

**ADHERENCIA AL TRATAMIENTO FARMACOLÓGICO EN PERSONAS CON
DIAGNÓSTICO DE HIPERTENSIÓN ARTERIAL**

NATALI JOHANA SALGUERO ZARATE

**UNIVERSIDAD SANTO TOMAS
FACULTAD DE ECONOMÍA
POSGRADOS EN SEGURIDAD SOCIAL Y SALUD PÚBLICA
BOGOTÁ
2020**

**ADHERENCIA AL TRATAMIENTO FARMACOLÓGICO EN PERSONAS CON
DIAGNÓSTICO DE HIPERTENSIÓN ARTERIAL**

NATALI JOHANA SALGUERO ZARATE

Monografía para obtener el título de Especialista en Auditoria de Salud

Tutor (a):

LILIANA CASTILLO RODRÍGUEZ

MSc. Salud Pública

UNIVERSIDAD SANTO TOMAS

FACULTAD DE ECONOMÍA

POSGRADOS EN SEGURIDAD SOCIAL Y SALUD PÚBLICA

BOGOTÁ

2020

TABLA DE CONTENIDO

	Pág.
1	INTRODUCCIÓN.....8
2	PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA.....10
3	JUSTIFICACIÓN.....12
4	OBJETIVOS.....14
4.1	OBJETIVO GENERAL.....14
4.2	OBJETIVOS ESPECÍFICOS.....14
5	MARCO CONCEPTUAL.....15
5.1	DEFINICIÓN DE HIPERTENSIÓN ARTERIAL Y SUS FACTORES DE RIESGO.....15
5.2	EPIDEMIOLOGÍA DE LA HIPERTENSIÓN ARTERIAL.....15
5.3	DEFINICIÓN DE ADHERENCIA AL TRATAMIENTO.....17
5.4	FACTORES QUE INTERVIENEN EN LA ADHERENCIA AL TRATAMIENTO.....17
5.5	TEORÍA DEL AUTOCUIDADO.....19
5.6	ADHERENCIA AL TRATAMIENTO Y AUTOCUIDADO.....21
5.7	ADHERENCIA AL TRATAMIENTO E HIPERTENSIÓN ARTERIAL.....22
5.8	MEDICIÓN DE LA ADHERENCIA.....22
6	METODOLOGIA.....24
6.1	TIPO DE ESTUDIO.....24
6.2	POBLACIÓN Y MUESTRA.....24
6.2.1	Población Objeto y Criterios de selección.....24
6.2.2	Tipo de muestreo.....24
6.3	MATERIALES Y MÉTODOS.....25
6.3.1	Instrumento.....25

6.4	ANÁLISIS DE DATOS.....	26
7.	RESULTADOS.....	27
8	DISCUSIÓN.....	35
9.	CONCLUSIONES.....	40
10.	BIBLIOGRAFÍA.....	42
	ANEXOS.....	50

LISTA DE TABLAS

	Pág.
Tabla 1. MMAS-8 por sexo.....	27
Tabla 2. MAS-8 por grupo de edad	27

LISTA DE FIGURAS

	Pág.
Gráfico 1. Sabe leer.....	28
Gráfico 2. Tiene problemas de agudeza visual no corregidos.....	29
Gráfico 3. Cuenta con ayuda de alguna persona en casa para la toma de medicamentos.....	30
Gráfico 4. Nivel de adherencia al tratamiento farmacológico.....	31
Gráfico 5. Escala de Adherencia a la medicación de Morisky (MMAS-8) - Preguntas 1 y 2.....	32
Gráfico 6. Escala de Adherencia a la medicación de Morisky (MMAS-8) - Preguntas 3 y 4.....	33
Gráfico 7. Escala de Adherencia a la medicación de Morisky (MMAS-8) - Preguntas 5,6 y 7.....	34
Gráfico 8. Escala de Adherencia a la medicación de Morisky (MMAS-8) - Pregunta 8.....	34

LISTA DE ANEXOS

	Pág.
Anexo 1. Cuestionario socio demográfico.....	50
Anexo 2. Escala de Adherencia a la medicación de Morisky (MMAS-8).....	51

1. INTRODUCCIÓN

Las enfermedades no transmisibles (ENT), también conocidas como enfermedades crónicas, son condiciones que se caracterizan por tener múltiples factores de riesgo, tener una lenta progresión y una larga duración. Se han agrupado en cuatro condiciones en donde se incluyen las enfermedades cardiovasculares, el cáncer, las enfermedades respiratorias crónicas y la diabetes. Estas patologías causan de más del 80% de las muertes prematuras a nivel mundial (1).

Según la OPS, las enfermedades no transmisibles son causantes del 71% de las muertes en el mundo, produciendo más del 85% de las muertes prematuras en países de ingresos bajos y medianos, por lo que se han convertido en un reto para la salud pública. En la región de las Américas, el 81% de las muertes registradas con causadas por las ENT y el 39% de estas corresponden a personas menores de 70 años (2).

Existen múltiples factores de riesgo que favorecen el desarrollo de ciertas patologías, como lo pueden ser las ENT, siendo estos modificables y no modificables (estos últimos hacen referencia a factores como la edad, sexo, factores genéticos e historia familiar) (3).

Entre los factores de riesgo modificables encontramos el consumo de alcohol, tabaco y una mala alimentación. En este contexto, el consumo excesivo de alcohol

es un factor de riesgo para más de 200 alteraciones en la salud. En cuanto al consumo de tabaco o exposición al humo de tabaco como factor de riesgo, este aporta más de 8 millones de muertes cada año a nivel mundial por su consumo directo y 1,2 millones de muertes por exposición al humo. A pesar de la evidencia de la disminución del consumo de tabaco (sobre todo en hombres), son alarmantes las cifras que presenta la OMS donde se evidencia que en el 2018 por lo menos 43 millones de niños consumían tabaco y 244 millones de mujeres eran consumidoras de tabaco. Por su parte, la alimentación no saludable, influenciada por la urbanización, el aumento del consumo de alimentos ultra procesados y de bebidas azucaradas, ha favorecido el aumento del sobrepeso y la obesidad, siendo estos factores de riesgo para la generación de enfermedades no transmisibles (2,4).

Otro factor de riesgo modificable es la inactividad física, ya que las personas que no realizan actividad física regular tienen un mayor riesgo de padecer ENT en comparación con aquellas que realizan por lo menos 30 minutos de actividad física moderada 5 días a la semana (2).

En cuanto a las enfermedades cardiovasculares estas hacen parte del grupo de las enfermedades no transmisibles con mayor prevalencia en el mundo (5) y constituyen una de las principales causas de muertes en el mundo. De acuerdo con la OPS, en la región de la Américas, el 28,1% del total de las muertes son ocasionadas por las enfermedades cardiovasculares y para el 2016, las tasas de muertes a causas de enfermedades cardiovasculares fueron de 150,7 por 100.000 habitantes, siendo mayor en hombres que en las mujeres (2).

Estas condiciones agrupan un gran número de patologías como; hipertensión arterial, cardiopatía coronaria, enfermedad cerebrovascular, enfermedad vascular

periférica, insuficiencia cardiaca, cardiopatía reumática, cardiopatía congénita, miocardiopatía (5).

2. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

La Hipertensión Arterial (HTA) ha venido tendiendo un aumento de su prevalencia, el cual está asociado con un incremento en el envejecimiento de la población y a factores de riesgo, específicamente los relacionados con los estilos de vida. De acuerdo con datos de la OMS en 2015, 1 de cada 4 hombres y 1 de cada 5 mujeres tenían hipertensión, y por lo menos 1 de cada 5 personas con este tenía bajo control su condición. Además, existe una relación comprobada entre los factores de riesgo, los valores de presión arterial y las complicaciones cardiovasculares y renales, por lo tanto, se han establecido metas mundiales en donde el objetivo disminuir la prevalencia de esta condición en un 25% para el año 2025 (6).

En Colombia, en el año 2008 el Ministerio de Salud y Protección Social emitió la resolución 4003, en donde se estipula el manejo de las personas que tengan un diagnóstico de Hipertensión Arterial y Diabetes Mellitus tipo 2. En dicha resolución, se determina que los diagnosticados con HTA deben ser clasificados inicialmente con riesgo cardiovascular, y a partir de allí, dar un manejo médico que garantice a atención integral de esta condición. Además, se indica la importancia de incluir a estos pacientes en un programa educativo en donde se haga énfasis en modificación de estilos de vida de riesgo como el tabaquismo, la mala alimentación, la inactividad física, el consumo de alcohol y en el aumento a la adherencia al tratamiento, entre otras estrategias (7).

Esta última, adherencia al tratamiento, implica una combinación de actividades como acudir al centro médico por indicaciones médicas, reclamar los medicamentos, tomar los medicamentos de acuerdo con lo indicado en la fórmula médica, cumplir las recomendaciones no farmacológicas, acudir a las consultas de

control, la relación paciente-profesional de la salud, entre otras. Además, se ha reportado la no adherencia al tratamiento es mayor al 60%, lo que conlleva a desenlaces clínicos poco favorables como ingresos a unidades de cuidado intensivo, cardiopatías, aumento en la mortalidad y discapacidad (8).

3. JUSTIFICACIÓN

En Colombia, una de las metodologías más usadas para examinar la adherencia al tratamiento ha sido la Escala de Adherencia a la medicación de Morisky (MMAS-8). De acuerdo con Guarín & Pinilla(9), los estudios colombianos realizados con esta escala han reportado una adherencia variable en departamentos como Norte de Santander 39,7%, Caldas 45% y Valle 56.2%. No obstante, su estudio mostró una adherencia aún menor, debida posiblemente a que estos incluyeron adultos mayores de 65 años.

Así mismo, Acevedo & Medina (10) encontraron en su investigación que un 67% de los individuos que participaron no se adherían a la terapia farmacológica, al realizar una revisión de las diferencias porcentuales de las preguntas realizadas en el test. Sus resultados contradicen a otros estudios donde se indica que la población adulta mayor de 65 años tiende a adherirse a la terapia farmacológica, ya que se evidenció en su muestra, a mayor edad, menor es la adherencia al tratamiento farmacológico.

Sin embargo, en la investigación de Pérez et al (2019), realizada con pacientes de Manizales, se registró una adherencia al tratamiento mayor que las que se han reportado en los estudios de la OMS, en las cuales los porcentajes máximos rondan el 50% de adherencia. También, concluyen que variables demográficas como un menor nivel educativo, su tipo de afiliación al sistema de salud colombiano y el nivel socioeconómico pueden condicionar la adherencia, encontrándose esta en mayor porcentaje en personas que tienen una mejor calidad de vida (11).

La presente investigación pretende servir como aporte a los estudios realizados a propósito de la adherencia al tratamiento farmacológico, y en este caso específico,

al relacionado con el tratamiento de personas con diagnóstico de HTA, dada la prevalencia y aumento de esta patología en Colombia, la cual se evidencia en varios estudios realizados en las últimas dos décadas y así como de la necesidad de llevar un registro sobre el actuar de los pacientes respecto a la toma de medicamentos, con el fin de mejorar las estrategias que permitan un aumento en la adherencia al tratamiento (12).

4. OBJETIVOS

4.1. Objetivo general

Determinar el nivel de adherencia al tratamiento farmacológico de un grupo de personas con diagnóstico de Hipertensión Arterial, que asisten al taller de usuarios con condiciones crónicas del CAPS Bravo Páez, durante el mes de marzo del año 2020

4.2. Objetivos específicos

- Caracterizar a las personas con diagnóstico de HTA que asisten al taller de usuarios con condiciones crónicas.
- Aplicar Escala de Adherencia a la medicación de Morisky (MMAS-8) a las personas con diagnóstico de HTA que asisten al taller de usuarios con condiciones crónicas.
- Identificar el porcentaje de adherencia al tratamiento farmacológico de las personas con diagnóstico de HTA.

5. MARCO CONCEPTUAL

5.1. DEFINICIÓN DE HIPERTENSIÓN ARTERIAL Y SUS FACTORES DE RIESGO

La HTA es una condición crónica en la que existe un aumento anormal de la fuerza que ejerce la sangre al pasar a través de las arterias (presión arterial). Para su desarrollo intervienen factores de riesgo modificables como la alimentación poco saludable, consumo perjudicial de alcohol, consumo o exposición de tabaco o exposición al humo de tabaco, inactividad física, sobrepeso, obesidad y factores de riesgo no modificables como antecedentes familiares, edad, sexo, etnia (13).

El control de la HTA es vital para evitar y/o disminuir las complicaciones que se pueden desencadenar a mediano y largo plazo como lo son los infartos agudos de miocardio, accidentes cerebro vasculares, retinopatías, nefropatías, insuficiencias cardiacas congestivas. Estas enfermedades llevan a una baja de la productividad de la persona, una disminución en la calidad de vida e inclusive la muerte (14).

5.2. EPIDEMIOLOGÍA DE LA HIPERTENSIÓN ARTERIAL

Según datos de la Organización Mundial de la Salud (OMS), las enfermedades cardiovasculares son la primera causa de muerte en el mundo, generando para 2015 una cifra de 17,7 millones de defunciones (10). Se calcula que en el mundo hay aproximadamente 1130 millones de personas con HTA, y que el porcentaje de personas que tienen controlada su condición siendo bajo (6).

En Colombia, según el Departamento Administrativo Nacional de Estadística (DANE), durante el año 2019 se registraron 238.192 muertes, encontrando las enfermedades cardiovasculares entre las 10 primeras causas de estos decesos (15).

En este contexto, anualmente, cada Entidad Administradora de Planes de Beneficios (EAPB) debe realizar el reporte a la Cuenta de Alto Costo sobre el número de pacientes que cuentan con el diagnóstico de una enfermedad precursora para Enfermedad Renal Crónica como HTA y Diabetes Mellitus, lo anterior con base en variables ya definidas en la Resolución 2463 de 2014.

En el último reporte, este organismo da a conocer la situación de Colombia para el año 2018 frente a las enfermedades precursoras de la Enfermedad Renal Crónica. Se reportaron 3.049.569 personas únicamente con diagnóstico de HTA, siendo Bogotá, Antioquia y Valle las ciudades que cuentan con el mayor número de personas diagnosticadas con dicha enfermedad. El mayor número de estas personas se encuentran afiliadas al régimen contributivo. Adicional a esto, se reportan 999,207 personas que tienen comorbilidad HTA y Diabetes Mellitus. En personas con los diagnósticos mencionados en ambos casos, se observa una mayor prevalencia en las mujeres (16).

Es preocupante el aumento de diagnóstico de HTA y sobre todo en personas cada vez más jóvenes en los cuales el principal factor de riesgo está relacionado con los estilos de vida no saludables, el diagnóstico temprano, el tratamiento oportuno y de calidad adicionando la adherencia al tratamiento hacen parte del manejo de HTA permitiendo el retraso y/o disminución en la aparición de complicaciones (16).

5.3. DEFINICIÓN DE ADHERENCIA AL TRATAMIENTO

En el 2004 la Organización Mundial de la Salud (OMS) definió la adherencia al tratamiento como “el grado en que el comportamiento de una persona (tomar el medicamento, seguir un régimen alimentario y ejecutar cambios del modo de vida) se corresponde con las recomendaciones acordadas de un prestador de asistencia sanitaria” (17).

5.4. FACTORES QUE INTERVIENEN EN LA ADHERENCIA AL TRATAMIENTO

La adherencia al tratamiento es de carácter multi factorial y se deben considerar todos los factores cuando se espera que haya cumplimiento de las indicaciones terapéuticas. De acuerdo a la OMS, se pueden considerar cinco dimensiones que pueden influir en la adherencia al tratamiento (17).

- **Factores socioeconómicos.** Se incluyen factores como la pobreza, analfabetismo, bajo nivel educativo, desempleo, falta de redes de apoyo, costos de los medicamentos, cultura y creencias, distancia desde el hogar hasta la unidad de atención, costo del transporte público, dinámica familiar, entre otras. En su globalidad, esta dimensión hace referencia al soporte familiar y/o social del paciente.
- **Relacionados con el equipo de salud.** Dentro de los factores identificados se encuentran la relación médico-paciente (que podría favorecer la adherencia o no al tratamiento), las gestiones administrativas entre los

aseguradores, entrega de medicamentos de manera eficaz o ineficaz, falta de capacitación de los profesionales de la salud que prestan la atención a personas con condiciones crónicas, inadecuada distribución de tareas, tiempo de consulta cortos, sistemas de auditorías eficaces, gestión del riesgo ineficaz, insatisfacción del servicio, acceso a consultas con su médico de cabecera para el manejo entre, otras (17,18).

- **Relacionados con la enfermedad.** Aquí se abordan factores que dependen de la percepción del paciente frente a su enfermedad, conocimiento de la importancia del tratamiento, presencia de síntomas, de su cumplimiento y de su seguimiento a través de controles regulares. Además, se deben considerar aspectos como la presencia de depresión, proceso de aceptación de su condición, severidad de la enfermedad, el consumo de sustancias psicoactivas y alcohol, los cuales influyen en los comportamientos (17,18).
- **Relacionados con el tratamiento.** Se pueden identificar factores como la complejidad de las indicaciones médicas (polimedicación, requerimiento de apoyo para la administración del medicamento), comprensión de las indicaciones, duración del tratamiento, múltiples tratamientos previos sin éxito, repetidos cambios en el tratamiento, efectos secundarios, tamaño y sabor del medicamento (17,18).
- **Relacionados con el paciente.** Esta es una de las dimensiones en las que se pueden encontrar múltiples factores que influyen en la adherencia al tratamiento. Aquí se abordan elementos como el conocimiento y creencias del paciente frente a la enfermedad, edad, motivación que tiene para tratarla, capacidad de auto cuidado, expectativas del tratamiento. Hay situaciones

que tendrán un efecto importante en la adherencia al tratamiento como olvido de la toma de medicamentos, estrés, posibles efectos secundarios, pérdida de la visión o audición, actitud y pensamientos pesimistas, percepción de no necesitar el tratamiento, limitación para el desplazamiento a la unidad médica por discapacidad o edad avanzada, no evidencia de resultados con el tratamiento, mitos y creencias negativas, baja aceptación de su condición, no comprender las indicaciones, no cumplimiento de los controles médicos, sentimiento de desesperanza, entre otras (18).

5.5. TEORÍA DEL AUTOCUIDADO

El cuidado hace referencia a una actividad que va más allá de una relación y proceso dentro de una enfermedad. Desde la enfermería, se considera al cuidado como parte esencial de su quehacer profesional, manifestándose en la práctica interpersonal y promoviendo la salud y el bienestar del individuo (15), realizando sus actividades en estrecha cercanía con la prestación de cuidados a aquellos que requieren atenciones específicas, además de identificar necesidades de salud y diseñar planes de cuidado para estos (19).

Por otra parte, el autocuidado también ha recibido atención por parte de los estudios dentro la enfermería. Al respecto, la Teoría General del Autocuidado propuesta por Dorothea Orem pretende hacer un abordaje de algunos ejes fundamentales. Dicha teoría está compuesta por la interrelación de tres teorías:

La Teoría del autocuidado, describe este como una actividad aprendida y dirigida a hacia sí mismo o hacia otros, buscando el desarrollo del individuo atendiendo a un balance con el entorno. Dentro de dichas actividades, se encuentran una serie de requisitos relacionados con el autocuidado universal, como lo son la conservación

del agua, del aire, eliminación, actividad y descanso, interacción social y soledad, la prevención de riesgos e interacción dentro de la actividad humana. También, están los requisitos de autocuidado del desarrollo, dentro de las que se encuentran la prevención o mitigación de condiciones adversas dentro de los diferentes ciclos de vida. Por último, están los requisitos de autocuidado de desviación de la salud, que hacen referencia a estados y medidas adoptadas para cubrir las necesidades del cuidado cuando hay una alteración en la salud (20).

Teoría del déficit del autocuidado: Se refiere las situaciones en las cuales las necesidades de salud de un individuo sobrepasan su capacidad de autocuidado, por lo cual surge la necesidad de la intervención por parte de un profesional, el cual dará apoyo en el proceso de adquisición de estas habilidades por medio de la identificación de las necesidades y limitaciones de manera conjunta con el afectado (19).

Teoría de los sistemas de enfermería: Referente a las actividades que la enfermería realiza con el fin de dar solución a las demandas de las personas en cuanto a sus cuidados terapéuticos. Estas actividades se encuentran divididas en sistemas compensadores (actividades de cuidado terapéutico por parte del profesional de enfermería); sistemas parcialmente compensadores (similar al anterior, pero donde el paciente es parte activa desarrollando también actividades de autocuidado) y sistemas de apoyo - educación (el profesional desarrolla actividades que fomentan y fortalecen las habilidades de autocuidado en el individuo) (19).

Como se puede apreciar, la relación paciente-profesional de enfermería es fundamental dentro del marco de la Teoría General del Autocuidado, ya que esta se basa en una relación efectiva entre ambos. Esta relación tiene una influencia significativa en el plan de enfermería pues a partir de ella se llegan a acuerdos de

acuerdo a las necesidades del paciente (21) Por esto, es necesario una la obtención de una información previa con la familia del paciente y con este, para proceder a realizar el análisis y el desarrollo del plan a seguir (22).

5.6. ADHERENCIA AL TRATAMIENTO Y AUTOCUIDADO

Dentro de la Teoría del Autocuidado, la adherencia al tratamiento es considerada como uno de los indicadores del desarrollo y puesta en marcha de un plan de cuidado, dentro del sistema compuesto por el individuo, los profesionales de enfermería y el entorno, ya que hace también sirve como herramienta para identificar las habilidades de un paciente para llevar a cabo actividades de autocuidado, la necesidad de que este reciba cierta educación respecto a estas actividades, su motivación y el grado de apoyo que este requiera (23).

En las personas con condiciones crónicas, el autocuidado y la adherencia al tratamiento tienen un papel principal dado que se busca prevenir complicaciones y se requiere de una participación dinámica del individuo en el cuidado de su salud. Así, aunque se ofrecen una amplia gama de tratamientos terapéuticos bastante efectivos, estos también dependen del paciente y del cumplimiento de sus compromisos con su propia salud, su auto cuidado, el cual le permite identificar factores que deben ser modificados, así como incentivar su compromiso y realizar las acciones requeridas, con el fin de satisfacer las demandas de su salud (24). Por su parte, el profesional de la salud provee una ayuda consistente en identificar las necesidades de cuidado del paciente para abordarlas y proveerle herramientas que le facilite realizarlas día a día (25).

5.7. ADHERENCIA AL TRATAMIENTO E HIPERTENSIÓN ARTERIAL

La dificultad de muchos pacientes para adherirse a un tratamiento farmacológico es generalizable para muchos padecimientos. La HTA no queda exenta de este problema, lo cual influye en que el tratamiento no sea óptimo, que se presenten complicaciones y que haya una reducción en la salud del paciente, así como un desperdicio de recursos sanitarios. Así, no obstante, se cuente con un medicamento eficaz, casi un tercio de los pacientes suele abandonar el tratamiento en los primeros 6 meses, y casi la mitad lo hace en un año. Aun cuando tengan supervisión médica, los pacientes también tienen a abandonar los medicamentos o a tomarlos incompletos.

Dentro de los factores que se han observado contribuyen a una mejora a la adherencia al tratamiento hipertensivo, se encuentran algunos de carácter personal, como una mejor calidad de vida, mejor educación y mejores ingresos, y en cuanto a la medicación, una disminución en el número de dosis, así como menos cambios en cuanto a cantidad del medicamento (26).

Debido a esto, los programas de control de la HTA deben enfocarse en lograr eliminar o reducir este inconveniente, con la finalidad de identificar las razones que llevan a la generación de esta problemática, e interpretar los motivos que llevan a los pacientes a adherirse o no al tratamiento con fármacos (27).

5.8. MEDICIÓN DE LA ADHERENCIA

Los métodos para realizar mediciones de la adherencia a un tratamiento han sido clasificados en directos e indirectos. Los directos son métodos objetivos que miden la adherencia a través de la determinación plasmática de un medicamento, la

medición de marcadores biológicos en la sangre o la terapia directamente observada. Estos tienen la ventaja de ser objetivos y específicos, brindando resultados más precisos respecto al incumplimiento con la toma del medicamento, pero a su vez, son costosos y no se encuentran al alcance de los servicios de atención primaria (28).

Por otra parte, los métodos indirectos son aquellos que utilizan estrategias de medición tales como el recuento de medicamentos, evaluación de la respuesta clínica, registros de entrega de los medicamentos, monitoreo electrónico de la medicación, diarios de los pacientes, y los cuestionarios y auto informes (test de Morisky Green, test de Haynes-Sackett, test de Batalla). La ventaja de estos métodos radica en que su realización es sencilla y económica, a la vez de práctica. Sin embargo, presentan ciertas desventajas, ya que, al ser una información reportada por los pacientes, sus familiares o un profesional de la salud, es muy subjetivo y se puede sobreestimar el cumplimiento real, dando una cifra menor de incumplidores.

No obstante, los métodos indirectos son los más usados para medir la adherencia, y de estos, en la modalidad de auto informe, la Escala de Adherencia a la Medicación de Morisky (MMAS-8) es el más utilizado. Este consta de una serie de preguntas que buscan averiguar si el paciente se toma su medicación, si olvida tomarla y si la suspende cuando se siente bien o mal. De esta forma, el test busca determinar si la persona es o no cumplidora con la medicación (29).

6. METODOLOGIA

6.1. TIPO DE ESTUDIO

El presente estudio se realizó bajo un enfoque cuantitativo de tipo descriptivo y transversal. Se describen una serie de variables cuantitativas y se analiza su incidencia e interacción en un momento dado, sin realizarse un seguimiento de este en el tiempo; siendo útil para exponer con precisión las dimensiones de un fenómeno dentro de una comunidad, contexto o situación (30).

6.2. POBLACIÓN Y MUESTRA

6.2.1. Población objeto y criterios de selección

La población estuvo constituida por 31 pacientes, entre hombres y mujeres en los cursos de vida adultez y vejez (31), con diagnóstico de HTA, que se encontraban en el taller de usuarios con condiciones crónicas, asistiendo al respectivo control durante el periodo del estudio en el CAPS Bravo Páez, de la Subred Integrada de Servicios de Salud Centro Oriente.

6.2.2. Tipo de muestreo

La muestra fue seleccionada por conveniencia en el área de consulta externa del CAPS Bravo Páez, de la Subred Integrada de Servicios de Salud Centro Oriente.

6.3. MATERIALES Y MÉTODOS

6.3.1. Instrumento

La recolección de los datos se realizó a través de un instrumento, el cual está dividido en 2 secciones. La primera sección corresponde a un cuestionario socio demográfico (Anexo1) y la segunda sección a la Escala de Adherencia a la Medicación de Morisky (MMAS-8), (Anexo 2) el cual permite por medio de una serie de preguntas cortas, observar el comportamiento de los pacientes en cuanto la adherencia al tratamiento (32).

la Escala de Adherencia a la Medicación de Morisky (MMAS-8), corresponde a una herramienta que ha sido validada y verificada en más de 110 estudios a nivel mundial y que tiene más de 80 traducciones. Este test cuenta con una primera versión con 4 ítems y evalúa elementos de olvido y gravedad de los síntomas, mientras que la segunda versión con 8 ítems profundiza en aspectos situacionales y emocionales asociados a la adherencia al tratamiento farmacológico. Esta herramienta es de fácil aplicación y de bajo costo permitiendo al profesional ofrecer al paciente una retroalimentación oportuna, y así abordar las barreras conductuales o situacionales que influyen en la adherencia al tratamiento (33).

Este test, cuenta con una primera versión que consta de 4 preguntas de respuesta dicotómicas, y ha sido validado para identificar la adherencia al tratamiento en múltiples patologías. Para esta versión de 4 preguntas, se considera que el paciente es adherente si responde de forma correcta a las preguntas, es decir, NO/SI/NO/NO (34).

El test de Morisky Green Levine, fue modificado en 2008, e incursiona con una versión de 8 preguntas (8-item Morisky Medication Adherence Scale o MMAS-8) el

cual fue validado para personas con diagnóstico de HTA en el año 2008 y permite un estudio cualitativo y cuantitativo de la adherencia al tratamiento. En esta versión, se mide la adherencia por medio de 7 preguntas de respuesta dicotómicas y una pregunta en escala tipo Likert. La adherencia al tratamiento se determina a partir de la puntuación obtenida luego de la aplicación del test, en donde puntajes menores a 6 indican baja adherencia, puntajes de 6 o 7 puntos indican moderada adherencia y puntajes iguales a 8 indican alta adherencia (32).

6.4. ANÁLISIS DE DATOS

Los datos obtenidos mediante la aplicación del instrumento (anexo 1) fueron ingresados a una matriz de Excel 2010, en donde se organizaron, tabularon y procesaron. Se determinó el grado de adherencia según las respuestas dadas por los pacientes y los parámetros determinados por el autor de la Escala de Adherencia a la Medicación de Morisky (MMAS-8).

7. RESULTADOS

De acuerdo con la metodología señalada, a continuación, se presentan los resultados obtenidos a través de la aplicación del instrumento a pacientes con diagnóstico de HTA, que asisten al taller para pacientes con condición crónica del CAPS Bravo Páez.

La muestra estuvo compuesta de 31 personas; en donde se evidenció una mayor proporción de sexo femenino siendo 26 las encuestadas y de sexo masculino 5 (Tabla 1). Con relación a la edad, se observó que la mayoría de las personas encuestadas tienen una edad promedio de 70 años, el valor mínimo fue 53 años y el valor máximo fue de 92 años (Tabla 2).

Tabla 1. MMAS-8 por sexo.

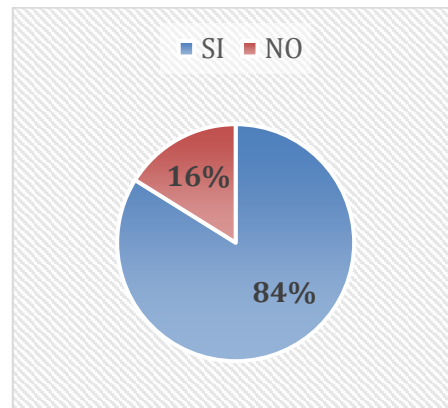
SEXO	N	%
FEMENINO	26	83,87
MASCULINO	5	16,13

Tabla 2. MMAS-8 por grupo de edad.

EDAD	N	%
50-59	4	12,9
60-69	13	41,94
70-79	7	22,58
80-89	6	19,35
90-99	1	3,23

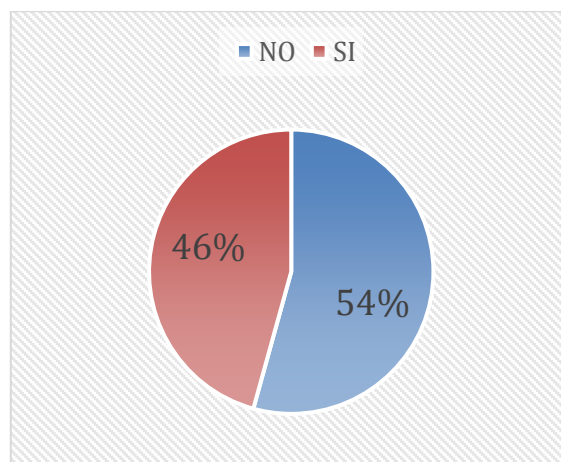
Respecto a la situación sociodemográfica, se evidenció que la mayoría de los encuestados reportó saber leer (Gráfico 1).

Gráfico 1. MMAS-8, saber leer



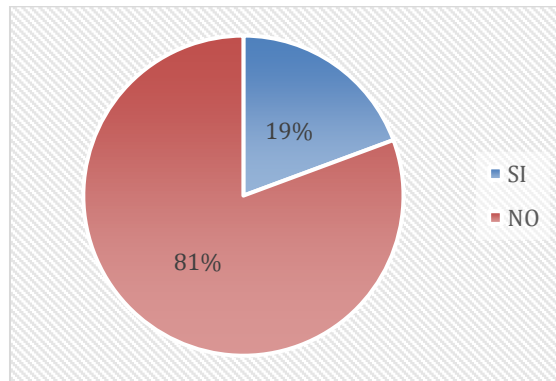
Con relación a la pregunta, ¿Tiene problemas de agudeza visual no corregidos?, 17 de los encuestados refiere no tenerlos, mientras que 14 refiere presentar problemas de agudeza visual (Gráfico 2).

Gráfico 2. MMAS-8, problemas de agudeza visual no corregidos



Respecto a la pregunta ¿Cuenta con ayuda de alguna persona en casa para la toma de medicamentos?, se observó que la mayoría (n= 25) refiere no contar con ayuda (Gráfico 3).

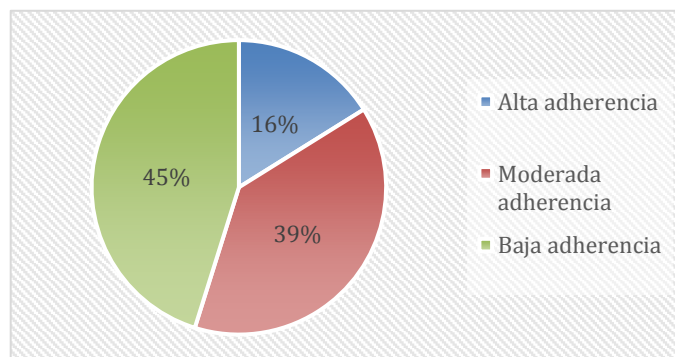
Gráfico 3. MMAS-8, ayuda de personas en casa para la toma de medicamentos



Del total de personas a las que les fue aplicado el instrumento, 5 presentaban alta adherencia al tratamiento farmacológico, considerando con alta adherencia aquellos que respondieron con una combinación correcta (NO, NO, NO, NO, SI, NO, NO, NUNCA/RARAMENTE), de acuerdo con lo determinado por el autor de la Escala de Adherencia a la medicación de Morisky (MMAS-8).

Además, se observó que 12 de las personas a las que se aplicó el instrumento presentaban adherencia moderada y 14 baja adherencia (Gráfico 4).

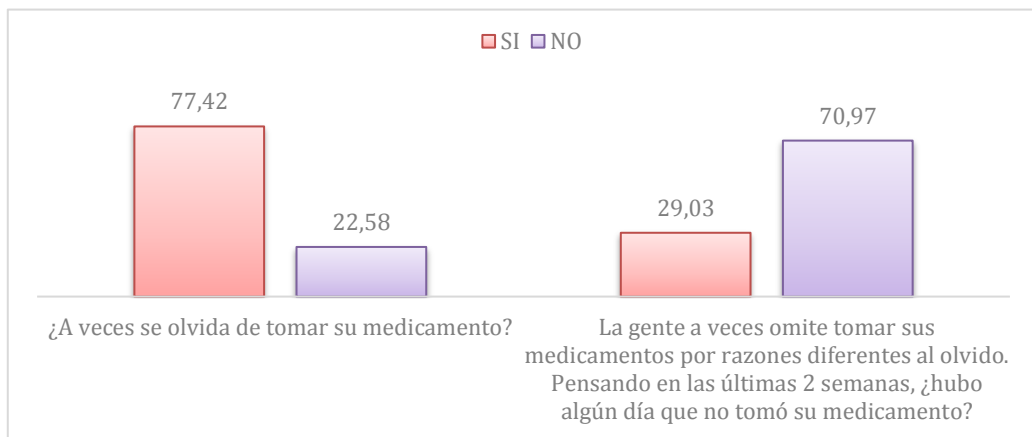
Gráfico 4. Nivel de adherencia al tratamiento farmacológico.



Con relación a las preguntas abordadas en la Escala de Adherencia a la Medicación de Morisky (MMAS-8), 24 personas a las que les fue aplicado el instrumento refieren que a veces olvida tomar los medicamentos, mientras que 7 no lo hace. Así mismo,

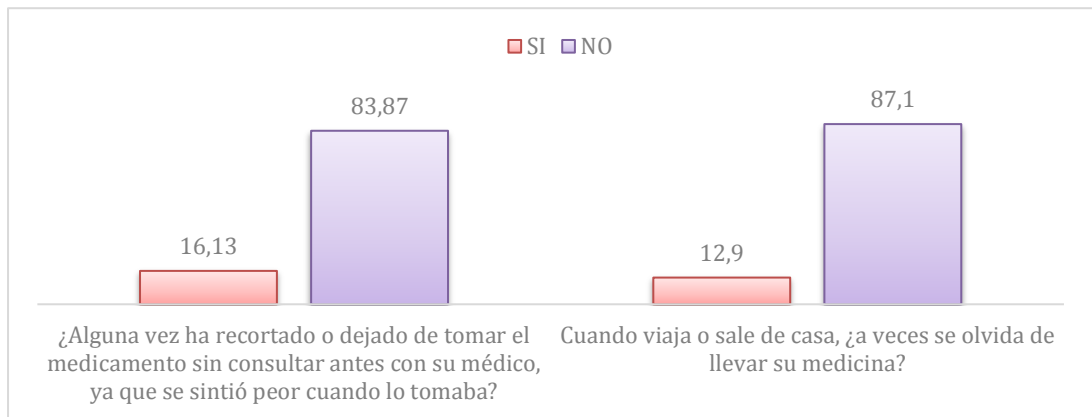
a la segunda pregunta en donde se identifica si en las últimas dos semanas ha omitido tomar los medicamentos por una razón diferente al olvido, 22 personas reportaron no haber omitido la toma del medicamento, mientras que 9 refieren haberlo hecho (Gráfico 5).

Gráfico 5. Escala de Adherencia a la medicación de Morisky (MMAS-8) – Preguntas 1 y 2



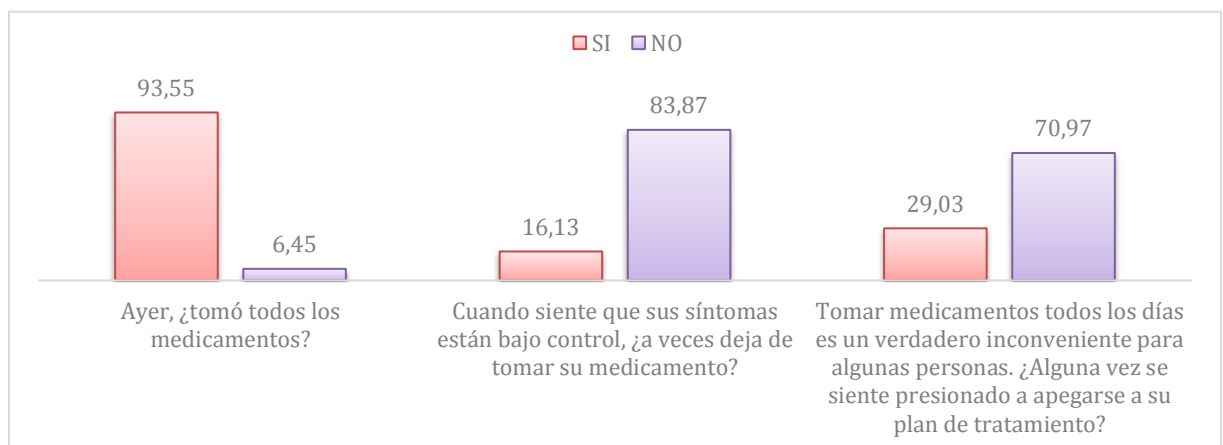
A la tercera pregunta, 26 personas reportan no haber dejado de tomar los medicamentos sin consultar al médico, ya que se ha sentido peor, mientras que 5 manifiesta haberlo hecho. A la pregunta, cuando viaja o sale de casa ¿A veces olvida llevar su medicina?, 27 de los encuestados manifiestan siempre llevar sus medicamentos si necesitan salir de casa, mientras que 4 refieren olvidar llevar los medicamentos (Gráfico 6).

Gráfico 6. Escala de Adherencia a la medicación de Morisky (MMAS-8) - Preguntas 3 y 4.



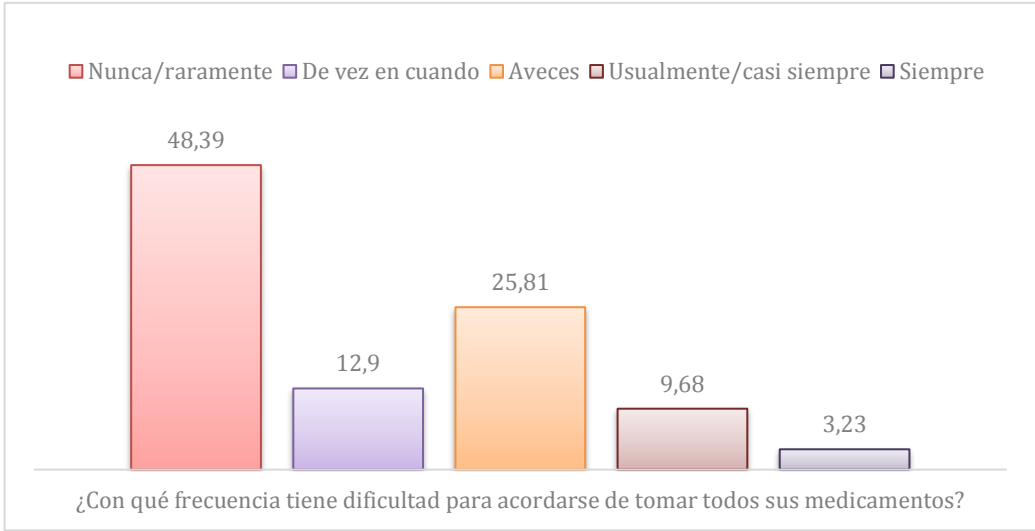
Respecto a la pregunta ayer, ¿tomó todos los medicamentos?, 29 personas refieren haber tomado los medicamentos el día anterior, mientras que el 2 no lo hicieron. A la pregunta, cuando siente que sus síntomas están bajo control, ¿a veces deja de tomar su medicamento?, 26 respondió no dejar de tomarlos, mientras que el 5 refiere suspenderlos. Con relación a la pregunta siete, 22 personas reportaron no sentirse presionado para cumplir con su tratamiento y 9 refiere sentirse presionado a hacerlo (Gráfico 7).

Gráfico 7. Escala de Adherencia a la medicación de Morisky (MMAS-8) - Preguntas 5,6 y 7.



Con relación a la pregunta, ¿con qué frecuencia tiene dificultad para acordarse de los medicamentos?, 15 personas reportaron nunca o raramente tener dificultad para acordarse de tomar los medicamentos, 4 de vez en cuando, 8 a veces, 3 usualmente o casi siempre y 1 siempre presenta dificultad para acordarse de tomar los medicamentos (Gráfico 8).

Gráfico 8. Escala de Adherencia a la medicación de Morisky (MMAS-8) - Pregunta 8.



8. DISCUSIÓN

Según la OMS solo el 50% de las personas con condiciones crónicas presentan adherencia al tratamiento en países desarrollados y supone que en países en desarrollo esta cifra es aún menor. Lo anterior, coincide con los resultados obtenidos en este estudio, ya que se observa una baja adherencia al tratamiento farmacológico antihipertensivo. Los resultados obtenidos que corresponden a baja adherencia 45%, moderada adherencia 39% y alta adherencia 16%, dan cuenta de la magnitud de la situación asociada a la no adherencia a los tratamientos farmacológicos, lo que conlleva a aumentar el riesgo cardiovascular y presentar eventos cardio cerebrovasculares con repercusiones que pueden ser fatales (17).

Los estudios llevados a cabo con la Escala de Adherencia a la medicación de Morisky (MMAS-8), presenta resultados variados: Santander (62,2%) (35), Bogotá (31,4 %) (9), Cundinamarca (63%) (36), Paraguay (39,7%) (37), Cuba (58,4%) (38), México (52%) (8). En el presente estudio, se observa que existe un alto porcentaje de baja adherencia al tratamiento 45%, lo cual puede ser causado por múltiples factores asociados a la vida del paciente como los mencionados anteriormente. Existen múltiples herramientas para la medición de la adherencia al tratamiento que han sido clasificadas en 2 grupos y cada uno realiza las mediciones de formas distintas lo que de cierta forma dificulta la estandarización de la medición de la adherencia (28).

Para este estudio los mayores factores que se asociaron con la no adherencia al tratamiento, se hallaron en las preguntas relacionadas con el olvido de la toma de los medicamentos, omisión de la toma de medicamento por razón diferente al olvido y sentimiento de presión a cumplir el tratamiento. Con relación al factor olvido frente a la baja adherencia al tratamiento, presenta un resultado similar a los hallazgos de

estudios realizados en Chile donde el olvido se encuentra entre los primeros factores de no adherencia(32). Se ha identificado que el 39% de los errores relacionados con la no adherencia al tratamiento se deben al olvido dado principalmente por tener definido un horario para la toma de los medicamentos (39). También, se ha observado que “el 30% del abandono de la medicación del paciente se debe a causas no intencionales como el olvido o la falta de habilidades para seguir el tratamiento; mientras que el 70% de la no adherencia se debe a una decisión del paciente” (40).

Con relación a la pregunta si ha omitido la toma del medicamento por una razón diferente al olvido, el 29,03% de los pacientes refiere haber omitido la toma del medicamento en la últimas 2 semana por razones diferentes al olvido, se hace necesario explorar cuales son las razones por las que se omite el medicamento y determinar la posibilidad de intervención que permita mejorar la adherencia al tratamiento. Respecto a la pregunta en donde se valora si alguna vez se ha sentido presionado a apegarse al plan de tratamiento, el 29,03% se manifestó de forma positiva. Lo anterior, hace evidente la necesidad de intervenciones educativas centradas en el paciente que posibilite la identificación de los aspectos a fortalecer acorde a las necesidades individuales y considerar aspectos personales como la capacidad de leer, estado de la agudeza visual, creencias y prejuicios (41).

Además, es claro que se debe explicar al paciente todo lo relacionado con la patología, al tratamiento farmacológico y es importante que el paciente conozca cuales son los posibles efectos adversos de los medicamentos para que los pueda identificar en caso de que se presenten y sepa actuar frente a ellos. Complementario al componente educativo se encuentra el apoyo familiar o social, que como ya se mencionó es significativo como parte integral del tratamiento. Por su parte el profesional de la salud, además del papel de educador, tiene una tarea esencial en el ajuste terapéutico y el seguimiento al tratamiento que permita la prescripción del

mejor esquema terapéutico y lograr así un adecuado uso y adherencia a los medicamentos. Considerar el apoyo de profesionales en psicología como parte del acompañamiento a través de psicoterapia motivacional o conductual al proceso de aceptación de la enfermedad, adopción de estilos de vida saludables y actitud frente a la necesidad de medicamentos para el control de la enfermedad (41) .

La alfabetización en salud es un término que se ha venido desarrollando desde hace varios años, y tiene su fundamento desde el concepto de promoción de la salud e implica el conocimiento, la motivación y las aptitudes para acceder a información de temas de salud que permita una toma de decisiones que favorezcan la prevención de la enfermedad y la mejora en la calidad de vida. Un nivel inadecuado de alfabetización en salud está relacionado con un peor estado de salud, peores hábitos preventivos y una mayor demanda de los servicios de salud. Por el contrario, niveles altos de alfabetización en salud se asocia a niveles más altos de empoderamiento y mejores habilidades para la toma de decisiones (42).

Teniendo en cuenta lo mencionado anteriormente, la alfabetización en salud requiere de la intervención de un equipo multidisciplinario que apoye en el proceso de diagnóstico y afrontamiento de la enfermedad que permita en el paciente mayor comprensión de la enfermedad, adquirir interés en el tratamiento y generar mayor sentido de control de la patología (43). Desde la teoría del autocuidado, la toma de medicamentos es considerado como una actividad de autocuidado en desviación de la salud que condice con lo observado en diferentes estudios. Los sistemas de enfermería apoyo-educación tendrían un papel importante que deben ser abordados por profesionales capacitados y que no solo eduquen en temas de salud, sino que realice un acompañamiento en todo el proceso.

Con relación a las características demográficas, es de destacar que más del 50% de la muestra correspondió a mujeres. Respecto a la edad como factor predisponente para la no adherencia al tratamiento, no se ha encontrado asociación

directa (44). Es relevante, que el 16,13% de los encuestados son analfabetas, un factor socioeconómico abordado anteriormente que implica una barrera para el cumplimiento del esquema terapéutico (41). Así mismo, se observa que el 85,65% de la población encuestada no cuenta con ayuda en casa para la toma de los medicamentos y se ha identificado que el poco apoyo social influye en una adherencia deficiente y aunque es claro que los pacientes forman parte de un grupo familiar, en muchas ocasiones no se evidencia el acompañamiento (44).

Además, en las características socio demográficas, se encontró que 45,16% presentaba alteraciones en agudeza visual que no han sido corregidos. Lo anterior, puede influir en la adherencia al tratamiento considerando que las alteraciones a nivel visual o auditivo producen gran impacto en la interacción en el paciente y el profesional de la salud e interfieren en la adecuada comprensión de la información para la toma de decisiones. Así mismo, las alteraciones a nivel sensorial disminuyen la independencia, dificultan comprender las indicaciones escritas, distinguir los colores o identificar los medicamentos, lo que tenían afectando el cumplimiento del tratamiento, sumado a que como se pudo constatar la gran mayoría de los pacientes encuestados no cuenta con apoyo en casa (45–47).

Ante la pregunta que busca conocer si cuenta con ayuda en casa para la toma de los medicamentos, el 80,65% refirió no contar con apoyo en casa. Lo anterior se considera un factor de riesgo representativo para la no adherencia al tratamiento y se ha comprobado que si se logra apoyo por parte de la familia puede haber un aumento en la adherencia al tratamiento(48). En un estudio realizado en Ecuador, se evidenció la importancia del apoyo social teniendo en cuenta que las personas que tenían un apoyo medio o mayor, tenían más adherencia que los que contaban con poco apoyo (49). El apoyo familiar es indispensable y en muchas ocasiones el grupo familiar no es consciente de esto, la vinculación de la familia permite comprender ellos tienen un papel importante, que puede favorecer la modificación

de estilos de vida y que el paciente comprenda las indicaciones médicas y mejore la adherencia al tratamiento (9,50).

La adherencia al tratamiento constituye un acuerdo entre el profesional de la salud y el paciente en donde existe una responsabilidad compartida y el paciente debe participar activamente en el tratamiento. Desde la teoría planteada por Dorothea Orem, en donde los profesionales de enfermería son gestores de cuidado hay una responsabilidad de guiar y fortalecer las actividades de autocuidado y en el abordaje desde las actividades de enfermería dependiendo las necesidades del paciente se aplican las subteorías anteriormente expuestas. Se observa que existe una alta prevalencia de no adherencia al tratamiento, lo cual puede ser causado por múltiples factores asociados a la vida del paciente, que abre interrogantes acerca de las posibles causas para dicho comportamiento.

Como limitaciones de este trabajo, es necesario citar la ausencia de medición de otras variables, aunado a la no inclusión de comorbilidades, que pueden estar relacionadas con la adherencia al tratamiento.

Una única intervención al paciente no es suficiente y requiere controles que vayan más allá de la sola toma de tensión arterial y disponer espacios para el abordaje de la alfabetización en salud que se apoye de creencias, expectativas y percepciones del paciente. Teniendo en cuenta que la OMS sugiere que las acciones de autocuidado en especial las relacionadas con la desviación de la salud, están asociadas al conocimiento que se tiene de la patología y manejo de esta para lograr una adaptación a la nueva situación en salud y adherirse a los tratamientos (24).

9. CONCLUSIONES

Los principales factores que intervienen en la no adherencia al tratamiento farmacológico están relacionados a la persona y al componente socioeconómico. En el control de la HTA, la adherencia al tratamiento juega un papel fundamental y como vemos en otros estudios, la baja adherencia se presenta como un escenario frecuente. La intervención de los factores que hacen parte de la no adherencia al tratamiento permite disminuir o evitar las complicaciones, los ingresos hospitalarios, riesgo de transmisión de enfermedades contagiosas y los costos individuales y sociales (51).

En la aplicación de la MMAS-8, se evidenció que los aspectos relacionados con olvidos, omisión de toma de medicamentos por razón diferente al olvido y los sentimientos asociados al cumplimiento del tratamiento fueron los que tuvieron mayor incumplimiento.

El uso de la MMAS-8, es de gran utilidad, ya que permite evidenciar de una forma fácil, practica y económica el nivel de adherencia al tratamiento de una persona, identificando los factores que influyen en la no adherencia y así poder intervenirlos oportunamente, aunque. se debe tener en cuenta que la Escala no considera otros aspectos del régimen terapéutico, como la dieta, la actividad física y el control de factores de riesgo asociados (29).

Se requieren realizar más estudios que permitan no solo reconocer el grado de adherencia a un tratamiento, sino que permitan dar un mejor abordaje de los factores que influyen en la misma, acompañados de elementos cualitativos que permitan conocer más a fondo las experiencias de los pacientes y los profesionales de la salud, a fin de identificar fortalezas y debilidades en este contexto, más allá de solo la medición de este fenómeno o de la incidencia de este.

Para lograr un adecuado control de la HTA es importante que la enfermería fortalezca el conocimiento disciplinar del fenómeno de la adherencia a los tratamientos.

Debe existir un trabajo articulado desde todos los sectores y no solo el sector salud, para lograr avances significativos en la adherencia al tratamiento de las personas con condiciones crónicas. Es importante el abordaje y grupal e individual, que permita la intervención de los factores predisponentes para la no adherencia y lograr mejores resultados (27).

10. BIBLIOGRAFÍA

1. OMS. Enfermedades no transmisibles [Internet]. 2018. [citado el 1 de julio de 2020]. Disponible en: <https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/noncommunicable-diseases>
2. Organización Panamericana de la salud. Las ENT de un vistazo. Organización Panamericana de la salud, Washington, D.C. 2019. 7 p.
3. Andrade R, Restrepo R, Vélez A. Fundamentos básicos de medicina. 3a ed. Restrepo A, editor. Medellín: Fondo Editorial CIB; 2016.
4. OMS. La OMS presenta un nuevo informe sobre las tendencias mundiales del consumo de tabaco [Internet]. 2019. [citado el 1 de julio de 2020]. Disponible en: <https://www.who.int/es/news-room/detail/19-12-2019-who-launches-new-report-on-global-tobacco-use-trends>
5. OMS. ¿Qué son las enfermedades cardiovasculares? [Internet]. 2015. [citado el 1 de julio de 2020]. Disponible en: https://www.who.int/cardiovascular_diseases/about_cvd/es/
6. OMS. Hipertensión [Internet]. 2019. [citado el 1 de julio de 2020]. Disponible en: <https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/hypertension>
7. Ministerio de Salud y Protección Social. Resolución 4003 DE 2008 [Internet]. 2008. [citado el 1 de julio de 2020]. Disponible en: http://legal.legis.com.co/document/Index?obra=legcol&document=legcol_7599204250dff034e0430a010151f034
8. Luna-Breceda U, del Rocío Haro-Vázquez S, Uriostegui-Espíritu LC, de Jesús Barajas-Gómez T, Rosas-Navarro DA. Nivel de adherencia terapéutica en pacientes con hipertensión arterial: experiencia en una unidad de medicina familiar de Zapopan Jalisco, México. Atención Fam. el 1 de julio de 2017;24(3):116–20.

9. Guarín G, Pinilla A. Adherencia al tratamiento antihipertensivo y su relación con la calidad de vida en pacientes de dos hospitales de Bogotá, D.C. 2013-2014. Rev la Fac Med [Internet]. 2015 [citado el 1 de julio de 2020];64(4). Disponible en: <http://www.scielo.org.co/pdf/rfmun/v64n4/0120-0011-rfmun-64-04-00651.pdf>
10. Acevedo G, Medina S. Adherencia terapeutica en pacientes hipertensos del hospital Tunjuelito. 2015.
11. Pérez JM, Salazar AM, Ceballos S, Dazaa JF, Serna E, Fonseca GR. Pharmacotherapeutic profile and quality of life in elderly patient on primary care in Manizales, Colombia [Internet]. Scipedia. 2019 [citado el 1 de julio de 2020]. Disponible en: https://www.scipedia.com/public/Perez-Agudelo_et_al_2019a
12. Sistemática Y Metaanálisis R, Sofía Zurique-Sánchez M, Zurique-Sánchez P, Anthony Camacho-López P, Sánchez-Sanabria M, Carlos Hernández-Hernández S, et al. Prevalencia de hipertensión arterial en Colombia. ActA Médica Colomb [Internet]. 2019 [citado el 1 de julio de 2020];44(4). Disponible en: <https://doi.org/10.36104/amc.2019.1293>
13. Manual MDS. Hipertensión arterial [Internet]. 2018. [citado el 1 de julio de 2020]. Disponible en: <https://www.msmanuals.com/es/hogar/trastornos-del-corazón-y-los-vasos-sanguíneos/hipertensión-arterial/hipertensión-arterial>
14. OMS. Preguntas y respuestas sobre la hipertensión [Internet]. 2015 [citado el 1 de julio de 2020]. Disponible en: <https://www.who.int/features/qa/82/es/>
15. DANE. Boletín Técnico Estadísticas Vitales (EEVV) Cuarto trimestre 2019pr Estadísticas Vitales (EEVV). 2019.
16. Fondo Colombiano de Enfermedades de Alto Costo. Enfermedad renal crónica, hipertensión arterial y diabetes mellitus [Internet]. 2015. Disponible en:

https://cuentadealtocosto.org/site/images/Situación_de_la_Enfermedad_Renal_Crónica_en_Colombia_2015.pdf

17. OMS. Adherencia a los tratamientos a largo plazo. Pruebas para la acción. Ginebra: 2004. 2004.
18. Pagès-Puigdemont N, Valverde-Merino MI. Adherencia terapéutica: factores modificadores y estrategias de mejora. *Ars Pharm* [Internet]. el 20 de diciembre de 2018 [citado el 1 de julio de 2020];59(4):251–8. Disponible en: <http://dx.doi.org/10.30827/ars.v59i4.7357>
19. Naranjo Y, Concepción J, Rodríguez M. La teoría Déficit de autocuidado: Dorothea Elizabeth Orem. *Scielo* [Internet]. 2017 [citado el 1 de julio de 2020];19(3). Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1608-89212017000300009
20. Espino MPM, Bouza ET. Aplicación del modelo de Dorothea Orem ante un caso de una persona con dolor neoplásico. *Gerokomos* [Internet]. 2013 [citado el 1 de julio de 2020];24(4):168–77. Disponible en: http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1134-928X2013000400005&lng=es&nrm=iso&tlng=es
21. Navarro, Castro. Modelo de dorothea orem aplicado a un grupo comunitario a través del proceso de enfermería. *Enfermería Glob Rev electrónica Trimest enfermería* [Internet]. 2010 [citado el 1 de julio de 2020];9(2). Disponible en: http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1695-61412010000200004
22. Modelos Enfermeros. Teoría del déficit del auto-cuidado [Internet]. 2013. [citado el 1 de julio de 2020]. Disponible en: <http://modelosenfermeros2013.blogspot.com/2013/05/teoria-del-deficit-del-auto-cuidado.html>

23. Fernandez C, Lopez C. Autocuidado y adherencia al tratamiento en usuarios del programa de VIH en un hospital de Chile. Aladefe [Internet]. 2018 [citado el 1 de julio de 2020];8(3). Disponible en: <https://www.enfermeria21.com/revistas/aladefe/articulo/282/autocuidado-y-adherencia-al-tratamiento-en-usuarios-del-programa-de-vih-en-un-hospital-de-chile/>
24. Velandia A, Rivera L. Agencia de Autocuidado y Adherencia al Tratamiento en Personas con Factores de Riesgo Cardiovascular. Rev Salud Pública [Internet]. 2009 [citado el 1 de julio de 2020];11(4). Disponible en: http://www.scielo.org.co/scielo.php?pid=S0124-00642009000400005&script=sci_abstract&tlng=es
25. Olivella-Fernández MC, Bastidas-Sánchez CV, Castiblanco-Amaya MA. La adherencia al autocuidado en personas con enfermedad cardiovascular: Abordaje desde el Modelo de Orem. Vol. 12, Aquichan. Universidad de La Sabana; 2012. p. 53–61.
26. European Society of Hypertension, European Society of Cardiology. 2013 ESH/ESC Guidelines for the management of arterial hypertension. Eur Heart J [Internet]. 2013 [citado el 1 de julio de 2020];34(28). Disponible en: <https://academic.oup.com/eurheartj/article/34/28/2159/451304>
27. Herrera E. Adherencia al tratamiento en personas con hipertensión arterial. Av en Enfermería [Internet]. 2012 [citado el 1 de julio de 2020];30(2). Disponible en: <http://www.scielo.org.co/pdf/aven/v30n2/v30n2a06.pdf>
28. Chaves Torres NM, Echeverri Sarmiento JE, Ballesteros DA, Quijano Rodriguez J, Camacho D. Validación de la escala de Morisky de 8 ítems en pacientes con enfermedad renal crónica. Rev Med [Internet]. el 5 de diciembre de 2016 [citado el 1 de julio de 2020];24(2):23–32. Disponible en: http://www.scielo.org.co/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0121-52562016000200003&lng=en&nrm=iso&tlng=es

29. López-Romero LA, Romero-Guevara SL, Parra DI, Rojas-Sánchez LZ. Adherencia al tratamiento: Concepto y medición. *Hacia la promoción la salud* [Internet]. el 5 de junio de 2016 [citado el 1 de julio de 2020];0121–7577(2462–8425):117–37. Disponible en: http://www.scielo.org.co/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0121-75772016000100010&lng=en&nrm=iso&tlng=es
30. Hernandez Sampieri, Roberto; Fernandez Collado, Carlos; Baptista Lucio P. *Metodología de la investigación*. 6a ed. Rocha M, editor. Mexico: McGraw-Hill; 2014.
31. Ministerio de Salud y Protección Social. Resolución 3280 de 2018 [Internet]. 2018. [citado el 1 de julio de 2020]. Disponible en: http://legal.legis.com.co/document/Index?obra=legcol&document=legcol_f63a1888c06e48a981ffa9117bc9129b
32. Valencia-Monsalvez F, Mendoza-Parra S, Luengo-Machuca L. Evaluation of Morisky medication adherence scale (MMAS-8) in older adults of a primary health care center in Chile. *Rev Peru Med Exp Salud Publica* [Internet]. el 1 de abril de 2017 [citado el 1 de julio de 2020];34(2):245–9. Disponible en: http://www.scielo.org.pe/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1726-46342017000200012&lng=es&nrm=iso&tlng=es
33. Sison G. The Morisky Medication Adherence Scale: An Overview [Internet]. 2018. [citado el 1 de julio de 2020]. Disponible en: <https://www.pillsy.com/articles/the-morisky-medication-adherence-scale-definition-alternatives-and-overview>
34. Pagès-Puigdemont N, Valverde-Merino MI. Métodos para medir la adherencia terapéutica. *Ars Pharm* [Internet]. el 14 de septiembre de 2018 [citado el 1 de julio de 2020];59(3):163–72. Disponible en: <http://dx.doi.org/10.30827/ars.v59i3.7387>
35. Romero S, Parra D, Sanchez J, Tojas L. Adherencia terapéutica de pacientes

- con hipertensión arterial y diabetes mellitus tipo 2 de Bucaramanga, Colombia. Rev la Univ Santander [Internet]. 2017 [citado el 1 de julio de 2020];49(1). Disponible en: <https://www.redalyc.org/pdf/3438/343850079005.pdf>
36. Castillo A, Guerrero E, Santana L, Torres M. Factores asociados a la adherencia del tratamiento antihipertensivo en mayores de 55 años. 2017.
 37. Aid Kunert J. Adherencia al tratamiento antihipertensivo en pacientes ambulatorios de un hospital urbano. Rev Virtual la Soc Paraguaya Med Interna [Internet]. 2015 [citado el 1 de julio de 2020];2(2):43–51. Disponible en: <http://dx.doi.org/10.18004/rvspmi/>
 38. López Vázquez, Santiago; Chávez Vega R. Adherencia al tratamiento antihipertensivo en pacientes mayores de 60 años. Rev Habanera Ciencias Médicas [Internet]. 2016 [citado el 1 de julio de 2020];15(1). Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1729-519X2016000100006
 39. Pfizer. La adherencia al tratamiento: Cumplimiento y constancia para mejorar la calidad de vida diálogos Pfizer -Pacientes. 2018.
 40. Ortega Cerda, José Juan; Sánchez Herrera, Diana; Rodríguez Miranda, Óscar Adrián; Ortega Legaspi JM. Adherencia terapéutica: un problema de atención médica [Internet]. Vol. 16, Acta Médica Grupo Ángeles. Medigraphic; 2018 sep [citado el 1 de julio de 2020]. Disponible en: www.medigraphic.org.mx/acceptado:05-02-2018.Estearticulo puederconsultadoenversioncompletaenhttp://www.medigraphic.com/actamedica
 41. Castro Díaz LA. Revisión de la literatura sobre las cinco dimensiones de la adherencia al tratamiento Escuela de Medicina y Ciencias de la Salud. 2018.
 42. Juvinyà-Canal D, Bertran-Noguer C, Suñer-Soler R. Alfabetización para la salud, más que información. Gac Sanit [Internet]. el 1 de enero de 2018 [citado

el 1 de julio de 2020];32(1):8–10. Disponible en:
<https://doi.org/10.1016/j.gaceta.2017.07.005>

43. Cobo Sánchez JL. Alfabetización en salud y cuidados: mucho más que educar en salud. *Metas de Enfermería* [Internet]. 2019 [citado el 1 de julio de 2020];22(5). Disponible en:
<https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=6943866>
44. Bello Escamilla, Natalia Verónica; Montoya Cáceres PA. Adherencia al tratamiento farmacológico en adultos mayores diabéticos tipo 2 y sus factores asociados. *Gerokomos* [Internet]. 2017 [citado el 1 de julio de 2020];28(2). Disponible en:
http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_abstract&pid=S1134-928X2017000200073
45. Beltran, Angie; Leal M. Factores relacionados con la adherencia al tratamiento farmacológico en pacientes con diagnóstico de depresión en un a institución de salud de Bogotá. 2009.
46. Peralta, María Luisa; Carbajal Pruneda P. Adherencia a tratamiento. • *Rev Cent Dermatol Pascua* • [Internet]. 2008 [citado el 1 de julio de 2020];17:84. Disponible en: www.medigraphic.com
47. Sila, German; Galeano, Esmeralda; Correa J. Adherencia al tratamiento Implicaciones de la no-adherencia. *Acta Médica Colomb* [Internet]. 2005 [citado el 1 de julio de 2020];30(4). Disponible en:
http://www.scielo.org.co/scielo.php?pid=S0120-24482005000400004&script=sci_abstract&tlng=es
48. Arévalo Astudillo MP, López González MS, López Sigüenza DV, Martínez Reyes FC. ADHERENCIA A LA TERAPÉUTICA FARMACOLÓGICA EN PACIENTES CON HIPERTENSIÓN ARTERIAL. *Rev Médica del Hosp José Carrasco Arteaga*. el 10 de marzo de 2016;8(1):8–13.

49. Loor Nieto AM, Mosquera Rivas CA. Influencia de la educación que brinda el médico familiar y el apoyo de la familia en la adherencia al tratamiento no farmacológico en pacientes con hipertensión arterial, en el Centro de Salud Tipo C “Andrés de Vera”, Portoviejo [Internet]. PUCE-Quito; 2019 [citado el 1 de julio de 2020]. Disponible en: <http://repositorio.puce.edu.ec:80/xmlui/handle/22000/16856>
50. Alba-Leonel, Adela; Fajardo Ortiz , Guillermo; Papaqui Hernández J. El apoyo familiar y la adherencia en el tratamiento de Hipertensión Arterial. Rev enferm neurol. 2015;14(1):2015.
51. Mabel Maidana G, Mabel Maidana GI, Lugo GI, Vera ZI, Acosta PI, Morinigo MI, et al. Factores que determinan la falta de adherencia de pacientes diabéticos a la terapia medicamentosa. Mem Inst Investig Cienc Salud [Internet]. 2016 [citado el 1 de julio de 2020];14(1):70–7. Disponible en: <http://dx.doi.org/10.18004/Mem.iics/1812-9528/2016.014>

ANEXOS

Anexo 1. Cuestionario socio demográfico.

- Nombre:
- Edad:
- Sexo: F ___ M ___
- ¿Sabe leer?: SI ___ NO ___
- ¿Tiene problemas de agudeza visual no corregidos? SI ___ NO ___
- ¿Cuenta con ayuda en casa para la toma de medicamentos?: SI ___ NO ___

Anexo 2. Escala de Adherencia a la medicación de Morisky (MMAS-8)

PREGUNTAS	OPCIONES DE RESPUESTA	
1. ¿Olvida tomar su medicina algunas veces?	SI = 0	NO = 1
2. Algunas veces las personas no se toman su medicina por razones diferentes al olvido. Piense en las dos semanas pasadas. ¿Dejó de tomar su medicina algún día?	SI = 0	NO = 1
3. ¿Alguna vez ha tomado menos pastillas, o ha dejado de tomarlas sin decírselo al doctor porque se sentía peor cuando las tomaba?	SI = 0	NO = 1
4. ¿Cuándo viaja o sale de casa olvida llevar sus medicinas algunas veces?	SI = 0	NO = 1
5. ¿Se tomó sus medicinas ayer?	SI = 1	NO = 0
6. Cuando siente que sus síntomas están bajo control, ¿deja de tomar su medicina algunas veces?	SI = 0	NO = 1
7. Tomar las medicinas todos los días es realmente incómodo para algunas personas, ¿siente usted que es un fastidio lidiar con su plan de tratamiento?	SI = 0	NO = 1
8. ¿Con qué frecuencia le es difícil recordar que debe tomar todas sus medicinas?	Nunca/Raramente = 1 De vez en cuando = 0 A veces = 0 Normalmente = 0 Siempre = 0	