

CARTA DE AUTORIZACIÓN DE LOS AUTORES
(Licencia de uso)

Bogotá, D.C., 10 de Diciembre de 2010

Señores
Biblioteca Alfonso Borrero Cabal S.J.
Pontificia Universidad Javeriana
Cuidad

Los suscritos:

<u>Mónica Johana Rodríguez Valbuena</u>	, con C.C. No	<u>1022944851</u>
<u>Walter Emilio Raigoza Martínez</u>	, con C.C. No	<u>1013578298</u>
<u>Jorge Mario Silva Torres</u>	, con C.C. No	<u>80188923</u>

En mi (nuestra) calidad de autor(es) exclusivo(s) de la obra titulada:
ADHERENCIA AL TRATAMIENTO FARMACOLÓGICO Y NO FARMACOLÓGICO
SEGÚN LOS FACTORES QUE LA DETERMINAN, EN UN GRUPO DE PACIENTES CON
HIPERTENSIÓN ARTERIAL EN UNA INSTITUCIÓN DE PRIMER NIVEL EN EL
MUNICIPIO DE SANTUARIO RISARALDA

Tesis doctoral Trabajo de grado Premio o distinción: Si No
cual:

presentado y aprobado en el año 2010, por medio del presente escrito autorizo (autorizamos) a la Pontificia Universidad Javeriana para que, en desarrollo de la presente licencia de uso parcial, pueda ejercer sobre mi(nuestra) obra las atribuciones que se indican a continuación, teniendo en cuenta que en cualquier caso, la finalidad perseguida será facilitar, difundir y promover el aprendizaje, la enseñanza y la investigación.

En consecuencia, las atribuciones de usos temporales y parciales que por virtud de la presente licencia se autorizan a la Pontificia Universidad Javeriana, a los usuarios de la Biblioteca Alfonso Borrero Cabal S.J., así como a los usuarios de las redes, bases de datos y demás sitios Web con los que la Universidad tenga perfeccionado un convenio, son:

AUTORIZO (AUTORIZAMOS)	SI	NO
1. La conservación de los ejemplares necesarios en la sala de tesis y trabajos de grado de la Biblioteca.	X	
2. La consulta física o electrónica según corresponda	X	
3. La reproducción por cualquier formato conocido o por conocer		X
4. La comunicación pública por cualquier procedimiento o medio físico o electrónico, así como su puesta a disposición en Internet		X
5. La inclusión en bases de datos y en sitios Web sean éstos onerosos o gratuitos, existiendo con ellos previo convenio perfeccionado con la Pontificia Universidad Javeriana para efectos de satisfacer los fines previstos. En este evento, tales sitios y sus usuarios tendrán las mismas facultades que las aquí concedidas con las mismas limitaciones y condiciones		X
6. La inclusión en la Biblioteca Digital PUJ (Sólo para la totalidad de las Tesis Doctorales y de Maestría y para aquellos trabajos de grado que hayan sido laureados o tengan mención de honor.)		X

De acuerdo con la naturaleza del uso concedido, la presente licencia parcial se otorga a título gratuito por el máximo tiempo legal colombiano, con el propósito de que en dicho lapso mi (nuestra) obra sea explotada en las condiciones aquí estipuladas y para los fines indicados, respetando siempre la titularidad de los derechos patrimoniales y morales correspondientes, de acuerdo con los usos honrados, de manera proporcional y justificada a la finalidad perseguida, sin ánimo de lucro ni de comercialización.

De manera complementaria, garantizo (garantizamos) en mi(nuestra) calidad de estudiante(s) y por ende autor(es) exclusivo(s), que la Tesis o Trabajo de Grado en cuestión, es producto de mi(nuestra) plena autoría, de mi(nuestro) esfuerzo personal intelectual, como consecuencia de mi(nuestra) creación original particular y, por tanto, soy(somos) el(los) único(s) titular(es) de la misma. Además, aseguro(aseguramos) que no contiene citas, ni transcripciones de otras obras protegidas, por fuera de los límites autorizados por la ley, según los usos honrados, y en proporción a los fines previstos; ni tampoco contempla declaraciones difamatorias contra terceros; respetando el derecho a la imagen, intimidad, buen nombre y demás derechos constitucionales. Adicionalmente, manifiesto(manifestamos) que no se incluyeron expresiones contrarias al orden público ni a las buenas costumbres. En consecuencia, la responsabilidad directa en la elaboración, presentación, investigación y, en general, contenidos de la Tesis o Trabajo de Grado es de mí(nuestro) competencia exclusiva, eximiendo de toda responsabilidad a la Pontificia Universidad Javeriana por tales aspectos.

Sin perjuicio de los usos y atribuciones otorgadas en virtud de este documento, continuaré(continuaremos) conservando los correspondientes derechos patrimoniales sin modificación o restricción alguna, puesto que de acuerdo con la legislación colombiana aplicable, el presente es un acuerdo jurídico que en ningún caso conlleva la enajenación de los derechos patrimoniales derivados del régimen del Derecho de Autor.

De conformidad con lo establecido en el artículo 30 de la Ley 23 de 1982 y el artículo 11 de la Decisión Andina 351 de 1993, "Los derechos morales sobre el trabajo son propiedad de los autores", los cuales son irrenunciables, imprescriptibles, inembargables e inalienables. En consecuencia, la Pontificia Universidad Javeriana está en la obligación de RESPETARLOS Y HACERLOS RESPETAR, para lo cual tomará las medidas correspondientes para garantizar su observancia.

NOTA: información Confidencial:

Esta Tesis o Trabajo de Grado contiene información privilegiada, estratégica, secreta, confidencial y demás similar, o hace parte de una investigación que se adelanta y cuyos resultados finales no se han publicado. Si No

En caso afirmativo expresamente indicaré(indicaremos), en carta adjunta, tal situación con el fin de que se mantenga la restricción de acceso.

NOMBRE COMPLETO	No. del documento de identidad	FIRMA
Mónica Johana Rodríguez Valbuena	1022944851	Mónica Rodríguez
Walter Emilio Raigoza Martínez	1013578298	Walter Raigoza
Jorge Mario Silva Torres	80188923	Mario Silva

FACULTAD: Enfermería

PROGRAMA ACADÉMICO: Enfermería

**BIBLIOTECA ALFONSO BORRERO CABAL, S.J.
DESCRIPCIÓN DE LA TESIS DOCTORAL O DEL TRABAJO DE GRADO
FORMULARIO**

TÍTULO COMPLETO DE LA TESIS DOCTORAL O TRABAJO DE GRADO						
ADHERENCIA AL TRATAMIENTO FARMACOLÓGICO Y NO FARMACOLÓGICO SEGÚN LOS FACTORES QUE LA DETERMINAN, EN UN GRUPO DE PACIENTES CON HIPERTENSIÓN ARTERIAL EN UNA INSTITUCIÓN DE PRIMER NIVEL EN EL MUNICIPIO DE SANTUARIO RISARALDA						
AUTOR O AUTORES						
Apellidos Completos			Nombres Completos			
Rodríguez Valbuena			Mónica Johana			
Raigoza Martínez			Walter Emilio			
Silva Torres			Jorge Mario			
DIRECTOR (ES) TESIS DOCTORAL O DEL TRABAJO DE GRADO						
Apellidos Completos			Nombres Completos			
Ortiz Suarez			Consuelo			
FACULTAD						
Enfermería						
PROGRAMA ACADÉMICO						
Tipo de programa (seleccione con "x")						
Pregrado	Especialización	Maestría	Doctorado			
X						
Nombre del programa académico						
Enfermería						
Nombres y apellidos del director del programa académico						
Hilda María Cañón						
TRABAJO PARA OPTAR AL TÍTULO DE:						
PROFESIONAL EN ENFERMERÍA						
CIUDAD	AÑO DE PRESENTACIÓN DE LA TESIS O DEL TRABAJO DE GRADO			NÚMERO DE PÁGINAS		
Bogotá	2010			104		
TIPO DE ILUSTRACIONES (seleccione con "x")						
Dibujos	Pinturas	Tablas, gráficos y diagramas	Planos	Mapas	Fotografías	Partituras
		X				
DESCRIPTORES O PALABRAS CLAVE EN ESPAÑOL E INGLÉS						
Son los términos que definen los temas que identifican el contenido. (En caso de duda para designar estos descriptores, se recomienda consultar con la Sección de Desarrollo de Colecciones de la Biblioteca Alfonso Borrero Cabal S.J en el correo biblioteca@javeriana.edu.co , donde se les orientará).						
ESPAÑOL			INGLÉS			
Enfermedad Cardiovascular			Cardiovascular Disease			
Paciente Hipertenso			Hypertensive Patients			
Adherencia			Compliance			
Tratamiento Farmacológico			Pharmacologic Treatments			
Tratamiento No Farmacológico			No Pharmacologic Treatments			

RESUMEN DEL CONTENIDO EN ESPAÑOL E INGLÉS

(Máximo 250 palabras-1530 caracteres)

ADHERENCIA AL TRATAMIENTO FARMACOLÓGICO Y NO FARMACOLÓGICO SEGÚN LOS FACTORES QUE LA DETERMINAN, EN UN GRUPO DE PACIENTES CON HIPERTENSIÓN ARTERIAL EN UNA INSTITUCIÓN DE PRIMER NIVEL, EN EL MUNICIPIO DE SANTUARIO RISARALDA

Uno de los principales factores de riesgo para desarrollar alguna enfermedad cardiovascular es la hipertensión arterial, esta patología constituye una de las causas del incremento de las tasas de morbimortalidad en la población nacional y mundial, convirtiéndose en un problema de salud pública. El manejo de esta enfermedad se fundamenta en la adherencia a los tratamientos, la cual se ve influenciada por diferentes factores que impiden el cumplimiento de las terapias, generando elevados costos, tanto para el sistema de salud, como para los pacientes, por tal motivo, el presente estudio tuvo como objetivo identificar la adherencia al tratamiento farmacológico y no farmacológico según los factores que la determinan, en un grupo de pacientes con hipertensión arterial.

Se realizó un estudio cuantitativo descriptivo de corte transversal, utilizando el "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", aplicado a 53 personas en una institución de primer nivel durante el mes de abril del 2010.

Los resultados de este estudio mostraron que el nivel de adherencia global al tratamiento de los pacientes es medio, identificándose algunos obstáculos que no permitieron un nivel de adherencia alto como: el no poder costearse los medicamentos, la dificultad para realizar los cambios en la dieta debido al alto costo de los alimentos recomendados, la creencia de que hay costumbres sobre alimentos y ejercicios difíciles de cambiar y el no poder leer la información escrita sobre el manejo de su enfermedad.

ABSTRACT

PHARMACOLOGIC AND NO PHARMACOLOGIC COMPLIANCE DUE TO THE FACTS THAT DETERMINATE IT, IN ONE GROUP OF PATIENTS WITH HIGH BLOOD PRESSURE IN AN INSTITUTION OF FIRST LEVEL IN THE TOWN OF SANTUARIO RISARALDA.

One of the mean risky facts to develop any cardiovascular disease is the arterial hypertension this pathology is part of one of the causes of rates increasing morbidity and mortality in the national population and around the world, turning into of one problem of public health. The way to handle this disease is based in the compliance of the treatments which is influenced by different facts that obstacle the development of the therapies generating high cost either for the system health of the patients is that why the present study had as an objective identify the pharmacologic and no pharmacologic compliance due to the facts that determinate it, in one group of patients with high blood pressure. To realize one qualitative study descriptive , of a (transversal cut) using the instrument to evaluate the facts that influence in the compliance to pharmacologic treatments and no pharmacologic in patients witch risky facts of cardiovascular diseases applied to 53 people in an institution of first level during the month of April 2010. The results of this study showed that the compliance global level to patients treatment is medium identifying some obstacles that didn't allow an compliance high level as Can not pay the medicine, the difficulty to realize the changes in the diet due to the high cost of the food recommended, the belief that there are customs about food and exercises difficult to change and can't read the information written about the way to handle the disease.

**ADHERENCIA AL TRATAMIENTO FARMACOLÓGICO Y NO
FARMACOLÓGICO SEGÚN LOS FACTORES QUE LA DETERMINAN, EN
UN GRUPO DE PACIENTES CON HIPERTENSIÓN ARTERIAL EN UNA
INSTITUCIÓN DE PRIMER NIVEL EN EL MUNICIPIO DE SANTUARIO
RISARALDA**

**WALTER EMILIO RAIGOZA MARTÍNEZ
MÓNICA JOHANA RODRÍGUEZ VALBUENA
JORGE MARIO SILVA TORRES**



**PONTIFICIA UNIVERSIDAD JAVERIANA
FACULTAD DE ENFERMERÍA
DEPARTAMENTO DE ENFERMERÍA CLÍNICA
BOGOTÁ D.C., 2010**

**ADHERENCIA AL TRATAMIENTO FARMACOLÓGICO Y NO
FARMACOLÓGICO SEGÚN LOS FACTORES QUE LA DETERMINAN, EN
UN GRUPO DE PACIENTES CON HIPERTENSIÓN ARTERIAL EN UNA
INSTITUCIÓN DE PRIMER NIVEL EN EL MUNICIPIO DE SANTUARIO
RISARALDA**

Presentado por:

WALTER EMILIO RAIGOZA MARTÍNEZ

MÓNICA JOHANA RODRÍGUEZ VALBUENA

JORGE MARIO SILVA TORRES

**Trabajo de Grado como requisito parcial para optar por el título de
Profesional de Enfermería**

ASESORA

CONSUELO ORTÍZ

**Magister en Enfermería con Énfasis en el Cuidado de la Salud
Cardiovascular**

PONTIFICIA UNIVERSIDAD JAVERIANA

FACULTAD DE ENFERMERÍA

DEPARTAMENTO DE ENFERMERÍA CLÍNICA

BOGOTÁ D.C., 2010

Nota de Aceptación

Firma Jurado Interno

Firma Jurado Externo

Bogotá, Octubre de 2010

DEDICATORIA

A mi Madre, mi hermana y a Melvi, tres grandes mujeres que me apoyaron incondicionalmente ante los momentos más difíciles de este proceso.

A la Pontificia Universidad Javeriana y sus docentes que permitieron crear en mí bases sostenibles, basadas en conocimiento y experiencia para ser orgullosamente un Enfermero Javeriano.

WALTER RAIGOZA

A Dios por darme la vida, por ponerme en este hermoso camino de la Enfermería y por darme protección y sabiduría para culminar esta meta.

A mis padres y mi hermano por darme la fortaleza en los momentos de dificultad, por apoyarme, creer en mí y acompañarme en este largo camino.

A los familiares y personas en esta ciudad que me animaron y me motivaron en el transcurrir de la carrera.

MÓNICA RODRÍGUEZ

A Dios, por darme la sabiduría y la paciencia para poder enfrentar los obstáculos que se presentaron a lo largo del camino.

A mis padres y hermanos por su amor, por acompañarme en los momentos difíciles y por motivarme a seguir luchando por mis sueños.

A mis tíos por su apoyo incondicional y por sus sabios consejos.

A Mónica, por su amor y porque a pesar de todo siempre estuvo a mi lado, acompañándome y apoyándome incondicionalmente en los momentos en que más la necesitaba.

MARIO SILVA TORRES

AGRADECIMIENTOS

Gracias a Dios por ser nuestra compañía y soporte en las diferentes situaciones de la vida.

Gracias a nuestros padres por el apoyo incondicional, por creer y luchar junto a nosotros.

Gracias a la Facultad de Enfermería de la Pontificia Universidad Javeriana por abrirnos sus puertas y por permitirnos desarrollar con un perfil de excelencia y calidad humana, llevando con orgullo el título de ENFERMEROS JAVERIANOS.

Gracias a nuestra asesora Andrea Buitrago quien nos guió al comienzo del trabajo de grado.

Gracias a nuestra asesora Consuelo Ortiz por su paciencia y sabiduría para el desarrollo del trabajo de grado y a la docente Diana Achury por su colaboración y direccionamiento.

Gracias a Rosaura Cortes Directora del Departamento de Enfermería Clínica por su apoyo incondicional y por su motivación para culminar satisfactoriamente este proceso.

Gracias al Hospital San Vicente de Paúl, Santuario. Risaralda por permitirnos la recolección de los datos con su grupo de pacientes, por toda la colaboración prestada y por el calor humano con el que nos recibieron.

Gracias a todos los docentes que dejaron huella en nuestro largo caminar en donde se ratifico su profesionalismo y su entrega total con el fin de formar seres integrales que ante todo desarrollan el sentido humano.

TABLA DE CONTENIDO

	Pág.
1. INTRODUCCIÓN	15
2. DESCRIPCIÓN DEL PROBLEMA Y JUSTIFICACIÓN	19
3. DEFINICIÓN OPERATIVA DE TÉRMINOS	24
3.1 Adherencia	24
3.2 Nivel de Adherencia al Tratamiento Farmacológico	24
3.3 Nivel de Adherencia al Tratamiento no Farmacológico	24
3.4 Factores Relacionados con la Adherencia al Tratamiento	25
3.5 Paciente con Hipertensión Arterial	25
3.6 Institución de Primer Nivel	25
4. OBJETIVOS	26
4.1 Objetivo General	26
4.2 Objetivos Específicos	26
5. PROPÓSITOS	27
5.1 Beneficios para el Paciente	27
5.2 Beneficios para la Institución	27
5.3 Beneficios para la Profesión	27
6. MARCO TEÓRICO	28
6.1 Enfermedades Cardiovasculares	28
6.2 Hipertensión Arterial	31
6.2.1 Factores de Riesgo no Modificables	32

6.2.2 Factores de Riesgo Modificables	33
6.2.3 Manejo de la Hipertensión Arterial	35
6.2.3.1 Tratamiento No Farmacológico	36
6.2.3.2 Tratamiento Farmacológico	37
6.3 Adherencia	38
6.3.1 Adherencia al Tratamiento Farmacológico	41
6.3.2 Adherencia al Tratamiento no Farmacológico	42
6.4 Factores que Influyen en la Adherencia	43
6.4.1 Factores Socioeconómicos	43
6.4.2 Factores Relacionados con el Proveedor: Sistema y Equipo de Salud	46
6.4.3 Factores Relacionados con la Terapia	48
6.4.4 Factores Relacionados con el Paciente	51
6.4.5 Factores Relacionados con la Condición de Salud o con la Enfermedad	54
6.5 Medición de la Adherencia a los Tratamientos	56
6.6 Estrategias para el Mejoramiento de la Adherencia	59
7. MARCO METODOLÓGICO	62
7.1 Tipo de Estudio	62
7.2 Población y Muestra	62
7.2.1 Población Objeto	62
7.2.2 Muestra	62
7.2.3 Tipo de Muestreo	62

7.3 Criterios de Inclusión	63
7.4 Procedimiento para la Recolección de la Información	63
7.5 Instrumento	64
7.6 Aspectos Eticos	65
8. MARCO DE ANÁLISIS	66
8.1 Descripción de las Características Sociodemográficas de los Pacientes con Hipertensión Arterial en una Institución de Primer Nivel	67
8.1.1 Características Sociodemográficas de la Población Según la Edad	68
8.1.2 Características Sociodemográficas de la Población Según Género	69
8.1.3 Características Sociodemográficas de la Población Según la Ocupación y Área de Residencia	70
8.2 Factores que Influyen en la Adherencia al Tratamiento Farmacológico y no Farmacológico	70
8.2.1 Adherencia Según los Factores Socioeconómicos	71
8.2.2 Adherencia Según el Factor Proveedor: Sistema y Equipo de Salud	75
8.2.3 Adherencia Según el Factor Relacionado con la Terapia	78
8.2.4 Adherencia Según el Factor Relacionado con el Paciente	82
8.3 Nivel de Adherencia al Tratamiento Farmacológico y No Farmacológico en 53 Pacientes con Hipertensión Arterial	85
9. CONCLUSIONES	88
10. RECOMENDACIONES	90
11. REFERENCIA	92
12. ANEXOS	101

LISTA DE TABLAS

	Pág.
Tabla 1: Características Sociodemográficas de la Población de Estudio	67
Tabla 2: Adherencia Según los Factores Socioeconómicos	71
Tabla 3: Adherencia Según los Factores Proveedor: Sistema y Equipo de Salud	74
Tabla 4: Adherencia Según los Factores Relacionados con la Terapia	77
Tabla 5: Adherencia Según los Factores Relacionados con el Paciente	81
Tabla 6: Nivel de Adherencia al Tratamiento Farmacológico y No Farmacológico en 53 Pacientes con Hipertensión Arterial	84

LISTA DE ANEXOS

	Pág.
ANEXO 1: Carta de Autorización Para la Recolección de la Información	101
ANEXO 2: Consentimiento Informado	102
ANEXO 3: Instrumento	105
ANEXO 4: Ficha para la Recolección de Datos Sociodemográficos	108

1. INTRODUCCIÓN

Las enfermedades cardiovasculares hacen parte del grupo de enfermedades que causan más complicaciones y muertes en el mundo, generando elevados costos, tanto para el sistema de salud, como para los pacientes, razón por la cual se ha convertido en un problema de salud pública. Es importante tener en cuenta que la mayoría de la población mundial se encuentra en riesgo de desarrollar alguna de las patologías que conforman este grupo de enfermedades, por lo cual es posible considerar que es deber de los profesionales de enfermería trabajar sobre los factores de riesgo de enfermedad cardiovascular, para que de este modo sea posible evitar el aumento de las tasas de mortalidad de la población por esta causa.

Uno de los principales factores de riesgo para desarrollar alguna enfermedad cardiovascular es la hipertensión arterial, patología que afecta aproximadamente a 50 millones de personas en los Estados Unidos y a un billón a nivel mundial; se estima que 9 millones de fallecimientos y más de 75 millones de años de vida sana perdidos anualmente en el mundo, se deben a niveles altos de tensión arterial, siendo esta última una de las causas del incremento de las tasas de morbilidad y mortalidad de la población mundial (1).

Es preciso reconocer que una de las condiciones que permite dar manejo a la hipertensión arterial, se fundamenta en la adherencia a los tratamientos, entendiéndose esta última como “el grado en que el comportamiento de una persona (tomar medicamentos, seguir un régimen alimentario y ejecutar cambios en el estilo de vida), corresponde con las recomendaciones acordadas con un prestador de asistencia sanitaria” (1). Algunas investigaciones han demostrado que la adherencia o no adherencia al tratamiento depende de diferentes factores, siendo los más relevantes los socioeconómicos, los del proveedor: sistema equipo de salud, los de la terapia y los relacionados con el paciente. La falta de adherencia al tratamiento farmacológico y no farmacológico en pacientes con hipertensión arterial, puede generar en ellos complicaciones tanto en el aspecto físico, como en el aspecto psicológico y económico. Por tal motivo, el objetivo de esta investigación fue identificar la adherencia al tratamiento farmacológico y no farmacológico según los factores

que la determinan, en un grupo de pacientes con hipertensión arterial que asisten a una institución de primer nivel, por medio del desarrollo de un estudio de tipo cuantitativo descriptivo de corte transversal aplicado en el grupo de pacientes, utilizando el “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 3”, elaborado por la Enfermera Claudia Bonilla y validado en población colombiana, con previo consentimiento informado, que se aplicó a 53 pacientes con hipertensión arterial durante el mes de Abril del año 2010.

Los datos de esta investigación indican que el 58% de los pacientes se encuentran en un nivel de adherencia medio y el 42% restante se ubican en un nivel alto de adherencia a los tratamientos instaurados. Teniendo en cuenta los resultados por cada ítem en los diferentes factores, se puede ver que el principal obstáculo que no permitió que la mayoría de la población alcanzara un nivel de adherencia alto, se basa en el hecho de no poder cumplir de manera efectiva con los tratamientos no farmacológicos, ya que la mayoría de los pacientes refirieron que los cambios en la dieta se les dificultan debido al alto costo de los alimentos recomendados, además de esto, el 47% de las personas participantes del estudio, tienen la creencia de que hay costumbres sobre alimentos y ejercicios difíciles de cambiar y el mismo porcentaje mencionó no poder leer la información escrita sobre el manejo de su enfermedad.

Los resultados obtenidos muestran que el factor socioeconómico no interfiere potencialmente en la adherencia porque el 51% de la población tiene disponibilidad económica para atender las necesidades básicas: (alimentación, salud, vivienda, educación.), el 71% cuenta con los recursos económicos para trasladarse al lugar de la consulta y el 66% posee el apoyo de su familia o personas allegadas para cumplir su tratamiento. Sin embargo el 47% de la población nunca puede leer la información escrita sobre el manejo de su enfermedad y a veces al 45% los cambios en la dieta se le dificultan debido al alto costo de los alimentos, condiciones que ponen en riesgo la adherencia en este grupo de pacientes.

En el factor proveedor: sistema y equipo de salud, el 68% de las personas afirmaron que los profesionales que los atienden responden sus inquietudes y dificultades con respecto al tratamiento, el 74% se da cuenta que su médico controla si está siguiendo el tratamiento por las preguntas que le hace, el 75% recibe orientación sobre la forma de ajustar los horarios de los medicamentos de acuerdo a sus actividades diarias y el 79% refiere que el médico y el enfermer@ le dan explicaciones con palabras que su familia o ellos entienden, estos resultados permiten confirmar como la relación paciente-proveedor se convierte en un factor protector de la adherencia en esta población.

Respecto al factor relacionado con la terapia, se encontró que en el 70% de los pacientes las diversas ocupaciones que tienen dentro y fuera del hogar no les dificulta seguir el tratamiento, al 72% las distancias de la casa o trabajo a los consultorios no representan un obstáculo para cumplir las citas y el 71% nunca abandona el tratamiento cuando mejoran los síntomas. Además de esto fue posible establecer que el 47% de la población cree que hay costumbres sobre alimentos y ejercicios difíciles de cambiar, lo cual pone en riesgo la adherencia al tratamiento no farmacológico.

En el factor relacionado con el paciente, el 94% de la población, afirma que está convencido de que el tratamiento es beneficioso y por eso lo sigue tomando, el mismo porcentaje manifiesta que es importante seguir el tratamiento para mejorar su salud y el 97% cree que es responsable de su autocuidado, estos hallazgos se relacionan con la importancia que tiene para los pacientes de este estudio seguir estrictamente las terapias con el fin de mejorar su estado de salud, además de la conciencia que existe en relación con que el cuidado de su salud depende en gran parte de ellos mismos.

Teniendo en cuenta lo anterior, es fundamental que el profesional de enfermería contribuya en el establecimiento de estrategias que permitan la adquisición y mantenimiento de un estado de salud equilibrado, en donde la persona se haga responsable de su propio cuidado incorporándose en la toma de decisiones. Para lograrlo, es indispensable realizar seguimientos programados en los cuales el enfermer@ realice asesorías y/o actualizaciones

a cerca de la patología y su manejo, utilizando herramientas de aprendizaje que sean accesibles y de fácil comprensión para los pacientes y sus familias, teniendo en cuenta las diferentes condiciones (escolaridad y limitaciones físicas) en que estos se encuentran.

De igual forma, es necesario desarrollar estrategias que permitan el refuerzo positivo de las actitudes, en las cuales la comunicación activa entre proveedor-paciente- familia, sea el pilar para dar las aclaraciones necesarias con respecto a los hábitos y creencias practicadas, resolver las diferentes inquietudes, además de mostrar los beneficios que trae el cumplimiento del tratamiento farmacológico y no farmacológico con el fin de mantener la motivación dirigida hacia el logro de un estado óptimo de salud.

A su vez, es importante que el personal de la salud dé a conocer a los diferentes sectores sociales las problemáticas que afectan la adherencia de los pacientes a los diferentes tratamientos, entre ellas el alto costo de los alimentos, para que de este modo se convierta en una preocupación común y se desarrolle un trabajo intersectorial con el fin de crear soluciones efectivas.

2. DESCRIPCIÓN DEL PROBLEMA Y JUSTIFICACIÓN

A través de los años, las enfermedades cardiovasculares se han convertido en la principal causa de morbilidad y mortalidad de la población mundial. La Organización Mundial de la Salud, señala que las enfermedades cardiovasculares ocasionan el mayor número de pérdidas humanas en el mundo (17,5 millones de muertes al año) (1). De igual forma, las estadísticas reportadas por la Asociación Americana del Corazón en el año 2006 citadas por Amador, muestran que cerca de 1.2 millones de americanos podrían sufrir ataque cardíaco primario o recurrente, de los cuales 479.000 están en riesgo de morir (2).

Es conocido que más del 80% del problema global de las enfermedades cardiovasculares ocurre en países de bajos o de medianos ingresos (1). En Colombia, según la Organización Panamericana de la Salud (OPS), al finalizar el año 2005, los problemas cardiovasculares ocuparon la primera causa de muerte para la población mayor de 45 años, tanto en hombres como en mujeres, presentándose 55.859 casos de defunciones por esta causa, con una tasa de 130,2 por 100.000 habitantes (3).

Así mismo en Risaralda, según los datos publicados en los Indicadores Básicos de Salud 2008, la mortalidad por grupos de causas y específicamente las enfermedades del aparato circulatorio, causaron 1.373 muertes, con una tasa de 152,0 por 100.000 habitantes (4).

Además de conocer el impacto que causa este grupo de enfermedades en la salud de la población, es necesario mencionar que existen factores de riesgo modificables y no modificables que predisponen a los pacientes a desarrollar enfermedades cardiovasculares (5). Es importante reconocer que uno de los principales factores de riesgo es la hipertensión arterial (6), siendo mas frecuente que el tabaquismo, la dislipidemia y la diabetes, aumentando la aparición de accidentes cerebrovasculares, la enfermedad coronaria, la falla renal y la enfermedad arterial periférica (7).

En Colombia y en varios países del mundo, la hipertensión arterial (HTA), es entendida como enfermedad crónica asintomática, y se considera hoy en día como una de las principales problemáticas de salud pública (8). Actualmente 7,1 millones de personas mueren como resultado de la hipertensión arterial, reconociéndose como una de las tres primeras causas de morbi-mortalidad mundial y nacional, además de esto, ocupa uno de los primeros lugares de causas de incapacidad y uno de los principales motivos de consulta médica, por lo cual se convierte en una enfermedad con serias repercusiones a nivel económico y social (9).

La HTA en Colombia es la octava causa de morbilidad en consulta externa para todas las edades, tiene una prevalencia del 11,6% en población mayor de 15 años y asciende al 50% en personas mayores de 49 años, constituyéndose en la primera causa de consulta en población mayor de 45 años, igualmente en el departamento de Risaralda, esta enfermedad ocupó el segundo lugar entre las causas de morbilidad por consulta en el año 2007 (10). Así mismo, en un estudio desarrollado en este departamento con población de estratos 1 y 2 durante el año 2005, se encontró una prevalencia de hipertensión de 8.9% en hombres y 14.2% en mujeres (11).

El aumento en la incidencia de casos de pacientes con hipertensión arterial y su frecuente aparición en población de todas las condiciones sociales, económicas y culturales, han hecho evidente la necesidad de estudiar a fondo todos aquellos factores que predisponen su desarrollo. Una de las estrategias utilizadas a nivel mundial para prevenir y controlar los factores de riesgo cardiovascular, como la hipertensión arterial, se basa en el fortalecimiento y el fomento de conductas que favorezcan la adherencia al tratamiento farmacológico y no farmacológico instaurado (7).

A pesar de la disponibilidad de medicamentos efectivos y guías de manejo clínico, alrededor del 60% de los hipertensos en Colombia están mal controlados, el poco control de la presión arterial en hipertensos es uno de los principales factores asociados con el desarrollo de complicaciones como la falla renal, enfermedad coronaria y accidente cerebrovascular (10). Entre las

variables asociadas al inadecuado manejo de la presión arterial en pacientes medicados se encuentra la no adherencia al tratamiento, la cual ha sido considerada como el mayor reto para alcanzar el control del paciente hipertenso (10). Según el Joint National Committee (JNC) VII, la principal causa del control inadecuado de la HTA es el incumplimiento del tratamiento a largo plazo, tanto farmacológico como no farmacológico (6).

Varios estudios, entre ellos el de Jones (12), han demostrado que sólo entre el 40% y el 50% de los pacientes que inician un nuevo tratamiento farmacológico mantienen la medicación a los 6 meses de haberlo hecho, de igual forma el estudio de Greenbur (13), confirma que el 50% de los nuevos hipertensos abandona la medicación al año de iniciado el tratamiento. Además, el 50% de los pacientes que permanecen bajo tratamiento no toman correctamente la medicación, “las dificultades en la adherencia al tratamiento, se observan siempre que se requiere auto-administrar el tratamiento, independientemente del tipo, gravedad de la enfermedad y de la accesibilidad a los recursos de salud, pero son muchos los factores que contribuyen a causar los problemas de adherencia, aunque algunos de estos factores se relacionan con el paciente, también influyen notoriamente las características de la enfermedad, su tratamiento y la educación que se le brinda al paciente” (14). De igual manera, Herrera plantea que los principales factores que limitan o interfieren en el adecuado cumplimiento de los tratamientos son la pobreza, la falta de conocimientos sobre la enfermedad, la falta de autocuidado y el difícil acceso a los servicios de salud (15), como consecuencia las tasas de mortalidad de la población relacionada con la no adherencia registran cifras preocupantes, manteniéndose en una misma proporción desde hace más de 15 años (16).

Además del impacto social causado por la falta de adherencia a los tratamientos, es posible observar los efectos económicos que esta problemática trae consigo. Una investigación desarrollada en Argentina, muestra un aumento en los costos en salud derivados de la falta de cumplimiento o de los cambios en la medicación inicialmente prescrita, calculados en un 20% per cápita y por año (17), Además de esto, se observa que existe una relación estrecha entre la no adherencia al tratamiento y el

número de pacientes hospitalizados, pues la mayoría de personas que ingresan con enfermedad cardiovascular a hospitalización, presentan alteraciones debido a modificaciones hechas por ellos a las terapias instauradas por el personal de salud (18). Estos costos se incrementan de forma exponencial en el momento en que no se cumple el tratamiento, de hecho, “los costos de hospitalización por mala adherencia representan cerca de 13.350 millones de dólares en Estados Unidos, lo que constituye el 1,7% de su gasto sanitario”.

Pero la no adherencia no sólo afecta al sistema sanitario, sino también al paciente, ya que “los enfermos incurren en una serie de gastos asociados a los costos de los desplazamientos a los centros de salud u hospitales, al tiempo perdido por ellos y sus familiares, al gasto de tener que contratar cuidadores para el paciente y también las modificaciones que se ven obligados a realizar en la casa para ajustarla a sus necesidades”. A estos se añaden los gastos perdidos en productividad por los días de baja laboral y los años de vida productivos perdidos a causa de una muerte prematura (19), con lo cual se puede ver que esta situación genera repercusiones económicas tanto para la población como para el sector salud.

El fenómeno de la adherencia es un reto para todos los profesionales de la salud, en especial para el profesional de enfermería, ya que la labor que desempeña en la identificación de los factores que influyen en la adherencia (socioeconómicos, proveedor: sistema equipo de salud, relacionados con la terapia, relacionados con el paciente), constituye un elemento fundamental para la creación de estrategias que favorezcan la inclusión de comportamientos generadores de salud en la población. Según Bonilla (20), el papel de una profesión como la enfermería tiene que ver con ayudar a los individuos a que entiendan, adopten y mantengan prácticas en su estilo de vida que les ayuden a disminuir los riesgos e incapacidades. “La labor de enfermería resulta útil en este tipo de situaciones, es evidente que actualmente existen dificultades para lograr que los pacientes con factores de riesgo cardiovascular sigan las recomendaciones del profesional de la salud y logren una adecuada adherencia a los tratamientos” (20).

Es entonces, que conociendo el incremento de las enfermedades cardiovasculares, las complicaciones causadas por la hipertensión arterial, las repercusiones sociales y económicas de una inadecuada adherencia al tratamiento y el papel fundamental del profesional de enfermería ante esta problemática, se hace necesario realizar este trabajo de investigación por medio de la aplicación del instrumento “Factores que influyen en la adherencia a tratamientos farmacológicos y no farmacológicos en pacientes con factores de riesgo de enfermedad cardiovascular” Versión 3, validado en población colombiana, para que los resultados obtenidos brinden beneficios: En primer lugar, al paciente, le permitirá conocer los factores que interfieren en la adherencia a su tratamiento, dándole a entender que el fenómeno de la no adherencia es un problema de origen multifactorial; desde esta perspectiva se espera que se propongan estrategias que lo beneficien en las dimensiones física, mental, social, emocional y espiritual. En segundo lugar, a la institución, le servirá como base para la creación de estrategias que permitan lograr la consecución de objetivos terapéuticos concretos mediante la aplicación de planes de cuidado ajustados a las características de cada paciente, con el fin de mantener una calidad de vida y todas sus funciones en el ámbito social, familiar, laboral y personal, y en tercer lugar, a la profesión, le servirá para aumentar la evidencia científica que permita conocer e identificar los factores que influyen en el mantenimiento de la adherencia a los tratamientos en pacientes con hipertensión arterial; de igual forma se espera que el profesional de enfermería cuente con las bases necesarias para la creación de estrategias que brinden a la población información clara que fomente el autocuidado, con el fin de lograr la modificación de conductas que poco contribuyen en su estado de salud.

Por esta razón surgió la siguiente pregunta de investigación:

¿Cuál es la adherencia al tratamiento farmacológico y no farmacológico según los factores que la determinan, en un grupo de pacientes con hipertensión arterial que asisten a una institución de primer nivel en el mes de Abril del año 2010?

3. DEFINICIÓN OPERATIVA DE TÉRMINOS

3.1 ADHERENCIA:

“Grado en el que el comportamiento de una persona como tomar el medicamento, seguir un régimen dietario y ejecutar cambios del modo de vida; se corresponde con las recomendaciones acordadas con un prestador de asistencia sanitaria” (21). En este estudio la adherencia se entiende como la capacidad de cumplimiento con la que cuenta una persona para seguir adecuadamente el tratamiento farmacológico y no farmacológico instaurado por algún profesional de salud.

La adherencia en este estudio se determinó a partir de la aplicación del instrumento “Factores que influyen en la adherencia a tratamientos farmacológicos y no farmacológicos en pacientes con factores de riesgo de enfermedad cardiovascular” Versión 3, el cual consta de cuatro dimensiones que incluyen: factores socioeconómicos, factores relacionados con el proveedor: sistema y equipo de salud, factores relacionados con la terapia, y factores relacionados con el paciente; este instrumento fue validado en población colombiana.

3.2 NIVEL DE ADHERENCIA AL TRATAMIENTO FARMACOLÓGICO:

Grado en que el comportamiento de una persona como tomar los medicamentos, se corresponde con las recomendaciones acordadas con un prestador de asistencia sanitaria (22). En este estudio adherencia al tratamiento farmacológico se refiere al cumplimiento de las recomendaciones relacionadas con los medicamentos: tipo, dosis, frecuencia, horarios y duración del tratamiento.

3.3 NIVEL DE ADHERENCIA AL TRATAMIENTO NO FARMACOLÓGICO:

Grado en el que el comportamiento de una persona como seguir un régimen alimentario y ejecutar cambios en los hábitos diarios de vida se corresponde con las recomendaciones acordadas con un prestador de asistencia sanitaria (23). En este estudio la adherencia al tratamiento no farmacológico se refiere al

cumplimiento de las recomendaciones relacionadas con: los cambios de dieta, control de peso, aumento y regulación del ejercicio físico, supresión o disminución en el hábito de fumar y/o de consumir alcohol.

3.4 FACTORES RELACIONADOS CON LA ADHERENCIA AL TRATAMIENTO:

Para la Organización Mundial de la Salud (OMS) la adherencia terapéutica es un fenómeno multidimensional determinado por la acción recíproca de cinco conjuntos de factores los cuales son: factores socioeconómicos, factores relacionados con el tratamiento, factores relacionados con el paciente, factores relacionados con la enfermedad y factores relacionados con el sistema o equipo de asistencia sanitaria (21). En este estudio se tuvo en cuenta cuatro de los cinco factores mencionados por la OMS, debido a que el instrumento que se utilizó, al ser validado, tomo los ítems más relevantes del factor relacionado con la enfermedad y los incluyó dentro de las cuatro dimensiones restantes.

3.5 PACIENTE CON HIPERTENSIÓN ARTERIAL:

Se entiende por paciente con hipertensión arterial a aquel con un incremento asociado a una Presión Arterial Sistólica (PAS) mayor a 120 mm Hg, una Presión Arterial diastólica (PAD) mayor a 80 mm Hg, o ambas. Los valores anteriormente mencionados se consideran el umbral para el diagnóstico de hipertensión arterial (HTA) (24). En este estudio, paciente con hipertensión arterial, se refiere a aquella persona que presenta cifras tensionales dentro de los rangos anteriormente mencionados.

3.6 INSTITUCIÓN DE PRIMER NIVEL:

En este nivel de atención se llevan a cabo actividades de promoción y prevención, consulta de medicina general, odontología general, laboratorio clínico e imagenología de baja complejidad, hospitalización y atención de urgencias y de partos de baja complejidad, terapia respiratoria, optometría, nutrición y psicología. Adicionalmente, se realizan en este nivel actividades prioritarias en Salud Pública, tales como vacunación, toma y entrega de resultados de citología vaginal, actividades para la regulación de la fecundidad

(asesorías y entrega de métodos de planificación), y la suplementación de micronutrientes a menores de edad y gestantes, entre otras (25).

4. OBJETIVOS

4.1 OBJETIVO GENERAL

- Identificar la adherencia al tratamiento farmacológico y no farmacológico según los factores que la determinan, en un grupo de pacientes con hipertensión arterial que asisten a una institución de primer nivel durante el mes de Abril del año 2010.

4.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS

- Identificar las características sociodemográficas (edad, género, ocupación, área de residencia), de un grupo de pacientes con hipertensión arterial en una Institución de primer nivel durante el mes de Abril del año 2010.
- Describir los factores socioeconómicos, los relacionados con el paciente, con la terapia y con el sistema equipo de salud que influyen en la adherencia al tratamiento farmacológico y no farmacológico en un grupo de pacientes con hipertensión arterial en una Institución de primer nivel durante el mes de Abril del año 2010.
- Establecer el nivel de adherencia al tratamiento, en un grupo de pacientes con hipertensión arterial en una institución de primer nivel durante el mes de Abril del año 2010.

5. PROPÓSITOS

5.1 BENEFICIOS PARA EL PACIENTE

Esta investigación le permitirá al paciente conocer los factores que interfieren en la adherencia a su tratamiento, dándole a entender que el fenómeno de la no adherencia es un problema de origen multifactorial; desde esta perspectiva se espera que se propongan estrategias que lo beneficien en las dimensiones física, mental, social, emocional y espiritual.

5.2 BENEFICIOS PARA LA INSTITUCIÓN

Esta investigación le servirá a la institución como base para la creación de estrategias que permitan lograr la consecución de objetivos terapéuticos concretos, mediante la aplicación de planes de cuidado ajustados a las características de cada paciente, con el fin de mantener una calidad de vida y todas sus funciones en el ámbito social, familiar, laboral y personal,

5.3 BENEFICIOS PARA LA PROFESIÓN

Esta investigación aumentará la evidencia científica, la cual permitirá conocer e identificar los factores que influyen en el mantenimiento de la adherencia a los tratamientos en pacientes con hipertensión arterial, de igual forma aportará información para que el profesional de enfermería cuente con las bases necesarias para la creación de estrategias que brinden a la población información clara que fomente el autocuidado, con el fin de lograr la modificación de conductas que poco contribuyen en su estado de salud.

6. MARCO TEÓRICO

En este capítulo se exponen de manera amplia conceptos teóricos relacionados directamente con la problemática trabajada en esta investigación, entre estos están: enfermedades cardiovasculares, hipertensión arterial, adherencia al tratamiento farmacológico y no farmacológico, los factores (socioeconómico, relacionados con el proveedor: sistema equipo de salud, relacionados con la terapia, relacionados del paciente y relacionados con la enfermedad) que influyen en el cumplimiento estricto de las terapias instauradas, medición de la adherencia a los tratamientos y estrategias para el mejoramiento de la misma.

6.1 ENFERMEDADES CARDIOVASCULARES

Las enfermedades cardiovasculares (ECV) constituyen la primera causa de mortalidad en todo el mundo. La OMS, afirma que en el año 2005 murieron 17.5 millones de personas como consecuencia de este grupo de patologías, esta cifra representa un 30% de todas las muertes registradas en el mundo. También señala que el 80% de estas muertes se presentan en países desarrollados y no desarrollados, por lo cual se hace necesario abordar esta problemática, dado que se presenta en diversos contextos sociales (1).

Las ECV son consideradas como un problema de salud pública a nivel mundial, autores como Reyes y Atalah, afirman que este grupo de enfermedades determinan un impacto social y económico negativo, tanto por los costos directos en salud derivados de su manejo, como por las muertes prematuras que generan (26). Lo anterior se evidencia en un estudio realizado en la Unión Europea, donde se demostró que el 57% del costo que genera este tipo de enfermedades está ligado directamente a la asistencia médica; el 21%, a las pérdidas de productividad; y el 22%, al del cuidado informal proporcionado por parientes y amigos (27). Así mismo, en Estados Unidos se estima que durante el año 2002 el costo de las enfermedades cardiovasculares y los accidentes cerebrovasculares fue de 329,2 mil millones de dólares (28).

En cuanto a la prevalencia de estas enfermedades por género, se encontró un estudio realizado por la OPS, el cual reportó que en casi todas las subregiones de las Américas las tasas de mortalidad por enfermedades cardiovasculares fueron más elevadas en las mujeres que en los hombres (29). Según la Sociedad Colombiana de Cardiología la enfermedad cardiovascular es la principal causa de muerte en mujeres, superando las muertes ocasionadas por el cáncer y/o enfermedades infecciosas, las ECV causan en este género más de 8 millones de muertes en el mundo entero (30). A pesar de que las enfermedades cardiovasculares causan menos muertes en los hombres, representan la primera causa de mortalidad en este género, en Estados Unidos en el 2002, más de 340.000 hombres murieron por esta causa y el 50% de los hombres que tienen un ataque al corazón antes de los 65 años mueren dentro de los ocho años siguientes (28).

En Colombia, en el año 2006, los indicadores de mortalidad relacionados con enfermedades crónicas, muestran que las patologías del aparato circulatorio causaron 57.787 muertes, con una tasa de 133,1 (Tasa por 100.000 habitantes) (4). De igual manera, al finalizar este mismo año, se logró establecer que la primera causa de muerte en hombres y mujeres entre los 45 y 64 años de edad se relaciona con enfermedades cardiovasculares (31), seguida por los homicidios, las enfermedades cerebrovasculares, los accidentes de transporte terrestre y la diabetes mellitus; para aquellos de 65 y más años las principales causas de muerte son las enfermedades cerebrovasculares, las enfermedades crónicas de las vías aéreas inferiores, las enfermedades hipertensivas y la diabetes mellitus (32). Lo anterior se ve reflejado en el último estudio de carga de la enfermedad, el cual muestra que las enfermedades cardiovasculares y el cáncer son las principales causas de años de vida saludable perdidos por enfermedad, discapacidad o muerte en el país (33).

En cuanto al género en Colombia, este grupo de patologías afectan en mortalidad a 50.7 por 1.000 mujeres y específicamente a 67.1 por 1000 mujeres con enfermedad isquémica del corazón, convirtiéndose en la principal causa de defunciones en este grupo poblacional (30).

A nivel departamental, en Risaralda, según los datos publicados en los indicadores básicos de salud, las tasas de morbilidad y mortalidad causadas por el grupo de enfermedades cardiovasculares van en incremento, en 1997, se evidenciaron 1283 muertes por 100.000 habitantes, para el año 2002 ocupó la primera causa de mortalidad en este departamento al propiciar 1325 muertes por 100.000 habitantes, además representó el 10.1% del total de defunciones. Cabe destacar que esta cifra presentó un incremento del 2%, al pasar de 1283 muertes en 1997 a 1325 en 2002 (34). Así mismo, para el año 2006 el total de defunciones por enfermedades del sistema circulatorio fue de 1.373 por cada 100.000 habitantes, es decir el 2.4% del total de habitantes de esta región (4).

Como se observa, la influencia de las enfermedades cardiovasculares en las tasas de morbilidad y mortalidad de la población colombiana es de gran importancia, siendo este grupo de enfermedades la principal causa de muerte en adultos mayores, lo anterior se fundamenta si se tiene en cuenta que con el paso del tiempo, la actividad del corazón tiende a deteriorarse, puede aumentar el grosor de las paredes del corazón, las arterias pueden endurecerse y perder su flexibilidad, cuando esto sucede, el corazón no puede bombear la sangre tan eficientemente como antes a los tejidos del cuerpo, debido a estos cambios, el riesgo cardiovascular aumenta con la edad (35), además este grupo de enfermedades, ha alcanzado grandes magnitudes en el territorio nacional, generando un aumento de los costos en atención para las instituciones, incapacidades y discapacidad.

Al ver esta problemática se hace necesario buscar medidas que se encaminen a favorecer la aplicación de comportamientos del cuidado de la salud, una de estas medidas se centra en la adherencia al tratamiento farmacológico y no farmacológico, ya que por medio de este elemento se espera que las personas tengan la capacidad de generar conductas de autocuidado, que permitan mejorar y mantener su estado de salud.

6.2 HIPERTENSIÓN ARTERIAL

En el Séptimo Informe del Comité Nacional (6), esta patología se define como un incremento asociado a una Presión Arterial Sistólica (PAS) mayor a 120 mm Hg, una Presión Arterial Diastólica (PAD) mayor a 80 mm Hg, o ambas. Se debe tener en cuenta que los valores anteriormente mencionados se consideran el umbral para el diagnóstico de hipertensión arterial.

CLASIFICACIÓN DE LA PRESIÓN ARTERIAL		
	Presión Arterial Sistólica (mm/Hg)	Presión Arterial Diastólica (mm/Hg)
Normal	<120	<80
Pre-hipertensión	120-139	80-89
Hipertensión Estadio 1	140-159	90-99
Hipertensión Estadio 2	≥160	≥100

Fuente: Séptimo informe del comité nacional conjunto en prevención, detección, evaluación y tratamiento de la hipertensión arterial. [en línea] Disponible en: <http://variosmedicina.wordpress.com/2009/01/31/jnc-7/>. Consultado: Julio 27 de 2010.

Estos valores se consideran sin tomar drogas antihipertensivas y sin enfermedad aguda. Cuando las presiones sistólica y diastólica califican en categorías diferentes, se debe elegir la más alta, basados en el promedio de dos o más lecturas obtenidas en dos o más visitas luego del examen inicial (6).

La HTA, es una enfermedad silenciosa y lentamente progresiva que se presenta en todas las edades, especialmente en personas entre 30 y 50 años de edad, generalmente es asintomática, y después de 10 o 20 años de su aparición ocasiona daños significativos en órgano blanco (36). Esta patología constituye uno de los principales factores de riesgo que predisponen al desarrollo de enfermedades cardiovasculares, afectando aproximadamente a 50 millones de personas en países como los Estados Unidos y a un billón a nivel mundial (6); se estima que 9 millones de fallecimientos y más de 75 millones de años de vida sana perdidos anualmente en el mundo se deben a niveles altos de tensión arterial (37). Entre el 10% y el 30% de la población

adulta de casi todos los países tiene HTA, pero otro 50% a 60% gozaría de mejor salud si su tensión arterial fuera más baja, permitiendo reducir el riesgo de presentar un ataque cardiaco y accidente cerebrovascular (ACV) (37).

Al realizar una revisión de literatura, se encontró un estudio el cual menciona que la hipertensión arterial ocupó el segundo lugar entre las causas de morbilidad por consulta en el año 2007 en el departamento de Risaralda, con un porcentaje de 8,3%. Así mismo en el año 2005, se halló una prevalencia de hipertensión de 8.9% en hombres y 14.2% en mujeres de estratos 1 y 2 de esta misma población (11).

Después de observar la incidencia y prevalencia de la HTA, se hace necesario mencionar algunos factores de riesgo que predisponen a los individuos a desarrollar esta enfermedad, estos son: genéticos, comportamentales, biológicos, sociales y psicológicos, estos se han clasificado de acuerdo a su posibilidad de intervención en no modificables y modificables (36).

6.2.1 Factores de Riesgo no Modificables

Son aquellos factores de riesgo que no se modifican cuando se interviene sobre ellos (38):

- **Edad:** La tensión arterial tiende a aumentar con la edad y por ello los adultos mayores tienen más riesgo de desarrollar hipertensión arterial, debido a que el número de fibras de colágeno en las paredes arteriales aumenta, haciendo que los vasos sanguíneos se vuelvan más rígidos. Al reducirse así la elasticidad, el área seccional del vaso se disminuye, creando resistencia al flujo sanguíneo y como consecuencia compensadora, se aumenta la presión arterial (39).

- **Sexo:** Existen diferencias tanto en las cifras de tensión arterial como en la prevalencia de la HTA entre hombres y mujeres. En su estudio, Huertas (40) refiere, que ser varón es un factor de riesgo para cardiopatía isquémica e hipertensión arterial, entre los 35 y 40 años de edad existe una mortalidad por esta enfermedad de cuatro a cinco veces más en el sexo masculino que en el femenino. Desde la adolescencia los hombres cursan con cifras más elevadas

de presión arterial que las mujeres, pero las diferencias tienden a desaparecer cuando cesa la función ovárica en ellas (41). En las pacientes posmenopáusicas existe mayor prevalencia de hipertensión arterial, así como un deterioro del perfil lipídico, con aumento del colesterol y las lipoproteínas de baja densidad (40).

- **Raza:** Duarte, menciona que diversos estudios han demostrado mayores niveles de presión arterial en las poblaciones de raza negra, más que en otros grupos étnicos; durante la segunda década de la vida, las personas de raza negra presentan cifras de tensión arterial en promedio de 5 mm Hg más que las personas de otras razas (41).

- **Herencia:** La prevalencia de la HTA es superior entre los familiares de hipertensos, fenómeno denominado “agrupación familiar de la hipertensión”. La herencia depende de varios genes, cuya expresión resulta modificada por factores ambientales (42).

6.2.2 Factores de Riesgo Modificables

Hace referencia a aquellos factores que actuando sobre ellos pueden ser evitados, disminuidos o eliminados (38):

- **Tabaquismo:** El tabaco provoca vasoconstricción, además ocasiona alteraciones en los niveles de los lípidos en sangre, favoreciendo la aparición de la HTA y la arteriosclerosis, lo que puede traducirse en la aparición de angina e infarto de miocardio, entre otras enfermedades (43). Según Astoviza, la nicotina, componente principal del tabaco, es capaz de elevar la tensión arterial y aumentar el gasto cardiaco (44).

- **Alcohol:** El consumo de una copa de alcohol aumenta la presión arterial sistólica (PAS) en 1 mm Hg, y la presión arterial diastólica (PAD) en 0.5 mm Hg. Se ha demostrado que el consumo de alcohol diariamente presenta niveles de PAS de 6.6 mm Hg y PAD de 4.7 mm Hg más elevados que los que lo hacen una vez por semana, independiente del consumo semanal total (36). Según Huertas, el alcohol puede producir una elevación aguda de la presión

arterial mediada por activación simpática central, cuando se consume en forma repetida y puede provocar una elevación persistente de la misma (40).

- **Obesidad y sedentarismo:** La obesidad a nivel mundial está alcanzando proporciones epidémicas, no solo afectando a los países industrializados sino también a los emergentes, abarcando todos los grupos etarios y estratos socioeconómicos (45).

La obesidad se define como el exceso de grasa corporal debido a un balance positivo en la ecuación energética bien sea por una ingesta excesiva, por un descenso en el gasto energético o desequilibrios en ambos factores. La obesidad se asocia con diferentes condiciones fisiopatológicas como: la hipertensión arterial, la diabetes, la hipercolesterolemia entre otros, convirtiéndose en un problema importante para la salud pública (46). Esta situación en la actualidad ataca a las personas de todas las edades convirtiéndose así en uno de los factores que más lleva al desarrollo de enfermedades cardiovasculares (46).

No obstante, el sedentarismo es una de las principales causas que en la población moderna produce obesidad (7). Una persona sedentaria tiene un riesgo mayor (20 a 50%) de contraer hipertensión arterial (36).

- **Hábitos alimenticios:** Se ha visto que una dieta inadecuada conlleva a desarrollar ECV, debido a que contribuye a una mayor predisposición a infecciones y a enfermedades crónicas, lo que disminuye la calidad de vida (47).

El elevado consumo de sodio presente en la sal y el bajo consumo de potasio se han asociado a la hipertensión arterial. El consumo de grasas, especialmente saturadas de origen animal, es un factor de riesgo en hipercolesterolemia debido al poder aterogénico que incrementa los niveles de colesterol LDL (36).

Es necesario que los pacientes con HTA tengan una dieta saludable, la cual debe ser baja en grasas saturadas y ácidos grasos trans, y baja en colesterol. La meta no es realizar una dieta temporaria, sino un cambio permanente en los hábitos alimentarios, acompañado por un aumento de la actividad física acorde al estado cardiovascular del paciente (48).

Sin embargo, el profesional de la salud debe tener en cuenta los factores económicos y el conocimiento que posee el paciente en el momento de ajustar la dieta, ya que en un estudio realizado en Caldas los adultos mayores participantes de este, tenían limitantes para el acceso, consumo y aprovechamiento de los alimentos lo que afectó de gran manera la adherencia (49).

- **Estrés:** El estrés representa un factor de riesgo mayor para el desarrollo de la HTA. Algunos comportamientos como la personalidad tipo A (competitividad, hostilidad, impaciencia, verbalización y movimientos rápidos) (36), pueden provocar que el alto grado de estrés genere incrementos de la presión arterial a través de múltiples vías: Aumentando el gasto cardíaco de origen simpático, disminuyendo la actividad vagal, aumentando los niveles de catecolaminas, potenciando el sistema renina angiotensina aldosterona, disminuyendo la sensibilidad del reflejo barorreceptor (50).

El estudio realizado por Harmer (51), muestra la relación estrés-enfermedad cardiovascular, esta investigación concluyó que aquellos pacientes que padecen estrés psicológico, presentan mayores tasas de consumo de tabaco y sedentarismo; estos factores de riesgo, justifican por sí solos la mayor parte del incremento del riesgo de hipertensión arterial en pacientes estresados. Del mismo modo, el consumo de alcohol y niveles de proteína C reactiva presentan una pequeña influencia sobre esta asociación.

6.2.3 Manejo de la hipertensión arterial

Una vez diagnosticada la hipertensión arterial, el tratamiento de elección puede ser no farmacológico o farmacológico de acuerdo al estadio de la hipertensión y los factores de riesgo asociados, sea cual sea el tratamiento se debe disponer

de un equipo de salud interdisciplinario (médico, personal de enfermería, nutricionista, psicólogos, etc.), capacitados y comprometidos en la educación, detección temprana y atención oportuna de la hipertensión arterial (36).

6.2.3.1 Tratamiento no farmacológico:

El tratamiento no farmacológico está orientado a dar educación en estilos de vida, comportamientos saludables y en intervenir los factores de riesgo causantes de la hipertensión arterial.

MODIFICACIÓN	RECOMENDACIÓN	REDUCCIÓN APROXIMADA PAS (RANGO)
Reducción de peso	Mantenimiento del peso corporal normal (IMC 18,5-24,9Kg/m ²).	5-20 mmHg/10 Kg de reducción de peso
Dieta tipo DASH (Dietary Approaches to Stop Hypertension)	Consumo de dieta rica en frutas, vegetales y pocas grasas diarias saturadas y totales	8-14 mmHg
Reducción de Sodio En la Dieta	Reducir consumo de Sodio, no más de 100 mmol día (2.4 g sodio ó 6 de cloruro Na)	2-8 mmHg
Actividad Física	Hacer ejercicio físico aerobio regular como caminar rápido (al menos 30´ al día, casi todos los días de la semana)	4-9 mmHg
Moderación en consumo de alcohol	Limitar el consumo a no más de 2 copas (30 mL de etanol) al día en varones y no más de 1 en mujeres	2-4 mmHg

Fuente: DASH, Dietary Approaches to Stop Hypertension. Séptimo informe del comité nacional conjunto en prevención, detección, evaluación y tratamiento de la hipertensión arterial. [en línea] Disponible en: <http://variosmedicina.wordpress.com/2009/01/31/jnc-7/>. Consultado: Julio 27 de 2010.

En los controles realizados por el profesional de enfermería a pacientes hipertensos, se debe indagar sobre puntos específicos para observar si se cumple de manera efectiva el tratamiento no farmacológico, entre estos esta: cumplimiento de las restricciones dietéticas (sal, grasa, etc.), realización de actividad física y adopción de hábitos tóxicos (tabaco, alcohol, otras drogas).

Además se debe realizar un examen físico completo para detectar síntomas de afectación orgánica (ángor, disnea, ortopnea, claudicación intermitente, alteraciones visuales, edema, etc.) y de esta manera realizar valoración de los patrones funcionales para proponer actividades efectivas según el estado de cada paciente (52). Es necesario que los profesionales de enfermería cuando realicen estos controles tengan en cuenta a cada persona como ser único, evaluando su capacidad de comprensión, el interés y las dudas que presenten cada uno de ellos, así mismo se debe realizar educación para la salud que brinde información sobre la enfermedad y sus posibles complicaciones, dando a conocer la importancia del abandono de los hábitos tóxicos, de la dieta inadecuada y del sedentarismo

6.2.3.2 Tratamiento Farmacológico:

El tratamiento farmacológico es aquel en el que una persona diagnosticada con HTA recibe un tratamiento, con el objetivo de controlar esta enfermedad y prevenir la afección de órganos blanco. Según las directrices de la Organización Mundial de la Salud y de la Sociedad Internacional de Hipertensión citados por Pescio, existen seis clases principales de medicamentos utilizados en todo el mundo para el control de la HTA: los diuréticos, los bloqueadores beta adrenérgicos, los antagonistas del calcio, los inhibidores de la enzima convertidora de la angiotensina (IECA), los antagonistas de angiotensina II y los bloqueadores alfa adrenérgicos (53).

La persona que ha iniciado farmacoterapia debe tener controles individualizados con el médico hasta lograr adherencia al tratamiento, una vez se establezca puede iniciar controles de enfermería cada mes, además es recomendable usar un solo medicamento -monoterapia- y una sola dosis – monodosis, esto da comodidad y permite mayor adherencia al tratamiento y menor costo (36). Es necesario que el profesional de enfermería tenga en cuenta que el tratamiento farmacológico debe ajustarse a las necesidades del paciente, a su vida diaria y tener un balance riesgo-beneficio adecuado, además de esto el enfermer@ debe facilitar información sobre los posibles efectos adversos y la relevancia de los mismos, sobre las interacciones y

proporcionar información verbal y escrita precisa respecto a la prescripción (dosis exacta, frecuencia de administración y duración de la terapia) (19)

6.3 ADHERENCIA

La adherencia terapéutica es un fenómeno complejo, que está condicionado por la interacción de múltiples factores de diversa naturaleza. Sin embargo, es un comportamiento humano, modulado por componentes subjetivos, y en esta dimensión debe ser esencialmente comprendido, abordado e investigado (54). En el año 2004 la OMS define la adherencia terapéutica como "el grado en que el comportamiento de una persona (tomar medicamentos, seguir un régimen alimentario y ejecutar cambios en el estilo de vida), corresponde con las recomendaciones acordadas de un prestador de asistencia sanitaria" (21).

De igual forma, para Herrera, la adherencia se relaciona con la capacidad de coincidencia entre el comportamiento del paciente y el seguimiento de las indicaciones dadas por el profesional de salud en cuanto a la toma de medicamentos y modificación de los estilos de vida no saludables (15). Para Haynes y Sackett, esta se define como la medida en que la conducta del paciente en relación con la toma de medicación, el seguimiento de una dieta o la modificación de su estilo de vida coincide con las indicaciones dadas por su médico (55). Por su parte Bonilla, define la adherencia, como el grado en el cual los pacientes siguen las instrucciones que se les da para realizar un tratamiento (20), y propone algunas premisas que se deben tener en cuenta al abordar este tema:

1. La falta de adherencia a los tratamientos en las enfermedades crónicas, es un problema mundial de magnitud sorprendente.
2. El impacto de la falta de adherencia aumenta a medida que aumenta el peso de la enfermedad crónica en el mundo entero.
3. Al mejorar la adherencia se mejora la salud del paciente.
4. La adherencia es un indicador importante de la efectividad del sistema de salud.
5. Al aumentar la efectividad de las interacciones en adherencia se puede lograr un impacto mucho mayor en la salud de la población que mejorando otro tratamiento médico.

6. Se debe ayudar al paciente en lugar de culparlo.
7. La adherencia está afectada simultáneamente por diversos factores.
8. Se refuerzan interacciones deseadas para el paciente según sus necesidades.
9. La adherencia es un proceso dinámico que requiere seguimiento.
10. Los profesionales de la salud deben tener entendimiento respecto a la adherencia.
11. La familia, la comunidad y los pacientes son organizaciones claves para tener éxito en el incremento de la adherencia.

En síntesis la adherencia es la capacidad de cumplimiento con la que cuenta una persona para seguir adecuadamente el tratamiento farmacológico y no farmacológico instaurado por algún profesional de la salud, este fenómeno que durante los últimos años ha sido de gran importancia para la salud pública, se ha visto afectado por los diferentes factores que determinan la adherencia trayendo consigo graves consecuencias a nivel mundial (55).

La falta de adherencia a los tratamientos se presenta en todas las edades, se observa en casi todos los estadíos de las enfermedades crónicas y tiende a empeorar a medida que el paciente lleva más tiempo con la terapia (56). Actualmente, se considera como un desafío para los profesionales de la salud, en la literatura se encuentran estudios donde se plantea que la pobre adherencia a las terapias, como es el caso del tratamiento antihipertensivo, en donde esta situación se da en más de dos tercios de los pacientes con hipertensión arterial (20).

El panorama que se presenta en cuanto a la falta de adherencia no es muy alentador, ya que varios estudios revelan que, en los países desarrollados, la adherencia terapéutica en pacientes que padecen enfermedades crónicas promedia niveles bajos, se cree que la magnitud y la repercusión de la no adherencia en los países en desarrollo son aún mayores, dada la escasez de recursos sanitarios y las inequidades en el acceso a la atención de salud (21). Por ejemplo, en China, Gambia y las Islas Seychelles, solo 43%, 27% y 26%, respectivamente, de los pacientes con hipertensión arterial se adhieren a su

régimen de medicación antihipertensiva, en países como los Estados Unidos solo 51% de los tratados por hipertensión se adhieren al tratamiento prescrito, en Australia, solo el 43% de los pacientes con asma toman su medicación según lo prescrito todo el tiempo y solo el 28% emplean la medicación preventiva prescrita, así mismo en el tratamiento de la infección por el VIH y el SIDA, la adherencia a los agentes antirretrovíricos varía entre 37% y 83% (21).

La falta de adherencia se da por una compleja interrelación de variables y factores, entre los cuales se encuentran algunos derivados del paciente y su entorno económico, cultural y social, otros derivados de la enfermedad en sí, del tratamiento farmacológico y sus características, así como aquellos derivados de los servicios de salud y del personal que atiende al paciente (57).

La edad, es una de las variables que influye en la falta de adherencia, diversos estudios internacionales reportan que el 50% de los adolescentes con una enfermedad crónica, no se adhieren completamente a su tratamiento (58), así mismo, Achury, afirma que los pacientes de mayor edad presentan mejor adherencia al tratamiento, a excepción de los pacientes mayores de 75 años en los que la comorbilidad empeora el cumplimiento (14). Otros autores como Orozco y Cols, encontraron que por cada año mas que la persona tenia, su adherencia al tratamiento mejoraba (59).

Otra de las variables que afectan la adherencia a los tratamientos es el género, la literatura apoya la proposición de que los hombres tienden a abandonar más que las mujeres el tratamiento, en un estudio realizado en Ghana, las mujeres además de mejor adherencia también presentaban mejores tasas de curación, de igual forma en una investigación realizada en Argentina, se encontró que el 70% de las personas que abandonan los tratamientos son hombres (58).

La escolaridad juega un papel importante en la adherencia, Cáceres (57) menciona que a menor nivel educativo mayor probabilidad de abandono, esto explicado principalmente porque a menor grado de educación se hace más difícil la comunicación tanto con el personal de salud como con la familia, en un estudio realizado en la Habana, se encontró que el nivel de escolaridad es

importante puesto los pacientes universitarios alcanzaron una adherencia de 53,1% muy superior al resto de los grupos, lo que es lógico por la mayor posibilidad de comprender las orientaciones sanitarias (60).

Por otra parte, las personas que se encuentran casadas y compartiendo con la familia, tienen un apoyo importante en el cumplimiento o adherencia al tratamiento. Los pacientes solteros tienen la mitad de riesgo de abandono en un 61% comparado con los pacientes que se encuentran casados, en un 12,6%. Los pacientes viudos, separados o divorciados tienen riesgo de presentar abandono al tratamiento en un 14.3% (61).

Cabe resaltar que la adherencia puede variar según el tipo de tratamiento, ya sea farmacológico y no farmacológico, debido a que las variables condicionantes de estos dependen del contexto en el que se desenvuelva cada paciente.

6.3.1 Adherencia al tratamiento farmacológico

La adherencia al tratamiento farmacológico puede ser compleja, los obstáculos que se pueden presentar se relacionan con la polifarmacia, las molestias por la vía de administración, los efectos adversos que interfieren con la calidad de vida del paciente, además de los problemas económicos que se presentan para poder solventar los costos de los medicamentos, las visitas médicas y los controles de laboratorio (62).

En cuanto a la polifarmacia, está comprobado que la cantidad de medicamentos que el paciente tiene que tomar es inversamente proporcional a la adherencia (59), de igual forma los efectos adversos son un condicionante para la que los pacientes incumplan el tratamiento farmacológico, al realizar una revisión bibliográfica, se encontró un estudio, el cual reportó que 32 pacientes de 587 presentaron algún tipo de intolerancia que los obligó a abandonar el tratamiento y a tener una pobre adherencia, de igual manera, una investigación realizada en Argentina mostró que la proporción de abandono por efectos secundarios fue del 30% (58); según lo anterior los profesionales de enfermería deben realizar una valoración sobre el riesgo-beneficio de los

medicamentos por cada paciente, además de facilitar información sobre los posibles efectos adversos, la relevancia de los mismos, sobre las interacciones y proporcionar información verbal y/o escrita precisa respecto a la prescripción (dosis exacta, frecuencia de administración y duración de la terapia) (19).

6.3.2 Adherencia al tratamiento no farmacológico

Sainz, afirma que las modificaciones en el estilo de vida (tratamiento no farmacológico), incluyen la disminución de peso, el incremento de la actividad física, la disminución de la ingestión de sodio y de alcohol, estos cambios constituyen la medida inicial básica en la mayoría de los pacientes hipertensos, pero el 50% de los pacientes no siguen adecuadamente un estilo de vida sano (63).

En una investigación realizada en algunas ciudades de México a fin de identificar el nivel de conocimientos, comprender las actitudes y prácticas a la salud y alimentación, los principales resultados arrojaron que la población desconoce las causas y efectos de su enfermedad además que el concepto de dieta tiene una connotación restrictiva, atenta contra el gusto, la costumbre y aísla al paciente de la familia, el paciente prefiere un control a través de los medicamentos que a través de la dieta (64). A escala mundial existe dificultad en lograr cambios en los estilos de vida ya que el hombre tiene tendencia a arraigarse a sus hábitos y costumbres (63).

No obstante, las directrices internacionales para atender el paciente hipertenso refieren que la atención del paciente se hace en base al tratamiento no farmacológico, con el fin de facilitar la respuesta favorable a los medicamentos (63). Teniendo en cuenta lo anterior, se considera que el papel de la enfermer@ actualmente es fundamental, ya que puede contribuir en el establecimiento de estrategias para la adquisición y adherencia de estilos de vida saludables donde la persona se haga responsable de su propio cuidado incorporándolo en la toma de decisiones, además del seguimiento correspondiente en el cual el profesional de enfermería realice asesorías, aclaraciones, actualizaciones y sobre todo un reforzamiento continuo de la motivación dirigida hacia el logro de un estado óptimo de salud (64).

6.4 FACTORES QUE INFLUYEN EN LA ADHERENCIA

En el documento escrito por Sabate, se enuncia que la adherencia es un fenómeno multidimensional determinado por la acción recíproca de cinco factores, estos son: factores socioeconómicos, factores relacionados con el proveedor: sistema y equipo de salud, factores relacionados con la terapia, factores relacionados con el paciente y factores relacionados con la enfermedad (65).

6.4.1 FACTORES SOCIOECONÓMICOS

Este es uno de los factores más influyentes en cuanto a la no adherencia a los tratamientos en los pacientes, la OMS lo define como aquellas condiciones donde existe la posibilidad de que un individuo experimente situaciones de pobreza, analfabetismo, bajo nivel educativo, falta de apoyo de redes sociales, condiciones de vida inestable, lejanía del centro de salud, el costo elevado del transporte, alto costo de los medicamentos, disfunción familiar, la cultura y las creencias populares acerca de la enfermedad y del tratamiento (21).

Bonilla (20), menciona que “el empobrecimiento económico es un problema social enraizado en la estructura política y económica y está por fuera del dominio del cuidado de la salud”, así mismo, argumenta que en términos de intervenciones del cuidado de salud, se considera un factor de riesgo inmodificable similar a la edad, al género y la herencia.

A pesar de que dentro de los objetivos de desarrollo del milenio se encuentra reducir a la mitad el porcentaje de personas en situación de extrema pobreza para el año 2015 (66), esta problemática sigue siendo alarmante, ya que según el Banco mundial en su informe del año 2009, plantea que el número de personas en situación de pobreza se estima entre los 50 millones y los 90 millones aproximadamente y que el número de personas que viven con menos de US\$1,25 al día alcanzará en a finales de este los 1.184 millones de personas (67)

Al realizar un análisis sobre la relación de la no adherencia y pobreza se encontró en literatura, que los pacientes de bajos ingresos tienden a manejar

menor nivel de adherencia al tratamiento, esto se evidencia en un estudio realizado a pacientes con tratamiento antituberculoso instaurado previamente, además en esta investigación realizada se logró determinar que el 79% de los pacientes que abandonaron el tratamiento procedían de estratos bajos. Otro estudio también mencionado en esta investigación informó que quienes vivían en área rural y suburbana abandonaban dos veces más el tratamiento que quienes vivían en el área urbana (56).

En otro estudio realizado por Nelson (34), se afirma que “ser pobre muchas veces lleva a una mala salud y a la vez una mala salud puede llevar a una disminución en la capacidad de obtener ingresos y una disminución de los mismos”, de ahí que puede expresar una hipótesis de tendencia: la enfermedad crónica tiene una tendencia a disminuir el status socioeconómico en la medida en que los que son incapaces de obtener o mantener su trabajo debido a la enfermedad no tienen ingresos adecuados.

Ortiz (68) en su estudio, señala que las personas de estrato socioeconómico bajo, tienen más riesgo de enfermar y una expectativa de vida más corta que las personas de estrato socioeconómico alto, esto debido a que un alto grado de inequidad en los ingresos llevan a un bajo nivel de confianza y soporte, lo cual incrementa el estrés y peligros para la salud. Así mismo, menciona que el nivel educativo bajo influye en la adherencia, afirma que a menor nivel educativo, mayor probabilidad de abandono, esto explicado principalmente porque a menor nivel educativo se hace más difícil la comunicación tanto con el personal de salud como con la familia (68). Dentro de los factores socioeconómicos se encuentra el nivel educativo, en un estudio realizado en Barcelona, se encontró que los pacientes analfabetas tenían un mayor riesgo de abandonar el tratamiento que aquellos con algún grado de escolaridad, además la falta de vivienda es causal de abandono del tratamiento contra la TBC ya que los participantes que no contaban con esta presentaron 4 veces más riesgo de abandonar el tratamiento (68).

Por otra parte dentro de estos factores también se encuentra la falta de empleo. Kontz (69), indica que esta condición es causa principal de no

adherencia, además de los altos costos percibidos en los tratamientos y el costo del transporte para el desplazamiento a los centros de atención.

Respecto a la raza, también se ha comunicado con frecuencia que constituye un factor predictivo de la adherencia terapéutica, independientemente de si los miembros de una raza particular viven en su país de origen o en otro sitio como inmigrantes. En los Estados Unidos, se ha informado que los afroestadounidenses expresan significativamente más duda que la población blanca con respecto a su capacidad para usar los medicamentos y adherirse al tratamiento (21).

Por otra parte cabe destacar que también se ha informado que las guerras influyen en la adherencia a los tratamientos, incluso una vez finalizadas. Esto se debe principalmente a las experiencias de la guerra, como las dificultades económicas, la falta de control médico, el fatalismo y la anarquía (21).

Al igual que las variables anteriores la edad es determinante para la adherencia al tratamiento, en su estudio Cortes (70), revela que por cada año más de edad que la persona tiene su adherencia al tratamiento mejora, además cita que autores como Galvan y Santiuske encontraron que pacientes con edades extremas (menores de 15 años y mayores de 54 años) tenían mejores tasas de adherencia que los de edad intermedia (84% frente a 63%), así mismo el adulto mayor con limitaciones de algún tipo tiene mayor riesgo de abandono.

En cuanto al género, Bonilla (20), menciona que en un estudio transversal sobre la frecuencia de cumplimiento del tratamiento médico en pacientes hipertensos los resultados mostraron que el 68,5% de los pacientes que se adhieren son de sexo femenino. En cuanto a la variable ocupación el estudio reportó que los mejores resultados en cuanto a la adherencia terapéutica completa la obtienen los jubilados con un 40.7%, seguidos de las amas de casa con un 31.5%, mientras que entre los que cumplen de manera incompleta predominan las personas trabajadoras, con un 44.9% esto hace pensar que existe una relación entre la frecuencia de cumplimiento y la ocupación (20).

Del mismo modo, Cáceres (57), afirma que tanto el desempleo como los ingresos bajos son considerados factores de riesgo para abandono del tratamiento. En un estudio Pakistani, encontraron que si el paciente es el principal soporte económico para el hogar hay mayor proporción de abandono que cuando otra persona es quien cumple con esta función, así mismo el costo elevado de los medicamentos se informa sistemáticamente como una causa importante de la falta de adherencia terapéutica en los países en desarrollo (22).

En cuanto al lugar de residencia, Achury (14), menciona que las distancias de la residencia del paciente a los servicios de Salud se presentan como un factor de riesgo para el abandono del tratamiento. Galván citado por esta autora menciona que distancias por encima de 60 km de la residencia del paciente a los servicios de salud, generan una leve disminución en el cumplimiento de los tratamientos. Del mismo modo, Bonilla (20), menciona que las personas que habitan en el área rural deben recorrer distancias más largas entre sus hogares y los centros de salud, además pueden tener problemas de transporte y de seguridad dados por la guerra y el desplazamiento lo cual dificulta la adherencia.

6.4.2 FACTORES RELACIONADOS CON EL PROVEEDOR: SISTEMA Y EQUIPO DE SALUD

Se ha demostrado que las buenas relaciones entre los pacientes y sus prestadores de asistencia sanitaria: personal de enfermería, personal médico, personal técnico, son importantes para que exista una buena adherencia (21), en un estudio realizado con 408 pacientes que hablaban inglés y español, se encontró que más del 50% de ambos grupos tenían limitada información sobre su estado de salud, entendiéndose éste como la comprensión de los términos médicos comunes o conceptos como presión arterial estable y/o instrucciones tales como la dosificación (71).

Según lo anterior, se puede observar que en la interacción proveedor-paciente es importante que exista una comunicación eficaz y la satisfacción del paciente

con esa relación, de igual forma, proporcionar la información necesaria de modo que favorezca y garantice niveles mínimos de comprensión por parte del enfermo (72), además de la actitud y asistencia empática, la pronta disponibilidad y la interacción con los pacientes son algunos de los atributos que adquirir los profesionales de asistencia sanitaria, puesto que se ha demostrado son determinantes en la adherencia a los tratamientos (23).

En el III foro diálogos Pfizer-pacientes (19), se afirma que informar oportunamente a la persona y tener una buena comunicación puede evitar muchos problemas, del mismo modo, es fundamental tener una buena relación, a través de la cual se le cuente al paciente todo lo concerniente al tratamiento instaurado por el profesional de la salud; ya que, si se le explica al paciente acerca de su situación, ¿por qué? y ¿para qué? se le receta un medicamento, él logrará asimilar, comprender y aceptar de una mejor manera las decisiones que se tomen, con esto se puede ver que una comunicación óptima repercute en una mayor adhesión terapéutica y en una reducción de las prescripciones.

Es importante tener en cuenta que el establecer un equilibrio entre la comunicación y la actitud, lograra la creación de una relación profesional de la salud-paciente productiva, la cual servirá como base para que se cumplan de manera efectiva los diferentes tratamientos, así como lo afirman DiNicola y DiMatteo (73), que cuando el profesional de salud establece una buena relación con el paciente, favoreciendo el contacto visual, sonriendo, inclinándose hacia adelante e incluso bromeando y riendo, mejora el compromiso del paciente para cumplir con las recomendaciones prescritas.

Kontz (69), utilizó el "Modelo de seres humanos humanitarios", demostrando la existencia de variables en las relaciones cliente-proveedor, dentro de los cuales la comunicación es importante en el aumento de las relaciones para mejorar el cumplimiento en el tratamiento. En este análisis se encontró que aquellas situaciones donde faltaron las explicaciones, influyeron negativamente en las relaciones y esto disminuyó la adherencia.

Así mismo, Bonilla (20), define la efectividad de la comunicación como “la diferencia entre información dada e información retenida”, plantea que la información retenida por el paciente no asegura que éste la haya entendido adecuadamente y que se encuentre en condiciones de aplicarla. De tal forma que este tipo de información genera obstáculos a la hora de adherirse a los tratamientos, ya que los pacientes no siempre aplican la información que les provee el personal de salud.

Según las afirmaciones anteriores, la comunicación del personal de salud, así como la actitud son algunas de las herramientas necesarias para que exista adherencia a los tratamientos, de esta forma a la hora de hablar de adherencia se debe tener en cuenta, que este es uno de los factores más influyentes en el cumplimiento de los tratamientos, “la relación proveedor-paciente es la parte fundamental de todo el tratamiento. Características como: Escuchar, indicar, aclarar, comprender al paciente y a su familia son comportamientos imprescindibles para lograr una mejor adherencia” (74)

Sin embargo, la OMS (75), menciona que una buena relación proveedor-paciente puede mejorar la adherencia pero existen muchos factores que ejercen un efecto negativo, estos son: “servicios de salud poco desarrollados con reembolso inadecuado o inexistente de los planes de seguro de salud, sistemas deficientes de distribución de medicamentos, falta de conocimiento y adiestramiento del personal sanitario en el control de las enfermedades crónicas, proveedores de asistencia recargados de trabajo, falta de incentivos y retroalimentación sobre el desempeño, consultas cortas, poca capacidad del sistema para educar los pacientes y proporcionar seguimiento, incapacidad para establecer apoyo de la comunidad y la capacidad de autocuidado, falta de conocimiento sobre la adherencia y las intervenciones efectivas para mejorarla”

6.4.3 FACTORES RELACIONADOS CON LA TERAPIA

Según la OMS, son muchos los factores relacionados con el tratamiento que influyen sobre la adherencia, los principales son: la complejidad del régimen terapéutico, la duración del tratamiento, los fracasos de tratamientos anteriores,

los cambios frecuentes en el tratamiento, los efectos colaterales y la disponibilidad del médico para tratarlos (21).

Además de la influencia de estos factores sobre la adherencia, es necesario mencionar que algunas características sociodemográficas de la población, como la ocupación y las distancias del lugar de residencia o de trabajo al centro de atención, pueden determinar niveles bajos de adherencia a los tratamientos.

En cuanto a la ocupación, se conoce que aquellas personas que trabajan por días y quienes deben ausentarse de sus lugares de trabajo para asistir a recibir los medicamentos, corren el riesgo de perder el empleo por ausencias o por incompatibilidad del horario de trabajo con el de atención de los centros de salud (76). Así mismo, en un estudio realizado en Chile en pacientes con depresión, se encontró que las personas que presentaron mayor tendencia a abandonar los tratamientos fueron los desempleados (12.5%) y personas con un empleo esporádico (31%), frente a 4,6% de quienes contaban con un empleo estable (77).

Por otro lado, algunos estudios señalan la distancia de la residencia del paciente a los servicios de salud como un factor de riesgo para el abandono del tratamiento (78), sin embargo, Galván encontró que ni la distancia medida en kilómetros ni el tiempo que gasta el paciente para llegar al puesto de salud tenían importancia significativa en el abandono a los tratamientos, y que solamente por encima de 60 km de distancia se registro una leve disminución en el cumplimiento (79).

Es necesario tener en cuenta la importancia de seguir adecuadamente un régimen terapéutico, pues de esto depende el establecimiento de una adecuada adherencia terapéutica, para ello, Ginarte (80), estableció que dentro de las características o aspectos que ejercen una mayor influencia en los niveles de adherencia se deben tener en cuenta: la complejidad del tratamiento, la dosificación y los efectos secundarios de los tratamientos, mientras más complejo sea un tratamiento (si exige cambios en las actividades

habituales de la vida cotidiana, varios medicamentos, diversos horarios), más dificultades proporcionará para las respuestas de adherencia del paciente.

Por su parte Haynes (55), realizó diferentes estudios que comparaban el grado de cumplimiento con la extensión del tratamiento, con lo cual determino que en la mayor parte de los casos, la falta de cumplimiento aumenta en la medida en que aumenta la duración de los tratamientos, de igual forma observo que cuanto mayor es la variedad de medicamentos que una persona debe tomar, mayor es la probabilidad de que no lo haga de la forma prescrita.

Según lo anterior se observa que en general existen múltiples factores que influyen en los pacientes para que rechacen el tratamiento prescrito, ya sea porque es muy complejo y requiere de demasiado tiempo disponible o porque resulta costoso. Otra situación que se presenta muy a menudo, es el abandono del tratamiento al momento en que los síntomas desaparecen, así como también es posible encontrar pacientes que adoptan actitudes previsoras y guardan algunos medicamentos por si en el futuro volvieran a enfermarse (23).

Al revisar la literatura, se encuentra un estudio realizado en Chile en donde se concluye que la alta frecuencia con que se continúa asociando a la hipertensión con los pocos síntomas que esta presenta, ha contribuido a que exista un alto número de hipertensos que desconocen su condición, con tasas que alcanzan 34% en la zona urbana y 56% en las zonas rurales, tal hipótesis tiene coherencia si se tiene en cuenta que la carencia de síntomas hace suponer en los pacientes la ausencia de enfermedad, evitando que las personas supuestamente sanas continúen cumpliendo con su tratamiento, realicen controles de salud preventivos o se sometan a registros espontáneos casuales de la presión arterial (81).

De igual forma, en otro estudio desarrollado en Venezuela en 191 pacientes con diagnósticos psiquiátricos, se encontró una tasa de abandono a los tratamientos de 30,9% (59 pacientes) en donde el principal motivo de abandono fue la mejoría de los síntomas con 30,5% (82), a su vez, Homedes (83), refiere que una vez iniciado el tratamiento y la desaparición de los

síntomas se presenta, el paciente tiene una sensación de bienestar y por ende considera que ya no es necesario continuar con el tratamiento, razón por la cual, lo abandona si no sabe o no ha percibido la importancia de terminarlo.

Otra condición que dificulta la adecuada adherencia a los tratamientos, se basa en la dificultad que tienen las personas para modificar sus hábitos alimenticios, estudios desarrollados por González (84), muestran que la falta de adherencia al tratamiento no farmacológico se basa en un importante problema de ausencia de conocimiento y la incapacidad para llevar un régimen apropiado con respecto a la restricción de sodio en la dieta.

Los factores relacionados con el tratamiento conforman parte de la gran barrera existente para que el paciente deje de tener una adherencia satisfactoria, por ende son un punto que se debe tratar y manejar a tiempo, a través de una comunicación efectiva entre el trabajador de la salud y el paciente, con el fin de disminuir las complicaciones propias de cada patología.

6.4.4 FACTORES RELACIONADOS CON EL PACIENTE

Según Sabate (65), este factor se basa en recursos, conocimientos, actitudes, creencias, percepciones y expectativas de cada paciente, además, menciona que para hacer un abordaje apropiado de este factor se deben tener en cuenta algunos aspectos que influyen en la adherencia como: la motivación que tiene para encargarse de su autocuidado, la autoconfianza de que puede comprometerse a atender su enfermedad, las expectativas respecto a los resultados de su tratamiento y de las consecuencias de la baja adherencia.

Así mismo, la OMS (21), plantea que algunos de los factores relacionados con el paciente que influyen sobre la adherencia al tratamiento son: el olvido, el estrés psicosocial, la angustia por los posibles efectos adversos, la baja motivación, el conocimiento y la habilidad inadecuada para controlar los síntomas de la enfermedad y el tratamiento, el no percibir la necesidad de un tratamiento, las creencias negativas con respecto a la efectividad del tratamiento, el entender mal y no aceptar la enfermedad, la incredulidad en el diagnóstico, las bajas expectativas de tratamiento, la inadecuada asistencia a

los controles de seguimiento, los sentimientos y el sentirse estigmatizado por la enfermedad.

Con lo anterior se observa, que las creencias de los pacientes generan una amplia influencia en los comportamientos de adherencia a los tratamientos, estudios como el desarrollado por Peltzer, citado por Granados Gámez (85), sobre la relación entre las creencias y el cumplimiento al tratamiento antihipertensivo en población Sudafricana, encontró que el 80% de los pacientes mostraron comportamientos de tratamiento alternativo a la hipertensión arterial acorde con sus creencias en salud, ante esto, Contreras (23), refiere que los resultados de este estudio sugieren que algunos pacientes no siguen el tratamiento prescrito no porque tengan personalidades renuentes a colaborar, sino porque están compenetrados con sus creencias, lo que limita el cumplimiento de los tratamientos prescritos, lo cual indica que el contexto cultural del paciente debe ser considerado, pues este puede influir en la comprensión de la enfermedad y en los resultados terapéuticos.

Por otro lado, Chyun (86), considera que la falta de conocimiento es una barrera para el control de la hipertensión arterial e hiperlipidemia y que las actitudes pueden influir en presencia de enfermedad cardiovascular. Las percepciones sobre el estado de salud y las influencias culturales como el estar orgullosos de su salud, tener buena visión, y tener la percepción de privacidad, afectan la adherencia considerablemente. Él además plantea que la discriminación, las dificultades financieras, y la falta de seguridad contribuyen al stress y a la depresión (86).

Además de los factores descritos anteriormente, es necesario mencionar la importancia de la falta de motivación y las consecuencias del estrés psicosocial dado su impacto e influencia en los niveles bajos de adherencia terapéutica, en cuanto a la motivación, Kontz (69), refiere básicamente que la falta de ésta afecta la adherencia y que es necesaria la enseñanza y la consejería para que logre ser significativa. La motivación toma un rol significativo en la adherencia, y ha sido tomada en diversas teorías y modelos que tratan de explicar la importancia que juega a la hora de adherirse a un tratamiento.

Ejemplo de esto es el modelo Información–Motivación–Comportamiento (IMC), en este modelo la información es el conocimiento básico sobre un trastorno médico que quizá incluya cómo se presenta la enfermedad, su curso esperado y las estrategias efectivas para su tratamiento. La motivación incluye las actitudes personales hacia el comportamiento de la adherencia, el apoyo social percibido a tal comportamiento, y la norma o la percepción subjetiva de los pacientes sobre cómo podrían comportarse otros con este trastorno médico. Este modelo indica, que la información es un aspecto importante para lograr el cambio de comportamiento en un paciente, pero que este aspecto solo en sí es limitado para lograr el cambio, ya que la motivación y las aptitudes son determinantes esenciales y son independientes del cambio de los comportamientos (21).

La información y la motivación actúan mediante las aptitudes comportamentales del individuo para de esta manera afectar el comportamiento del individuo; sin embargo, cuando estas aptitudes resultan conocidas o sin complicaciones, la información y la motivación pueden tener efectos directos sobre el comportamiento (21), por ejemplo, una persona que se encuentre demasiado motivada puede tener poca información, o una persona fuertemente informada puede tener escasa motivación. No obstante, en este modelo la presencia de estos dos aspectos (la información y la motivación) aumenta la probabilidad de incrementar la adherencia en cualquier tipo de tratamiento (87).

Por otra parte, en lo relacionado con el estrés psicosocial, se puede ver que algunos autores hablan de la importancia del apoyo social y su influencia en la adherencia a los tratamientos en pacientes con enfermedades cardiovasculares, Colunga (88), refiere que el apoyo social protege contra el estrés generado por la enfermedad y capacita al paciente a reevaluar su situación y a adaptarse mejor a ella, ayudándole a desarrollar respuestas de afrontamiento efectivas o a crear un estado emocional positivo.

Otra condición relevante para el factor relacionado con el paciente, es la capacidad que tienen los individuos para reconocer la importancia de hacerse

responsables del cuidado de su salud y de volverse participes activos de sus tratamientos, en cuanto a esta situación, Brannon (89), afirma que las personas que creen que son directamente responsables de su propia salud están más dispuestas a adherirse a los regímenes terapéuticos, y que es por esta razón que los pacientes hipertensos son más proclives a cumplir con los regímenes terapéuticos cuando consideran que personalmente ejercen cierto control tanto en su presión arterial como en su estado de salud.

En síntesis, este factor comprende tanto las características del individuo, como su conocimiento, sus sentimientos, cualidades y actitudes, de tal manera que este representa uno de los factores más complejos al hablar de adherencia terapéutica, por esto es necesario tener en cuenta las afirmaciones de Bonilla, en donde menciona que los aspectos relacionados con el paciente resaltan la importancia de la valoración en conjunto de todos los aspectos internos y externos de cada individuo y las relaciones que establece con su entorno, es necesario tener una visión holística del ser humano, para que de esta forma sea posible primero dar una visión integral y luego manejar la enfermedad individualmente, puesto que cada individuo es único, sin olvidar que los ejes centrales parten de las mismas bases para todas las personas.

6.4.5 FACTORES RELACIONADOS CON LA CONDICIÓN DE LA SALUD O CON LA ENFERMEDAD

Según la OMS (75), estos factores "constituyen exigencias particulares relacionadas con la enfermedad que enfrenta el paciente", algunos de los determinantes poderosos de la adherencia terapéutica son los relacionados con la gravedad de los síntomas, el grado de discapacidad, (física, psicológica, social y vocacional) la velocidad de progresión, la gravedad de la enfermedad y la disponibilidad de tratamientos efectivos.

Bonilla (20), afirma que la percepción de la enfermedad por parte de los pacientes es un importante elemento conceptual que se ha de tener en cuenta, por cuanto en la medida que el paciente conozca todo lo relacionado con la misma, será más consciente de la importancia del concepto y tratamiento integral.

Sabate (65), señala que influye en la adherencia la severidad de los síntomas, los niveles de incapacidad física, psicológica, social, vocacional, el grado de evolución y severidad de la enfermedad, la comorbilidad, la disponibilidad no afectiva del tratamiento, la percepción del paciente sobre el riesgo que representa la enfermedad, la importancia que el paciente da a seguir el tratamiento y la prioridad que le da a la adherencia. También menciona, que en un estudio realizado en Pakistán, se encontró que mejorando el nivel de conocimiento sobre la enfermedad se lograba disminuir el abandono de 50% a 43% y que en un estudio realizado en Cali, sobre el abandono de los tratamientos por parte de pacientes tuberculosos, se encontró que el desconocimiento de la enfermedad estaba asociado al abandono en estos pacientes.

Así mismo, Ginarte (80), en su artículo refiere que en cuanto a la enfermedad del paciente, es necesario señalarle la importancia de los síntomas como claves para la acción y como reforzadores de la adherencia, el paciente que experimenta un conjunto particular de síntomas perturbadores y un alivio inmediato para estos síntomas al adherirse a las prescripciones médicas, tiene mayores posibilidades de desarrollar un buen nivel de adherencia; mientras que el paciente que presenta una enfermedad asintomática no dispone de claves internas para la acción y su seguimiento de la prescripción no recibe refuerzo.

Por lo tanto es indispensable que las exigencias específicas de la enfermedad, los síntomas y las deficiencias sean las metas de los profesionales de la salud. Estos actores podrían prestar atención óptima al identificar y tratar estos problemas, así como al identificar y tratar la comorbilidad que influye sobre la adherencia terapéutica.

6.5 MEDICIÓN DE LA ADHERENCIA A LOS TRATAMIENTOS

Desde hace algunos años, el tema de la adherencia al tratamiento farmacológico y no farmacológico en pacientes con riesgo de enfermedad cardiovascular, se ha convertido en un tema común de investigación, esto debido al incremento en las tasas de morbilidad y mortalidad de la población mundial por esta causa.

A través de la revisión de la literatura se encuentran algunos instrumentos para medir adherencia, dentro de estos está Libertad Martín, Máster en Psicología de la Salud de la Habana, Cuba, quien con la colaboración de un grupo de profesionales, creó y validó un instrumento denominado “Cuestionario MBG para evaluar la adherencia terapéutica en hipertensión arterial” (54). A pesar de la gran utilidad que demuestra este cuestionario para evaluar la adherencia, su estructura no permite realizar una medición del nivel de adherencia en el que se encuentra la población estudiada, además de esto no es clara la clasificación de las preguntas en dimensiones o factores y se deja de lado la influencia del factor socioeconómico en la no adherencia al tratamiento, razones por las cuales no se decidió adoptar este instrumento para realizar la presente investigación.

En vista de que en Colombia no existía un instrumento que permitiera identificar cuáles eran los factores que influyen en la adherencia al tratamiento farmacológico y no farmacológico en pacientes con factores de riesgo de enfermedad cardiovascular y la contribución de este grupo de enfermedades en el incremento de las tasas de morbilidad y mortalidad de la población, un grupo de investigadores de Maestría en Enfermería de la Universidad Nacional de Colombia se dio a la tarea de construir y validar un instrumento que permitiera hacer frente a esta problemática (15).

Es así como Claudia Bonilla y su directora de tesis Edilma de Reales en el año 2005, elaboraron un instrumento para “evaluar los factores que influyen en la adherencia al tratamiento farmacológico y no farmacológico en pacientes con factores de riesgo de enfermedad cardiovascular”, al cual un grupo de 10

expertos le realizó validez de contenido evaluando cada ítem, en cuanto a su pertinencia y relevancia; igualmente le realizaron una primera prueba de validez facial, con lo cual se obtuvo como resultado una versión inicial del instrumento conformado por 72 ítems, agrupados en cinco dimensiones, con un resultado estadístico de 0,91 y una escala Likert de 3 puntos. Otro grupo de enfermeras, pesando en la importancia de continuar con la validación del instrumento y de establecer su aporte real a estudios futuros, garantizar resultados que puedan generalizarse y a partir de estos mejorar la práctica del cuidado, deciden realizar la segunda validez facial del instrumento para lo cual contaron con la participación de 40 expertos y 40 pacientes, mediante tres criterios de calificación: claridad, precisión y comprensión; se encontró que el 86% del total de los 72 ítems cumplieron los anteriores criterios. Así mismo, para determinar la confiabilidad del instrumento, la segunda versión se aplicó a una muestra de 831 sujetos de las ciudades de Sincelejo y Cartagena durante los meses de Septiembre y Octubre del año 2006, seleccionados mediante un muestreo aleatorio simple. Como resultado se obtuvo una nueva versión del instrumento, de 62 ítems, con un alfa de Cronbach de 0,797 y se concluye que este aparenta tener validez facial (15).

Durante este mismo año, Diana Achury, Magister en Enfermería con énfasis en el cuidado de la salud cardiovascular, creó y validó un instrumento "Para evaluar adherencia al tratamiento en paciente con falla cardíaca" (14), el cual ha demostrado validez y utilidad para evaluar adherencia al tratamiento, sin embargo se consideró que para lograr todos los objetivos de este estudio era necesario utilizar otro instrumento que permitiera lograr lo propuesto.

En el año 2008, fue retomada la segunda versión del instrumento creado por Bonilla para realizar validez de constructo y confiabilidad del instrumento, obteniendo como resultado la tercera versión, compuesta por 24 ítems, distribuidos en cuatro dimensiones las cuales se describen a continuación:

Dimensión I. Factores Socioeconómicos (6 ítems): La Organización Mundial de la Salud (OMS) (21), tiene en cuenta en esta dimensión los siguientes factores: "el estado socioeconómico deficiente, la pobreza, el analfabetismo, el

bajo nivel educativo, la falta de redes de apoyo social, las condiciones de vida inestable, la lejanía del centro del tratamiento, el alto costo de los medicamentos, disfunción familiar, la cultura y las creencias populares acerca de la enfermedad y el tratamiento”.

Dimensión II. Factores relacionados con el proveedor: Sistema y equipo de salud (8 ítems): Para la OMS (21), una buena relación proveedor-paciente, puede mejorar la adherencia terapéutica, sin embargo deben tenerse en cuenta los siguientes factores: servicios de salud poco desarrollados con reembolso inadecuado o inexistente de los planes de seguros, sistemas deficientes en la distribución de los medicamentos, falta de conocimiento del personal sanitario en el control de las enfermedades crónicas, proveedores de asistencia sanitaria recargados de trabajo, falta de incentivos y de retroalimentación sobre el desempeño, consultas cortas, poca capacidad del sistema para educar a los pacientes y proporcionar seguimiento, incapacidad para establecer el apoyo de la comunidad y la capacidad de autocuidado y falta de conocimiento sobre la adherencia y de las intervenciones efectivas para mejorarla.

Dimensión III. Factores relacionados con la terapia (6 ítems): En esta dimensión los factores que se deben referenciar son: la complejidad del régimen terapéutico, la duración del tratamiento, los fracasos de tratamientos anteriores, los cambios frecuentes en el tratamiento, los efectos colaterales y la disponibilidad del médico para tratarlos (21).

Dimensión IV. Factores relacionados con el paciente (4 ítems): En esta dimensión es necesario tener en cuenta las características propias como son: los recursos, el conocimiento, las actitudes, las creencias, las percepciones y las expectativas del paciente. El conocimiento y las creencias del paciente acerca de su enfermedad, la motivación para tratarla, la confianza en su capacidad para involucrarse en comportamientos terapéuticos y las expectativas con respecto al resultado del tratamiento interactúan de un modo no plenamente comprendido para influir sobre el comportamiento de la adherencia (21).

Cada dimensión de este instrumento tiene una escala de medida tipo Likert en donde 1 es igual a Nunca, 2 A Veces, 3 Siempre; el puntaje mínimo que se puede obtener en la aplicación del instrumento es de 24 puntos y el valor máximo de 72 puntos. Los rangos establecidos para realizar la evaluación una vez aplicado el instrumento fueron: De 20-39 puntos el nivel de adherencia se clasifica como bajo, de 40-55 puntos el nivel de adherencia se clasifica como medio y de 56-72 puntos el nivel de adherencia se clasifica como alto, este instrumento cuenta con un Alfa de Cronbach de 0.60.

Después de conocer los instrumentos utilizados para evaluar los factores que influyen en la adherencia y el proceso de creación y validación de ellos, se hace importante mencionar que para el desarrollo de la investigación, se utilizó la versión 3 del “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”, ya que este último cuenta con validez de constructo y un alfa de Cronbach de 0.60, lo cual le da un valor alto de confiabilidad y pertinencia, además de que permite lograr a cabalidad los objetivos del presente estudio.

6.6 ESTRATEGIAS PARA EL MEJORAMIENTO DE LA ADHERENCIA

Diferentes autores han propuesto diversas estrategias para contribuir con el mejoramiento de la adherencia a tratamientos farmacológicos y no farmacológicos de los pacientes que poseen diversas patologías las cuales pueden integrarse con la estrategia de esta investigación y dar resultados satisfactorios.

Dentro de estas estrategias se encuentra una importante que aportaría de gran manera a la enfermería, esta es la teoría de enfermería “autocuidado”, de Dorothea Orem la cual plantea el autocuidado como la práctica de las actividades que las personas maduras, o que están madurando, inician y llevan a cabo en determinados periodos de tiempo, por su propia parte y con el interés de mantener el funcionamiento vivo y sano, y continuar con el desarrollo personal y el bienestar (90). Esta teoría propone métodos de ayuda los cuales

se basan en las “acciones secuenciales que de cumplirse compensarán las limitaciones asociadas a la salud de las personas que se comprometen a realizar las acciones para regular su propio funcionamiento o el de sus dependientes”. Las enfermeras pueden utilizar métodos y personalizarlos según las necesidades de cada paciente; entre estas acciones están: actuar o hacer por cuenta de otro, guiar y dirigir, ofrecer apoyo físico o psicológico, ofrecer y mantener un entorno que fomente el desarrollo personal y una de las más importantes, enseñar (90).

La comunicación y la motivación son otras estrategias importantes para que los pacientes se puedan apropiar de su cuidado y su tratamiento de tal manera que cumplan y entiendan las diversas explicaciones que se les da en sus citas y controles. Silva y colaboradores (56), proponen que los miembros del equipo de atención en salud (médico, enfermera, terapeuta, farmacéuta, etc.), deben estar entrenados para brindar las instrucciones claras, suficientes y pertinentes para el nivel mental y socio-cultural del paciente. Por tal motivo es importante, evitar al máximo el lenguaje técnico, pero si se presenta la situación deberá dedicarse el tiempo necesario para documentar al paciente sobre el significado general y específico del término. El encuentro médico-paciente es una situación en la cual el paciente debe:

- Entender el propósito de la medicación
- Identificar el medicamento que debe tomar
- Conocer la duración del tratamiento
- Comprender el esquema de dosificación por seguir (56).

El escuchar en el momento de asistir a la cita médica y de enfermería debe ser de manera recíproca pues es importante que el personal de salud tenga en cuenta los temores de los pacientes a la hora de cumplir el tratamiento, en el artículo “Adherencia a los tratamientos en largo plazo, pruebas de acción”, se propone un marco sencillo de necesidad-temores para ayudar a los médicos a recabar y abordar algunas de las creencias claves que influyen en la adherencia de los pacientes a la medicación. Las creencias sobre la necesidad y los temores constituyen una sumatoria evaluativa de lo que para el individuo

representa lo fundamental de los posibles inconvenientes y beneficios o los pros y contras del tratamiento (21).

La presentación de los medicamentos puede ser otra de las estrategias que mejoren la adhesión a tratamientos farmacológicos pues se deben tener en cuenta las capacidades y necesidades de los pacientes, Silva y colaboradores afirman que tanto el médico como el fabricante deben verificar que el envase de los medicamentos tenga en cuenta las limitaciones físicas de los pacientes y que los insertos estén escritos en letra de tamaño adecuado y en lo posible, en el idioma del paciente (56).

Las anteriores estrategias pueden mejorar la calidad de vida de los pacientes hipertensos que asisten a una institución de primer, siempre y cuando se apliquen a los pacientes según sus necesidades ya que cada uno tiene problemáticas diferentes.

7. MARCO METODOLÓGICO

7.1 TIPO DE ESTUDIO

Se desarrollo un estudio de tipo cuantitativo descriptivo de corte transversal, realizado a pacientes con hipertensión arterial en una institución de primer nivel durante el mes de abril del año 2010, el cual permite identificar la adherencia al tratamiento farmacológico y no farmacológico en el que se encuentra este grupo de personas, a través de la recolección y análisis de información cuantificable.

Es un estudio cuantitativo descriptivo porque se midió la frecuencia de las variables en este grupo de pacientes, las cuales permitieron identificar y analizar los factores que determinan la adherencia al tratamiento farmacológico y no farmacológico, fue de corte transversal porque la investigación se hizo en un solo momento, en un tiempo establecido, con el fin de describir las variables y analizar los datos para observar la prevalencia en este grupo de pacientes durante el mes de abril del 2010.

7. 2 POBLACIÓN Y MUESTRA

7.2.1 Población objeto

La población estuvo constituida por los pacientes activos en el programa de Atención al Paciente Hipertenso en una institución de primer nivel durante el mes de Abril de 2010.

7.2.2 Muestra

La muestra estuvo constituida por 53 pacientes que asistieron al programa de Atención al Paciente Hipertenso en una institución de primer nivel durante el mes de abril del año 2010, los cuales estaban programados para este periodo y cumplieron con la cita de control.

7.2.3 Tipo de muestreo

El tipo de muestreo que se utilizo fue no probabilístico, pues la muestra fue seleccionada por conveniencia en una institución de primer nivel durante el

mes de Abril de 2010, en donde los participantes cumplieron con los criterios de inclusión descritos en el estudio.

7.3 CRITERIOS DE INCLUSIÓN

- Hombres y mujeres mayores de 18 años que asistieron al programa de Atención al Paciente Hipertenso en una institución de primer nivel durante el mes de abril del año 2010.
- Personas que no tenían incapacidad mental o auditiva para responder el instrumento.
- Pacientes que tenían tratamiento farmacológico y no farmacológico para el control de la hipertensión arterial.
- Pacientes que aceptaron participar en la investigación y que firmaron el informe de consentimiento informado.

7.4 PROCEDIMIENTO PARA LA RECOLECCIÓN DE LA INFORMACIÓN

1. El anteproyecto fue presentado al Departamento de Enfermería Clínica de la Facultad de enfermería de la Pontificia Universidad Javeriana en el primer periodo académico del año 2009, el cual fue aprobado por las directivas para iniciar la investigación.
2. Se presento el anteproyecto en la institución de primer nivel, y este fue aprobado para su realización, se solicito la autorización para acceder a la historia clínica de los pacientes y posteriormente aplicar el instrumento bajo su autorización. (ANEXO 1)
3. Los participantes fueron identificados a través de los controles acordados en el marco del programa Atención al Paciente Hipertenso de la institución de primer nivel del municipio de Santuario, Risaralda durante el mes de abril del año 2010.
4. Luego se les dio a conocer a los participantes los objetivos, propósitos, beneficios y riesgos del estudio, las personas que aceptaron, autorizaron su participación por medio del diligenciamiento del consentimiento informado que contiene los aspectos descritos en la Resolución número 8430 de 1993. (ANEXO 2).

5. Se procedió a aplicar el instrumento denominado “Instrumento para evaluar los factores que influyen en la adherencia a tratamientos farmacológicos y no farmacológicos en pacientes con factores de riesgo cardiovascular” Versión 3, a 53 pacientes con hipertensión arterial con un tiempo promedio de aplicación de 15 a 30 minutos en los consultorios asignados por la institución de primer nivel.

6. Finalmente se hizo la organización de los datos y posteriormente se analizó la información teniendo en cuenta los objetivos del presente estudio con el fin de dar respuesta a la pregunta de investigación.

7.5 INSTRUMENTO

Se utilizó el instrumento “Factores que influyen en la adherencia a tratamientos farmacológicos y no farmacológicos en pacientes con factores de riesgo de enfermedad cardiovascular” Versión 3, el cual fue validado en población colombiana. Está compuesto por 24 ítems distribuidos en 4 dimensiones, cada dimensión tiene una escala de medida tipo Likert en donde 1 es igual a Nunca, 2 A Veces, 3 Siempre. El puntaje mínimo que se puede obtener en la aplicación del instrumento es de 24 puntos y el valor máximo 72 puntos.

Los rangos establecidos para realizar la medición una vez aplicado el instrumento fueron: de 24-39 puntos el nivel de adherencia se clasifica como bajo, de 40-55 puntos el nivel de adherencia se clasifica como medio y de 56-72 puntos el nivel de adherencia se clasifica como alto. Para establecer estos rangos de clasificación se multiplicó el número de ítems del instrumento (24) por el valor más alto de la escala de likert (3), este resultado se dividió en tres partes iguales para que así todos los rangos presentaran la misma diferencia. Este instrumento tiene un Alfa de Cronbach de 0.60 (ANEXO 3)

Para realizar la caracterización sociodemográfica de la población objeto se diseñó un formato denominado “Ficha para la recolección de los datos sociodemográficos”, con el fin de conocer, analizar y describir algunas de las características que influyen con la adherencia a los tratamientos. Esta ficha contiene los siguientes datos: nombre, número de cedula, edad, sexo, ocupación, lugar de residencia, dirección y teléfono. (ANEXO 4)

7.6 ASPECTOS ÉTICOS

A los participantes de la investigación se les informó de manera verbal y escrita los objetivos y beneficios del estudio. Igualmente se les explicó sobre la confidencialidad de la información obtenida, todo esto aparece registrado en el consentimiento informado elaborado por los investigadores, el cual se basa en la en la Resolución número 8430 de 1993 (91) y en donde se tienen en cuenta los siguientes aspectos:

- El respeto a la dignidad
 - Protección de sus derechos al bienestar.
 - Se les informó de forma verbal y escrita los objetivos y beneficios del estudio.
 - Existirá confidencialidad y privacidad de la información obtenida
 - Se realizó por personal con conocimiento y experiencia para cuidar la integridad del ser humano bajo la responsabilidad de la facultad de Enfermería.
- (ANEXO 2)

8. MARCO DE ANÁLISIS

Para dar respuesta a la pregunta de este estudio se realizó un análisis descriptivo con conteo de frecuencias el cual permitió identificar las características sociodemográficas y describir los factores socioeconómicos, los relacionados con el paciente, con la terapia y con el sistema equipo de salud con el fin de determinar la adherencia al tratamiento farmacológico y no farmacológico en un grupo de pacientes con hipertensión arterial en una Institución de primer nivel durante el mes de Abril del año 2010, a través de la aplicación del “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 3.

8.1 DESCRIPCIÓN DE LAS CARACTERÍSTICAS SOCIODEMOGRÁFICAS DE LOS PACIENTES CON HIPERTENSIÓN ARTERIAL EN UNA INSTITUCIÓN DE PRIMER NIVEL

A continuación se muestra la tabla N. 1, la cual describe las características sociodemográficas de los pacientes con hipertensión arterial en una institución de primer nivel según variables: edad, género, ocupación y área de residencia.

TABLA 1. CARACTERÍSTICAS SOCIODEMOGRÁFICAS DE LA POBLACION DE ESTUDIO

RANGO DE EDAD	N° DE PACIENTES	PORCENTAJE
34-44 años	8	15%
45-55 años	18	34%
56-66 años	11	21%
67-77 años	12	23%
78-86 años	4	7%
TOTAL	53	100%
GENERO	N° DE PACIENTES	PORCENTAJE
Femenino	32	60%
Masculino	21	40%
TOTAL	53	100%
OCUPACIÓN	N° DE PACIENTES	PORCENTAJE
Ama de casa	27	51%
Jornalero	1	2%
Agricultor	10	19%
Desempleado	4	7%
Pensionado	3	6%
Empleado	8	15%
TOTAL	53	100%
ÁREA DE RESIDENCIA	N° DE PACIENTES	PORCENTAJE
Área Rural	15	28%
Área Urbana	38	72%
TOTAL	53	100%

Fuente: Resultados obtenidos del estudio. Abril de 2010.

8.1.1 CARACTERÍSTICAS SOCIODEMOGRÁFICAS DE LA POBLACIÓN SEGÚN LA EDAD

La tabla 1 se observa que la edad mínima de los participantes de la investigación es de 34 años y la edad máxima es de 86 años, con una media de edad de 57 años. El mayor rango de edades se ubica entre 45-55 años (34%) y el menor número se encuentra en el rango de edad entre 78-86 años (7%).

Estos datos muestran la magnitud del problema en cuanto a la relación de la edad con la aparición de enfermedades cardiovasculares, ya que la literatura menciona que la hipertensión arterial es una enfermedad silenciosa y lentamente progresiva que se presenta en todas las edades, especialmente en personas entre 30 y 50 años, generalmente es asintomática, y después de 10 o 20 años ocasiona daños significativos en órgano blanco (36); además, se estima que 9 millones de fallecimientos y más de 75 millones de años de vida sana perdidos anualmente en el mundo se deben a niveles altos de tensión arterial (37).

Teniendo en cuenta lo anterior, la población de este estudio se encuentra en alto riesgo de desarrollar alguna complicación, o en algunos casos morir por esta causa. Por esta razón es necesario que se cuente con un equipo de salud interdisciplinario (médico, personal de enfermería, nutricionista, psicólogos, etc.), capacitados y comprometidos en la educación, detección temprana y atención oportuna de la hipertensión arterial (36).

En relación con la adherencia, la edad predominante en este estudio es de 45-55 años, esta variable favorece el cumplimiento a los tratamientos en la población objeto, pues según Achury (14), “los pacientes de mayor edad presentan mejor adherencia al tratamiento” y autores como Orozco y Cols (59), encontraron, que por cada año más de edad que la persona tiene, su adherencia al tratamiento mejora. Sin embargo, no hay que dejar a un lado el 7% de los pacientes con edades entre 78-86 años, los cuales están en riesgo

de no adherirse ya que según la literatura en los pacientes mayores de 75 años empeora el cumplimiento a los tratamientos debido a la comorbilidad (14).

Teniendo en cuenta lo mencionado, el papel de la enfermer@ actualmente es fundamental ya que puede contribuir en la creación estrategias centradas en el control y mejoramiento de la adherencia a los tratamientos farmacológicos y no farmacológicos (64).

8.1.2 CARACTERÍSTICAS SOCIODEMOGRÁFICAS DE LA POBLACIÓN SEGÚN GÉNERO

En cuanto al género, se observa que el 60% de la población estudiada corresponde al sexo femenino y el 40% al masculino. La literatura muestra que éste hace parte de los factores de riesgo no modificables para desarrollar hipertensión, desde la adolescencia los hombres cursan con cifras más elevadas de presión arterial que las mujeres, pero las diferencias tienden a desaparecer cuando cesa la función ovárica en ellas (41). En las pacientes posmenopáusicas existe mayor prevalencia de hipertensión arterial, así como una alteración del perfil lipídico, con aumento del colesterol y las lipoproteínas de baja densidad (40). Las cifras obtenidas en el estudio ratifican lo mencionado en la literatura pues la mayoría de pacientes corresponden al género femenino y se encuentran en edad de presentar cambios hormonales, por ende esta variable es un factor de riesgo importante en esta población.

En cuanto a la adherencia y el género, los resultados muestran que el 60% de los participantes del estudio corresponde al género femenino, convirtiéndose en un factor protector para el cumplimiento del tratamiento, ya que la literatura apoya la proposición de que los hombres tienden a abandonar los tratamientos en mayor proporción que las mujeres, según la investigación realizada en Ghana, las mujeres además de mejor adherencia también presentaban mejores tasas de curación, de igual forma en una investigación realizada en Argentina, se encontró que el 70% de las personas que abandonan los tratamientos son hombres (57),

8.1.3 CARACTERÍSTICAS SOCIODEMOGRÁFICAS DE LA POBLACIÓN SEGÚN LA OCUPACIÓN Y ÁREA DE RESIDENCIA

En relación con la ocupación se puede observar que el 51% de la población se ocupa en las labores del hogar, el 2% son jornaleros, el 19% agricultores, el 7% desempleados, el 6% pensionados y el 15% empleados. Estos resultados coinciden con la literatura consultada, al afirmar que la mejor adherencia la obtienen las amas de casa mientras que entre los que cumplen de manera incompleta predominan las personas trabajadoras (20). Con lo anterior se demuestra que la mayor parte de la población del estudio tiene condiciones favorables para lograr adecuados niveles de adherencia, pues no tienen ocupaciones que interfieran en el cumplimiento de los tratamientos.

Por otro lado, se puede observar que el 72% de la población reside en el área urbana y el 28% restante reside en el área rural. Según lo encontrado en la literatura, las distancias de la residencia del paciente a los servicios de salud se presentan como un factor de riesgo para el abandono del tratamiento. De igual manera, se afirma que distancias por encima de 60 km de la residencia del paciente a los servicios de salud, generan una leve disminución en el cumplimiento de los tratamientos (14). Del mismo modo, Bonilla (20), menciona que las personas que habitan en el área rural deben recorrer distancias más largas entre sus hogares y los centros de salud, además pueden tener problemas de transporte y de seguridad dados por la guerra y el desplazamiento lo cual dificulta la adherencia. Al observar los datos de la investigación, la mayoría de personas (72%), vive en el área urbana, lo cual según la literatura anteriormente mencionada no interfiere con la adherencia a los tratamientos prescritos por los profesionales de la salud.

8.2 FACTORES QUE INFLUYEN EN LA ADHERENCIA AL TRATAMIENTO FARMACOLÓGICO Y NO FARMACOLÓGICO

A continuación, se presentan los resultados obtenidos luego de la aplicación del “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 3., con el fin de analizar los factores que determinan la adherencia al tratamiento farmacológico y no farmacológico en este grupo de pacientes. Para el análisis se tuvo en cuenta

los rangos ponderales por ítem y por dimensión teniendo en cuenta la escala de medida tipo Likert en donde 1 es igual a Nunca, 2 A Veces, 3 Siempre. Los datos se encuentran en las tablas 2, 3, 4 y 5 las cuales describen los factores socioeconómicos, relacionados con el proveedor: sistema y equipo de salud, la terapia, el paciente y la influencia de estos en la adherencia al tratamiento farmacológico y no farmacológico. Es así como se encuentran los resultados:

TABLA 2. ADHERENCIA SEGÚN LOS FACTORES SOCIOECONÓMICOS

Ítem	Factores socioeconómicos	Nunca	%	A veces	%	Siempre	%
1	Tiene disponibilidad económica su familia para atender las necesidades básicas: (alimentación, salud, vivienda, educación.)	6	11%	20	38%	27	51%
2	Puede costearse los medicamentos.	18	34%	18	34%	17	32%
3	Cuenta con los recursos económicos para trasladarse al lugar de la consulta.	2	4%	13	24%	38	71%
4	Los cambios en la dieta, se le dificultan debido al alto costo de los alimentos recomendados	15	28%	24	45%	14	26%
5	Puede leer la información escrita sobre el manejo de su enfermedad	25	47%	10	19%	18	34%
6	Cuenta con el apoyo de su familia o personas allegadas para cumplir su tratamiento	9	17%	9	17%	35	66%

Fuente: Resultados del estudio, Abril de 2010.

8.2.1 ADHERENCIA SEGÚN LOS FACTORES SOCIOECONÓMICOS

La tabla 2 muestra los resultados relacionados con la adherencia a los tratamientos farmacológicos y no farmacológicos en pacientes hipertensos según los factores socioeconómicos. Los hallazgos demuestran que únicamente el 51% de la población cuenta con los recursos económicos para atender las necesidades básicas de sus familias. Al relacionarlo con la

literatura, Nelson (34), plantea que "ser pobre muchas veces lleva a una mala salud y con esta se lleva a una disminución en la capacidad de obtener ingresos y una disminución de los mismos". De aquí se puede expresar una hipótesis: "la enfermedad crónica tiene una tendencia a disminuir el estatus socioeconómico en la medida en que los que son incapaces de obtener o mantener trabajos debido a la enfermedad, no tienen ingresos adecuados (20).

Los resultados de este estudio revelan la incapacidad económica que tiene el 49% de los individuos para atender las necesidades básicas y el riesgo que tiene la población del estudio de no adherirse a los tratamientos instaurados, ya que las investigaciones muestran que los pacientes de bajos ingresos tienden a tener menor nivel de adherencia al tratamiento, esto se evidencia en el estudio realizado a pacientes con tratamiento previamente instaurado, en el cual se comprobó que vivir en un estrato bajo suele ser descrito como factor de riesgo para abandono, además se logró determinar que la mayoría de los pacientes que abandonaron el tratamiento procedían de estratos bajos (58).

El ítem 2 indica que el 34% de los pacientes nunca puede costearse los medicamentos; la literatura afirma que esta problemática puede llegar a ser compleja y es un obstáculo que interfiere con la calidad de vida del paciente, además esto puede disminuir el cumplimiento de los tratamientos farmacológicos (63). Rodríguez (22), afirma que el costo elevado de los medicamentos, representa una causa importante para la falta de adherencia terapéutica.

Con respecto al ítem 3, el 71% de los pacientes siempre cuentan con los recursos económicos para trasladarse al lugar de la consulta, este dato es importante para este estudio ya que en la literatura Achury (14), menciona que las distancias de la residencia del paciente a los servicios de salud se presentan como un factor de riesgo para el abandono del tratamiento. Galván citado por esta autora menciona que distancias por encima de 60 km de la residencia del paciente a los servicios de salud, generan una leve disminución en el cumplimiento de los tratamientos. Es importante tener en cuenta que este aspecto no afecta el nivel de adherencia en esta población, debido a que el

72% de la muestra reside en el área urbana y puede ir caminando hacia el centro de salud.

En cuanto al ítem 4, al 45% de los pacientes a veces los cambios en la dieta se les dificultan debido al alto costo de los alimentos recomendados, lo cual en relación con la literatura demuestra que las personas están en alto riesgo de no adherirse al tratamiento no farmacológico, debido a que en un estudio similar realizado en Caldas los adultos mayores participantes de este, tenían limitantes para el acceso, consumo y aprovechamiento de los alimentos, esto afectó en gran medida el cumplimiento de los tratamientos no farmacológicos instaurados por el profesional de la salud (49).

Por otra parte en el ítem 5, el 47% de los pacientes nunca pueden leer la información escrita sobre el manejo de su enfermedad y el 19% a veces la leen; es importante mencionar que tan solo el 34% de las personas leen dicha información. Las cifras mencionadas anteriormente podrían ser asociadas a la escolaridad o al interés de los pacientes por buscar información sobre la patología y el manejo, al hacer una relación de la adherencia con el nivel educativo se encontró en la literatura que Ortiz (59), se refiere a este último como influyente en la adherencia, porque si este es bajo hay mayor probabilidad de abandono del tratamiento. La autora referencia un estudio realizado en Barcelona, en el cual se halló que los pacientes analfabetas tenían un mayor riesgo de abandonar el tratamiento que aquellos con algún grado de escolaridad de tal manera que esta condición es un marcador importante para la no adherencia, además demuestra el desconocimiento que los pacientes tienen de su patología y su tratamiento, por lo tanto este es un factor de riesgo para no adherirse en el estudio realizado a este grupo de pacientes.

En el ítem 6, se puede observar que el 66% de los pacientes cuentan con el apoyo de la familia o personas allegadas para cumplir su tratamiento, un 17% a veces cuenta con dicho apoyo y el 17% restante nunca tiene este apoyo. Según la literatura revisada, existen influencias que afectan la adherencia; por ejemplo, las características del ambiente de la familia se relacionan mucho con comportamientos de autocuidado (20). Con los hallazgos encontrados se

puede decir que los pacientes que participaron en el estudio, podrían presentar una condición favorable para adherirse a los tratamientos, lo cual concuerda con la literatura, en donde se evidencia que las personas que tienen un apoyo importante tienden a tener un adecuado cumplimiento o adherencia al tratamiento (62).

Según los datos obtenidos en el factor socioeconómico, se puede afirmar que este afecta en cierta medida el nivel de adherencia, ya que una gran mayoría de los pacientes no puede leer la información escrita sobre el manejo de su enfermedad y los cambios en la dieta, se les dificultan debido al alto costo de los alimentos recomendados, estas son condiciones que evidentemente ponen en riesgo la adherencia en este grupo poblacional.

TABLA 3. ADHERENCIA SEGÚN LOS FACTORES PROVEEDOR: SISTEMA Y EQUIPO DE SALUD

Ítem	Factores sistema y equipo de salud	Nunca	%	A veces	%	Siempre	%
7	Las personas que lo atienden responden sus inquietudes y dificultades con respecto a su tratamiento.	6	11%	11	21%	36	68%
8	Se da cuenta que su médico controla si está siguiendo el tratamiento por las preguntas que le hace.	8	15%	6	11%	39	74%
9	Recibe información sobre los beneficios de los medicamentos ordenados por su médico.	15	28%	9	17%	29	55%
10	Recibe orientación sobre la forma de ajustar los horarios de los medicamentos de acuerdo a sus actividades diarias.	2	4%	11	21%	40	75%
11	En el caso que usted fallara en su tratamiento su médico y enfermera entenderían sus motivos.	12	23%	20	38%	21	40%
12	El médico y la enfermera le dan explicaciones con palabras que su familia o usted entienden.	2	4%	9	17%	42	79%
13	El médico y la enfermera le han explicado qué resultados va a tener en su salud con el tratamiento que se le está dando.	16	30%	10	19%	27	51%
14	Le parece que el médico y usted coinciden en la esperanza de mejoría con el tratamiento y los cambios que está haciendo es sus hábitos.	3	6%	5	9%	45	85%

Fuente: Resultados del estudio, Abril de 2010.

8.2.2 ADHERENCIA SEGÚN EL FACTOR PROVEEDOR: SISTEMA Y EQUIPO DE SALUD

La tabla 3 muestra los resultados relacionados con la adherencia a los tratamientos farmacológicos y no farmacológicos en pacientes hipertensos según los factores Proveedor: sistema y Equipo de Salud.

Con el análisis estadístico de los datos por cada ítem, se puede ver que para el ítem 7, el 68% del total de los pacientes afirman que siempre las personas que lo atienden responden sus inquietudes y dificultades con respecto a su tratamiento, y esto en relación es un factor protector en la adherencia porque en la interacción proveedor-paciente cobra importancia la existencia de una comunicación eficaz y la satisfacción del paciente con esa relación, además, proporcionar la información necesaria de modo que favorezca y garantice niveles mínimos de comprensión por parte del enfermo es determinante en la adherencia a los tratamientos (72).

En cuanto al ítem 8, el 74% pacientes refieren que siempre se dan cuenta que su médico controla si está siguiendo el tratamiento por las preguntas que le hace, comparado con un 15% pacientes que nunca se dan cuenta, lo cual demuestra según la literatura que una comunicación óptima repercute en una mayor adhesión terapéutica y en una reducción de las prescripciones, así mismo cuando el profesional de salud establece una buena relación con el paciente, favoreciendo el contacto visual, sonriendo, inclinándose hacia adelante e incluso bromeando y riendo, mejora el compromiso del paciente para cumplir con las recomendaciones prescritas(73).

En el ítem 9, el 75% de los pacientes, siempre recibe información sobre los beneficios de los medicamentos ordenados por su médico, lo cual según la revisión bibliográfica, informar oportunamente a la persona y tener una buena comunicación puede evitar muchos problemas, además si se le explica acerca de por qué y para qué se le receta un medicamento logrará que paciente asimile, comprenda y acepte de una mejor manera las decisiones que se tomen (19).

Con respecto al ítem 10, el 75% de los pacientes, siempre recibe orientación sobre la forma de ajustar los horarios de los medicamentos de acuerdo a sus actividades diarias, comparadas con un 4% de los pacientes que nunca reciben esta orientación, según los datos obtenidos se puede observar que los profesionales de la salud de esta institución, tienen en cuenta que el tratamiento farmacológico debe ajustarse a las necesidades del paciente, a su vida diaria y hacen un balance riesgo-beneficio adecuado, además proporcionan información con respecto a la prescripción (dosis exacta, frecuencia de administración y duración de la terapia) (19) por lo cual esta población no se encuentra en riesgo de incumplir con el tratamiento farmacológico.

Al analizar el ítem 11, 21 pacientes (40%) refieren que siempre en el caso de que fallaran en el tratamiento el médico y enfermera entenderían los motivos, 20 pacientes (38%) afirman que a veces y 12 pacientes (23%) mencionan que nunca, relacionándolo con la literatura a la hora de hablar de adherencia se debe tener en cuenta, que “la relación proveedor-paciente es la parte fundamental del todo tratamiento; Escuchar, indicar, aclarar, comprender al paciente y a su familia son comportamientos imprescindibles para lograr una mejor adherencia” (74), Según lo anterior y los datos obtenidos es recomendable que los médicos y enfermer@s enfatizen mas en estos comportamientos para disminuir el riesgo de la falta la adherencia en este grupo de pacientes.

En el ítem 12, el 79% de la población objeto menciona que siempre el médico y la enfermera le da explicaciones con palabras que la familia o ellos entienden, al hacer una comparación con la literatura, se encontró un estudio realizado en pacientes que hablaban inglés y español, en donde se concluyó que más de la mitad de ambos grupos tenían limitada información sobre su estado de salud, entendiéndose éste como la comprensión de los términos médicos comunes o conceptos como presión arterial estable y/o instrucciones tales como la dosificación (71), condición que dificulta la adherencia. Como se puede ver esta situación no se presenta en esta población, debido a que el personal de salud

les brinda explicaciones con palabras claras, siendo esta característica favorable para el cumplimiento del tratamiento.

En cuanto el ítem 13, el 51% de los pacientes refieren que siempre el médico y la enfermera le han explicado qué resultados va a tener en su salud con el tratamiento que se le está dando y el 30% menciona que nunca, lo cual podría estar relacionado con los tiempos de consulta o las alteraciones cognitivas causadas por la edad en el adulto mayor, además en el ítem 14, al 85% de la población del estudio le parece que el médico y ellos coinciden en la esperanza de mejoría con el tratamiento y los cambios que está haciendo en sus hábitos, al realizar una revisión de la literatura, en el III foro diálogos Pfizer-pacientes (19), se afirma que es fundamental contarle al paciente todo lo concerniente al tratamiento instaurado por el profesional de la salud ya que, si se le explica de manera clara al paciente acerca de su situación y el manejo que se le dará, este podrá aceptar de una mejor manera las medidas que se instauren. En este caso los trabajadores de la salud deben realizar estas aclaraciones a todos los pacientes para empoderarlos de su estado de salud y del tratamiento de tal forma que se contribuya con la adherencia a los tratamientos.

TABLA 4. ADHERENCIA SEGÚN LOS FACTORES RELACIONADOS CON LA TERAPIA

Ítem	Factores relacionados con la terapia	Nunca	%	A veces	%	Siempre	%
15	Las diversas ocupaciones que tiene dentro y fuera del hogar le dificultan seguir el tratamiento.	37	70%	13	24%	3	6%
16	Las distancias de su casa o trabajo a los consultorios le dificultan el cumplimiento de sus citas.	38	72%	9	17%	6	11%
17	Tiene dudas acerca de la manera de tomar sus medicamentos, en cuanto a la cantidad, los horarios y la relación con las comidas.	34	64%	12	23%	7	13%
18	Cuando mejoran sus síntomas, usted suspende el tratamiento.	38	71%	10	19%	5	9%
19	Anteriormente ha presentado dificultades para cumplir su tratamiento.	27	51%	24	45%	2	4%
20	Cree que hay costumbres sobre alimentos y ejercicios difíciles de cambiar.	12	23%	16	30%	25	47%

Fuente: Resultados del estudio, Abril de 2010.

8.2.3 ADHERENCIA SEGÚN EL FACTOR RELACIONADO CON LA TERAPIA

La tabla 4 muestra los resultados relacionados con la adherencia a los tratamientos farmacológicos y no farmacológicos en pacientes hipertensos según los factores relacionados con la terapia.

En el ítem 15, se observa que el 70% de la población nunca ha tenido dificultad para seguir con el tratamiento a causa de las diversas ocupaciones que tiene dentro y fuera del hogar, lo cual en relación con la literatura, muestra que en estudios como el realizado por Ferrer en Chile (78), en pacientes con depresión las personas que presentaron mayor tendencia a abandonar los tratamientos fueron los desempleados (12.5%) y personas con un empleo esporádico (31%), frente a 4,6% de quienes contaban con un empleo estable. Así mismo, Quiroga y colaboradores (77), mencionan que aquellas personas que trabajan por días y quienes deben ausentarse de sus lugares de trabajo para asistir a recibir los medicamentos, corren el riesgo de perder el empleo por ausencias o por incompatibilidad del horario de trabajo con el horario de atención de los centros de salud, con lo cual se reduce considerablemente el nivel de adherencia a los tratamientos en personas que no cuentan con un empleo estable.

En el ítem 16, se encontró que el 72% de los pacientes no presentan dificultad en el cumplimiento de sus citas por las distancias de su casa o trabajo a los consultorios, ya que como se evidencia en la caracterización sociodemográfica, la mayoría de la población reside en el área urbana y las distancias del lugar de residencia al centro de salud son relativamente cortas. En comparación con la literatura, se puede ver que autores como Poszik (79) señalan, la distancia de la residencia del paciente a los servicios de salud como un factor de riesgo para el abandono del tratamiento, sin embargo, autores como Galván concluyen en sus estudios que ni la distancia medida en kilómetros ni el tiempo que gasta el paciente para llegar al puesto de salud tienen importancia significativa en el abandono a los tratamientos (80).

Con respecto al conocimiento acerca de la manera de tomar los medicamentos, en cuanto a la dosis, los horarios y la relación con las comidas, en el ítem 17, el 64% de la población no presenta dificultad con este aspecto, sin embargo el

36% de los pacientes refieren tener inquietudes con relación al consumo de la medicación, esto en cuanto a las dosis y frecuencia con la que deben tomar los fármacos prescritos. Al comparar estos datos estadísticos con información encontrada en la literatura, se puede ver que Ginarte (81), afirma que mientras más complejo sea un tratamiento (si exige cambios en las actividades habituales de la vida cotidiana, varios medicamentos, diversos horarios), más dificultades proporcionará para las respuestas de adherencia del paciente, de igual forma, Manzano, citado por Salvador (82), et al, menciona que los pacientes tienden a adherirse menos a aquellos tratamientos que requieren distintas dosis a lo largo del día; también afirma que a medida que estos se prolongan, es más probable la falta de adherencia. Por su parte Haynes (56), concluyó en diferentes estudios que comparaban el grado de cumplimiento con la extensión del tratamiento, que en la mayor parte de los casos, la falta de cumplimiento se incrementa en la medida en que la duración de los tratamientos aumenta, de igual forma observo que cuanto mayor es la variedad de medicamentos que una persona debe tomar, mayor es la probabilidad de que no lo haga de la forma prescrita.

Analizando el ítem 18, se puede ver que el 9% de la población siempre suspende el tratamiento cuando mejoran sus síntomas, con lo cual se evidencia que un alto porcentaje de los pacientes son conscientes del compromiso que deben tener con el cuidado de su propia salud, ya que el 72% de las personas nunca interrumpen la toma de sus medicamentos aunque la sintomatología ya no se encuentre presente. Un estudio realizado en población chilena concluyó que la alta frecuencia con que se continúa asociando a la hipertensión con los síntomas, ha contribuido a que exista un alto número de hipertensos que desconocen su condición. Tal hipótesis tiene coherencia si se tiene en cuenta que la carencia de síntomas hace suponer en los pacientes la ausencia de enfermedad, evitando que las personas supuestamente sanas continúen cumpliendo con su tratamiento, realicen controles de salud preventivos o se sometan a registros espontáneos casuales de la presión arterial (83). De igual forma, en otro estudio desarrollado por Jo (84) en población venezolana, con 191 pacientes con diagnósticos psiquiátricos, se encontró una tasa de abandono a los tratamientos de 30,9% (59 pacientes) en

donde el principal motivo de abandono fue la mejoría de los síntomas con 30,5%. Homedes (83), por su parte, refiere que una vez iniciado el tratamiento y la desaparición de los síntomas se hace presente, el paciente tiene una sensación de bienestar y por ende considera que ya no es necesario continuar con el tratamiento, razón por la cual, lo abandona si no sabe o no ha percibido la importancia de terminarlo.

En este estudio se encontró que la razón principal para la suspensión de la toma constante de los fármacos se basa en la aparición de efectos secundarios de la medicación. Ante esto, Cáceres (58), menciona que los efectos adversos de los medicamentos antituberculosos, se presentan con frecuencia y en algunos casos están asociados al abandono del tratamiento. Con esto se hace evidente la necesidad de continuar con labores de motivación y concientización dirigidas a la población, a fin de que contribuyan con la adopción de conductas y aptitudes encaminadas a reconocer la responsabilidad directa que se tiene con el propio estado de la salud.

El ítem 19 determina si anteriormente los pacientes han presentado dificultades para cumplir su tratamiento, en este aspecto se evidenció que el 51% de la población nunca han presentado dificultades para cumplir su tratamiento, lo cual convierte a este ítem en factor protector y favorecedor de adherencia a los tratamientos. Por otra parte en el ítem 20, se puede ver que el 47% de los pacientes siempre presentan dificultades para cambiar algunas costumbres relacionadas con sus hábitos alimenticios. Estos datos concuerdan con lo encontrado en la literatura, porque se evidencia que a nivel mundial existe dificultad en lograr cambios en los estilos de vida ya que el hombre tiene tendencia a continuar con sus hábitos y costumbres (64). Por lo cual, Restrepo (47), afirma que se ha conocido cómo estos, se convierten en un factor de riesgo importante de morbilidad y mortalidad, contribuyendo a una mayor predisposición a infecciones y a enfermedades crónicas, lo que disminuye la calidad de vida. Ante esto, Rodríguez (22), afirma que una adecuada adherencia al tratamiento, implica la adopción de cambios importantes en el estilo de vida, es así, como el comportamiento del paciente y el entorno se constituyen en factores primordiales en la adquisición de una adecuada

adherencia al tratamiento, siendo primordial reforzar este cambio de hábitos en la interacción con el paciente, dando un manejo integral y multidisciplinario.

Al realizar un análisis general de los resultados obtenidos en el factor relacionado con la terapia, es posible ver que éste en su gran mayoría no influye en la adherencia al tratamiento farmacológico y no farmacológico encontrado en este grupo poblacional, sin embargo, se observa la dificultad que algunos pacientes presentan para dar continuidad a la toma estricta de los medicamentos, relacionándose esta situación directamente con la aparición de efectos secundarios producidos por algunos de los fármacos que constituyen la terapia farmacológica antihipertensiva prescrita para el manejo de su patología, de igual forma, se observa la dificultad que presenta la población para modificar sus estilos alimenticios y de ejercicio, lo cual los pone en riesgo de sufrir complicaciones. Por tal motivo es necesario prestar especial atención a este factor, para así lograr intervenciones efectivas encaminadas a disminuir el riesgo de que estas conductas conviertan el factor terapia en un claro factor no favorable a la adherencia al tratamiento farmacológico y no farmacológico instaurado en este grupo poblacional.

TABLA 5. ADHERENCIA SEGÚN LOS FACTORES RELACIONADOS CON EL PACIENTE

Ítem	Factores relacionados con el paciente	Nunca	%	A veces	%	Siempre	%
21	Está convencido que el tratamiento es beneficioso y por eso sigue tomándolo.	1	2%	2	4%	50	94%
22	Se interesa por conocer sobre su condición de salud y la forma de cuidarse.	2	4%	12	23%	39	73%
23	Cree que es importante seguir su tratamiento para mejorar su salud.	1	2%	2	4%	50	94%
24	Cree que es usted es el responsable de seguir el cuidado de su salud.	1	2%	3	6%	49	92%

Fuente: Resultados del estudio, Abril de 2010.

8.2.4 ADHERENCIA SEGÚN EL FACTOR RELACIONADO CON EL PACIENTE

La tabla 5 muestra los resultados relacionados con la adherencia a los tratamientos farmacológicos y no farmacológicos en pacientes hipertensos según los factores relacionados con el paciente.

Analizando los datos estadísticos obtenidos después de la aplicación del instrumento, se puede ver que en relación con el ítem 21, el 94% de los pacientes, tienen completa convicción de que el tratamiento que les fue instaurado es beneficioso, razón por la cual lo siguen estrictamente. Para hablar sobre este aspecto se hace necesario realizar un abordaje integral del paciente, tomando aspectos relevantes como son la cultura y las creencias. Un estudio desarrollado por Peltzer, citado por Granados Gámez (87), sobre la relación entre las creencias y el cumplimiento al tratamiento antihipertensivo en población Sudafricana, concluyó que el 80% de los pacientes mostraron comportamientos de tratamiento alternativo a la hipertensión arterial acorde con sus creencias en salud. Respecto a esto, Contreras (23), afirma que los resultados de este estudio sugieren que algunos pacientes no siguen el tratamiento prescrito, no porque tengan personalidades y actitudes poco colaboradoras, sino porque están compenetrados con sus creencias, lo que limita el cumplimiento de los tratamientos prescritos, con lo cual se hace evidente que el contexto cultural del paciente debe ser considerado, pues este puede influir en la comprensión de la enfermedad y en los resultados terapéuticos.

En el ítem 22, se establece que el 73% de los pacientes siempre se interesan por conocer su condición de salud y la forma de cuidarse, con lo cual es posible observar el compromiso de los pacientes con su autocuidado. Con respecto a este punto, Chyun (88) menciona que la falta de conocimiento es una barrera para el control de la hipertensión arterial e hiperlipidemia y que las actitudes pueden influir en presencia de enfermedad cardiovascular.

Al realizar el análisis del ítem 23 se evidencia que el 94% de la población piensa que es importante seguir su tratamiento, para que de esta forma su estado de salud mejore. En este punto se hace necesario mencionar dos aspectos encaminados a favorecer la continuidad del tratamiento instaurado, la motivación y el estrés psicosocial. En cuanto a la motivación, se refiere básicamente que la falta de ésta afecta la adherencia y que es necesaria la enseñanza y la consejería para que logre ser significativa, por esta razón la motivación toma un rol significativo en la adherencia, y ha sido adoptada en diversas teorías y modelos que tratan de explicar la importancia que juega a la hora de adherirse a un tratamiento (20). Por otra parte, en lo relacionado con el estrés psicosocial, Colunga (90), refiere que el apoyo social protege contra el estrés generado por la enfermedad y capacita al paciente a reevaluar su situación y a adaptarse mejor a ella, ayudándole a desarrollar respuestas de afrontamiento efectivas o a crear un estado emocional positivo.

Finalmente el 92% de la población respondió en el ítem 24 que la responsabilidad de seguir y mantener el cuidado de la salud es de ellos mismos. Sabaté (66), considera en este aspecto que algunos factores que influyen en la adherencia a los tratamientos son: el conocimiento, habilidad inadecuada con relación al manejo de los síntomas y los tratamientos, las fallas previas en el manejo del mismo y la mala comprensión de las instrucciones sobre el tratamiento. De igual forma menciona la importancia de tener en cuenta la actitud del paciente, pues dependiendo de ella puede presentar dificultades para confiar en sí mismo, por lo cual también hay rechazo y desconfianza en el diagnóstico. Por su parte, Brannon (74) afirma que las personas que creen que son directamente responsables de su propia salud están más dispuestas a adherirse a los regímenes terapéuticos, y que es por esta razón que los pacientes hipertensos son más proclives a cumplir con los regímenes terapéuticos cuando consideran que personalmente ejercen cierto control tanto en su presión arterial como en su estado de salud.

Al comparar la información obtenida con la revisión de la literatura y los datos de la investigación es posible ver que la mayoría de las condiciones descritas por Sabaté y Kontz (66)(70), (el conocimiento, la mala comprensión de las

instrucciones, la motivación, la susceptibilidad a la información y las emociones), no forman parte de los condicionantes para no generar adherencia a los tratamientos en la población estudiada, ya que como se observa en la tabla 5, los pacientes en un alto porcentaje (73%) se preocupan por conocer sobre su estado de salud y la forma de cuidarse. De igual forma, elementos como la autoestima y la motivación permiten que los pacientes generen conciencia de la importancia que tiene el hecho de apropiarse del cuidado de su salud y la relevancia que tiene seguir estrictamente los tratamientos a fin de encontrar mejoría en ésta en el corto, mediano y largo plazo.

Al realizar un análisis global de los resultados obtenidos en el factor relacionado con el paciente, se puede ver que el compromiso de la población objeto con el cuidado de su propia salud, convierte a este factor en protector, porque es posible evidenciar que éste favorece la adherencia al tratamiento farmacológico y no farmacológico instaurado en este grupo de pacientes.

8.3 NIVEL DE ADHERENCIA AL TRATAMIENTO FARMACOLÓGICO Y NO FARMACOLÓGICO EN PACIENTES CON HIPERTENSIÓN ARTERIAL

A continuación se muestra el nivel de adherencia a los tratamientos farmacológicos y no farmacológicos en un grupo de 53 pacientes con hipertensión arterial de una institución de primer nivel durante el mes de abril de 2010:

TABLA 6. NIVEL DE ADHERENCIA AL TRATAMIENTO FARMACOLÓGICO Y NO FARMACOLÓGICO EN 53 PACIENTES CON HIPERTENSIÓN ARTERIAL

ADHERENCIA	# DE PACIENTES	%
Baja Adherencia	0	0
Media Adherencia	31	58%
Alta Adherencia	22	42%
TOTAL	53	100%

Fuente: Resultados del estudio, Abril de 2010.

8.3 NIVEL DE ADHERENCIA AL TRATAMIENTO FARMACOLÓGICO Y NO FARMACOLÓGICO EN 53 PACIENTES CON HIPERTENSIÓN ARTERIAL

La tabla 6 describe los resultados obtenidos, luego de la aplicación y análisis descriptivo del “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 3. En los datos encontrados se observa que el mayor número de la población 58% (31 personas) se ubica en un nivel de adherencia medio y el 42% (22 personas) están en un nivel de adherencia alto. El puntaje mínimo de adherencia es de 43, el puntaje máximo de adherencia es de 64 con una media de 52.

Según lo anterior, el 42% se encuentra en nivel alto de adherencia, debido a que se encontraron elementos protectores en las diferentes dimensiones, en el factor socioeconómico se puede observar que la mayor proporción de los pacientes cuenta con los recursos necesarios para atender las necesidades básicas y para trasladarse al lugar de consulta, además de esto se pudo ver que el 66% de las personas cuentan con el apoyo de la familia y personas allegadas para cumplir el tratamiento, así mismo, en el factor proveedor: sistema y equipo de salud en general se puede establecer que la relación del personal asistencial con los pacientes y el proceso de comunicación permiten que la adherencia terapéutica en este grupo de pacientes se encuentre en un nivel alto. De igual forma, en el factor relacionado con la terapia se encontró que la ocupación, las distancias de la casa o trabajo a los consultorios, el no suspender el tratamiento al mejorar los síntomas y el no presentar dificultades para el cumplimiento de la terapia, se convierten en elementos que no influyen de manera negativa en el nivel de adherencia de la población, en cuanto al factor relacionado con el paciente, se observan porcentajes altos que evidencian el compromiso e interés de la población por el cuidado de su propia salud. Relacionando lo anterior con la literatura, se puede establecer que la adherencia a los tratamientos es un fenómeno complejo, que está condicionado por múltiples factores de diversa naturaleza. Sin embargo, es un comportamiento humano, modulado por componentes subjetivos y en esta razón debe ser esencialmente comprendido, abordado e investigado, para que

de esta forma sea posible alcanzar niveles altos de adherencia terapéutica (54).

Por otra parte, el 58% de los pacientes se encuentran en un nivel de adherencia medio, teniendo en cuenta los resultados obtenidos en los ítems de los diferentes factores, se observaron obstáculos que no permitieron que la población alcanzara un nivel de adherencia alto. Se logro establecer que el 34% de la población no puede costearse los medicamentos, la literatura menciona que los pacientes de bajos ingresos tienden a manejar menor nivel de adherencia al tratamiento, debido a que “ser pobre muchas veces lleva a una mala salud y a la vez una mala salud puede llevar a una disminución en la capacidad de obtener ingresos y una disminución de los mismos” (34), ante esto Bonilla (20), afirma que el empobrecimiento económico es un problema social enraizado en la estructura política y económica y está por fuera del dominio del cuidado de la salud, así mismo, argumenta que en términos de intervenciones del cuidado de salud, se considera un factor de riesgo inmodificable similar a la edad, al género y la herencia.

Por otra parte, es evidente la dificultad que presenta la población para cumplir de manera efectiva con los tratamientos no farmacológicos ya que la mayoría de los pacientes refirieron que los cambios en la dieta se les dificultan debido al alto costo de los alimentos recomendados, además el 47% de las personas del estudio poseen la creencia de que hay costumbres sobre alimentos y ejercicios difíciles de cambiar y el mismo porcentaje menciona no poder leer la información escrita sobre el manejo de su enfermedad, lo cual se relaciona con lo encontrado en la literatura ya que en una investigación realizada en las algunas ciudades de México a fin de identificar el nivel de conocimientos, comprender las actitudes y prácticas a la salud y alimentación, los principales resultados arrojaron que la población desconoce las causas y efectos de su enfermedad además el concepto de dieta tiene una connotación restrictiva, atenta contra el gusto, la costumbre y aísla al paciente de la familia, por esta razón prefiere un control a través de los medicamentos y no por medio de la dieta (64).

Además, se puede ver que el 28% de los pacientes nunca reciben información sobre los beneficios de los medicamentos ordenados por el médico y el 30% de la población refirió no recibir explicaciones por parte del personal asistencial acerca de los resultados que obtendrá en la salud con el tratamiento instaurado. Según la literatura, se puede establecer que informar oportunamente a la persona y tener una buena comunicación puede evitar muchos problemas, del mismo modo, es fundamental tener una buena relación, a través de la cual se le cuente al paciente todo lo concerniente al tratamiento instaurado por el profesional de la salud; ya que, si se le explica al paciente acerca de su situación, ¿por qué? y ¿para qué? se le receta un medicamento, él logrará asimilar, comprender y aceptar de una mejor manera las decisiones que se tomen, con esto se puede ver que una comunicación óptima repercute en una mayor adhesión terapéutica y en una reducción de las prescripciones (19).

La capacidad de los pacientes para seguir los planes de tratamiento de una manera óptima con frecuencia se ve comprometida por varias barreras, generalmente relacionadas con diferentes aspectos del problema, para mejorar la adherencia de los pacientes a los tratamientos, es obligatorio resolver los problemas relacionados con cada uno de los factores anteriormente mencionados (21). Por esta razón es importante que el profesional de enfermería contribuya en el establecimiento de estrategias que permitan la adquisición y mantenimiento de un estado de salud equilibrado, en donde la persona se haga responsable de su propio cuidado, incorporándose en la toma de decisiones. Además de mostrarle al paciente y su familia los beneficios que trae el cumplimiento del tratamiento farmacológico y no farmacológico con el fin de mantener la motivación dirigida hacia el logro de un estado óptimo de salud.

9. CONCLUSIONES

En las características sociodemográficas de los pacientes de este estudio se encontró que la mayoría pertenecían al género femenino, con edades que oscilan entre los 45 y 55 años, la mayoría se dedica a las labores del hogar y residen en el área urbana. Lo cual se relaciona con la literatura porque estas variables se podrían convertir en factores protectores para presentar niveles de adherencia adecuados.

En cuanto los factores socioeconómicos, se evidenció que la mayoría de pacientes tienen disponibilidad económica para atender las necesidades básicas: (alimentación, salud, vivienda, educación.), cuenta con los recursos económicos para trasladarse al lugar de la consulta y poseen el apoyo de su familia o personas allegadas para cumplir su tratamiento. Sin embargo un gran porcentaje de la población nunca puede leer la información escrita sobre el manejo de su enfermedad y a veces los cambios en la dieta, se le dificultan debido al alto costo de los alimentos recomendados, condiciones que ponen en riesgo la adherencia en este grupo de pacientes.

Respecto al factor relacionado con el proveedor: sistema y equipo de salud, en general se puede establecer que la relación del personal asistencial con los pacientes y el proceso de comunicación permiten que la adherencia terapéutica en este grupo de pacientes se encuentre en un nivel alto. Sin embargo, existe una proporción de pacientes que refirieron nunca recibir información por parte del médico y la enfermera acerca de los beneficios y resultados que va a tener en su salud con el tratamiento que se les instauro.

En cuanto al factor relacionado con la terapia, se encontró que la ocupación, las distancias de la casa o trabajo a los consultorios, el no suspender el tratamiento al mejorar los síntomas y el no presentar dificultades para el cumplimiento de la terapia, se convierten en elementos que no influyen de manera negativa en el nivel de adherencia, sin embargo es importante resaltar que a un alto porcentaje de pacientes se les dificulta cambiar hábitos relacionados con la alimentación y el ejercicio, con lo cual se hace necesario

reforzar las intervenciones enfocadas a lograr adherencia a los tratamientos no farmacológicos en pacientes con hipertensión arterial en esta institución.

En el factor relacionado con el paciente se evidenció la importancia que tiene para los pacientes seguir estrictamente las terapias con el fin de mejorar su estado de salud, además de la conciencia que existe de que la responsabilidad del cuidado de su salud depende en gran parte de ellos mismos, lo cual se ve reflejado en el alto porcentaje que se obtuvo en esta dimensión y su relación con el nivel de adherencia obtenido.

Se encontró que la mayoría de personas participantes del estudio se ubican en un nivel medio de adherencia al tratamiento farmacológico y no farmacológico, esto se debe a que se identificaron algunos obstáculos que no permitieron que la población alcanzara un nivel de adherencia alto como: un porcentaje de los pacientes no puede costearse los medicamentos, además se hizo evidente la dificultad que presentan para cumplir de manera efectiva con los tratamientos no farmacológicos pues la mayoría refirió que los cambios en la dieta se les dificultan debido al alto costo de los alimentos recomendados, de igual forma, poseen la creencia de que hay costumbres sobre alimentos y ejercicios difíciles de cambiar y otro grupo de personas menciona no poder leer la información escrita sobre el manejo de su enfermedad.

10. RECOMENDACIONES

A partir de los resultados de esta investigación es importante que la institución de primer nivel, haga seguimiento continuo de los pacientes pertenecientes al programa de Atención al Paciente Hipertenso para que de este modo se mantenga y logre obtener un nivel de adherencia alto al tratamiento farmacológico y no farmacológico.

Se recomienda el desarrollo de nuevas investigaciones en las cuales se incluyan las variables sociodemográficas que no fueron contempladas en este estudio (tiempo de diagnóstico de la enfermedad, estado civil, número de medicamentos, estrato socioeconómico y escolaridad) puesto que estas variables son consideradas por varios autores como influyentes en el nivel de adherencia terapéutica.

Es necesario que los profesionales de la salud de esta institución realicen seguimientos programados en los cuales desarrolle asesorías y/o actualizaciones acerca de la patología y su manejo, utilizando herramientas de aprendizaje que sean accesibles y de fácil comprensión para los pacientes y sus familias, teniendo en cuenta las diferentes condiciones (escolaridad y limitaciones físicas) en que estos se encuentran, así mismo, es preciso desarrollar estrategias que permitan el refuerzo positivo de las actitudes, en donde la comunicación activa entre proveedor-paciente-familia, sea el pilar para dar las aclaraciones necesarias con respecto a los hábitos y creencias practicadas, resolver las diferentes inquietudes, además de mostrar los beneficios que trae el cumplimiento del tratamiento farmacológico y no farmacológico con el fin de mantener la motivación dirigida hacia el logro de un estado óptimo de salud y de esta manera aumentar los niveles de adherencia en esta población.

A su vez, es importante que el personal de la salud dé a conocer a los diferentes sectores sociales las problemáticas que afectan la adherencia de los pacientes a los diferentes tratamientos, entre ellas el alto costo de los

alimentos, para que de este modo se convierta en una preocupación común y se desarrolle un trabajo intersectorial con el fin de crear soluciones efectivas.

El grupo de investigación recomienda que en el instrumento “Factores que influyen en la adherencia a tratamientos farmacológicos y no farmacológicos en pacientes con factores de riesgo de enfermedad cardiovascular” se agregue un ítem en el factor relacionado con la terapia, el cual evalúe si los efectos adversos de los medicamentos hacen que los pacientes abandonen el tratamiento farmacológico debido a que en la investigación algunos pacientes lo manifestaban, además de clarificar la redacción del ítem número cinco pues se presta para una inadecuada interpretación por parte de futuros investigadores ya que la información que contiene puede ser entendida de diversas maneras.

En futuras investigaciones de adherencia es importante incluir estrategias de recolección de la información que generen variables objetivas según la entidad patológica, las cuales complementen los datos subjetivos de comportamiento obtenidos tras la aplicación del instrumento.

Se recomienda a la facultad de enfermería de la Pontificia Universidad Javeriana tener en cuenta este estudio para que de esta manera los estudiantes que realicen la gerencia de octavo semestre en esta institución planteen y desarrollen estrategias que permitan mejorar el nivel de adherencia en este grupo de pacientes.

Seguir realizando investigaciones sobre adherencia a los tratamientos en diferentes poblaciones utilizando instrumentos validados con el fin de que los profesionales de enfermería identifiquen y actúen de manera oportuna sobre los factores que influyen en los niveles de adherencia a los tratamientos farmacológicos y no farmacológicos.

11. REFERENCIA

1. ORGANIZACIÓN MUNDIAL DE LA SALUD. Enfermedades Cardiovasculares. Disponible en: <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs317/es/index.html>. Fecha de consulta: septiembre de 2009.
2. AMADOR. Aura. Et al. Determinación de factores de riesgo para enfermedad cardiocerebrovascular y renal en la población afrocolombiana con sede en los municipios de Montería, San Antero y San Bernardo del Viento. Córdoba. 2006.
3. ORGANIZACIÓN PANAMERICANA DE LA SALUD. Perfil de Salud país. Colombia. Disponible en: <http://www.paho.org/spanish/sha/prficol.htm>. Fecha de consulta: Junio de 2010.
4. MINISTERIO DE LA PROTECCION SOCIAL. Indicadores Básicos 08. Situación de Salud en Colombia. 2008.
5. COMAE, Angelina. Hipertensión arterial. Junio de 2009. Disponible en: <http://hipertensionarterial.wordpress.com/2009/06/08/la-hipertension-arterial-factores-de-riesgo-y-complicaciones/>. Fecha de consulta Junio 2010.
6. JOINT NATIONAL COMMITTE. Séptimo Informe. Pág. 1-26. Disponible en: <http://www.infodoctor.org/rafabravo/JNC-7esp.pdf>. Fecha de Consulta: Junio de 2010.
7. FLOREZ, Inna. Factores que influyen en la adherencia a tratamientos farmacológicos y no farmacológicos en pacientes con factores de riesgo cardiovascular. Tesis de maestría 2007. Biblioteca Universidad Nacional de Colombia.
8. INGARAMO, Roberto. Et al. Estudio Nacional Sobre Adherencia al Tratamiento (ENSAT). Vol. 34. Numero 1. Enero-marzo 2005. Disponible en: <http://www.fac.org.ar/1/revista/05v34n1/hta/ingaramo.pdf>. Fecha de consulta: Julio de 2010.
9. HOLGUÍN Lyda, CORREA Diego, ARRIVILLAGA Marcela, CÁCERES Delcy, VARELA María. Adherencia al tratamiento de hipertensión arterial: efectividad de un programa de intervención biopsicosocial Universitas. Psychologica. Pontificia Universidad Javeriana Vol. 5. Número 003, Págs. 535-547, octubre-diciembre de 2008.
10. VILLARRAGA. Edgar. Concordancia entre siete métodos para evaluar el cumplimiento del tratamiento farmacológico de la hipertensión arterial. Tesis de Grado. Biblioteca Universidad Nacional. Bogotá, 2008.
11. ESCOBAR, Julia. Perfil epidemiológico de Pereira. 2007. Disponible en: [http://salud.pereira.gov.co/intranet/index.php/intradocuments/](http://salud.pereira.gov.co/intranet/index.php/intradocuments/Download/perfilepidemiologico-2007) Web Download/perfilepidemiologico-2007. Fecha de consulta: Junio de 2010.

12. JONES, JK. GORKIN, L. A study of United Kingdom population. Br Med J, 1995, p. 293-295.
13. GREENBURG, R. Overview of patient compliance with medication dosing: a literature review. ClinTher.1984; 6: 592-599.
14. ACHURY, Diana. Efectos de la aplicación de un plan educativo para fomentar el autocuidado y la adherencia al tratamiento en el paciente con falla cardiaca. 2006. Universidad Nacional de Colombia.
15. HERRERA, Arleth. Factores que influyen en la adherencia a tratamientos en pacientes con riesgo de enfermedad cardiovascular. En: Avances enfermería Vol. XXVI. No. 1. Págs.36-42 Enero-Junio 2008. Disponible en: http://www.enfermería.unal.edu.co/revista/articulos/xxvii_4.pdf. Fecha de consulta: Diciembre de 2009.
16. GARCIA. Mónica. Factores relacionados con la adherencia al tratamiento farmacológico y no farmacológico en pacientes con post infarto agudo de miocardio en una institución de cuarto nivel, Bogotá Durante el mes de agosto de 2008 Tesis de grado. Biblioteca Pontificia Universidad Javeriana.
17. HUGHES, D. MCGUIRE, A. The direct costs to the NHS of discontinuing and switching prescriptions for hypertension, 1998 p, 533-537.
18. AMERICAN HEART ASSOCIATION. Learn & Live. Las Mujeres y las Enfermedades del Corazón: Estadísticas. 2007. Disponible en: <http://www.americanheart.org/presenter.jhtml?identifier=3037269>. Fecha de consulta: Enero 2010
19. III FORO DIALOGOS PFIZER-PACIENTES. La adherencia al tratamiento: cumplimiento y constancia para mejorar la calidad de vida. Disponible en: <http://www.fedesp.es/bddocumentos/1/FORO-DocumentoResumen.pdf>. Fecha de consulta: 12 de Agosto de 2010.
20. BONILLA. Claudia. Diseño de un instrumento para evaluar los factores que influyen en la adherencia a tratamientos farmacológicos y no farmacológicos en personas que presentan factores de riesgo de enfermedad cardiovascular. Revista facultad de Enfermería. Universidad Nacional. Disponible en <http://www.enfermeria.unal.edu.co>. Fecha de consulta: Septiembre de 2009.
21. ORGANIZACIÓN MUNDIAL DE LA SALUD. Adherencia a los tratamientos en largo plazo, pruebas de acción. Disponible en: <http://www.paho.org/spanish/ad/dpc/nc/nc-adherencia.pdf>. Fecha de Consulta: Agosto de 2009.
22. RODRIGUEZ, Alba. Factores que influyen en la adherencia a tratamientos farmacológicos y no farmacológicos en pacientes con riesgo de enfermedad cardiovascular en la fundación cardiovascular de Colombia. Tesis de Maestría 2008. Biblioteca Universidad Nacional de Colombia.

23. CONTRERAS, Astrid. Factores que influyen en la adherencia a los tratamientos farmacológicos y no farmacológicos en pacientes con factores de riesgo de enfermedad cardiovascular. Sincelejo. Tesis de Maestría 2006. Biblioteca Universidad Nacional de Colombia.

24. MARÍN, Marcos. Consenso de Hipertensión arterial. Revista Argentina de cardiología. Vol. 75. Suplemento 3. Septiembre – Octubre. 2007. Disponible en: http://revista.sac.com.ar/2007/75-5-cons_hta.pdf. Fecha de consulta: Julio 2010.

25. SECRETARIA DE SALUD DE BOGOTÁ. Directorio de Hospitales. SDS. Servicios que presta. Disponible: <http://www.saludcapital.gov.co/paginas/directoriohospitales.aspx>. Fecha de consulta: Junio 2010.

26. REYES, Marcela. ATALAH, Eduardo. Intervención Nutricional En Prevención De Enfermedades Cardiovasculares: El Caso De Noruega. Revista chilena de nutrición. Vol. 33, N° 3, Diciembre de 2006. Disponible en: http://www.scielo.cl/scielo.php?pid=S07175182006000500002&script=sci_arttext. Fecha de Consulta: junio de 2010.

27. EUROPEAN HEART JOURNAL. Actualizan las variaciones de mortalidad por enfermedades cardiovasculares en los países de Europa. Febrero de 2008. Disponible en: <http://www.plataformasinc.es/index.php/esl/Noticias/Actualizan-las-variaciones-de-mortalidad-por-enfermedades-cardiovasculares-en-los-paises-de-Europa>. Fecha de consulta: Junio 2010.

28. RUSH UNIVERSITY AMERICAN CENTRE. Estadísticas relacionadas con las enfermedades cardiacas (cardiopatías). Disponible en: <http://www.rush.edu/spanish/sadult/cardiac/stats.html>. Fecha de consulta: Junio de 2010.

29. ORGANIZACION PANAMERICANA DE LA SALUD. Enfermedades cardiovasculares. Disponible en: http://new.paho.org/chi/index.php?option=com_content&task=view&id=172&Itemid=259. Fecha de consulta: Junio 2010.

30. SOCIEDAD COLOMBIANA DE CARDIOLOGIA. Informe Campaña Mundial Mujer 2009. Disponible en: http://www.scc.org.co/Portals/0/INFORME_CAMPA%C3%91A_MUJER_2009.pdf. Fecha de consulta: Junio 2010.

31. DIAZ, Martha. Et al. Identificación de factores de riesgo de enfermedad cardiovascular presentes en los pacientes que ingresan al Hospital San Ignacio. 2003. Disponible en: <http://www.nutriclinicacolombia.org/descargas/43/Pag51-58.pdf>. Fecha de consulta: Mayo 2010.

32. MINISTERIO DE LA PROTECCION SOCIAL. Norma Prevención de Enfermedad Crónica y Mantenimiento de la Salud en el Individuo Sano Mayor

de 45 años. Disponible en: <http://www.minproteccionsocial.gov.co/vbecontent/library/documents/DocNewsNo16062>. Fecha de consulta: junio 2010.

33. RAMIREZ, Naydú. PEÑALOZA, Rolando. GARCIA, Jesús Carga de Enfermedad Colombia: 2005 CENDEX. Pontificia Universidad Javeriana. 2008. Disponible en: http://www.cendex.org.co/GPES/informes/PresentacionCarga_Informe.pdf. Fecha de consulta: Junio 2010.

34. DEPARTAMENTO ADMINISTRATIVO NACIONAL DE ESTADÍSTICA. Informe Regional de Indicadores Sociales Risaralda - Año 2002.

35. NELSON, Martha. Empobrecimiento económico como un riesgo para la salud: aspectos metodológicos y conceptuales. *Advances in Nursering science*. 1994; 16(3): 1-12.

36. MEDICOS GENERALES COLOMBIANOS. Guía de Atención de la Hipertensión Arterial (Hace parte de la resolución 00412 del 2000). 2010. Disponible en: <http://www.medicosgeneralescolombianos.com/hipertension.htm>. Fecha de consulta: Junio de 2010.

37. ORGANIZACIÓN MUNDIAL DE LA SALUD. El número de defunciones y discapacidades puede reducirse en más del 50%. Octubre 2002. Disponible en: <http://www.who.int/mediacentre/news/releases/pr83/es/index.html>. Fecha de consulta: Junio de 2010.

38. SOCIEDAD COLOMBIANA DE CARDIOLOGÍA. I Consenso Nacional sobre Detección, Evaluación y Tratamiento de las Dislipoproteinemias en Adultos. *Clínicas Colombianas de Cardiología*. 1998; 1(4):221-226.

39. NATIONAL INSTITUTE ON ANGING. Presión arterial alta, para las personas dela tercera edad. Marzo de 2008. Disponible en: <http://www.Nia.nih.gov/NRrdonlyres/3EE57FD1-94BE-4C6A-B4EFA632A4477071D7/9820/HBPFFullAP.pdf>. Fecha de consulta: Junio2010.

40. HUERTAS, Benjamín. Factores de riesgo para la hipertensión arterial. *Archivos de cardiología de México*. Vol. 71 Supl.17 Enero-Marzo 2001 p. 208-210. Disponible en: <http://www.cimed.ucr.ac.cr/archivos/Informacion%20Pacientes/Pacientes%20Hipertension%20y%20factores%20de%20riesgo.pdf>. Fecha de consulta: Junio 2010.

41. DUARTE. Andrés. Factores de Riesgo para Hipertensión Arterial, Hospital Universitario San Ignacio. Bogotá.

42. NUÑEZ. Ricardo. Et. Al. Caracterización epidemiológica clínica y humoral del paciente hipertenso. Disponible en: <http://www.portalesmedicos.com/publicaciones/articulos/1449/1/Caracterizacion-Epidemiologica-Clinica-y-Humoral-del-paciente-hipertenso.html>. Fecha de consulta: Agosto 2010.

43. MESSALUD. Tabaquismo. Disponible en: http://www.mutuaegara.es/+salud/articulo10_2.pdf. Fecha de consulta: Junio 2010.
44. ASTOVIZA, Miriam. SOCARRÁS, María. Algunas reflexiones sobre el tabaquismo como factor de riesgo para diferentes enfermedades. Biblioteca Virtual en Salud Cuba. Revista Cubana Medicina General.). Disponible en: <http://www.bvscuba.sld.cu>. Fecha de consulta: Abril 2010
45. VALENZUELA, Alex. OBESIDAD: Más allá de la sobrealimentación y el sedentarismo. Sociedad chilena de obesidad. 2009. Disponible en: <http://www.sochob.cl/pdf/Obesidad%20mas%20alla%20de%20la%20sobrealimentacion%20y%20sedentarismo.pdf>. Fecha de consulta: Febrero 2010.
46. MARTINEZ, J.A, et al. Causas de obesidad. Anales Sis San Navarra 2002, Vol. 25, Suplemento I. Pág. 19.
47. RESTREPO, Sandra. MORALES, Rosa. RAMÍREZ, Martha Cecilia. LÓPEZ, María. VARELA, Luz Los hábitos en el adulto mayor y su relación con los procesos protectores y deteriorantes en salud. Revista chilena de nutrición. Disponible en: http://www.scielo.cl/scielo.php?pid=S0717-75182006000500006&script=sci_arttex. Fecha de consulta: Marzo de 2010.
48. NUTRINFO. La dieta en las enfermedades cardiovasculares. Disponible en: <http://www.nutrinfo.com/pagina/info/cardio0.pdf>. Fecha de consulta: Marzo de 2010
49. LARUSSO, Laurie. El comer legumbres puede reducir su riesgo de padecer enfermedad cardiaca. Disponible en: <http://healthlibrary.epnet.com/GetContent.aspx?token=a4c1f00b-d245-44f2-a90e-20b047f84a6a&chunkiid=125736>. Fecha de consulta: Marzo de 2010
50. SOCIEDAD ESPAÑOLA DE HIPERTENSION. Estrés e hipertensión. Liga Española para la lucha contra la hipertensión arterial. Disponible en: <http://www.seh-lelha.org/>. Fecha de consulta: Junio 2010.
51. HAMER, Gerard. Et al. El estrés psicológico y la incidencia de la enfermedad cardiovascular. Journal of the American College of Cardiology, diciembre, 2008. Disponible en: http://www.pronat.com.mx/articulos/art109_estres_y_riesgo_cardiovascular.htm. Fecha de consulta: Marzo de 2010.
52. ZAPATA. Marco. El paciente hipertenso en la consulta de enfermería. Enfermería global, N. 9, Disponible en: www.um.es/eglobal/. Fecha de consulta: Agosto de 2010.

53. PESCIO. Sergio. Tratamiento Farmacológico de la Hipertensión Arterial. Edición Febrero 2001. Disponible en: <http://www.mednet.cl/link.cgi/Medwave/Atencion/Adultos/1908>. Fecha de consulta: Junio 2010.
54. MARTIN. Libertad. Acerca del concepto de adherencia terapéutica. 2004. Disponible en: http://bvs.sld.cu/revistas/spu/vol30_4_04/spu08404. Fecha de consulta: Octubre 2009.
55. HAYNES RB. Introduction. En: Haynes RB, Taylor DW, Sackett DI. Editors. Compliance in health care. Baltimore: Johns Hopkins University Press. Disponible en: <http://www.ciap.health.nsw.gov.au/hospolic/stvincents/stvin99/Nic.html>. Fecha de consulta: Junio 2010.
56. SILVA Germán, GALEANO Esmeralda, CORREA Jaime. Adherencia al tratamiento, implicaciones de la no-adherencia. Actualizaciones. Acta médica colombiana. Vol. 30 n° 4 - Octubre-Diciembre – 2005. Págs. 268-273. Disponible en: <http://www.scielo.org.co/pdf/amc/v30n4/v30n4a4.pdf>. Fecha de consulta: Abril de 2010.
57. CACERES, Flor. Factores de riesgo para abandono (no adherencia) del tratamiento antituberculoso. Disponible en: http://caribdis.unab.edu.co/pls/portal/docs/PAGE/REVISTAMEDUNAB/NUMEROSANTERIORES/REVISTA721/RT_C2.PDF. Fecha de consulta: Agosto de 2010.
58. ORTIZ, Manuel. Et, al. Adherencia al tratamiento en adolescentes diabéticos tipo 1 chilenos: una aproximación psicológica. Revista medica de Chile. Vol. 133, N. 3. Disponible en: http://www.scielo.cl/scielo.php?pid=S0034-98872005000300006&script=sci_arttext. Fecha de consulta: Agosto de 2010.
59. OROZCO, LC. HERNANDEZ, R. DE USTRA, CY. CERRA, M. CAMARGO, D. Factores de riesgo para el abandono (no adherencia) del tratamiento antituberculoso. Medicas UIS1998;12:169-172.
60. QUINTANA, Carlos. Adherencia terapéutica farmacológica antihipertensiva en adultos de atención primaria y factores relacionados con su incumplimiento. Revista cubana de investigaciones biomédicas. Vol. 28. N. 2. Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?pid=S086403002009000200007&script=sci_arttext. Fecha de consulta: Agosto 2010.
61. BARR R, CNIRSCH C, FRIEDEN T, LEMER B, PABLOSA. No adherence in tuberculosis treatment: Predictors and consequences in New York City. Am J Med 1997; Vol 102 Pag 164.170.
62. AGREST, Alberto. Adherencia a tratamientos farmacológicos. Vol. 57. N. 1. Disponible en: <http://www.medicinabuenosaires.com/revistas/vol57-97/1/tratfarmacologicos.htm>. Fecha de consulta: Agosto de 2010.

63. SAINZ, Benito. Et, al. Tratamiento farmacológico y no farmacológico de la hipertensión arterial. Estudio de 200 casos. Disponible en: http://bvs.sld.cu/revistas/med/vol41_3_02/med05302.pdf. Fecha de consulta: Agosto de 2010.
64. MEDEL, Brenda. Et, al. Estilos de vida. Experiencias con la adherencia al tratamiento no farmacológico en diabetes mellitus. Index de enfermería, Vol. 15, N. 52-53. Disponible en: http://scielo.isciii.es/scielo.php?pid=S1132-12962006000100004&script=sci_arttext. Fecha de consulta. Agosto de 2010.
65. SABATE. Eduardo. El incumplimiento del tratamiento prescrito para las enfermedades crónicas es un problema mundial de gran envergadura. Los pacientes no reciben el apoyo necesario. Comunicado de prensa OMS/54, 1 de Julio de 2003.
66. RESUMEN DE LAS OPERACIONES EJERCICIO DE 2007 Banco Mundial Informe 2007. p. 14.
67. GRUPO DEL BANCO MUNDIAL. .La crisis económica y los objetivos de desarrollo del milenio. Disponible en: <http://web.worldbank.org>. Fecha de consulta: Septiembre de 2010.
68. ORTIZ, Consuelo. Factores que influyen en la adherencia a los tratamientos farmacológicos y no farmacológicos en pacientes con factor de riesgo de enfermedad cardiovascular "Tesis Facultad de Enfermería Universidad Nacional.
69. KONTZ, Mary. A proposed model for Assesing Compliance within the Unitary Man/Human Framework Based on an Analysis of the Concept of Compliance. En: Carroll-Johnson Rose editor. JB Lippincott Philadelphia, p. 161-171.
70. CORTES, Angie, LEAL, Mayling. Factores relacionados con la Adherencia al tratamiento farmacológico en pacientes con diagnostico de depresión en una institución de salud de Bogotá. Trabajo de grado. Universidad Javeriana
71. RUBIN, Richard. Adherence to Pharmacologic Therapy in Patients With Type 2 Diabetes Mellitus The American Journal of Medicine (2005) Vol. 118 (5a) 275-345.
72. RODRÍGUEZ Marín L. Psicología social de la salud. Madrid: Ediciones Doyma, 1995:40-58.
73. DINICOLA Y DIMATTEO. Citado por BRANNON, Linda. Et. Al. Psicología de la salud. España. 2002.
74. WERBIN, Analy. Psicofarmacología y polifarmacia en la tercera edad. Disponible en: <http://www.intramed.net/contenidover.asp?contenidoID=46374>. Fecha de consulta: Agosto de 2010.

75. ORGANIZACIÓN MUNDIAL DE LA SALUD. Informe sobre la salud en el mundo. 2004.
76. QUIROGA M, OSPINA ML. Abandono del Tratamiento AntiTBC, Cali Colombia 1999-2000 (Tesis de Grado). Maestría en Epidemiología, Escuela de Medicina Social, facultad de salud. 2002.
77. FERRER X, KIRSHBAUM A, TORO J, JADUE J, MUÑOZ M, ESPINOSA A. Adherencia al tratamiento de la tuberculosis del adulto en Santiago, Chile. Bol Of Saint Panam. 1991; 111:423-31.
78. POSZIK CJ. Compliance with tuberculosis therapy. Med Clin North Am 1993; 77: 1289-301.
79. GALVAN F, SANTIUSTE C. Factores relacionados con el cumplimiento de la quimioprofilaxis contra la tuberculosis. Med Clin (Barc) 1998; 111:655-7.
80. GINARTE, Yurelis. La adherencia terapéutica. Revista cubana de medicina. Vol. 17, Numero 5, Septiembre-Octubre, 2007. Págs. 502-505. Disponible en: http://www.bvs.sld.cu/revistas/mgi/vol17_5_01/MGI16501.htm. Fecha de consulta: Agosto de 2009.
81. FASCE, Eduardo. FLORES, Maritza. FASCE, Fabrizio. Prevalencia de síntomas habitualmente asociados a la hipertensión arterial en población normotensa e hipertensa. Disponible en: http://www.scielo.cl/scielo.php?pid=S0034-98872002000200005&script=sci_arttext. Fecha de consulta: Agosto de 2010.
82. TAK JO, SAMANTHA ALMAO. Abandono del tratamiento en una consulta externa de psiquiatría y psicología clínica. Disponible en: http://www.portalesmedicos.com/monografias/abandono_tratamiento/index.htm. Fecha de consulta: Agosto de 2010.
83. HOMEDES, N y UGALDE, A, Estudios sobre el cumplimiento del paciente en países en desarrollo. Bol Of Snit Panamá, 1994.
84. GONZALEZ B, LUPON J, PARAJON T, URRUTIA S, COLL R, et al., Nurse evaluation of patients of a new multidisciplinary Heart Failure Unit, En: Eur J Cardiovasc Nurs. 2004; 3:61-9.
85. GRANADOS GAMEZ, Genoveva. Formación de creencias sobre falsos síntomas en pacientes con hipertensión. Disponible en: <file:///C:/Documentsandsettings/usuario>. Fecha de consulta: Agosto de 2010.
86. CHYUN. Deborah. Et al. Prevención de las Enfermedades Coronarias e Intervenciones en el Estilo de Vida: Influencias Culturales. The Journal of Cardiovascular Nursing sep/oct 2003. Pp 302-318.
87. HOLGUÍN Lyda, CORREA Diego, ARRIVILLAGA Marcela, CÁCERES Delcy, VARELA María. Adherencia al tratamiento de hipertensión arterial:

efectividad de un programa de intervención biopsicosocial Pontificia Universidad Javeriana Univ. Psychol. Págs. 535-547, octubre-diciembre de 2006.


88. COLUNGA, Cecilia. Algunos factores psicosociales en la hipertensión arterial. Disponible en: <http://virtual.cucs.udg.mx/recursos/capitulo12.1.pdf>. Fecha de consulta: Agosto de 2010.

89. BRANNON, Linda, et al. Psicología de la salud, España: Paraninfo-Thomson Learning. 2002.

90. MARRINER A, RAILE M. Modelos y teorías en enfermería. V Edición. Capítulo 13. Dorothea E. Orem: La teoría enfermera del déficit de autocuidado. Madrid, España. Págs. 189-201.

91. MINISTERIO DE SALUD. Resolución 8430 de 1993. Octubre 4. Disponible en: <http://www.minproteccionsocial.gov.co/vbecontent/library/documents/DocNewsNo267711.pdf>. Fecha de consulta: Octubre de 2009

ANEXO 1

	NOMBRE CERTIFICADO	Código. 100G-F10 Fecha. 27-11-2008 Versión. 01
---	-------------------------------	--

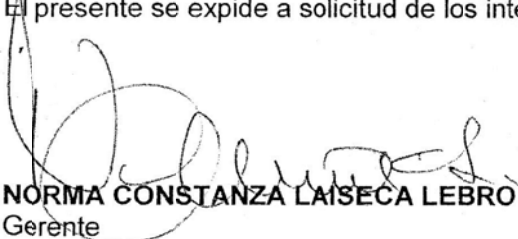
Santuario Risaralda, 28 de mayo de 2010

LA GERENTE DE LA E.S.E HOSPITAL SAN VICENTE DE PAÚL DE SANTUARIO
RISARALDA CON NIT 891.401.777-8

CERTIFICA

Que, **JORGE MARIO SILVA TORRES, MÓNICA JOHANA RODRIGUEZ Y WALTER EMILIO RAIGOZA MARTINEZ**, estudiantes de la Pontificia Universidad Javeriana de la facultad de enfermería realizaron la investigación denominada "FACTORES QUE INFLUYEN EN LA ADHERENCIA A LOS TRATAMIENTOS FARMACOLOGICOS Y NO FARMACOLOGICOS EN UN GRUPO DE PACIENTES CON FACTORES DE RIESGO DE ENFERMERDAD CARDIOVASCULAR", durante el mes de abril del año 2010.

El presente se expide a solicitud de los interesados.


NORMA CONSTANZA LAÍSECA LEBRO
Gerente

DOCUMENTAL
licitante
ancias -Facilitativo.
io.
la Dependencia Productora: Personal

Empresa Social del Estado Hospital San Vicente de Paúl
Calle 4 6-17 Teléfonos: 368 7001 – 368 77 92 – 368 74 39 -368 7000 - 368 7617 E Mail:
Santuario - Risaralda Colombia

ANEXO 2



CONSENTIMIENTO INFORMADO

La información que se presenta a continuación tiene como finalidad ayudarle a decidir si usted quiere participar en una investigación de mínimo riesgo. Por favor léalo cuidadosamente. Si no entiende algo o si tiene alguna duda, pregúnteles a las personas encargadas del estudio.

1. INFORMACION GENERAL DEL ESTUDIO

TÍTULO DE LA INVESTIGACIÓN

ADHERENCIA AL TRATAMIENTO FARMACOLÓGICO Y NO FARMACOLÓGICO SEGÚN LOS FACTORES QUE LA DETERMINAN, EN UN GRUPO DE PACIENTES CON HIPERTENSION ARTERIAL EN UNA INSTITUCION DE PRIMER NIVEL EN EL MUNICIPIO DE SANTUARIO RISARALDA.

DONDE SE VA A DESARROLLAR EL ESTUDIO

El estudio se realizará en el departamento de Risaralda, específicamente en el municipio de Santuario, institución de primer nivel.

INFORMACIÓN GENERAL DE INVESTIGACION

El objetivo general de esta investigación determinar la adherencia al tratamiento farmacológico y no farmacológico en un grupo de pacientes con hipertensión arterial en una institución de primer nivel. Con el fin de mejorar el compromiso y la participación de los pacientes con riesgo cardiovascular que se encuentran cumpliendo tratamiento farmacológico y no farmacológico. El uso del instrumento “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 3” validado en la

población colombiana, es útil para ayudar a los profesionales de la salud a planear y a ejecutar acciones más pertinentes, utilizar mejor los recursos disponibles y asegurar una mejor calidad del cuidado que se brinda al paciente con riesgo cardiovascular.

OBJETIVO DEL ESTUDIO

Determinar la adherencia al tratamiento farmacológico y no farmacológico en un grupo de los pacientes con hipertensión arterial en una institución de primer nivel en el municipio de Santuario Risaralda durante el mes de abril de 2010.

PLAN DE ESTUDIO

En este estudio podrán participar hombres y mujeres mayores de 18 años, que tengan la capacidad física y mental para contestar el cuestionario y asistan a controles para el manejo de la hipertensión arterial. A las personas que decidan voluntariamente participar en el estudio se les explicara el instrumento, el cual será diligenciado por los investigadores en un tiempo aproximado de 15 minutos.

BENEFICIOS DE PARTICIPAR EN ESTE ESTUDIO

Participando en esta investigación, tendrá la posibilidad de que sean identificadas las necesidades e inquietudes que usted tiene sobre los tratamientos farmacológicos y no farmacológicos instaurados por los profesionales de la salud para tratar su patología, de manera que se informen al personal asistencial y le ayuden a resolverlas.

CONFIDENCIALIDAD Y PRIVACIDAD DE LOS ARCHIVOS CON ANONIMATO

Su privacidad así como los archivos con información se mantendrán de manera confidencial. Sólo el personal autorizado como funcionarios de la Facultad de Enfermería de la Pontificia Universidad Javeriana puede revisar los archivos resultantes de este proyecto.

Con el fin de mantener la privacidad la entrevista se realizará en un lugar privado y para asegurar el anonimato no se escribirá su nombre en la entrevista. Los datos y la información de ustedes se guardarán bajo llave en un

lugar seguro los investigadores quien, junto a su asesora de investigación, será la única persona que tendrá acceso a esta información.

Los resultados de este estudio podrán ser publicados. Sin embargo, la información que ustedes nos brinden será combinada con la de otros participantes. Las publicaciones no incluirán su nombre o ninguna otra información que permita identificarlos personalmente.

PARTICIPACIÓN VOLUNTARIA

La decisión de participar en esta investigación es totalmente voluntaria. Usted es libre de participar en este estudio así como de retirarse en cualquier momento. Si decide no participar o decide retirarse en cualquier momento antes de terminar la investigación, no tendrá ningún castigo, ni tampoco perderán los beneficios que ya haya obtenido.

2. Consentimiento

De manera libre doy mi consentimiento para participar en este estudio. Entiendo que esta es una investigación. He recibido copia del informe de consentimiento informado.

Declaración del Investigador

De manera cuidadosa he explicado al participante la naturaleza del protocolo arriba enunciado. Certifico que basado en lo mejor de mi conocimiento, los participantes que leen este consentimiento informado entienden la naturaleza, los requisitos y los beneficios involucrados por participar en este estudio.

Firma del participante

Nombre

Fecha

Firma del investigador

Nombre

ANEXO 3

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 3

No. _____ FECHA: _____

NOMBRE: _____ EDAD: _____

DIRECCIÓN: _____

TELÉFONO: _____

FACTORES INFLUYENTES	NUNCA	A VECES	SIEMPRE
I DIMENSIÓN FACTORES SOCIOECONÓMICOS			
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 al lugar de la 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			
7. Las personas que lo atienden responden sus inquietudes y dificultades con 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 a sus actividades diarias.			
11. En el caso que usted fallara en su tratamiento su médico y enfermera entenderían sus motivos.			
12. El médico y la enfermera le dan explicaciones con palabras que su familia o usted entienden.			
13. El médico y la enfermera le han explicado qué 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 es sus hábitos.			
III DIMENSIÓN			
FACTORES RELACIONADOS CON LA TERAPIA			
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 le dificultan el cumplimiento de sus citas.			
17. Tiene 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

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 es usted es el responsable de seguir el cuidado de su salud.			

ANEXO 4



FICHA PARA LA RECOLECCION DE DATOS SOCIODEMOGRAFICOS

Datos personales del paciente:

Nombre _____

Dirección _____ Teléfono _____

Número de identificación _____

Marque con una equis (x) según corresponda

EDAD	20-30		30-40		40-50		50-60	
	60-70		70-80		MAS DE 80			
GENERO	HOMBRE		MUJER					
OCUPACION	AMA DE CASA		JORNALERO		AGRICULTOR		DESEMPLEADO	
	PENSIONADO		EMPLEADO					
AREA DE RESIDENCIA	AREA RURAL		AREA URBANA					