cuidados, que implican

aumento de costos. Una persona en situación de discapacidad, se considera vulnerable, por lo tanto, la afiliación al sistema General de Seguridad Social en Salud es prioritario. (Solarte, Acosta, Jiménez, 2015)

Otro factor relacionado en el estudio, es el de los medicamentos, en el cual no se encontró suficiente información relacionada con los medicamentos esenciales y de alto costo que permitieran cuantificar y cualificar los alcances en este aspecto.

No lograr adherencia a los tratamientos tiene impacto en la salud del paciente y en los costos, algunas consecuencias son: (Conthe et al., 2014)

- Disminución de la eficacia de las recomendaciones sanitarias, incluyendo el tratamiento farmacológico y no farmacológico, aumentando el costo.
- Se desaprovechan recursos al financiar medicamentos que después no se toman o lo hacen de forma inapropiada.
- Dificulta la evolución de los resultados terapéuticos con respecto a lo observado en los ensayos clínicos cuando la adherencia está mejor monitorizada y es más elevada que en la práctica asistencial.

3.2.5 Identificación del municipio (Alcaldía Villa de San Diego de Ubaté, 2016). Es un municipio colombiano del departamento de Cundinamarca, cuenta dentro de su división administrativa con un casco urbano y un sector rural conformado por nueve veredas.

Cuenta con una ESE, una plaza de mercado, varias plazas y parques y muchas fábricas.

Es uno de los 116 municipios que conforman el Departamento de Cundinamarca. Está localizado en la parte norte de la Sabana de Bogotá a 97 km de distancia a Bogotá, con una extensión urbana de 4 km² y urbana, 98 km², altitud de 2556 msnm, temperatura de 13°C

- **Economía:** La economía del municipio se basa en la agroindustria, ganadería, en especial vacuna y la agricultura cultivándose productos de clima frío como la papa y el maíz.

Las principales actividades económicas que se desarrollan corresponden a los sectores primarios y terciario, esto es, de producción agrícola, ganadera y la prestación de diversos servicios a escala

regional; en lo industrial, la actividad es incipiente, conformada solamente por la agroindustria lechera, pasteurizada y procesadoras de productos lácteos.

El sacrificio de ganado es uno de los puntos que también generan empleo e ingresos al municipio. Esta labor se viene realizando con equipos de alta tecnología y en condiciones de higiene a través del Consorcio Ganadero “Los Andes”, quienes además del sacrificio del ganado realizan la comercialización intermunicipal, logrando la mayor venta hacia almacenes de cadena de la capital.

- **E.S.E municipal.** Es una Empresa Social del Estado que presta servicios de Salud, catalogada como segundo nivel de atención. Tiene a disposición de sus clientes corporativos y usuarios 120 camas en el área de hospitalización, 8 en el área de urgencias, 3 salas de cirugía y 12 especialidades médicas y quirúrgicas.

Como cabecera municipal, tiene instituciones dependientes del primer nivel de atención en los municipios no descentralizados de Fúquene, Simijaca, Sutatausa y Susa y es hospital de referencia para los Municipios descentralizados de Carmen de Carupa, Cucunubá, Lenguaque, Tausa y Guachetá. De igual forma atiende usuarios provenientes del Departamento de Boyacá.

La ESE cuenta con un programa de pacientes hipertensos que es coordinado por la enfermera jefe del área de promoción y prevención quien a su vez también maneja el programa de gestantes, crecimiento y desarrollo, vacunación, de toda la población del municipio perteneciente al régimen subsidiado y contributivo del sistema de salud.

Las promotoras de salud hacen valoración en la zona rural y urbana del municipio a todos los habitantes, donde identifican, caracterizan y direccionan a los pacientes hipertensos a este programa para iniciar o continuar seguimiento y manejo médico, previa valoración por medicina general del hospital, quienes son los encargados de continuar el tratamiento farmacológico en caso de requerirse. Adicionalmente hacen sensibilización, educación y capacitación a todos los pacientes del programa y sus familias durante la consulta.

Si el caso lo requieren priorizan las valoraciones especializadas de los pacientes que tienen alto riesgo cardiovascular y que los requieran, así como aquellos que tienen altas condiciones de vulnerabilidad.

Dentro de las visitas realizadas a los pacientes se han identificado factores que están relacionados con los grados de no adherencia al tratamiento, pacientes que viven solos, no se toman los

medicamentos rutinariamente, no permiten que se gestionen citas de control, que presentan alguna discapacidad, para priorizar su manejo.

La ESE cuenta con una base de datos de pacientes hipertensos, esta permite tener un consolidado general de pacientes diagnosticados y tratados en la ESE.

4. MARCO LEGAL

- **Ley 10 de 1990.** Por la cual se reorganiza el Sistema Nacional de Salud y se dictan otras disposiciones.
- **Ley 100 de 1993.** Por la cual se crea el sistema de Seguridad social Integral y se dictan otras disposiciones.
- **Ley 715 de 2001.** Por la cual se dictan normas orgánicas en materia de recursos y competencias de conformidad con los artículos 151 y 357 (Acto Legislativo 01 de 2001) de la Constitución Política y se dictan otras disposiciones para organizar la prestación de los servicios de educación y salud, entre otros.
- **Ley 1122 de 2007.** Por la cual se hacen algunas modificaciones en el Sistema General de Seguridad Social en Salud y se dictan otras disposiciones.
- **Decreto 1011 de 2006.** Por el cual se establece el sistema Obligatorio de Garantía de la Calidad de la Atención en Salud del sistema General de Seguridad Social en Salud.
- **Decreto 3039 de 2007.** Por el cual se adopta el Plan Nacional de Salud Pública 2007 – 2010; en espera de ser aprobado por Decreto el Plan Decenal de Salud Pública.
- **Resolución 412 de 2000 del Ministerio de Salud.** Por la cual 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.
- **Resolución 3384 de 2000 del Ministerio de Salud.** Por la cual se modifican parcialmente las Resoluciones 412 y 1745 de 2000 y se deroga la Resolución 1078 de 2000.
- **Resolución 1043 de 2006 del Ministerio de la Protección Social.** Por la cual se establecen condiciones que deben cumplir los Prestadores de Servicios de Salud para habilitar sus servicios e

implementar el componente de auditoría para el mejoramiento de la calidad de la atención y se dictan otras disposiciones.

- **Resolución 1446 de 2006 del Ministerio de la Protección Social.** Por la cual se define el Sistema de Información para la Calidad y se adoptan los indicadores de monitoria del Sistema Obligatorio de Garantía de la Calidad de la Atención en Salud.

- **Acuerdo 117 del consejo Nacional de Seguridad Social en Salud.** Por el cual se establece el obligatorio cumplimiento de las actividades, procedimientos e intervenciones de demanda inducida y la atención de enfermedades de interés en salud pública.

- **Ley 1438 de 2011.** Por medio del cual se reforma el Sistema General de Seguridad Social en Salud y se dictan otras disposiciones.

- **Resolución 1441 de 2013.** Por el cual se definen los procesos y condiciones que deben cumplir los Prestadores de Servicios de Salud para habilitar los servicios y se dictan otras disposiciones.

5. MÉTODO

Tipo de estudio: Análisis descriptivo transversal cuantitativo.

Alcance de la investigación: Es correlacional, ya que permite conocer la relación o asociación entre dos o más conceptos o variables. En esta investigación se pretende estudiar la asociación que existe entre cada una de los factores de tipo socioeconómico, del proveedor, de la terapia y del paciente, en pacientes con diagnóstico de hipertensión arterial en una ESE de Cundinamarca.

Una vez definidas las variables, será necesario medirlas para poder cuantificarlas y poder establecer el grado de correlación que existe entre ellas. Estos resultados también permitirán explicar cuáles son los factores que influyen para que estas personas no realicen su tratamiento farmacológico y no farmacológico.

Hipótesis: “Los factores que influyen en los pacientes hipertensos adscritos al programa crónicos de la ESE de un municipio de Cundinamarca, se encuentran asociadas a la no adherencia a tratamientos farmacológicos y no farmacológicos”.

Variables:

1. No adherencia al tratamiento médico farmacológico y no farmacológico.
2. Hipertensión arterial
3. Factores socioeconómicos.
4. Factores relacionados con el programa de salud.
5. Características de la enfermedad.
6. Características con el tratamiento.
7. Características con el paciente.

Diseño: No experimental, que estudiará los factores que influyen en los pacientes con diagnóstico hipertensión arterial las cuales no se pueden manipular. No se pretende crear un contexto específico para medir las variables, se determinará cuál es la relación entre las variables definidas.

Población: 122 pacientes con diagnóstico de hipertensión arterial que asisten al programa de pacientes hipertensos de la ESE de Ubaté de forma regular.

Muestra: Al sacar la muestra a 122 pacientes de manera aleatoria, arroja, con un 3% de error muestral y 95% de nivel de confianza, 110 pacientes como muestra para aplicar la encuesta, los cuales deben cumplir con los siguientes criterios de inclusión:

- **Edad:** Mayores a 18 años de edad y hasta 70 años.
- **Género:** Cualquier género.
- **Diagnóstico:** Pacientes con diagnóstico de hipertensión arterial sin otras complicaciones asociadas.

Instrumento: Se tomó la versión 4 de un instrumento válido y confiable (Instrumento para evaluar la adherencia a tratamientos en pacientes con factores de riesgo cardiovascular), el cual tiene 24 ítems y 4 dimensiones; el índice de consistencia interna por medio del método del alfa de Cronbach fue de 0,60, lo cual se considera adecuado. (Ver anexo 1).

“Para obtener la información se aplicó el instrumento, diseñado por Bonilla y De Reales en el año 2006, conformado por 53 ítems y cuatro dimensiones, la cual cuenta con validez facial, de contenido y confiabilidad a 485 pacientes que cumplían los criterios de inclusión. Al instrumento se le realizó la validez de constructo por medio del análisis factorial de tipo exploratorio para determinar la correlación entre las variables y las cuatro dimensiones, por el método de extracción de componentes principales y rotación varimax con Kaiser. La consistencia interna del instrumento se realizó con los resultados que arrojó el análisis factorial (24 ítems y 4 dimensiones), a través del coeficiente alfa de Cronbach.

Los resultados del estudio mostraron que la validez de constructo realizada al instrumento permitió reducir el número de ítems de 53 a 24 a través del análisis factorial, sin afectar las 4 dimensiones del instrumento; el índice de consistencia interna por medio del método del alfa de Cronbach fue de 0,60, lo cual se considera adecuado. Con la exclusión de los 29 ítems se generó una nueva versión del instrumento, que agrupa los 24 ítems en cuatro factores que explican el 45% de la varianza, lo que demostró que las variables se correlacionaban con lo que se pretendía medir, permitiendo sustentar teóricamente el constructo, haciéndolo más práctico en su aplicabilidad para los profesionales de la salud en diferentes escenarios de cuidado” (Ortiz, 2010).

Procedimiento: Se realizaron 110 encuestas a pacientes tomados de forma aleatoria de la población definida, la recolección de los datos se realizó telefónicamente por una profesional del área de la salud externa al grupo investigador; se decidió realizar las encuestas de esta manera debido a que algunos pacientes viven en el área rural del municipio. La base de datos de los pacientes fue suministrada por la gerencia de la ESE. A la persona encargada de realizar las encuestas se le entregó un guion para evitar variabilidad en la realización de las mismas y facilitar el lenguaje de interacción con los pacientes, la encuesta con cada paciente tuvo una duración entre 20 y 30 minutos, se obtuvo autorización de cada uno de ellos a participar en el estudio y lectura del consentimiento informado. Ningún paciente se negó a participar en el estudio. La información fue consignada en una base de datos en Excel, que posteriormente fue revisada para verificar que la información estuviese completa, posteriormente se validó y analizaron los datos en el programa PSPP con el fin de validar la consistencia de la información y corregir posibles errores de transcripción de las encuestas, y que se emitieran los resultados parciales y finales de la información analizada.

Durante la realización del trabajo se tuvieron reuniones con la tutora de la tesis y profesionales en estadística que validaron la información, con el fin de aclarar dudas frente al tipo de estudio, resultados parciales y finales del mismo.

La búsqueda y revisión de fuentes de información se hizo en los idiomas inglés y español de las bases de datos de Ebscot, medline, google académico en un periodo de tiempo del año 2010 al año 2016, también se tuvieron en cuenta trabajos análogos o cercanos al objeto de nuestra investigación en Colombia.

RIESGOS ÉTICO LEGALES: Según la Resolución 8430 de 1993, según la cual se establecen las normas científicas, técnicas y administrativas para la investigación en salud se define esta investigación como de mínimo riesgo.

6. RESULTADOS

El 80,90% de la población evaluada en este estudio son mujeres, el 19,10% son hombres, hay una prevalencia importante de hipertensión en la población femenina en este municipio. De acuerdo al V informe del Observatorio Nacional de Salud, la prevalencia de hipertensión en Colombia está en las mujeres, en el año 2014 era del 31%, con un incremento anual de 1,35% y en los hombres una prevalencia de 28,7% con un incremento anual 1,2% (ONS, 2014)

El 47,27% de ellos viven en el área rural de Ubaté y el 52,73% viven en la zona urbana de este municipio. Esta cifra está relacionada con la división administrativa del municipio que cuenta con 9 veredas, en este aspecto las cifras varían dependiendo de la extensión de las áreas rurales y el número de habitantes, en otras regiones la prevalencia se presenta en las zonas rurales.

El 89,09% de la población encuestada pertenece al régimen de salud subsidiado y el 10,91% son del régimen contributivo de salud. En la Encuesta Nacional de Salud de 2007, el 69% de los casos de hipertensión están afiliados al régimen contributivo y el 27% al régimen subsidiado, el 3,11% a las Fuerzas Militares (Análisis de Situación de Salud en Colombia [ASIS], 2016). En la población estudiada estos resultados son contrarios a los que muestra la encuesta nacional, esto se relaciona con las condiciones socioeconómicas de las personas, que las limita a una vinculación al régimen contributivo y son afiliadas al régimen subsidiado para poder acceder a los servicios de salud que son ofrecidos por el estado.

La edad promedio de los pacientes es de 65,02 años, de acuerdo al informe de Análisis de Situación de Salud en Colombia (ASIS) 2016, el 91,59% de la población que tiene hipertensión es mayor de 45 años para el año 2013. Los pacientes objeto de estudios en la investigación están ubicados en el grupo del 91% de los hipertensos. La relación de la hipertensión con la edad muestra un aumento relativo de la presión sistólica en hombres, comparado con mujeres. En hombres y mujeres mayores de 60 años tienen cifras de tensión arterial sistólica similar, sin diferencias de la presión diastólica (Barajas, et al., 2014).

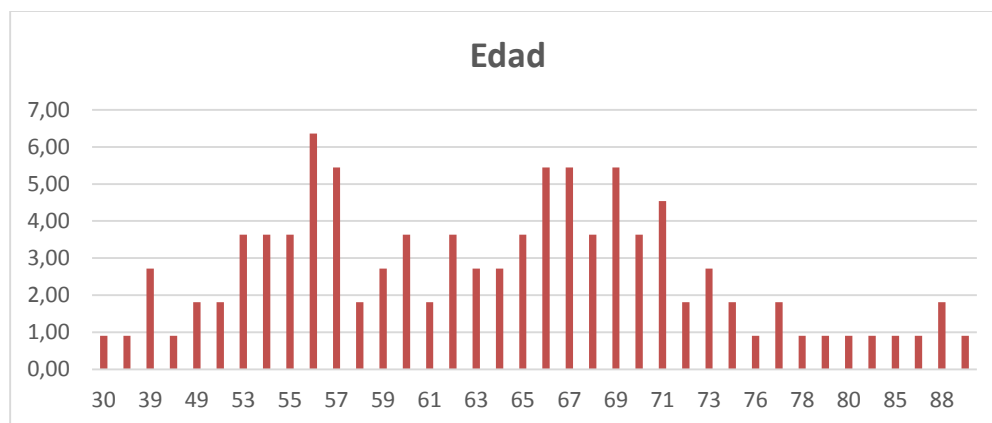


Tabla No. 1 Tiene disponibilidad económica su familia para atender las necesidades básicas (Alimentación, salud, vivienda, educación).

Factor	Frecuencia	Porcentaje
Siempre	26	23,6%
A veces	65	59,1%
Nunca	19	17,3%
Total	110	100,0%

El 59,1 % de los pacientes encuestados disponen a veces de recursos económicos, es decir que no siempre tienen los recursos para cubrir sus necesidades; de este grupo de pacientes el 17,3% no cuentan con los recursos necesarios. La mayoría de pacientes viven de la agricultura, del jornal o de la ayuda económica que reciben de sus hijos, esto limita la capacidad adquisitiva limitando los cambios en el estilo de vida como la alimentación.

La condición económica de la población influye en la adherencia a los tratamientos antihipertensivos, como se ha mencionado anteriormente los países en desarrollo presentan mayor prevalencia.

Tabla No. 2 Puede costearse los medicamentos.

Factor	Frecuencia	Porcentaje
Siempre	27	24,5%
A veces	39	35,5%
Nunca	44	40,0%
Total	110	100,0%

Asociado a la disponibilidad de recursos económicos solo el 24,5% siempre puede costearse los medicamentos, el 40% de los pacientes manifiestan que no compran los medicamentos porque se los brinda la Entidad Promotora de Salud (EPS), están contemplados en el Plan Obligatorio de Salud.

Tabla No.3 Cuenta con los recursos económicos para trasladarse a su lugar de consulta.

Factor	Frecuencia	Porcentaje
Siempre	44	40,0%
A veces	47	42,7%
Nunca	19	17,3%
Total	110	100,0%

El 17,3% nunca cuentan con recursos para trasladarse al lugar de la consulta, especialmente los pacientes que viven en zonas rurales o retiradas de la ESE, algunos deben pagar más de un transporte para poder llegar a la consulta.

Tabla No. 4 Los cambios en la dieta se le dificultan debido al alto costo de los alimentos recomendados.

Factor	Frecuencia	Porcentaje
Siempre	39	35,5%
A veces	47	42,7%
Nunca	24	21,8%
Total	110	100,0%

El 21,8 % de los pacientes encuestados no pueden cumplir totalmente con la dieta que le ordenan debido al costo de los alimentos que son recomendados, la disponibilidad de recursos económicos en algunos casos no es suficiente para costearse alimentos como frutas y verduras en las cantidades que deben consumirse.

Tabla No. 5 Puede leer la información escrita sobre el manejo de su enfermedad.

Factor	Frecuencia	Porcentaje
Siempre	63	57,3%
A veces	22	20,0%

Nunca	25	22,7%
Total	110	100,0%

El 22,7% de los pacientes encuestados presenta algún tipo de dificultad para leer o adquirir conocimiento sobre su enfermedad, esto puede estar relacionado con el grado de analfabetismo de los pacientes que acuden al programa, problemas visuales, formulas escritas a mano.

Tabla No.6 Cuenta con el apoyo de su familia o personas allegadas para cumplir su tratamiento.

Factor	Frecuencia	Porcentaje
Siempre	70	63,6%
A veces	26	23,6%
Nunca	14	12,7%
Total	110	100,0%

El 63,6 % de los pacientes encuestados cuentan con una red de apoyo para cumplir su tratamiento, esto es positivo para los pacientes en aspectos como traslados, alimentación, suministro de medicamentos, logrando mejores adherencias de los tratamientos.

Las dos dimensiones anteriores están muy relacionadas, son factores determinantes para lograr una adecuada adherencia al tratamiento, las intervenciones realizadas deben estar basadas en la educación y autocuidado a los pacientes, se debe involucrar a la familia, trabajando con un equipo multidisciplinario, teniendo en cuenta el nivel de educación de los pacientes y de esta manera garantizar un aprendizaje sobre el manejo adecuado de su enfermedad.

II Dimensión - Factores relacionados con el proveedor: Sistema y equipo de salud

Estos factores evalúan el grado de empatía, entendimiento y comprensión que los pacientes tienen durante la atención. Por lo tanto, las intervenciones en salud se deben ajustar a identificar las necesidades educativas de esta población, mediante una comunicación asertiva y un

acompañamiento directo y activo del personal de salud, que permita implementar, hacer seguimiento y evaluar el cumplimiento continuo del tratamiento.

Tabla No.7 Las personas que lo atienden responden a sus inquietudes y dificultades respecto a su tratamiento.

Factor	Frecuencia	Porcentaje
Siempre	75	68,2%
A veces	30	27,3%
Nunca	5	4,5%
Total	110	100,0%

El 68,2% de los pacientes encuestados refieren que el personal de salud siempre responde a sus inquietudes y dificultades de manera clara, sencilla y oportuna, esto es favorable para lograr o mejorar la adherencia al tratamiento porque fortalece la relación entre el personal de salud y paciente, aumentando la confianza del paciente.

Tabla No. 8 Se da cuenta que su médico controla si está siguiendo el tratamiento por las preguntas que le hace.

Factor	Frecuencia	Porcentaje
Siempre	95	86,4%
A veces	10	9,1%
Nunca	5	4,5%
Total	110	100,0%

El 86,4% de los pacientes encuestados reconocen cuando el personal de salud está haciendo seguimiento al tratamiento de la hipertensión. Para los pacientes los controles son la consulta donde entregan los medicamentos de la tensión cada tres meses, reconocen que les dan indicaciones de alimentación y ejercicio.

Tabla No. 9 Recibe información sobre los beneficios de los medicamentos ordenados por su médico.

Factor	Frecuencia	Porcentaje
Siempre	77	70,0%
A veces	20	18,2%
Nunca	13	11,8%
Total	110	100,0%

El 70,0% de los pacientes encuestados refirió recibir la información necesaria sobre los medicamentos ordenados para su tratamiento. Estos son prescritos en la formula médica y entregada al paciente para que los reclame en farmacia.

Tabla No. 10. Recibe orientación sobre la forma de ajustar los horarios de los medicamentos de acuerdo con sus actividades diarias.

Factor	Frecuencia	Porcentaje
Siempre	84	76,4%
A veces	11	10,0%
Nunca	15	13,6%
Total	110	100,0%

El 76,4% de los pacientes encuestados refieren que reciben orientación adecuada sobre la forma de ajustar los horarios de los medicamentos de acuerdo con sus actividades diarias.

Tabla No. 11 En el caso en que usted fallara en su tratamiento, su médico y su enfermera entenderían sus motivos.

Factor	Frecuencia	Porcentaje
Siempre	68	61,8%
A veces	31	28,2%

Nunca	11	10,0%
Total	110	100,0%

El 61,8% de los pacientes encuestados respondió que el personal de salud entiende las razones por las cuales el paciente fallo en el tratamiento, lo que se puede relacionar con que existe una buena relación paciente - personal de salud.

Tabla No. 12 El médico y la enfermera le dan explicaciones con palabras que su familia o usted entienda.

Factor	Frecuencia	Porcentaje
Siempre	72	65,5%
A veces	28	25,5%
Nunca	10	9,1%
Total	110	100,0%

El 65,5% de los pacientes encuestados respondieron que el personal de salud utiliza palabras o términos adecuados para que pueda entender las recomendaciones sobre su tratamiento, teniendo en cuenta el nivel educativo de los pacientes que son atendidos en el programa para darles recomendaciones para su tratamiento.

Tabla No. 13 El médico y la enfermera le han explicado que resultados va a tener en su salud con el tratamiento que se le está dando

Factor	Frecuencia	Porcentaje
Siempre	71	64,5%
A veces	26	23,6%
Nunca	13	11,9%
Total	110	100,0%

El 64,5% de los pacientes encuestados respondieron que el personal de salud les explica que resultados van a tener en su salud con el tratamiento que se le está dando, debido a que se ha fortalecido la educación durante el tiempo de consulta para reducir el riesgo de complicaciones de la enfermedad.

Tabla No 14. Le parece que el médico y usted coinciden en la esperanza de mejoría con el tratamiento y los cambios que está haciendo en sus hábitos.

Factor	Frecuencia	Porcentaje
Siempre	84	76,4%
A veces	19	17,3%
Nunca	7	6,3%
Total	110	100,0%

El 76,4% de los pacientes encuestados respondieron que coinciden con los médicos en cuanto a la mejoría de su tratamiento y en cuanto a las recomendaciones que se brindan frente a los hábitos saludables que deben seguir.

III Dimensión - Factores relacionados con la terapia

Estos factores revelan la importancia de definir la terapia farmacológica y no farmacología fácil de manejar y cumplir, fortaleciendo el conocimiento y educación que permita realizar seguimiento y evaluación acerca del cumplimiento al tratamiento instaurado.

Tabla No 15. Las diversas ocupaciones que tiene dentro y fuera del hogar le dificultan seguir el tratamiento.

Factor	Frecuencia	Porcentaje
Siempre	8	7,3%
A veces	34	30,9%
Nunca	68	61,8%

Total	110	100,0%
--------------	------------	---------------

El 61,8% de los pacientes encuestados respondió que las diversas ocupaciones que tiene dentro y fuera del hogar no le dificultan seguir su tratamiento, se evidencia un alto nivel de conciencia con respecto a la responsabilidad que debe tener el paciente con el autocuidado en el manejo de su enfermedad, dándole prioridad a esta y siendo consciente de las graves consecuencias que puede tener un mal manejo para su salud.

Tabla No. 16 Las distancias de su casa o trabajo a los consultorios el dificultan el cumplimiento de sus citas.

Factor	Frecuencia	Porcentaje
Siempre	22	20,0%
A veces	26	23,6%
Nunca	62	56,4%
Total	110	100,0%

El 56,4% de los pacientes encuestados no presentan inconvenientes para trasladarse de su domicilio a la institución de salud, en algunas ocasiones incumplimiento las citas médicas para control de su tratamiento.

Tabla No. 17 Tienen dudas acerca de la manera de tomar sus medicamentos, en cuanto a la cantidad, los horarios y la relación con las comidas.

Factor	Frecuencia	Porcentaje
Siempre	8	7,3%
A veces	15	13,6%
Nunca	87	79,1%
Total	110	100,0%

El 79,1% de los pacientes encuestados no presenta dudas acerca de la manera de tomar sus medicamentos, en cuanto a la cantidad, los horarios y la relación con las comidas. En este aspecto es importante fortalecer la educación sobre el tratamiento y adecuado consumo de la medicación antihipertensiva durante la consulta.

Tabla No. 18 Cuando mejoran sus síntomas, usted suspende el tratamiento?

Factor	Frecuencia	Porcentaje
Siempre	5	4,5%
A veces	33	30,0%
Nunca	72	65,5%
Total	110	100,0%

El 30% de los pacientes encuestados suspende el tratamiento de manera transitoria cuando se siente mejor o no presentan síntomas, este comportamiento muestra deficiencia en el conocimiento por parte del paciente en las consecuencias o desenlaces que se pueden presentar en su salud al interrumpir el tratamiento.

Tabla No. 19 Anteriormente ha presentado dificultades para cumplir su tratamiento.

Factor	Frecuencia	Porcentaje
Siempre	7	6,4%
A veces	39	35,5%
Nunca	64	58,1%
Total	110	100,0%

El 35,5% de los pacientes encuestados respondieron que a veces han presentado dificultades para cumplir su tratamiento por múltiples razones, como estado de salud, económica, falta de acompañante, entre otros.

Tabla No. 20 Cree que hay costumbres sobre alimentos y ejercicios difíciles de cambiar.

Factor	Frecuencia	Porcentaje
Siempre	19	17,4%
A veces	54	49,1%
Nunca	37	33,5%
Total	110	100,0%

El 49,1% de los pacientes encuestados creen que las costumbres de alimentos y ejercicios a veces se dificulta cambiarlas por factores económicos principalmente para comprar alimentos y tiempo para realizar ejercicio.

IV Dimensión - Factores relacionados con el paciente

Esta dimensión muestra el grado de importancia, motivación e interés que tiene el paciente para conocer sobre su tratamiento y darle continuidad a un adecuado manejo de la enfermedad reflejándose en la adherencia al mismo.

Tabla No. 21 Está convencido que el tratamiento es beneficioso y por eso sigue tomándolo.

Factor	Frecuencia	Porcentaje
Siempre	87	79,1%
A veces	18	16,4%
Nunca	5	4,5%
Total	110	100,0%

El 79,1 % de los pacientes encuestados está convencido que el tratamiento es beneficioso. Esto se relaciona con disminuir los riesgos de tipo cardiovascular secundarios a la hipertensión y generando en el paciente conciencia del beneficio del tratamiento para su salud y cumpliendo con las recomendaciones, horarios y continuidad con el tratamiento.

Tabla No. 22. Se interesa por conocer sobre su condición de salud y la forma de cuidarse.

Factor	Frecuencia	Porcentaje
Siempre	91	82,7%
A veces	9	11,8%
Nunca	10	5,5%
Total	110	100,0%

El 82,7 % de los pacientes encuestados se interesan por conocer sobre su condición de salud y la forma de cuidarse, este indicador es importante, el interés por conocer cómo mejorar su condición de salud puede lograr asistencia y participación a programas de educación en salud que sean complementarios al tratamiento médico.

Tabla No. 23 Cree que es importante seguir su tratamiento para mejorar su salud.

Factor	Frecuencia	Porcentaje
Siempre	91	82,7%
A veces	13	11,8%
Nunca	6	5,5%
Total	110	100,0%

El 82,7% de los pacientes encuestados considera que es importante seguir con su tratamiento para mejorar su salud, relacionado con el anterior ítem, al tener conciencia de los beneficios del tratamiento, el interés por el tratamiento es mayor. Cumple con los controles de la tensión y se toman el medicamento porque así lo indica su médico.

Tabla No. 24 Cree que usted es el responsable de seguir el cuidado de su salud.

Factor	Frecuencia	Porcentaje
---------------	-------------------	-------------------

Siempre	90	81,8%
A veces	9	8,2%
Nunca	11	10,0%
Total	110	100,0%

El 81,8% de los pacientes encuestados siempre se hacen responsables de seguir el cuidado de su salud.

Descripción y análisis de los resultados globales de los grados de riesgo a adherencia

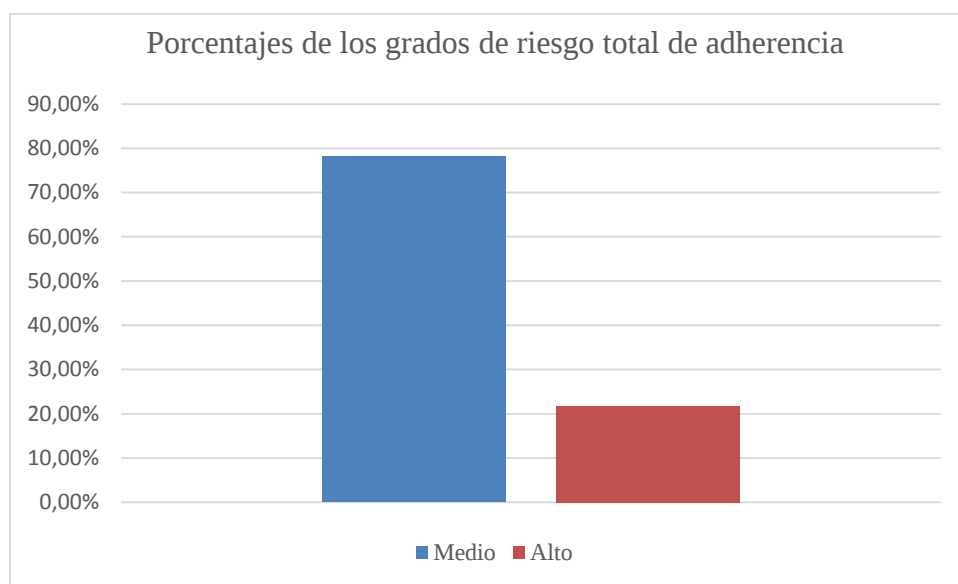


Gráfico No.2 Distribución de los grados de riesgo total de adherencia.

El 21,8% de la población evaluada se clasificó en un nivel de alto riesgo, esto quiere decir que estos pacientes no pueden responder con comportamientos de adherencia.

El 78,2% tiene un nivel medio de riesgo, lo cual indica que están en peligro de no generar comportamientos de adherencia.

Para este estudio el 100% de la población evaluada presenta un nivel alto y medio de riesgo de no generar comportamientos de adherencia a su tratamiento farmacológico y no farmacológico.

7. CONCLUSIONES

La población que fue objeto de estudio son pacientes de la tercera edad, donde predominan mujeres, la mayoría de ellos viven en la zona urbana del municipio y pertenecen a estratos socioeconómicos medio bajo. En el estudio realizado se encontró un porcentaje de 78,2% de pacientes que presentan riesgo de no generar comportamientos de adherencia, siendo los principales factores asociados en esta población los de tipo económico y terapéuticos.

El 86% de los encuestados son de estrato uno y dos, este aspecto es limitante para el paciente en cuanto a la capacidad de adquirir alimentos recomendados como frutas, verduras, proteína saludable y compra de medicamentos no cubiertos por el POS y POSS; otro aspecto está relacionado con el costo que generan los desplazamientos desde su lugar de vivienda hasta la ESE especialmente para los pacientes que viven en la zona rural, ocasionando que incumplan citas médicas, valoraciones especializadas, toma de laboratorios, controles por no disponer de los recursos para estos traslados.

En cuanto a los factores relacionados con la terapia, se encontró como riesgo para no generar comportamiento de adherencia las costumbres que tienen los pacientes de alimentación y hábitos

de ejercicio, los que consideran difíciles de cambiar, estos factores están asociados al tratamiento no farmacológico.

En el estudio se encontraron factores que son favorables para que el paciente genere comportamientos de adherencia al tratamiento, la mayoría de ellos cuentan con el apoyo de la familia y disponen de los medicamentos antihipertensivos que son suministrados por el POS y POSS.

El equipo de salud, realiza un adecuado acompañamiento al paciente, le brindan la información con respecto a la enfermedad, medicamento y recomendaciones generales. Es importante que los profesionales de la salud se muestren dispuestos y comprometidos con el bienestar de los pacientes. Los pacientes reconocen el beneficio del tratamiento para su salud y como pueden cuidarse, son conscientes de la responsabilidad que tienen con respecto al cuidado de su salud. Aunque reconocen que hace falta un programa que les enseñe y ayude más con su enfermedad.

Se debe considerar que algunos pacientes suspenden el tratamiento cuando sienten “mejoría” o la tensión arterial está controlada. Esto indica que no hay conciencia suficiente y conocimiento de las consecuencias negativas que esto puede ocasionar en su salud.

Hay factores de comportamiento favorables para lograr la adherencia esperada en los pacientes, se evidencia el compromiso de los profesionales de la salud en la ejecución del programa de hipertensión y la interacción lograda con los pacientes, la disponibilidad que tienen estos para el cuidado de su salud y aprendizaje de otros componentes que puedan contribuir a mejorarla. Se deben generar estrategias que permitan mejorar aspectos como alimentación y ejercicio, fortaleciendo aspectos del programa importantes en la adherencia.

Conocemos que estos programas implican para las instituciones costos adicionales, pero es necesario hacer una evaluación costo beneficio, y más aún cuando se trata de instituciones de primer y segundo nivel de atención en salud donde debe primar la promoción y la prevención de la salud de sus habitantes.

8. RECOMENDACIONES

Parte fundamental del presente trabajo es elaborar una propuesta para un programa dirigido a pacientes con hipertensión, en este caso el programa que proponemos está basado en las recomendaciones de la OMS, el PDSP, con un enfoque de promoción y prevención en esta población.

Los objetivos de un programa de intervención en salud deben estar encaminados a:

- Promover la educación en los pacientes, buscando el empoderamiento y autonomía de su tratamiento.
- Ofrecer una atención integral, que permita prevenir complicaciones y desenlaces fatales de la enfermedad.
- Mantener estilos de vida saludables en los pacientes, que permita modificar factores de riesgo.

Modelo de un programa para el manejo de enfermedades crónicas

✓ Atención de la salud

- Consulta y seguimiento
- Medicación
- Garantizar sistema de referencia y contra referencia
- Seguimiento a pacientes

Para garantizar una adecuada ejecución de los programas y lograr los objetivos del mismo, es necesario:

- Realizar inducción a personal nuevo.
- Contar con un programa de educación continuada que permita la actualización permanente de los profesionales.
- Evaluar la adherencia a guías de manejo, pertinencia técnica.

✓ **Definir protocolos de atención**

- Es necesario diferenciar las necesidades y condiciones de la población urbana y rural, de esta manera ajustar las intervenciones y crear estrategias para garantizar la cobertura, oportunidad y acceso de la población.

✓ **Sistemas de información**

- Estructurar la base de datos, la cual debe contener toda la información relacionada con el paciente
- Registrar resultados de exámenes, cumplimiento a controles, asistencia a programas.
- Facilitar la semaforización y alertas de pacientes, cuando se evidencie valores alterados en exámenes, incumplimiento al programa.
- La base de datos debe ser fuente confiable de información, para realizar demanda inducida a los pacientes, garantizar un mejor y mayor seguimiento.

✓ **Programa para pacientes**

- Conformado por un equipo de profesionales de la salud como médico, enfermera, psicólogo, nutricionista, fisioterapeuta.
- Crear espacios de educación enfocados a modificar factores de riesgo, manejo de alimentación, conocimiento de la enfermedad, dirigido al paciente y la familia.
- Diseñar un programa de actividad física planificado y controlado, que genere hábitos de vida saludable.
- Generar estrategias para llegar a la población de la zona rural con estos programas, apoyados en el equipo de trabajo extramural.

✓ **Seguimiento del programa**

- Definir indicadores de medición que permitan tomar acciones para garanticen el cumplimiento de los objetivos del programa.

Realizar un programa de promoción y prevención de la salud requiere de recursos económicos, disposición, compromiso, donde el objetivo final sea empoderar al paciente con el manejo de la enfermedad y genere conciencia de autocuidado, pero sin duda alguna que contribuya en gran

medida con el bienestar físico, mental y emocional de las personas, donde encuentren apoyo, orientación, distracción y se fortalezcan lazos con el personal sanitario y el centro de salud.

9. REFERENCIAS

Alcantarilla, R. D., Güell, F. E., y Bllo M. J. (2014). La comunicación con el paciente y la adherencia al tratamiento. *FMC. Formación Continuada en Atención Primaria*, 21 (9), 538-540. Recuperado de <http://www.elsevierinstituciones.com.ez.urosario.edu.co/ei/1134-2072/21/538>

Alcaldía de Villa de San Diego de Ubaté. *Información general*. Recuperado de <http://ubate-cundinamarca.gov.co/>

Barajas, A. S., & Ochoa, A. M. G. (2014). Grados de riesgo para la adherencia terapéutica en personas con hipertensión arterial. *Avances en Enfermería*, 32(1), 33. Retomado de <https://search.proquest.com/openview/0267b9590ebb0dd685da4c206fbbe4a6/1?pq-origsite=gscholar&cbl=2035746>

Bejarano, J. M. L., & Cuixart, C. B. (2011). Factores de riesgo cardiovascular y atención primaria: evaluación e intervención. *Atención primaria*, 43(12), 668-677. Retomado de <http://www.elsevier.es/es-revista-atencion-primaria-27-linkresolver-factores-riesgo-cardiovascular-atencion-primaria-S0212656711004689>

Cerezo-Correa, M d P; Cifuentes-Aguirre, O L; Nieto-Murillo, E; Parra-Sánchez, J H; (2012). Desigualdades de la morbilidad por enfermedades crónicas según determinantes estructurales e intermediarios. *Revista Gerencia y Políticas de Salud*, 11() 165-188. Recuperado de <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=54525297012>

Copiar

Conthe, P., Márquez C. E., Aliaga P. A., Barragán G. B., Fernández, C. M., González, J. M., Ollero B. M., y Pinto, J. L. (2014). Adherencia terapéutica en la enfermedad crónica: estado de la situación y perspectiva de futuro. *Revista Clínica Española*, 214 (6), 336-344. Recuperada de <http://www.elsevierinstituciones.com.ez.urosario.edu.co/ficheros/pdf/65/65v214n06a90337232pdf001.pdf>

Danesi, N. L. (2015). Adherencia al tratamiento-responsabilidad de todos. *Tendencias en medicina*, 23 (46), 99-109.

Dilla, T., Valladares, A., Lizán, L., & Sacristán, J. A. (2009). Adherencia y persistencia terapéutica: causas, consecuencias y estrategias de mejora. *Atención primaria*, 41(6), 342-348. Retomado de <http://www.elsevier.es/es-revista-atencion-primaria-27-linkresolver-adherencia-persistencia-terapeutica-causas-consecuencias-S0212656709001504>

Duque Henao, S. L., & Vásquez Velásquez, J. (2010). Riesgo cardiovascular, calidad de vida y años de vida ajustados por calidad: un estudio de caso. *Investigación y Educación en Enfermería*, 28(1), 32-42. Retomado de http://www.scielo.org.co/scielo.php?script=sci_abstract&pid=S0120-53072010000100005

Gutiérrez, R. E., Illa, I., Pascual, P. S. I., Pérez, L. J., Vílchez, P. J. J., Bautista, L. J., Barrot, E., Suarez, C. O. (2010). Instrumento para evaluar la adherencia a tratamientos en pacientes con factores de riesgo cardiovascular Instrument to assess treatment adhesion in patients with cardiovascular risk factors. *Avances en Enfermería*, 28(2).

Hospital El Salvador de Ubaté. Retomado de <http://www.hospitalubate.gov.co/index.html>

Martín Alfonso, L., Bayarre Veja, H., Corugedo Rodríguez, M. D. C., Vento Iznaga, F., La Rosa Matos, Y., & Orbay Araña, M. D. L. C. (2015). Adherencia al tratamiento en hipertensos atendidos en áreas de salud de tres provincias cubanas. *Revista Cubana de Salud Pública*, 41(1), 0-0. Retomado de http://scielo.sld.cu/scielo.php?pid=S0864-34662015000100004&script=sci_arttext&tlng=pt

Martinez, J. C. (2016). Factores asociados a la mortalidad por enfermedades no transmisibles en Colombia, 2008-2012. *Biomédica*, 36(4). ile:///C:/Users/USUARIO/Downloads/3069-14726-1-PB.pdf

Martínez, R. R., & Díaz, F. A. E. (2010). Las enfermedades crónicas no transmisibles en Colombia. *Boletín del observatorio en salud*, 3(4). Retomado de <http://revistas.unal.edu.co/index.php/bos/article/viewFile/17968/18857>

Ministerio de Salud y Protección Social. (2014). *Análisis de Situación de Salud Colombia 2014*. Recuperado de www.minsalud.gov.co/sites/rid/Lists/BibliotecaDigital/RIDE/VS/ED/PSP/ASIS_2014_v11.pdf

Observatorio Nacional de Salud. (2015). Informe Técnico Carga de enfermedades por Enfermedades Crónicas no Transmisibles y discapacidad en Colombia. V edición. Recuperado de <http://www.ins.gov.co/lineas-de-accion/ons/SiteAssets/Paginas/publicaciones/5to%20Informe%20ONS%20v-f1.pdf>

Ordúñez García, P., Pérez Flores, E., & Hospedales, J. (2010). Más allá del ámbito clínico en el cuidado de la hipertensión arterial. *Rev Panam Salud Publica*;28(4) 311-318, oct. 2010. Retrieved from http://www.scielo.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1020-49892010001000011

Pérez Caballero, M. D., León Álvarez, J. L., & Fernández Arias, M. A. (2011). El control de la hipertensión arterial: un problema no resuelto. *Revista Cubana de Medicina*, 50(3), 311-323. Retrieved from www.scielo.sld.cu/pdf/med/v50n3/med09311.pdf

Plan nacional decenal Salud Publica 2016-2020. www.minsalud.gov.co/sites/rid/Lists/Biblioteca

[Digital/RIDE/VS/ED/PSP/Estrategia%20PASE%20A%20LA%20EQUIDAD%20EN%20SALUD%20-%20Guia%20Conceptual.pdf](http://www.minsalud.gov.co/sites/rid/Lists/BibliotecaDigital/RIDE/VS/ED/PSP/Estrategia%20PASE%20A%20LA%20EQUIDAD%20EN%20SALUD%20-%20Guia%20Conceptual.pdf)

Organización Mundial de la Salud. (2013). Información general sobre la hipertensión en el mundo. Recuperado de www.who.int/cardiovascular_diseases/publications/global_brief_hypertension/es/.

Rodríguez, A. Y., Medina, C. P., Suarez, N. R., Aristizábal, A. L., Casallas, J. C., & Damián, S. R. (2015). Factores de riesgo de enfermedades crónicas no transmisibles en estudiantes de ciencias básicas de la escuela medicina de la Universidad Pedagógica y Tecnológica de Colombia. *Revista Salud, Historia Y Sanidad On-Line*, 10(1), 15-25. Retomado de <file:///C:/Users/USUARIO/Downloads/3989-8856-1-PB.pdf>

Rodríguez, A. Y., Medina, C. P., Suarez, N. R., Aristizábal, A. L., Casallas, J. C., & Damián, S. R. (2015). Factores de riesgo de enfermedades crónicas no transmisibles en estudiantes de ciencias básicas de la escuela medicina de la universidad pedagógica y tecnológica de Colombia. *Revista Salud, Historia Y Sanidad On-Line*, 10(1), 15-25 Retomado de file:///C:/Users/USUARIO/Dropbox/TRABAJO%20DE%20GRADO/ARTICULOS/Fctores%20de%20Riesgo%20Enf%20Cronc.pdf

Solarte, K. G., Acosta, F. P. B., & Jiménez, R. R. (2015). Costos de la enfermedad crónica no transmisible: la realidad colombiana. *Rev. Cienc. Salud*, 14(1), 103-114.

Valenciana, G. (2013). La prevención y el control de las enfermedades crónicas no transmisibles en España: una llamada para la acción. *Med Clin (Barc)*, 140(11), 502-503. Retomado de www.researchgate.net/profile/Ferran_Catala-Lopez/publication/234085453_Prevention_and_control_of_chronic_non-communicable_diseases_in_Spain_A_call_to_action/links/00b7d51decf594dbae000000.pdf

www.minsalud.gov.co/plandecenal/Documents/dimensiones/dimensionvidasaludable-condicionesno-transmisibles.pdf

<http://www.ins.gov.co/lineas-de-accion/ons/SiteAssets/Paginas/publicaciones/5to%20Informe%20ONS%20v-f1.pdf>

www.minsalud.gov.co/sites/rid/Lists/BibliotecaDigital/RIDE/VS/PP/ENT/intervenciones-poblacionales-factores-riesgo-enfermedades-no-transmisibles.PDF

10. ANEXOS

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
VERSIÓN 4**

No. _____ Fecha: _____

Nombre: _____ Edad: _____

Dirección: _____

Teléfono: _____

Factores influyentes			
I Dimensión - Factores socioeconómicos			
Factores influyentes	Nunca	A veces	Siempre
1. Tiene disponibilidad económica su familia para atender las necesidades básicas (Alimentación, salud, vivienda, educación).			
2. Puede costearse los medicamentos.			
3. Cuenta con los recursos económicos para trasladarse a su lugar de consulta.			
4. Los cambios en la dieta se le dificultan debido al alto costo de los alimentos recomendados.			
5. Puede leer la información escrita sobre el manejo de su enfermedad.			
6. Cuenta con el apoyo de su familia o personas allegadas para cumplir su tratamiento.			

II Dimensión - Factores relacionados con el proveedor: Sistema y equipo de salud			
Factores influyentes	Nunca	A veces	Siempre
7. Las personas que lo atienden responden a sus inquietudes y dificultades respecto a su tratamiento.			
8. Se da cuenta que su médico controla si está siguiendo el tratamiento por las preguntas que le hace.			
9. Recibe información sobre los beneficios de los medicamentos ordenados por su médico.			
10. Recibe orientación sobre la forma de ajustar los horarios de los medicamentos de acuerdo con sus actividades diarias.			
11. En el caso en que usted fallara en su tratamiento, su médico y su enfermera entenderían sus motivos.			
12. El médico y la enfermera le dan explicaciones con palabras que su familia o usted entiendan.			
13. El médico y la enfermera le han explicados que resultados va a tener en su salud con el tratamiento que se le está dando			
14. Le parece que el médico y usted coinciden en la esperanza de mejoría con el tratamiento y los cambios que está haciendo en sus hábitos.			
III Dimensión - Factores relacionados con la terapia			
Factores influyentes	Nunca	A veces	Siempre
15. Las diversas ocupaciones que tiene dentro y fuera del hogar le dificultan seguir el tratamiento.			
16. Las distancias de su casa o trabajo a los consultorios el dificultan el cumplimiento de sus citas.			
17. Tienen dudas acerca de la manera de tomar sus medicamentos, en cuanto a la cantidad, los horarios y la relación con las comidas.			

18. Cuando mejoran sus síntomas, usted suspende el tratamiento?			
19. Anteriormente ha presentado dificultades para cumplir su tratamiento.			
20. Cree que hay costumbres sobre alimentos y ejercicios difíciles de cambiar.			
IV Dimensión - Factores relacionados con el paciente			
Factores influyentes	Nunca	A veces	Siempre
21. Está convencido que el tratamiento es beneficioso y por eso sigue tomándolo.			
22. Se interesa por conocer sobre su condición de salud y la forma de cuidarse.			
23. Cree que es importante seguir su tratamiento para mejorar su salud.			
24. Cree que usted es el responsable de seguir el cuidado de su salud.			