

Adherencia al tratamiento de personas con hipertensión y/o diabetes de San José del Guaviare -
Colombia, 2019.

Santoya-Hernández Farly Gisela¹; Quintero Luz Angélica²; Pablo Enrique Chaparro Narváez³

Resumen

Debido al aumento de la morbilidad y mortalidad por condiciones crónicas no transmisibles en Colombia y el desconocimiento en el departamento del Guaviare de la adherencia al tratamiento de las personas hipertensas y/o diabéticas, se realizó un estudio de corte transversal con el fin de describir la adherencia terapéutica de las personas con hipertensión y/o diabetes del municipio de San José del Guaviare, identificando los factores asociados al estricto cumplimiento de las recomendaciones sobre el tratamiento farmacológico y no farmacológico a través del análisis de los datos recolectados por medio de la aplicación de un cuestionario en los meses de julio y agosto de 2019 a 258 personas hipertensas y diabéticas. Se identificaron 181 con hipertensión (70,2%), 9 con diabetes (3,5%) y 68 personas (26,3%) que comparte el diagnóstico (hipertensión + diabetes). El 79,1% de las participantes a las que se les aplicó el cuestionario manejan tratamiento farmacológico así como tratamientos complementarios, el 61,2% conocen que deben realizar modificaciones en su dieta y el 29,1% que debe practicar actividad física. El Test de Morisky – Green arrojó un 55% de adherencia al tratamiento farmacológico y la Escala global de conductas en salud de Miller refleja un inadecuado nivel de adherencia terapéutica. Se establecieron como principales factores asociados al cumplimiento de las

¹ Enfermera, Magister en salud pública, estudiante Universidad Santo Tomas, San José del Guaviare, Colombia, farlyasantoya@usantotomas.edu.co. <https://orcid.org/0000-0002-8388-4926>.

https://scholar.google.es/citations?user=2U_iamAAAAAJ&hl=es Autor para correspondencia

² Ingeniera de alimentos, Magister en salud pública, estudiante Universidad Santo Tomas, Bogotá, Colombia, luz.quintero@usantotomas.edu.co. <https://orcid.org/0000-0001-7243-6290>.

<https://scholar.google.es/citations?hl=es&authuser=1&user=Yu0FwPEAAAAJ>

³ Médico, Doctor en salud pública, Magister en epidemiología y en salud pública, Especialista en salud ocupacional y en epidemiología, Docente de la Universidad Santo Tomas, Bogotá D.C. pablochaparro@usantotomas.edu.co.

recomendaciones la complejidad de los tratamientos, el asistir acompañado a la consulta, el recibir apoyo y que las indicaciones médicas sean por escrito.

Abstract

Due to the increase in morbidity and mortality from chronic non-communicable conditions in Colombia and the lack of knowledge in the department of Guaviare about adherence to treatment for people with hypertension and/or diabetes, a cross-sectional study was conducted to describe the therapeutic adherence of people with hypertension and/or diabetes in the municipality of San José del Guaviare, identifying the factors associated with strict compliance with the recommendations on pharmacological and non-pharmacological forms of treatment. Through the analysis of data, gathered via questionnaires provided during July and August 2019 to 258 hyper-tense and diabetic people, the study identified 181 (70,2%) people with hypertension; 9 (3,5%) with diabetes and 68 (26,3%) who share a diagnosis of hypertension + diabetes. 79,1% of participants who answered the questionnaire are users of pharmacological treatment and of complementary forms of treatment; 61,2% are aware that they ought to modify their dietary habits and 29,1% ought to do physical activity. The Morisky-Green test showed an adherence rate of 55% to pharmacological treatment, while the Miller Behavioral Style Scale (MBSS) reflects an inappropriate level of therapeutical adherence. As main factors associated to complying with recommendations we identified the complexity of treatments, attending accompanied consultations, receiving support and the presentation of medical indications in written form.

Palabras clave: hipertensión, diabetes mellitus, cumplimiento y adherencia al tratamiento, administración del tratamiento farmacológico, cumplimiento de la medicación (fuente: DeCS, BIREME).

Key words: hypertension, diabetes mellitus, treatment adherence and compliance, medication therapy management, medication adherence (source: DeCS, BIREME)

Palavras-chave: hipertensão, diabetes mellitus, cooperação e adesão ao tratamento, conduta do tratamento medicamentoso, adesão à medicação (fonte: DeCS, BIREME).

Introducción

Las enfermedades cardiovasculares y la diabetes mellitus han estado dentro de las principales causas de mortalidad a nivel mundial durante los últimos 15 años con una tendencia al aumento (1,2). La región de América Latina y el Caribe no es ajena a este comportamiento de las enfermedades no transmisibles, de tal forma que las enfermedades cardiovasculares (ECV) representan 1,63 millones (37,5%) de defunciones anuales que la convierten en la principal causa de muerte, entre tanto la diabetes mellitus causa alrededor de 270.000 fallecimientos al año (3). La Organización Mundial de la Salud (OMS) calculó que la causa del 75% de todas las muertes se dio por las enfermedades no transmisibles aumentando al 16% la probabilidad de morir entre los 30 y 70 años (4). En el departamento del Guaviare en 2017, la hipertensión arterial presentó prevalencia de 3,9% y la diabetes mellitus de 1,3% (5). En este mismo año, la prevalencia ajustada por edad para hipertensión en el departamento fue de 3,2%, y para su capital San José del Guaviare del 5,1%, baja en comparación con la del país que fue de 9,8%; y la prevalencia de diabetes mellitus ajustada por edad en el departamento fue de 1,0% y en San José del Guaviare de 1,6%, baja en comparación con la del país que fue de 3,0% (6). A pesar de que las cifras son inferiores a la del País en el departamento del Guaviare las enfermedades no transmisibles representaron el mayor porcentaje de morbilidad en el periodo 2009 – 2017; y las enfermedades del sistema circulatorio la mayor tasa de mortalidad para el periodo 2005 al 2016 (5).

La hipertensión arterial y la diabetes mellitus sin controlar favorecen de manera considerable la aparición de complicaciones como la enfermedad renal crónica, el infarto de miocardio, la retinopatía, el accidente cerebrovascular, entre otras. El tratamiento farmacológico debe considerarse cuando con la modificación de los estilos de vida saludable no se consigue un adecuado control de la enfermedad, a pesar que se encuentre acompañado de información y educación que promueva el autocuidado y con medidas que contribuyan a cambiar el estilo de vida del paciente, al igual que el conocimiento de la enfermedad, su tratamiento y cómo prevenir complicaciones dirigidas no solo al paciente sino también a su familia (7–10). El incumplimiento terapéutico es un problema de salud pública progresivo a nivel mundial por sus consecuencias clínicas, económicas y sociales, dado que repercute directamente en la calidad de vida del individuo en todas las edades, desde los niños hasta los ancianos. Sólo el 50% de los pacientes crónicos en países desarrollados como Estados Unidos cumple con el tratamiento, siendo menor en los países en desarrollo como China (43%) y Gambia (27%) (11), cifras que se incrementan en enfermedades de alta incidencia como la diabetes mellitus que tiene una adherencia entre el 60-85% (para los medicamentos antidiabéticos orales 65-85%, para insulina 60-80%) y la hipertensión arterial entre el 17-60% (7).

El cumplimiento terapéutico es definido como la conducta del paciente, con relación a tomar medicamentos, seguir dietas o ejecutar cambios en el estilo de vida, acordes a la prescripción médica (12), que al no llevarse a cabo causa deterioro del estado de salud porque aumenta la gravedad de la enfermedad y la aparición de complicaciones que requirieren tratamientos y gastos adicionales. La evaluación de la adherencia terapéutica implica el cumplimiento del tratamiento farmacológico en los horarios y dosis prescritas, así como, la adopción de estilos de vida saludable, la asistencia a las citas de control médico y el logro de las metas terapéuticas de los exámenes de laboratorio, constituyéndose en un proceso complejo y multidimensional, determinado por variados factores y situaciones. Se han

identificado causas socioeconómicas, actitudinales del paciente, relacionadas con la enfermedad, el tratamiento y los servicios de salud que afectan la adherencia terapéutica (13,14).

Para alcanzar cambios en salud, atribuirlos como resultado de las recomendaciones dadas por el personal sanitario y para la planificación de tratamientos efectivos y eficientes es necesaria la evaluación exacta del comportamiento de la adherencia terapéutica (11). Para dar una explicación al fenómeno de incumplimiento terapéutico y de entender la conducta de los pacientes se han desarrollado modelos teóricos como el biomédico, el conductual, el de creencias en salud, la teoría de la acción razonada, la autorregulación, la información-motivación-comportamiento y el de etapas de cambio (13,15,16). Ellos han demostrado que la adherencia al tratamiento en las enfermedades no transmisibles es el resultado de un proceso dinámico en el que intervienen factores como los estilos de vida, el apoyo familiar, las creencias, el contexto sociodemográfico, los problemas con el régimen prescrito, entre otros (7–9,17); que la constituyen en un asunto muy complejo que requiere aún de mayor investigación por las implicaciones sociales y económicas no solo a nivel individual sino además para la comunidad en donde se resida.

Debido al incremento de la mortalidad y morbilidad causadas por las enfermedades no transmisibles y su aparición a más temprana edad, se hace necesario la valoración de la adherencia terapéutica para la prescripción de tratamientos efectivos y eficientes, de tal forma que los cambios en los resultados de salud puedan atribuirse al régimen recomendado. Ante el desconocimiento en el departamento del Guaviare de la adherencia al tratamiento de hipertensos y/o diabéticos se fundamenta el objetivo de describir la adherencia terapéutica de las personas con hipertensión arterial y/o diabetes mellitus del municipio de San José del Guaviare en 2019, explorando factores asociados al estricto cumplimiento de las recomendaciones sobre el tratamiento farmacológico y no farmacológico.

Materiales y métodos

La presente investigación se desarrolló empleando un estudio descriptivo transversal.

La población de estudio estuvo conformada por 1.514 personas que padecen hipertensión arterial y/o diabetes mellitus, que fueron registradas en la base de seguimiento a mayo de 2019, en la Empresa Social del Estado (E.S.E) Red de Servicios de Salud de primer nivel, sede Centro de Salud San José del municipio de San José del Guaviare. Mediante muestreo aleatorio simple y considerando una prevalencia de adherencia del 50% en personas que sufren enfermedades crónicas (asma, hipertensión, diabetes, depresión, entre otras) (7,11,18,19), un nivel de confianza del 95% y un margen de error de 6%, se calculó una muestra de 227 personas. Considerando una posible pérdida del 10%, la muestra se ajustó en 250 individuos.

Los participantes fueron captados en las salas de espera del Centro de Salud San José cuando asistían a sus controles con medicina general o enfermería, en la farmacia cuando reclamaban la medicación para su enfermedad y en espacios de confluencia de la población objeto como club de crónicos según citación realizada por la institución prestadora del servicio de salud.

Para la recolección de datos, se elaboró un cuestionario semiestructurado al cual se le realizó una prueba piloto con 30 personas que cumplían los criterios de elegibilidad con el fin de detectar dificultades en la aplicación, lectura y entendimiento, realizando los ajustes pertinentes conforme los resultados. El cuestionario fue aplicado mediante entrevista personal a mayores de 18 años diagnosticados con hipertensión arterial, diabetes mellitus o que sufrieran las dos condiciones, que residieran en el municipio de San José del Guaviare y no presentaran deterioro cognitivo, sensorial, estado grave de salud y/o problemas de salud mental, previa manifestación de su voluntad de participar en el estudio y firmar el consentimiento informado. El cuestionario incluyó variables

sociodemográficas (sexo, escolaridad, área de residencia, ocupación, estado civil, soporte económico), de adherencia (tratamiento farmacológico, convivencia, acompañamiento a la consulta, apoyo recibido, comprensión de indicaciones médicas, oportunidad, acceso y limitaciones a consultas). El cuestionario incluyó los test de Morisky – Green (20,21) y de la parte A de la Escala de Conductas de Salud de Miller (22,23). El test de Morisky-Green validado para la evaluación de la adherencia terapéutica en diferentes enfermedades crónicas (12,14,24) refleja la conducta del enfermo respecto al cumplimiento de la medicación (20). La Escala de conducta de salud de Miller (Parte A) validada en Chile en pacientes infartados e hipertensos (16,23) evalúa el cumplimiento en la casa, el trabajo, las actividades recreativas y sociales, midiendo variables relacionadas con hábitos de salud como el seguimiento de la dieta, la limitación en el consumo de tabaco, el seguimiento de actividades prescritas, el seguimiento a la toma de los medicamentos, el seguimiento en el manejo del estrés (22).

En el test de Morisky – Green se tomó como persona adherente aquella que respondió No/No/No/No a las 4 preguntas que contiene (¿olvida alguna vez tomar los medicamentos para tratar su enfermedad?, ¿olvida tomar los medicamentos a las horas indicadas?, cuando se encuentra bien, ¿deja de tomar la medicación o alguna dosis?; si alguna vez la medicación le sienta mal, ¿deja usted de tomarla?) (20). En la Escala de conducta de salud de Miller (Parte A) para cada uno de los comportamientos que incluye se calificaron de 1 a 5 (para Nunca 1, Casi nunca 2, A veces 3, Casi siempre 4, Siempre 5), el resultado de cada uno se promedió y luego se promediaron los puntajes totales de las 5 subescalas, los puntajes más altos indicaron mayor adherencia y viceversa (22,25–27). Para hacer más comprensibles los resultados y tener una aproximación a la adherencia terapéutica se decidió considerar como un nivel adecuado de adherencia a los promedios mayores o iguales a 4 y como un nivel inadecuado a los promedios menores a 4.

También, se evaluaron los componentes de la adherencia terapéutica dentro los cuales se encontraban la toma de los medicamentos en el horario establecido, la toma de todas las dosis indicadas, el cumplimiento de las indicaciones de la dieta, la asistencia a las consultas programadas, la realización de los ejercicios físicos indicados, la acomodación a los horarios de medicación, el cumplimiento del tratamiento sin supervisión, la capacidad de llevar a cabo el tratamiento sin realizar grandes esfuerzos, el uso de recordatorios, la decisión conjunta del tratamiento a seguir, el análisis sobre cómo cumplir el tratamiento y la posibilidad de manifestar aceptación. Estas variables estaban agrupadas en variables relacionadas con el cumplimiento del tratamiento, variables relacionadas con la implicación personal y variables relacionadas con la relación médico-paciente.

En el manejo y procesamiento de los datos se emplearon hojas de cálculo de Microsoft Excel y para el análisis de la información se recurrió al programa estadístico Stata 13.1. Para las variables cualitativas se calcularon proporciones y para las variables cuantitativas la media y la desviación estándar. Luego se procedió a realizar análisis bivariado que consideró como variable dependiente la no adherencia al tratamiento y cada una de las variables independientes (sexo, grupo de edad, grupo étnico, área de residencia, estrato socioeconómico, nivel educativo, estado civil, ingresos mensuales, convivencia, acompañamiento a la consulta, apoyo recibido y comprensión de las indicaciones médicas) considerando como medida de asociación el Odds Ratios, su intervalo de confianza de 95% y la prueba chi-cuadrado con un nivel de significancia de $p < 0,05$ para el Test de Morisky Green y Anova unidireccional que considero un valor de $p < 0,005$ para la Escala de conducta de salud de Miller (Parte A).

Consideraciones éticas

De acuerdo con las normas científicas, técnicas y administrativas para la investigación en salud definidas en la Declaración de Helsinki y en la Resolución No. 8430 de 1993 del Ministerio de Salud,

el estudio se clasificó como una investigación sin riesgo. Se obtuvo consentimiento informado que incluía la posibilidad de abandonar el estudio en cualquiera de sus fases, la protección de datos personales y garantías de confidencialidad. La investigación fue avalada y autorizada por el Comité de ética de la Universidad Santo Tomas (Acta N° 10 de 2019), y contó con la autorización por parte de la ESE Red de servicios de salud de primer nivel para el desarrollo del ejercicio de investigación (Oficio 100.3.2.143.2019).

Resultados

Se estudiaron 258 personas hipertensas y/o diabéticas en el municipio de San José del Guaviare.

Variables sociodemográficas

Se encontró que el 70,2% tenía hipertensión, el 3,5% diabetes mellitus y el 26,4% tenían tanto hipertensión como diabetes mellitus. Hubo predominio del sexo femenino (52,3%), la distribución por grupos de edad mostró que la población hipertensa se concentró entre los 50 y 69 años de edad (35,9%), los diabéticos y los hipertensos/diabéticos en el grupo de 70 a 79 años (55,6% y 42,6% respectivamente). La mayoría de ellos devengaban menos de un salario mínimo (63,6%), eran estrato socioeconómico 1 (48,1%), tenían bajo nivel educativo (sin educación (20,2%) o niveles primarios (31,4%) y secundarios incompletos (17,1%)), empleo informal (40,7%) y eran desempleados (31,4%). El 91,5% de los individuos pertenecía al grupo étnico de “otros”, la mayoría residían en el área urbana (72,5%) y vivían en unión libre o estaban casados (69,4%) (Tabla 1).

Tabla 1. Variables sociodemográficas. Personas con hipertensión y/o diabetes mellitus San José del Guaviare, 2019

Variable	Hipertensión		Diabetes		Hipertensión/diabetes		Total	
	n	%	n	%	n	%	n	%
Población	181	70,2	9	3,5	68	26,4	258	100

Variable	Hipertensión		Diabetes		Hipertensión/diabetes		Total	
	n	%	n	%	n	%	n	%
Años de diagnóstico (DE)	4,7 (±5,6)		8,1 (±7,3)		9,1 (±10,6)		7,1 (±8,8)	
Sexo								
Masculino	88	48,6	6	66,7	29	42,6	123	47,7
Femenino	93	51,4	3	33,3	39	57,4	135	52,3
Grupos de edad (en años)								
20 a 29	1	0,6	1	11,1	1	1,5	3	1,2
30 a 39	6	3,3	0	0	1	1,5	7	2,7
40 a 49	16	8,8	0	0	2	2,9	18	7,0
50 a 59	65	35,9	2	22,2	7	10,3	74	28,7
60 a 69	57	31,5	1	11,1	13	19,1	71	27,5
70 a 79	30	16,6	5	55,6	29	42,6	64	24,8
80 y más	6	3,3	0	0	15	22,1	21	8,1
Grupo étnico								
Indígena	5	2,8	0	0	5	7,4	10	3,9
Afrocolombiano	11	6,1	0	0	1	1,5	12	4,7
Otros	165	91,2	9	100	62	91,2	236	91,5
Área de residencia								
Urbana	127	70,2	8	88,9	52	76,5	187	72,5
Rural	54	29,8	1	11,1	16	23,5	71	27,5
Estrato socioeconómico								
1	89	49,2	4	44,4	31	45,6	124	48,1
2	76	42,0	4	44,4	25	36,8	105	40,7
3	16	8,8	1	11,1	12	17,6	29	11,2
Nivel educativo								
Ninguna	29	16	2	22,2	21	30,9	52	20,2
Primaria	48	26,5	3	33,3	30	44,1	81	31,4
Secundaria	64	35,4	2	22,2	11	16,2	77	29,8
Estudios técnicos	34	18,8	0	0	6	8,8	40	15,5
Profesional	6	3,3	2	22,2	0	0	8	3,1
Estado civil								
Unión libre / casado(a)	137	75,5	3	33,3	39	57,4	179	69,4
Soltero(a)	10	5,5	3	33,3	7	10,3	20	7,8
Separado(a) o divorciado(a)	30	16,6	0	0	9	13,2	39	15,1
Viudo(a)	4	2,2	3	33,3	13	19,1	20	7,8
Situación laboral								
Empleo informal	83	45,9	4	44,4	18	26,5	105	40,7
Empleo formal	41	22,7	1	11,1	3	4,4	45	17,4
Desempleado	41	22,7	3	33,3	37	54,4	81	31,4
Oficios del hogar	14	7,7	1	11,1	8	11,8	23	8,9
Pensionado	1	0,6	0	0	0	0	1	0,4
Otra	1	0,6	0	0	2	2,9	3	1,2
Ingresos mensuales								
Inferior a un smlv	104	57,5	5	55,6	55	80,9	164	63,6
Superior o igual a un smlv	77	42,5	4	44,4	13	19,1	94	37,4

DE: desviación estándar, smlv: salario mínimo legal vigente 2019 (\$ 828.116)

Fuente: Elaboración propia con datos obtenidos del estudio.

Tratamiento actual

De las 258 personas del estudio, la gran mayoría (87,6%) tenían tratamiento farmacológico para la hipertensión y/o diabetes mellitus, así como tratamientos complementarios. El 61,2% conocían que debían realizar modificaciones en su dieta y el 29,1% que debía practicar actividad física. Aun cuando el 75,9% de las personas consideró que los medicamentos ayudaban a controlar la enfermedad, algunos (39,5%) indicaron que a veces le caían mal. A pesar que las dos terceras partes calificó el efecto de los medicamentos como bueno, en la práctica una tercera parte tuvo problemas para seguir el tratamiento, algunos de ellos (11,6%) manifestaron que esto era complejo (más de un medicamento, varias veces en el día) y otros (7,4%) que olvidaban tomar el tratamiento correcto, por la falta del mismo en la farmacia, por los efectos secundarios y otras razones como que los medicamentos no servían (Tabla 2).

Sobre el ámbito en el que se realiza el tratamiento se destaca que los participantes convivían con esposa (o) e hijos (58,5%) y que la mitad de ellos tomaba los medicamentos sin ayuda; del mismo modo, un porcentaje notable (41,9%) asistió a veces acompañado a las consultas y otros (46,9%) afirmaron que el apoyo recibido fue garantía suficiente en el cumplimiento del tratamiento. El 22,1% expresó que la programación de las consultas médicas para el control de su enfermedad tuvo demora de más de 8 días para su asignación, así mismo una tercera parte opinó que hay limitaciones para acceder al sitio asignado de la consulta siendo la principal causa la distancia, seguida de otras como las vías de acceso, falta de dinero, tiempos de espera, trato de los médicos e inexistencia de médico en el puesto de salud (Boquerón). Los encuestados entendían mejor las instrucciones médicas cuando estas se daban por escrito (Tabla 2).

Tabla 2. Tratamiento actual. Personas con hipertensión y/o, diabetes mellitus. San José del Guaviare, 2019

Variable	Hipertensión		Diabetes		Hipertensión/Diabetes		Total	
	n	%	n	%	n	%	n	%
Población	181	70,2	9	3,5	68	26,4	258	100
Pastillas/tabletas	136	75,1	4	44,4	64	94,1	204	79,1
Insulina	0	0	1	11,1	21	30,9	22	8,5
Dieta	102	56,4	9	100	47	69,1	158	61,2
Ejercicio	42	23,2	3	33,3	17	25,0	75	29,1
Tratamiento para gastritis	49	27,1	2	22,2	24	35,3	75	29,1
Tratamiento para colesterol / triglicéridos	13	7,2	2	22,2	12	17,6	27	10,5
Consumo aspirina	58	32,0	2	22,2	50	73,5	110	42,6
Tratamiento dolor crónico	5	2,8	0	0	7	10,3	12	4,7
Tratamiento otras enfermedades	26	14,4	3	33,3	24	35,3	53	20,5
Percepción del tratamiento								
Sobre los medicamentos								
Me cae bien y me ayudan a controlar la enfermedad	63	34,8	3	33,3	28	41,2	94	36,4
Me ayudan a controlar la enfermedad pero a veces me caen mal	69	38,1	0	0	33	48,5	102	39,5
Me ayudan pero siempre me caen mal	9	5,0	1	11,1	4	5,9	14	5,4
No me han ayudado y siempre me caen mal	3	1,7	1	11,1	0	0	4	1,6
No responde	37	20,4	4	44,4	3	4,4	44	17,1
Sobre el efecto								
Muy buena	1	0,6	0	0	3	4,4	4	1,6
Buena	121	66,9	2	22,2	54	79,4	177	68,6
Regular	22	12,2	2	22,2	9	13,2	33	12,8
Mala	0	0	1	11,1	0	0	1	0,4
Muy mala	0	0	0	0	0	0	0	0
No responde	37	20,4	4	44,4	2	2,9	43	16,7
Seguir el tratamiento								
Muy fácil	1	0,6	1	11,1	0	0	2	0,8
Fácil	104	57,5	2	22,2	34	50,0	140	54,3
Regular	33	18,2	0	0	25	36,8	58	22,5
Difícil	5	2,8	3	33,3	7	10,3	15	5,8
Muy difícil	1	0,6	1	11,1	0	0	2	0,8
No responde	37	20,4	2	22,2	2	2,9	41	15,9
Ámbito en el que se realiza el tratamiento								
Convivencia								
Esposa(o) e hijos	122	67,4	3	33,3	26	38,2	151	58,5
Solo con esposa(o)	13	7,2	0	0	6	8,8	19	7,4
Solo con los hijos	22	12,2	3	33,3	21	30,9	46	17,8
Con otros	17	9,4	2	22,2	15	22,1	34	13,2
Solo	7	3,9	1	11,1	0	0	8	3,1
Quienes ayudan en el manejo de los medicamentos								
Esposa(o) e hijos	7	3,9	0	0	8	11,8	15	5,8
Solo esposa(o)	3	1,7	1	11,1	3	4,4	7	2,7
Solo hijos	14	7,7	1	11,1	19	27,9	34	13,2
Otra persona	14	7,7	0	0	17	25,0	31	12,0
Lo hace solo(a)	106	58,6	3	33,3	20	29,4	129	50,0

Variable	Hipertensión		Diabetes		Hipertensión/Diabetes		Total	
	n	%	n	%	n	%	n	%
No responde	37	20,4	4	44,4	1	1,5	42	16,3
Acompañamiento a la consulta								
Siempre	33	18,2	3	33,3	35	51,5	71	27,5
A veces	79	43,6	3	33,3	26	38,2	108	41,9
Nunca	34	18,8	3	33,3	5	7,4	42	16,3
No responde	35	19,3	0	0	2	2,9	37	14,3
Nivel de apoyo recibido								
Suficiente	63	34,8	5	55,6	53	77,9	121	46,9
Medianamente suficiente	59	32,6	1	11,1	13	19,1	73	28,3
Insuficiente	21	11,6	1	11,1	0	0	22	8,5
No responde	38	21,0	2	22,2	2	2,9	42	16,3
Oportunidad y acceso a consultas								
Demora – Si	36	19,9	2	22,2	19	27,9	57	22,1
Limitaciones en el acceso – Si	46	25,4	3	33,3	19	27,9	68	26,4
Limitaciones de acceso más frecuente								
Distancia	32	17,7	2	22,2	13	19,1	47	18,2
Horarios	6	3,3	0	0	3	4,4	9	3,5
Locativas	2	1,1	0	0	1	1,5	3	1,2
Otras	6	3,3	1	11,1	1	1,5	8	3,1
Comprensión indicaciones medicas								
Verbalmente	28	15,5	3	33,3	7	10,3	38	14,7
Por escrito	107	59,1	4	44,4	51	75,0	162	62,8
No entiende	1	0,6	0	0	0	0	1	0,4
Entiende poco	10	5,5	1	11,1	7	10,3	18	7,0
No responde	35	19,3	1	11,1	3	4,4	39	15,1

Fuente: Elaboración propia con datos obtenidos del estudio.

Adherencia al tratamiento y sus componentes

El test de Morisky-Green indicó que el 55% (n=142) de las personas fue adherente al tratamiento farmacológico y conforme los promedios de los puntajes obtenidos en la Escala de conductas en salud de Miller (parte A) se evidenció una inadecuada adherencia terapéutica (Tabla 3).

Tabla 3, Escala de conducta de salud de Miller (Parte A). Personas con hipertensión y/o diabetes mellitus. San José del Guaviare, 2019

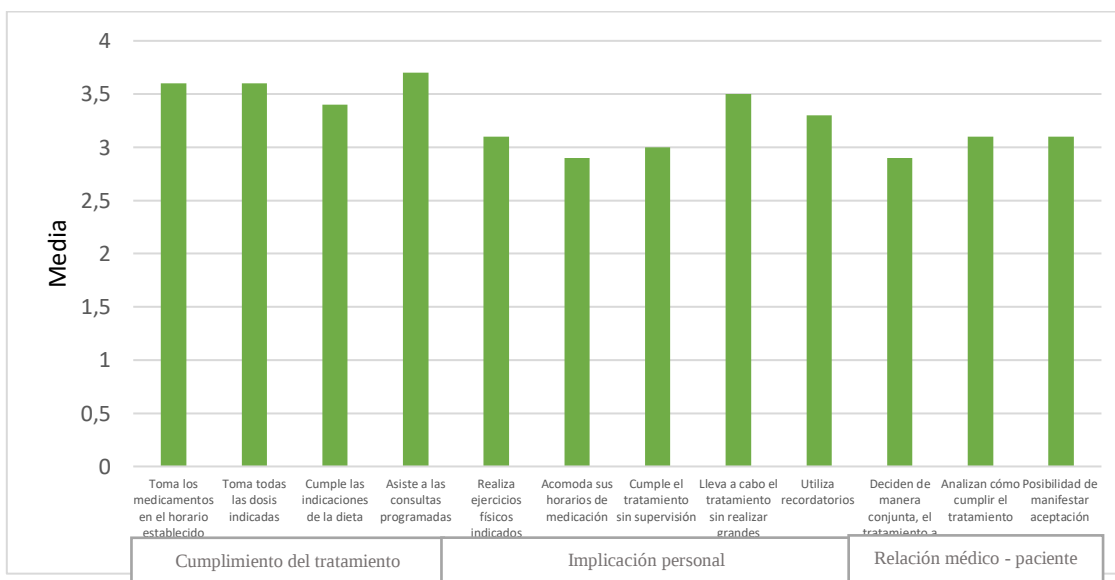
Subescalas de conductas en salud	Nunca n (%)	Casi nunca n (%)	A veces n (%)	Casi siempre n (%)	Siempre n (%)	Media	Desviación estándar
Seguimiento a la dieta	14 (5,4%)	14 (5,4%)	59 (22,9%)	133 (51,6%)	38 (14,7%)	3,7	0,9

Subescalas de conductas en salud	Nunca n (%)	Casi nunca n (%)	A veces n (%)	Casi siempre n (%)	Siempre n (%)	Media	Desviación estándar
Limitación consumo de tabaco	5 (1,9%)	18 (7,0%)	38 (14,7%)	94 (36,4%)	103 (39,9%)	4,1	1,0
Seguimiento actividades prescritas	21 (8,1%)	27 (10,5%)	31 (12,0%)	122 (47,3%)	57 (22,1%)	3,7	1,2
Seguimiento toma de medicamentos	42 (16,3%)	12 (4,7%)	20 (7,8%)	98 (38,0%)	86 (33,3%)	3,7	1,4
Seguimiento en el manejo del estrés	3 (1,2%)	8 (3,1%)	84 (32,6%)	120 (46,5%)	43 (16,7%)	3,8	0,8
Escala global	5 (1,9%)	36 (14,0%)	73 (28,3%)	122 (47,3%)	22 (8,5%)	3,8	0,8

Fuente: Elaboración propia con datos obtenidos del estudio.

Frente a los componentes de la adherencia terapéutica se encontró que el de cumplimiento al tratamiento presentó ítems con altos valores promedios. Aun cuando, la “asistencia a las consultas programadas”, la toma de los medicamentos “en el horario establecido” y “todas las dosis indicadas” obtuvieron los mejores resultados; “deciden de manera conjunta, el tratamiento a seguir” y “acomoda sus horarios de medicación” fueron los peores (Figura 1).

Figura 1. Valores medios por componentes de la adherencia terapéutica. Personas con hipertensión y/o diabetes mellitus. San José del Guaviare, 2019



Fuente: Elaboración propia con datos obtenidos del estudio.

Se compararon los resultados sociodemográficos con los resultados del test de Morisky-Green (adherencia a los fármacos) (Tabla 4) y la Escala de conducta de salud de Miller (hábitos de salud) (Tabla 5). Según el test de Morisky-Green pertenecer al estrato socioeconómico 2 influye positivamente en la adherencia terapéutica farmacológica; así mismo, factores como el bajo nivel educativo, el estado civil (vivir en pareja), los ingresos económicos iguales o superiores a un smlv, el apoyo recibido en el tratamiento y la posibilidad de recibir indicaciones médicas por escrito, influenciaron la adherencia de los participantes. Por el contrario, las personas que convivían con otras o solo con los hijos, que asistían solos a las consultas y/o que tenían dificultades en la oportunidad y acceso a consultas tuvieron mayor probabilidad de no adherirse al tratamiento (Tabla 4).

Tabla 4, Variables sociodemográficas y la adherencia terapéutica según Test de Morisky-Green. Personas con hipertensión y/o diabetes mellitus. San José del Guaviare, 2019

Variable	Morisky			
	Frecuencia	OR	IC 95%	Valor p
Sexo				
Femenino	77			
Masculino	65	1,18	0,72-1,94	0,49
Grupos de edad (en años)				
20 a 29	0			
30 a 39	2			
40 a 49	7	1,59	0,23-10,58	0,63
50 a 59	49	4,89	0,88-27,07	0,06
60 a 69	47	4,89	0,88-27,12	0,06
70 a 79	33	2,66	0,48-14,74	0,26
80 y más	4	0,59	0,08-4,21	0,60
Grupo étnico				
Otros	130			
Indígena	3	0,34	0,08-1,38	0,13
Afrocolombiano	9	2,44	0,64-9,26	0,18
Área de residencia				
Rural	38			
Urbana	104	1,08	0,62-1,88	0,76
Estrato socioeconómico				

Variable	Morisky			
	Frecuencia	OR	IC 95%	Valor p
1	57			
2	69	2,25	1,32-3,85	0,003
3	16	1,45	0,64-2,26	0,373
Nivel educativo				
Ninguna	12			
Primaria	42	3,59	1,65-7,82	0,001
Secundaria	54	7,83	3,49-17,57	<0,001
Estudios técnicos	31	11,48	4,29-30,69	<0,001
Profesional	3	2	0,42-9,61	0,387
Estado civil				
Solos	30			
Vive en pareja	112	2,73	1,58-4,71	<0,001
Ingresos mensuales				
Inferior a un smlv	82			
Igual o superior a un smlv	60	1,76	1,05-2,97	0,03
Convivencia				
Solo	5			
Con alguien	137	0,73	0,17-3,11	0,66
Acompañamiento a la consulta				
No asiste acompañado	28			
Asiste acompañado	114	3,19	1,84-5,55	<0,001
Apoyo recibido				
No recibe apoyo	14			
Recibe apoyo	128	6,93	3,57-13,44	<0,001
Comprensión indicaciones medicas				
Entiende verbalmente	23			
Entiende por escrito	119	3,97	2,10-7,50	<0,001
Oportunidad y acceso a consultas				
Asignación cita > 8 días	32	1,06	0,58-1,91	0,85
Limitaciones en el acceso	37	0,97	0,55-1,68	0,90

Fuente: Elaboración propia con datos obtenidos del estudio.

Por otra parte, la Escala de Miller mostró que las mujeres fueron más adherentes en la limitación al consumo de tabaco y toma de medicamentos, la personas mayores de 60 años fueron más dadas al seguimiento de las actividades prescritas y a la toma de medicamentos, los afrocolombianos tendieron a seguir mejor la dieta, el vivir en el área urbana favoreció el seguimiento de la dieta y la toma de medicamentos, el asistir acompañado a la consulta y recibir apoyo favoreció la adopción de todas las conductas a excepción de la limitación en el consumo de tabaco, finalmente la falta de oportunidad

en la asignación de citas y limitaciones en el acceso se ve afectado el consumo de medicamentos (Tabla 5).

Tabla 5, Variables sociodemográficas y la adherencia terapéutica según Escala de conducta de salud de Miller (Parte A). Personas con hipertensión y/o diabetes mellitus. San José del Guaviare, 2019

Variable	Escala de conducta de salud de Miller (Parte A)					
	Dieta	Limitación tabaco	Actividades prescritas	Medicamentos	Stress	Global
Sexo						
Femenino	3,7	4,4*	3,8	3,9*	3,9	3,9*
Masculino	3,6	3,8	3,5	3,5	3,7	3,6
Grupos de edad (en años)						
20 a 29	3,7	5,0	2,3	0,7	3,8	3,1
30 a 39	3,2	4,2	2,3	2,3	3,4	3,1
40 a 49	3,4	3,9	3,2	3,5*	3,7	3,5
50 a 59	3,6	4,1	3,4	3,5*	3,7	3,7
60 a 69	3,7	4,0	3,7*	3,7*	3,8	3,8
70 a 79	3,9	4,2	4,1*	4,1*	3,9	4,1*
80 y más	3,7	4,1	4,1*	4,2*	4,0	4,0*
Grupo étnico						
Otros	3,7	4,1	3,7	3,7	3,8	3,8
Indígena	3,2	3,9	3,1	3,0	3,4	3,3
Afrocolombiano	4,2*	4,2	4,3	4,2	4,1	4,2*
Área de residencia						
Rural	3,5	4,0	3,5	3,4	3,7	3,6
Urbana	3,8*	4,1	3,7	3,8*	3,8	3,9*
Estrato socioeconómico						
1	3,4	3,9	3,5	3,4	3,7	3,6
2	3,9	4,3	3,8	3,9	3,9	4,0
3	3,9	4,2	3,9	4,0	3,8	4,0
Nivel educativo						
Ninguna	3,6	4,1	3,7	3,7	3,9	3,8
Primaria	3,6	4,2	3,7	3,8	3,7	3,8
Secundaria	3,7	4,0	3,6	3,6	3,8	3,7
Estudios técnicos	3,8	4,2	3,5	3,8	3,7	3,8
Profesional	3,9	4,0	3,3	3,0	4,1	3,7
Estado civil						
Solos	3,8	4,2	3,7	3,7	3,8	3,8
Vive en pareja	3,7	4,1	3,7	3,7	3,8	3,8
Ingresos mensuales						
Inferiores a un smlv	3,7	4,2	3,7	3,8	3,8	3,8
Superiores a un smlv	3,7	4,0	3,5	3,5	3,7	3,7
Convivencia						
Solo	3,8	4,4	3,8	4,1	3,9	4,0
Con alguien	3,7	4,1	3,7	3,7	3,8	3,8

Variable	Escala de conducta de salud de Miller (Parte A)					
	Dieta	Limitación tabaco	Actividades prescritas	Medicamentos	Stress	Global
Acompañamiento a la consulta						
No asiste acompañado	3,2	4,0	2,7	2,6	3,5	3,2
Asiste acompañado	3,9*	4,1	4,1*	4,2*	3,9*	4,0*
Apoyo recibido						
No recibe apoyo	3,2	3,9	2,4	2,0	3,4	3,0
Recibe apoyo	3,9*	4,2	4,1*	4,3*	3,9*	4,1*
Comprensión indicaciones medicas						
No entiende	3,1	3,8	2,2	1,4	3,4	2,7
Entiende verbalmente	3,4*	4,0	3,6*	3,8*	3,7	3,7*
Entiende por escrito	3,9	4,2	4,0*	4,2*	3,9*	4,1*
Oportunidad y acceso a consultas						
Asignación cita > 8 días	3,6	4,2	3,9	4,0*	3,9	3,9
Limitaciones en el acceso	3,7	4,1	4,0*	4,1*	3,9	4,0

* p<0,05

Fuente: Elaboración propia con datos obtenidos del estudio.

Al analizar los resultados del test de Morisky y relacionarlos con las variables de la Escala de conducta de salud de Miller (Parte A) se evidencio una alta relación de la adherencia al tratamiento y algunas variables sociodemográficas, así como entre dichas variables y las conductas en salud.

Discusión

Los resultados de la presente investigación demuestran que tan solo la mitad de personas son adherentes tanto al tratamiento farmacológico como a la adopción de conductas en salud relacionadas con el seguimiento a la dieta, actividades prescritas, toma de medicamentos, manejo del estrés, realización de actividad física y limitación del consumo de tabaco. Esto puede ser un reflejo de la falta de oportunidad y acceso a las consultas médicas, la complejidad del tratamiento asociada a olvidos frecuentes en la toma de medicamentos, las indicaciones médicas dadas verbalmente además del insuficiente apoyo para el cumplimiento de las indicaciones médicas, factores evidenciados como resultado del análisis de la información recopilada de la aplicación de los cuestionarios.

La baja adherencia terapéutica de hipertensos y/o diabéticos en San José del Guaviare estimada en 55% resultó similar a la comunicada en estudios nacionales (6,28) tales como los realizados en Viterbo - Caldas (46,7%), La Dorada – Caldas (43,3%)(29), Manizales – Caldas (51%)(30) y Cali (la adherencia terapéutica varió desde un 20% a un 91% dependiendo del test empleado y la adherencia no farmacológica fue del 59%) (31); y en los realizados en Chile (25,7% medicamentos, 1,56% indicaciones). En este país existe baja adherencia terapéutica y bajos niveles de control de enfermedades cardiovasculares (22,23).

De igual forma, el estudio concluyó que es mayor el porcentaje de mujeres que padecen de enfermedades cardiovasculares, al igual que las investigaciones chilenas y, también, que son las mujeres las que poseen un mayor índice de adherencia a los tratamientos (22,23). Esta relación puede explicarse por la cultura del cuidado que tiende a ser más frecuente en las mujeres que en los hombres (32).

Frente a los componentes de la adherencia terapéutica se puede deducir que en repetidas ocasiones, posiblemente por falta de tiempo, el médico no le da al paciente la oportunidad de decidir de manera informada el tratamiento a seguir; no obstante las razones por las que no es simple adherirse al régimen de tratamiento farmacológico o seguir las indicaciones médicas al pie de la letra, son diversas (11).

Se considera que los factores que influyen negativamente en la adherencia a los tratamientos están relacionados con la falta de compromiso, el fracaso en tratamientos anteriores, el olvido de los fármacos, la polifarmacia y la dosificación de los medicamentos, así como las demoras en la asignación de las citas, la falta frecuente de los medicamentos en la farmacia, el arraigo de creencias

y formas de cuidado basadas en medicinas alternativas (11,14) o problemas cognitivos del paciente relacionados con olvidos frecuentes de los tiempos y dosis debido a la complejidad de los tratamientos, complicaciones en el desplazamiento de las personas hacia los sitios determinados por distancias muy largas o vías de acceso en mal estado, la forma de entrega de las actividades y tratamiento prescrito por el personal sanitario y las creencias negativas sobre el tratamiento (13,33), como se identificó en los hipertensos y/o diabéticos del municipio de San José del Guaviare. Factores que combinados contribuyen a disminuir de manera considerable la adherencia terapéutica e impiden que el paciente sienta un compromiso con los fármacos y las recomendaciones médicas, por lo tanto, los resultados de bajos índices de adherencia están influenciados por factores externos que resultan complejos de analizar porque provienen de situaciones y conductas no solo individuales (11).

Fundamentados en numerosos estudios que han demostrado que los medicamentos por si solos no son suficientes para el control de la enfermedad, es necesario considerar que los tratamientos deben estar acompañados del cumplimiento del paciente de una dieta adecuada para su condición de salud y de actividades de carácter físico que en los resultados de esta investigación, son dos factores que suelen ser obviados por los pacientes, aunque están conscientes de que son necesarios para su tratamiento; resultado que es similar al arrojado en un estudio en Cali donde la inactividad física, el consumo de alimentos ricos en sal, grasas y carbohidratos fueron factores relacionados con la no adherencia (34). Esto refleja que además de los incumplimientos en lo que tiene que ver con el tratamiento farmacológico, hay un descuido con respecto a las recomendaciones sobre los estilos de vida en la población hipertensa y diabética que deberían ser seguidas (35). El estudio, por tanto, permite pensar que el abandono en el régimen de cuidados puede estar ligado a los bajos ingresos de la población participante y a un nivel educativo muy básico, resultado similar al obtenido en Manizales en un estudio sobre adherencia al tratamiento de pacientes hipertensos atendidos en Assbasalud ESE (30).

Para la generación de estrategias encaminadas a la reducción de este problema es imprescindible recordar que el abandono del tratamiento es multifactorial viéndose influenciado por factores socioeconómicos, demográficos, de la red familiar y social del paciente, la organización del servicio de salud, el tiempo en la consulta, la relación médico-paciente, las instrucciones claras y escritas sobre cómo y cuándo debe administrarse el tratamiento, así como particularidades de la enfermedad, la complejidad de la dosificación y las reacciones adversas o los posibles efectos secundarios (11,12,17,36). En consecuencia algunos estudios sugieren que modalidades de cuidado integrado o la implementación de programas biopsicosociales favorecen el control de enfermedades crónicas y la adherencia al tratamiento (34,37).

Por su parte, si el paciente no entiende a qué se está enfrentando y cuán riesgoso es para su vida no seguir las recomendaciones y administrarse los fármacos, no habrá una afiliación real al tratamiento y los resultados de adherencia serán muy bajos. Además, Uno de los factores socioeconómicos relevantes es el contar con el apoyo familiar para cumplir con el tratamiento (37), ya que es fundamental que el paciente se sienta acompañado en este proceso y encuentre apoyo en familiares o en personas cercanas que lo motiven a cumplir con la dosificación de los medicamentos, pero que también propicien espacios para que el paciente pueda ejercitarse o para que pueda comer sanamente. Si las personas con las que convive el paciente no son conscientes de las implicaciones de su enfermedad y de la complejidad del tratamiento, no solamente lo van a abandonar en el proceso, sino que también se volverán un obstáculo para la adherencia al tratamiento.

El utilizar varios instrumentos de medición (test de Morisky – Green, cuestionario para la evaluación de la adherencia terapéutica en hipertensión arterial y parte A de la Escala de Conductas de Salud de

Miller) facilita conocer desde diferentes ámbitos los factores que afectan la adherencia terapéutica ya sea en la toma de medicamentos o en la adopción de estilos de vida saludable.

El hecho de que en el departamento del Guaviare no se cuente con estudios similares permitirá que este documento se convierta en punto de referencia para la toma de decisiones en pro del bienestar de la población hipertensa y diabética. Sin embargo, los resultados obtenidos pueden estar afectados por sesgo de clasificación debido a que a quienes participaron referían que alguna vez el médico u otro profesional sanitario les dijo que tenía hipertensión, diabetes o hipertensión y diabetes, y sesgo de información debido a que los participantes que formaron parte del estudio es posible indicaran un mejor cumplimiento al que se realiza bajo condiciones normales.

Conclusión

Los resultados indican que existe una baja adherencia a las medidas farmacológicas y un inadecuado cumplimiento de las no farmacológicas en pacientes hipertensos y/o diabéticos del municipio de San José del Guaviare. Así mismo, que el control de la hipertensión y la diabetes requieren algo más que tomar medicamentos, es indispensable que el paciente aumente su actividad física, modifique sus hábitos alimenticios y abandone por completo el consumo de tabaco. Por lo tanto se hace necesaria una intervención o la adopción de estrategias como “Conoce tu riesgo, peso saludable” tendientes a mejorar los factores asociados a la adherencia. Los factores que intervienen en la problemática que se da alrededor de la adherencia a tratamientos médicos no son solamente de carácter médico, sino que se inscriben también dentro de temáticas que son núcleo de estudios sociales y culturales. Se requieren de estudios con enfoque mixto o enfoque cualitativo que posibiliten una mejor comprensión de las razones por las cuales a los pacientes hipertensos y diabéticos les resulta difícil adherirse al

tratamiento y, a su vez, propicie la creación de soluciones que repercutan directamente en la calidad de vida de los pacientes.

Declaración no conflictos

Las investigadoras declaran no tener ningún conflicto de interés para el desarrollo de la presente investigación.

Agradecimientos

Al Dr. Pablo Enrique Chaparro Narváez por sus aportes como asesor del proyecto, por su apoyo y orientaciones técnicas. A la E.S.E. Red de servicios de salud de primer nivel del Guaviare por su autorización para el desarrollo del proceso investigativo.

Referencias bibliográficas.

1. Organización Mundial de la Salud (OMS). Las 10 principales causas de defunción [Internet]. Centro de Prensa. 2017. p. 1. [Consultado 24 Jul 2018]. Disponible en: <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs310/es/>
2. Gómez R. Las enfermedades cardiovasculares: un problema de salud pública y un reto global. Biomédica 2011; 31(4);469–73.
3. Legetic B, Medici A, Hernández-Ávila M, Alleyne G, Hennis A. Las dimensiones económicas de las enfermedades no transmisibles en América Latina y el Caribe [Internet]. 2017. 188 p. [Consultado 8 Ago 2017]. Disponible en: <http://iris.paho.org/xmlui/bitstream/handle/123456789/33994/9789275319055-spa.pdf?sequence=1#page=23>
4. Organización Mundial de la Salud (OMS). Enfermedades no transmisibles: perfiles de países 2018 Colombia.;2018. [Consultado 8 Oct 2019]. Disponible en: <https://www.who.int/nmh/countries/es/>

5. Secretaría de Salud del Guaviare.. Análisis de Situación de Salud con el Modelo de los Determinantes Sociales de Salud Departamento del Guaviare 2018. 2019;43.
6. Cuenta de alto costo. Situación de la enfermedad renal crónica, la hipertensión arterial y la diabetes mellitus. Cuenta alto costo [Internet]. 2017;280. [Consultado 14 Jun 2019]. Disponible en: https://cuentadealtocosto.org/site/images/Publicaciones/2018/Libro_Situacion_ERC_en_Colombia_2017.pdf
7. Soto J. La adherencia al tratamiento: cumplimiento y constancia para mejorar la calidad de vida. J Soto (Presidencia), Terc Foro Diálogos Pfizer-Pacientes Madrid, España 2009; p. 2-10
8. Granados G, Roales-Nieto JG, Moreno E, Ybarra JL. Creencias en síntomas y adherencia al tratamiento farmacológico en pacientes con hipertensión1. Int J Clin Heal Psychol. 2007;7(3):697–707.
9. Información Farmacoterapéutica de la Comarca. Adherencia al tratamiento farmacológico en patologías crónicas. Intranet Osakid. 2011;19:1–6.
10. Colombiana de Salud S.A. Guía de atención en medicina general. Diabetes Mellitus. 2015; [Consultado 21 Oct 2018]. Revisión 00. Disponible en: http://www.colombianadesalud.org.co/GUIAS_ATENCION_MEDICINA/GUIA_DIABETES_MELLITUS_C_EXTERNA_2015_2020.pdf
11. Organización Mundial de la Salud (OMS). Adherencia a los tratamientos a largo plazo. Pruebas para la acción. [Internet]. 2004; [Consultado 21 Dic 2019]; 127–32. Disponible en: http://www.paho.org/hq/index.php?option=com_docman&task=doc_view&gid=18722&Itemid=
12. Escamilla Fresnadillo JA, Castañer Niño O, Benito López S, Ruiz Gil E, Burrull Gimeno M, Sáenz Moya N. Motivos de incumplimiento terapéutico en pacientes mayores polimedicados, un estudio mediante grupos focales. Aten Primaria. 2008;40(2):81–5.
13. Toro Palacio LF, Cesmedellin U. Factores asociados a la adherencia al tratamiento

farmacológico en pacientes con hipertension arterial que asisten a consulta médica de primer nivel de atención en tres municipios del departamento de Nariño y en un municipio de Putumayo. 2015.

14. Figueroa Pineda CL. Factores asociados con la no adherencia al tratamiento de pacientes diabeticos en un programa de control de riesgo cardiovascular de una empresa promotora de salud de Bucaramanga, Colombia 2010 [Internet]. Universidad Indutrial de Santander. 2011. [Consultado 22 Oct 2018]. Disponible en: <http://www.tandfonline.com/doi/abs/10.1080/01402390.2011.569130%5Cnhttp://proxy.library.upenn.edu:2195/doi/abs/10.1080/01402390.2011.569130>
15. Ramos Morales LE. La adherencia al tratamiento en las enfermedades crónicas. *Rev Cuba Angiol Cirugía Vasc* 2015;16(2):175–89.
16. Mendoza S, Muñoz M, Merino J, Barriga O. Factores determinantes de cumplimiento terapéutico en adultos mayores hipertensos. *Rev Med Chil*. 2006;134:65–71.
17. Villalobos-Pérez A, Quirós-Morales D, Avanzadas P, Católica U, Rica DC, Brenes-Sáenz JC, et al. Factores involucrados en la adhesión al tratamiento de la diabetes mellitus tipo II en una muestra de pacientes diabéticos de la zona norte de Costa Rica : un estudio psicométrico. *Diabetes*. 2007;3(1):25–36.
18. Rodríguez-López MR, Varela MT, Rincón-Hoyos, Velasco MM, Caicedo DM, Méndez F, Gómez OL.. Prevalencia y factores asociados a la adherencia al tratamiento no farmacológico en pacientes con hipertensión y diabetes en servicios de baja complejidad. 2015;
19. Pérez JH. Adherencia al tratamiento farmacológico. *Medicina respiratoria*. 2015;8(1):47–52.
20. Rodríguez Chamorro MÁ, García-Jiménez E, Amariles P, Rodríguez Chamorro A, Faus MJ. Revisión de tests de medición del cumplimiento terapéutico utilizados en la práctica clínica. *Aten Primaria*. 2008;40(8):413–7.
21. Alfonso M, Libertad de los A. Adherencia al tratamiento en hipertensión de áreas de salud del

- nivel primario. 2003-2007. bvs Cuba [Internet]. 2009; [Consultado 18 Sep 2018] Disponible en: http://tesis.repo.sld.cu/80/1/tesis_mARTINabertadfinal.pdf
22. Veliz-Rojas L, Mendoza-Parra S, Barriga OA. Adherencia terapéutica y control de los factores de riesgo cardiovasculares en usuarios de atención primaria. *Enfermería Univ* 2015;12(1):3–11.
 23. Veliz-Rojas LH. Automedicación y adherencia terapéutica como determinantes del control integral de enfermedades cardiovasculares. Universidad de Concepción. 2014.
 24. Peralta ML, Carbajal Pruneda P. Adherencia a tratamiento. *Rev Cent Dermatol Pascua*. 2008;17(3):84–8.
 25. Mena-Díaz, FC; Nazar G; Mendoza-Parra S. Antecedentes de adherencia a tratamiento en pacientes hipertensos de un centro de salud Chileno. *Hacia la Promoción la Salud*. 2018;23(2):67–78.
 26. Miller SP; Wikoff R; McMahon M; Garrett MJ; Ringel K. Influence of a nursing intervention on regimen adherence and societal adjustments postmyocardial infarction. *Nurs Res*. 1988;37(5):297–302.
 27. Luna JR, Concha PJ, Merino Escobar JM. Adherence of nurses toward using a nursing model as a guideline for nursing assessment. *Cienc y Enferm*. 2007;13(1):45–57.
 28. Rodríguez J, Ruiz F, Peñaloza E, Eslava J, Gómez L, Sánchez H, et al. Encuesta Nacional de Salud 2007 [Internet]. 2007. 24 p. [Consultado 28 Mar 2018] Disponible en: <https://www.minsalud.gov.co/salud/Documents/Guaviare.pdf>
 29. Casas P, María C, Chavarro O, Liliana María, Cardona R, Dora. Adhesión al tratamiento de la hipertensión arterial en dos municipios de Colombia. 2010-2011. *Rev Hacia la Promoción la Salud*. 2013;18(1):81–96.
 30. Jaime J, José CCE, Jonathan ÁM, Andrés MG, Germán C, Andrés MC, et al. Adherencia al tratamiento de pacientes hipertensos atendidos en Assbasalud ESE, Manizales (Colombia) 2011. *Rev la Fac Med*. 2012;60(3):5–29.

31. Parody Rua E, Vásquez Vera A. Prevalencia y factores asociados a la adherencia en un centro de atención primaria de Cali: Comparación de 3 test de adherencia. *Fund Pharm Care España*. 2019;21(1):23–40.
32. Massé García MC. La mujer y el cuidado de la vida. Comprensión histórica y perspectivas de futuro. *Cuad Bioet Rev Of la Asoc Esp Bioet y Etica Medica* . 2017;28(94):291–301.
30. Arias YG. La adherencia terapéutica. *Rev Cuba Med Gen Integr*. 2001;17(5):502–5.
34. , Rodríguez-López MR, Varela MT, Rincón-Hoyos, Velasco MM, Caicedo DM, Méndez F, Gómez OL. Prevalencia y factores asociados a la adherencia al tratamiento no farmacológico en pacientes con hipertensión y diabetes en servicios de baja complejidad. *Rev. Fac. Nac. Salud Pública*. 2015; 33 (2): 192-199.
35. Ministerio de Salud y Protección Social. Guía de Práctica Clínica Diabetes Mellitus Tipo 2 en la Población mayor de 18 años. Sistema General de Seguridad Social en Salud - Colombia [Internet]. 2015. [Consultado 21 Oct 2018]. Disponible en: http://gpc.minsalud.gov.co/gpc_sites/Repositorio/Conv_637/GPC_diabetes/Guia_Diabetes_Profesionales_Tipo_2.pdf
36. Martín Alfonso L, Bayarre Vea H, La Rosa Matos Y, Orbay Araña MDLC, Rodríguez Anaya J, Vento Iznaga F, et al. Cumplimiento e incumplimiento del tratamiento antihipertensivo desde la perspectiva del paciente. *Rev Cuba Salud Publica*. 2007;33(3):1–10.
37. Orozco C, Astrid. Factores que influyen en la adherencia a tratamientos farmacológicos y no farmacológicos en los pacientes inscritos en el Programa de Control de la Hipertensión Arterial de la Unidad Básica de Atención de COOMEVA. Sincelejo (Colombia), 2006. *Salud Uninorte*. 2010;26(2):201–11.