

## **Información Importante**

La Universidad Santo Tomás, informa que el(los) autor(es) ha(n) autorizado a usuarios internos y externos de la institución a consultar el contenido de este documento a través del catálogo en línea, página web y Repositorio Institucional del CRAI-USTA, así como en las redes sociales y demás sitios web de información del país y del exterior con las cuales tenga convenio la Universidad.

Se permite la consulta a los usuarios interesados en el contenido de este documento, para todos los usos que tengan **finalidad académica**, siempre y cuando mediante la correspondiente cita bibliográfica se le dé crédito al trabajo de grado y a su autor, nunca para usos comerciales.

De conformidad con lo establecido en el Artículo 30 de la Ley 23 de 1982 y el artículo 11 de la Decisión Andina 351 de 1993, la Universidad Santo Tomás informa que “los derechos morales sobre documento son propiedad de los autores, los cuales son irrenunciables, imprescriptibles, inembargables e inalienables.”

**Centro de Recursos para el Aprendizaje y la Investigación, CRAI-USTA  
Universidad Santo Tomás, Bucaramanga**

**Hipertensión Arterial y la no Adherencia a los Programas de Promoción y Prevención de los Servicios en Salud, en el Municipio de Chiriguaná-Cesar en el Segundo Semestre del Año 2019**

**Karen Michelle Arteaga Suarez**

**Jennifer Dayana Serrano Álvarez**

**Trabajo de grado para obtener el título de Especialista en Gerencia de Instituciones de Seguridad Social en Salud**

**Director:**

**Alexander Almeida Espinosa**

**Doctorado en Ciencias de Salud**

**Universidad Santo Tomás, Bucaramanga**

**División de Ciencias de la Salud**

**Facultad de Economía**

**2021**

## Contenido

	Pág.
Introducción .....	11
1. Hipertensión Arterial y la no Adherencia a los Programas de Promoción y Prevención de los Servicios en Salud, en el Municipio de Chiriguaná-Cesar en el Segundo Semestre del Año 2019 .....	14
1.1 Planteamiento del Problema .....	14
1.2 Pregunta de Investigación .....	18
1.3 Objetivos .....	18
1.3.1 Objetivo General.....	18
1.3.2 Objetivos Específicos.....	19
1.4 Justificación .....	19
2. Marco Teórico.....	21
2.1 Promoción y Prevención.....	24
2.2 Enfermedades No Transmisibles .....	26
2.2.1. Enfermedades Cardiovasculares .....	27
2.2.1.1. Hipertensión Arterial. ....	29
2.2.2. Cáncer .....	31
2.2.3. Enfermedades Respiratorias Crónicas .....	32
2.2.4. Diabetes.....	33

2.3. Factores Determinantes de las Enfermedades No Transmisibles .....	34
2.3.1. Tabaquismo.....	34
2.3.2. Inadecuada Alimentación.....	35
2.3.3. Falta de Actividad Física .....	36
2.3.4. Obesidad .....	37
2.4. Factores para Prevención de Enfermedades No Transmisibles .....	39
2.4.1. Nutrición Temprana.....	39
2.5. Adherencia a la Terapia .....	40
2.6. No-Adherencia a la Terapia.....	41
3. Marco Legal .....	43
4. Marco Contextual.....	44
5. Metodología .....	47
5.1. Tipo de Investigación.....	47
5.2. Población.....	48
5.3. Muestra y Tipo de Muestreo .....	48
5.4. Tamaño de Muestra.....	49
5.5. Instrumento .....	50
5.6. Datos Primarios y Secundarios .....	51
6. Aspectos Éticos.....	51

7. Análisis de Resultados ..... 52

8. Conclusiones ..... 74

Referencias..... 76

**Lista de tablas**

	Pág.
<b>Tabla 1.</b> <i>Reporte ASIS Mortalidad Grandes Causas por Sexo y Área de Residencia por Municipio: 20178-Chiriguaná, 20-Cesar</i> .....	18
<b>Tabla 2.</b> <i>Defunciones no fetales 2019 preliminar, municipio Chiriguaná-Cesar</i> .....	22
<b>Tabla 3.</b> <i>Marco legal</i> .....	43
<b>Tabla 4.</b> <i>Cifras de aseguramiento en salud, municipio de Chiriguaná-cesar, fecha de corte diciembre 2019</i> .....	46

### Lista de Figuras

	Pág.
<b>Figura 1.</b> <i>Árbol de problemas</i> .....	16
<b>Figura 2.</b> <i>Ubicación geográfica municipio Chiriguaná. Mapa División Político-Administrativa</i> .....	45
<b>Figura 3.</b> <i>¿Toma los medicamentos para la hipertensión arterial en el horario establecido? ...</i>	53
<b>Figura 4.</b> <i>¿Se toma todas las dosis indicadas para el tratamiento de la hipertensión arterial?.</i>	53
<b>Figura 5.</b> <i>¿Cumple las indicaciones relacionadas con la dieta para el tratamiento de la hipertensión arterial? .....</i>	54
<b>Figura 6.</b> <i>¿Asiste a las consultas de seguimiento programadas? .....</i>	55
<b>Figura 7.</b> <i>¿Realiza los ejercicios físicos indicados? .....</i>	55
<b>Figura 8.</b> <i>¿Acomoda sus horarios de medicación para el tratamiento de hipertensión arterial, a las actividades de su vida diaria?.....</i>	56
<b>Figura 9.</b> <i>¿Usted y su médico deciden de manera conjunta el tratamiento a seguir para la hipertensión arterial? .....</i>	57
<b>Figura 10.</b> <i>¿Cumple el tratamiento para la hipertensión arterial sin supervisión de su familia o amigos?.....</i>	58
<b>Figura 11.</b> <i>¿Lleva a cabo el tratamiento para la hipertensión arterial sin realizar grandes esfuerzos?.....</i>	59
<b>Figura 12.</b> <i>¿Utiliza recordatorios que faciliten la realización del tratamiento para la hipertensión arterial? .....</i>	59

<b>Figura 13.</b> <i>¿Usted y su médico analizan cómo cumplir el tratamiento para la hipertensión arterial?</i> .....	60
<b>Figura 14.</b> <i>¿Tiene la posibilidad de manifestar su aceptación del tratamiento para la hipertensión arterial que ha prescrito su médico?</i> .....	61
<b>Figura 15.</b> <i>Tratamiento higiénico-Dietético y farmacológico</i> .....	62
<b>Figura 16.</b> <i>¿Toma los medicamentos para la hipertensión arterial en el horario establecido?</i> 63	
<b>Figura 17.</b> <i>¿Se toma todas las dosis indicadas para el tratamiento de la hipertensión arterial?</i> .....	63
<b>Figura 18.</b> <i>¿Cumple las indicaciones relacionadas con la dieta para el tratamiento de la hipertensión arterial?</i> .....	64
<b>Figura 19.</b> <i>¿Asiste a las consultas de seguimiento programadas?</i> .....	65
<b>Figura 20.</b> <i>¿Realiza los ejercicios físicos indicados?</i> .....	66
<b>Figura 21.</b> <i>¿Acomoda sus horarios de medicación para el tratamiento de hipertensión arterial a las actividades de su vida diaria?</i> .....	66
<b>Figura 22.</b> <i>¿Usted y su médico deciden de manera conjunta el tratamiento a seguir para la hipertensión arterial?</i> .....	67
<b>Figura 23.</b> <i>¿Cumple el tratamiento para la hipertensión arterial sin supervisión de su familia o amigos?</i> .....	68
<b>Figura 24.</b> <i>¿Lleva a cabo el tratamiento para la hipertensión arterial sin realizar grandes esfuerzos?</i> .....	69
<b>Figura 25.</b> <i>¿Utiliza recordatorios que faciliten la realización del tratamiento para la hipertensión arterial?</i> .....	70

<b>Figura 26.</b> <i>¿Usted y su médico analizan cómo cumplir el tratamiento para la hipertensión arterial?</i> .....	71
<b>Figura 27.</b> <i>¿Tiene la posibilidad de manifestar su aceptación del tratamiento para la hipertensión arterial que ha prescrito su médico?</i> .....	72
<b>Figura 28.</b> <i>Tratamiento higiénico-dietético y farmacológico</i> .....	73

### Resumen

El presente trabajo de grado tiene como objetivo principal, identificar las causas de la no adherencia a los programas de promoción y prevención de las personas hipertensas en el municipio de Chiriguaná-Cesar en el segundo semestre del año 2019, investigación realizada según la metodología no experimental.

Se realizó una encuesta estructurada titulada “cuestionario MBG (Martín-Bayarre-Grau) para evaluar la adherencia terapéutica en hipertensión arterial” (Martín Alfonso, 2008), la cual fue debidamente validada y publicada en la Revista Cubana de Salud Pública.

Encontrando que no existe una adherencia al tratamiento para la hipertensión arterial por parte de la población, ya que no es respetado el horario y dosis indicadas de medicamentos, no incluyen las dietas de alimentación prescritas y no realizan actividad física de forma adecuada.

*Palabras clave:* Hipertensión arterial, adherencia terapéutica, promoción, prevención, medicamentos.

### **Abstract**

The main objective of the current work is to identify the causes of non-adherence to the promotion and prevention programs of hypertensive people in the town of Chiriguaná-Cesar in the second semester of 2019, the research was carried out according to the non-experimental methodology.

A structured survey entitled "The MBG Questionnaire (Martin -Bayarre-Grau) was carried out to evaluate therapeutic adherence in arterial hypertension" (Martin Alfonso, 2008), which was duly validated and published in the Cuban Journal of Public Health.

Finding that there is no adherence to the treatment for arterial hypertension by the population, since the schedule and indicated doses of medications are not respected, they do not include the prescribed food diets and they do not perform adequate physical activity.

Keywords: Arterial hypertension, therapeutic adherence, promotion, prevention, medications.

## Introducción

En Colombia el Sistema General de Seguridad Social en Salud fue establecido mediante la Ley 100 de 1993, el cual cumple con la instauración de normas y procesos, para que el Estado brinde la prestación de los servicios en salud a todos los ciudadanos. Este sistema se ha ido complementado con otra normatividad; algunos ejemplos de ello: la ley 1122 de 2007 y el Decreto 780 de 2016; de igual manera desde que se dio origen a la Constitución Política de Colombia de 1991, al Estado le compete realizar los lineamientos para ofrecer y garantizar que el servicio a la salud sea público; por medio de la promoción, protección y recuperación.

La Organización Mundial de la Salud (OMS) direcciona a los países miembros en temas relacionados con la salud que son vitales para una mayor cobertura sanitaria a nivel mundial, de tal forma que, “ayuda a los países a velar por que sus ciudadanos dispongan de servicios de salud integrados y centrados en la persona, equitativos y a un precio asequible” (Organización Mundial de la Salud, 2020); por ello, en Colombia las políticas públicas en materia de salud se ajustan de acuerdo a lo establecido por el Ministerio de Salud y Protección Social, entidad que tiene en su estructura una subdirección que trabaja en las políticas públicas para promover un estilo de vida saludable, y estrategias para mantener una sociedad con las condiciones adecuadas ambientales que contribuyan al bienestar, ya que se evidencia que las enfermedades no transmisibles pueden ser prevenidas. De esta manera se puede lograr la disminución de la mortalidad en especial de personas menores de 50 años.

Según el Sistema Integrado de Información de la Protección Social (Ministerio de Salud y Protección Social, 2020) se observa que, en la última década los índices más altos de mortalidad

en el país se relacionan con las enfermedades del sistema circulatorio, catalogadas como no transmisibles, y al verificar datos se desliga que estas afectan a personas en todas las etapas productivas de la vida, por consiguiente, es esencial que las naciones tengan presente la importancia de realizar enfoques de prevención e información de las comunidades en pro de cuidar a los integrantes de la familia en todas las etapas.

Por ende, los programas dirigidos a la educación de prevención hay que reforzarlos en las edades tempranas como la niñez y adolescencia; porque este tipo de enfermedades se desarrollan gradualmente en una fase silenciosa, teniendo en cuenta que culturalmente se referencia a la juventud como sinónimo de estar sano, pero las estadísticas demuestran graves consecuencias si no se hace una trazabilidad durante el desarrollo.

De lo anterior, es fundamental recalcar que se espera contribuir con este análisis a evidenciar las falencias que se tienen en el Municipio de Chiriguaná en Cesar, frente a la sensibilización de la población referente al cuidado de la salud, por medio de programas de promoción y prevención que encabezan los entes territoriales y las Entidades Promotoras de Salud; en consideración que en este momento hay un gran porcentaje significativo de los habitantes que se encuentran dentro del sistema de salud, ya sea en el régimen contributivo o subsidiado, factor que influye en la distribución de la información realizada por los entes encargados.

De acuerdo con los datos estadísticos estipulados por el Reporte ASIS, Mortalidad Específica por Sexo y Edad, por Municipio en Chiriguaná se evidencia que en el año 2019 hubo un total de 94 decesos (Ministerio de Salud y Protección Social, 2020) por diversas causas o patologías, de este mismo reporte se da la cifra de 35 personas que fallecieron a causa de

enfermedades cardiovasculares, siendo este subgrupo de enfermedades de interés dentro de este análisis, en especial la enfermedad hipertensiva que será la patología de la cual se quiere indagar en profundidad y por la cual se generaron 6 decesos en el año 2019 (Departamento Administrativo Nacional de Estadística -DANE- , 2020).

En el contexto del municipio de Chiriguaná en el año 2019 según la E.S.E Hospital Regional San Andrés de Chiriguaná, se diagnosticaron a 351 personas con la patología de hipertensión arterial, de las cuales 186 personas corresponden al segundo semestre del año, de tal forma que de este conjunto de población objeto de estudio se tiene 124 mujeres y 62 hombres; evidenciándose que 41 personas residen en la zona rural y 144 en la zona urbana; resalta que en su mayoría se encuentran en la cabecera municipal situación que puede tener relación con el diagnóstico de la enfermedad.

# **1. Hipertensión Arterial y la no Adherencia a los Programas de Promoción y Prevención de los Servicios en Salud, en el Municipio de Chiriguaná-Cesar en el Segundo Semestre del Año 2019**

## **1.1 Planteamiento del Problema**

En Colombia en el año 1993 se dio paso a la creación de las Entidades Promotoras de Salud (EPS) por medio de la Ley 100 de 1993, es decir, se autorizó a los particulares la prestación de los servicios de salud a la población, pero sujeto al seguimiento y control por parte del Estado, dicho control no ha sido suficiente, se tiene una problemática a nivel salud que ha incluido la no prestación del servicio en territorios apartados, negación de procedimientos, medicamentos y consultas especializadas a los usuarios; como eje central se encuentra que existen falencias en las políticas públicas en lo referente a la responsabilidad que tienen las EPS con sus afiliados, se ha desligado la existencia de una barrera en la calidad del servicio, máxime cuando :

La crisis económica y financiera que envuelve al mundo también afecta la salud, que tal y como se practica hoy depende cada día más del mercado. En estas circunstancias, la salud es convertida en una mercancía que se encarece en la medida en que también lo hacen los productos dedicados al diagnóstico y tratamiento de las enfermedades. Ello genera, a su vez, desigualdad de acceso a la medicina. (Álvarez Salazar, 2016)

Esto permite observar, que el mercado ha hecho que la competitividad se incremente. Allí es donde surge la inquietud de las Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud (IPS) a nivel público, pues estas se encuentran en desventaja, ya que los recursos con los que cuentan son

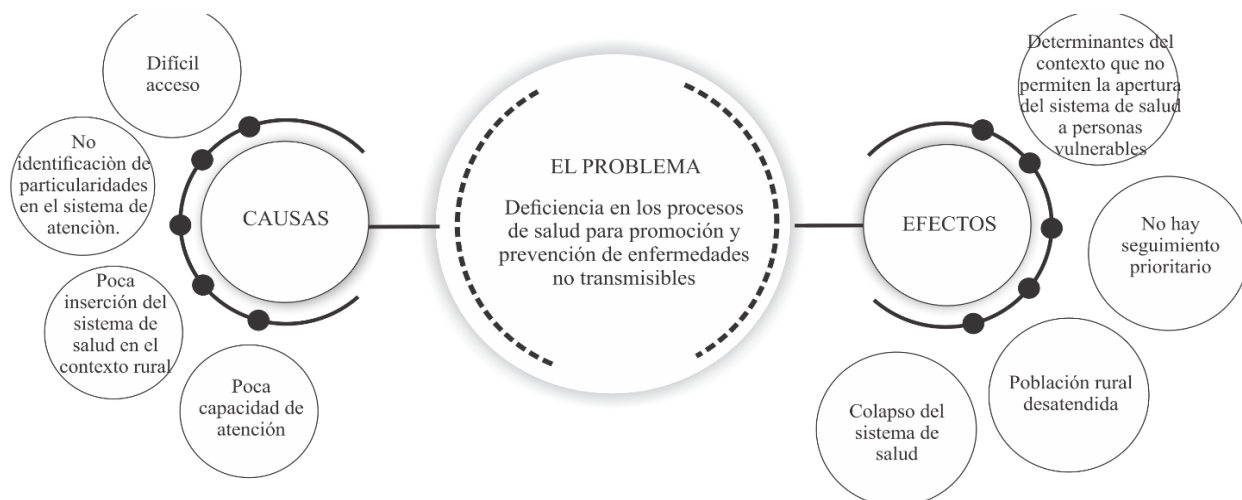
limitados, a razón que la gran mayoría de población que atienden está afiliada al régimen subsidiado, y en su mayoría son personas en condición de vulnerabilidad por condiciones socioeconómicas; posterior a la prestación del servicio de salud la entidad (IPS) debe trazar estrategias para la recuperación de la cartera de los servicios prestados en salud, la cual se hace complicada por ser una cartera del régimen subsidiado, un panorama de salud en el cual en la mayoría de instituciones del Estado no puede verse la renovación de tecnologías, inversión en infraestructura, incremento de servicios ofertados a raíz de fluidez financiera.

Por otra parte, según las estadísticas del DANE, en el año 2019 el porcentaje de pobreza multidimensional en el departamento del Cesar, fue del 25,5% (Departamento Administrativo Nacional de Estadística -DANE-, 2020), siendo importante conocer la realidad del departamento en el que se encuentra sujeto el municipio de Chiriguaná. Esta información se realiza a partir de la Encuesta Nacional de Calidad de Vida (ECV) la cual tiene datos que permiten analizar las condiciones socioeconómicas de las familias colombianas para proyectar políticas públicas acorde a las necesidades, evidenciando cambios en las estructuras poblacionales en las cabeceras municipales y la ruralidad, además los principales dominios en lo referente al índice de pobreza multidimensional son aspectos de educación, niñez y juventud, trabajo, salud y vivienda, los cuales son derechos fundamentales, por lo tanto, de acceso obligatorio a toda la población, en igual sentido, este tipo de estudios reflejan la desigualdad social existente, que deberían a esta época estar subsanados y tener cobertura a toda la población tal cual como lo estipula la Constitución Política de Colombia.

Lo anterior solo argumenta algunas carencias del sistema de salud, que deben ser tenidas en cuenta para contextualizar las condiciones bajo las cuales viven las personas y que en este estudio tienen gran trascendencia por ser una enfermedad que puede en gran medida ser prevenida teniendo una apta calidad de vida.

De tal forma que, se vincula a un primer plano metodológico preliminar llamado “árbol de problemas”, identificando causas o acciones que posteriormente crean efectos que incurren en un problema central que afecta a la población.

**Figura 1.** *Árbol de problemas*



Nota: Fuente, Metodología de la investigación, (Hernandez Sampier, 2014)

El árbol de problemas (Figura 1) se realizó con el conocimiento base de que existe una deficiencia en los procesos de salud de promoción y prevención de enfermedades no transmisibles, ya que se evidencia que sigue existiendo una alta mortalidad a raíz de estas enfermedades, las cuales en esencia son prevenibles, por lo cual, se logra establecer que existen unas causas y estas a su vez contienen efectos que se convierten en barreras para este tipo de enfermedades. Con la

señalización del árbol de problemas, se puede determinar diferentes aspectos que influyen en la deficiencia del sistema, debido a que los programas y el seguimiento de los mismos no son lo suficientemente eficaces para llevar la información a la población, encontrando elementos como el difícil acceso, el abandono del contexto rural, particularidades no priorizadas y la desorganización de atención ocasionando la pérdida del desarrollo de estos programas.

Por lo tanto, tener una noción general de las causas y efectos en relación con la deficiencia que se puede dar en procesos de promoción y prevención de las enfermedades no transmisibles es establecer a groso modo ciertos determinantes que pueden afectar a las personas diagnosticadas con hipertensión arterial, y en especial a las personas diagnosticadas en el municipio de Chiriguaná-Cesar, lugar donde radica este estudio. Siendo así, se debe conocer las estadísticas de mortalidad del municipio de Chiriguaná en el año 2019, especialmente de las enfermedades no transmisibles, resaltando el grupo de enfermedades del sistema circulatorio, al cual pertenece la enfermedad hipertensiva que es la patología de interés en este estudio, ya que la hipertensión arterial puede llegar a ser un factor de riesgo que se inmiscuye en ulteriores problemas a nivel cardiaco y cerebrovascular deteriorando la salud de la persona o culminando en la muerte, por lo cual, se da la siguiente tabla.

**Tabla 1.** *Reporte ASIS Mortalidad Grandes Causas por Sexo y Área de Residencia por Municipio: 20178-Chiriguaná, 20-Cesar*

Capítulo Gran causa de muerte 6/67	Sexo	Muertes 2019	Total Muertes
<b>100 - ENFERMEDADES TRANSMISIBLES</b>	Total	8	8
<b>200 - NEOPLASIAS (TUMORES)</b>	Total	15	15
<b>300 - ENFERMEDADES DEL SISTEMA CIRCULATORIO</b>	Total	35	35
<b>400 - CIERTAS AFECCIONES ORIGINADA EN EL PERIODO PERINATAL</b>	Total	4	4
<b>500 - CAUSAS EXTERNAS</b>	Total	7	7
<b>600 - TODAS LAS DEMAS CAUSAS</b>	Total	20	20
<b>700 - SINTOMAS, SIGNOS Y AFECCIONES MAL DEFINIDAS</b>	Total		
<b>NO DEFINIDO</b>	Total	5	5
<b>Total</b>		94	94

Nota: Fuente, Bodega de Datos de SISPRO (SGD) – Registro de Estadísticas Vitales, 2005 – 2018, (Ministerio de Salud y Protección Social, 2020)

## 1.2 Pregunta de Investigación

¿Cuáles son los factores que influyen en la no adherencia a programas de promoción y prevención de las personas hipertensas en el municipio de Chiriguaná-Cesar en el segundo semestre del año 2019?

## 1.3 Objetivos

### 1.3.1 Objetivo General

Identificar las causas de la no adherencia a los programas de promoción y prevención de las personas hipertensas en el municipio de Chiriguaná-Cesar en el segundo semestre del año 2019.

### **1.3.2 Objetivos Específicos**

Caracterizar socio demográficamente la población diagnosticada con hipertensión arterial en el municipio de Chiriguaná- Cesar en el segundo semestre del año 2019.

Identificar las causas de no adherencia a los programas de promoción y prevención, por parte de las personas hipertensas en el municipio de Chiriguaná-Cesar en el segundo semestre del año 2019, mediante encuestas estructuradas.

Determinar los factores de asociación entre la no adherencia a los programas de promoción y prevención a las personas hipertensas del municipio de Chiriguaná-Cesar en el segundo semestre del año 2019.

## **1.4 Justificación**

Según la Ley 1122 de 2007, capítulo IV, artículo 14, da la función a las Entidades Promotoras de Salud (EPS) cumplir con el aseguramiento de los usuarios que se afilien a ellas; dentro del numeral f segundo inciso, se describe que la atención de promoción y prevención se hará en los municipios por medio de las Entidades Sociales del Estado (ESE), pero establece que las EPS deberán encabezar la responsabilidad de dirigir los diversos programas orientados a la prevención de la enfermedad.

Asimismo, dentro del *Plan Decenal de Salud pública PDSP 2012-2021* (Ministerio de Salud y Protección Social, 2013) se enmarca una visión de la salud en constante cambio, estudiando factores como el entorno de la población, las condiciones sociales, culturales, por lo

cual, estableciendo la vida saludable y condiciones no transmisibles como dimensión prioritaria, cuya responsabilidad de la sociedad, sector privado y particular, entes gubernamentales.

Es importante identificar los factores que no permiten que los procesos de promoción y prevención para la hipertensión arterial catalogada como enfermedad no transmisible, principalmente la hipertensión arterial, en el municipio de Chiriguaná sean eficientes, ya que la metodología utilizada dentro del sistema de salud colombiano, se está encaminando a la educación a la población para prevenir enfermedades como principio fundamental; sin embargo, es determinante abarcar todas las necesidades reales de la población, ya que las condiciones ambientales, sociales, culturales y económicas varían, por ello es necesario el acercamiento del sistema de salud hacia la población y viceversa. Eso orientará a establecer nuevas estrategias que mejoren los procesos de promoción y prevención, ya que de la aplicación o no de este tipo de procedimientos dependerá el desarrollo de las enfermedades no transmisibles.

Por esto es justificable la investigación, ya que, en la imperiosa búsqueda mencionada anteriormente, se ha de resaltar aspectos relevantes causados dentro los procesos actuales de programas de promoción y prevención; como lo son mayor cobertura, acceso, particularidades en el sistema, personas vulnerables, acercamiento a la población, canalización de las necesidades. Lo que demuestra la necesidad de fortalecer estos programas hacia la complementación de calidad de vida social dentro del contexto de salud.

Por consiguiente, se establece que la promoción de la salud y la prevención de enfermedades radica en realizar estrategias eficaces como transformar o desarrollar hábitos, condiciones que lleven a convenciones de vida saludables, en igual sentido se debe promover,

direccionar y concientizar a la población acerca de los factores de riesgos que aumentan la posibilidad de desarrollar hipertensión arterial. Por tal razón, es imperante garantizar el asesoramiento acerca de estos temas y llevar a cabo un seguimiento para poder retroalimentar continuamente y así, gracias a la información adquirida, podemos contrarrestar y lograr prevenir la enfermedad llevando a una primera conclusión en la que se declara vital incentivar a la población al autocuidado.

## **2. Marco Teórico**

Según la Organización Mundial de la Salud las enfermedades no transmisibles tienen un panorama preocupante a nivel mundial, ya que anualmente hay 41 millones de decesos a causa de estas, es decir, el 71% de las muertes totales; el riesgo de padecerlas afecta a todos los grupos etarios, lo que refleja que los entes encargados a nivel de salud deben redirigir su mirada hacia acciones efectivas que promuevan su disminución; pero es alarmante que sean generadas en mayor nivel en poblaciones con limitaciones económicas, que conlleva a dietas poco saludables y condiciones de vida que van en contra de un ambiente favorecedor a la salud. La ausencia de planificación en la urbanización y medidas que satisfagan de forma fugaz lo requerido también contribuyen al aumento de estas enfermedades. (Organización Mundial de la Salud, 2018).

No obstante, hay que conocer la mortalidad del grupo de enfermedades del sistema circulatorio, en especial de las enfermedades hipertensivas en el municipio de Chiriguaná-Cesar para el año 2019; de tal forma, que se evidencie el panorama que desencadena la no adherencia a

las pautas dadas por el personal de salud tanto en la prevención como el tratamiento de la enfermedad a la población, posteriormente se evidencian las siguientes cifras.

**Tabla 2.** *Defunciones no fetales 2019 preliminar, municipio Chiriguaná-Cesar*

ENFERMEDADES DEL SISTEMA CIRCULATORIO	HOMBRES	MUJERES	TOTAL
<b>302 ENFERMEDADES HIPERTENSIVAS</b>	3	3	6
<b>303 ENFERMEDADES ISQUÉMICAS DEL CORAZÓN</b>	12	4	16
<b>304 ENFERMEDAD CARDIOPULMONAR, ENFERMEDADES DE LA CIRCULACIÓN PULMONAR Y OTRAS FORMAS DE ENFERMEDAD DEL CORAZÓN</b>	2	3	5
<b>306 INSUFICIENCIA CARDÍACA</b>	0	1	1
<b>307 ENFERMEDADES CEREBROVASCULARES</b>	2	5	7
<b>TOTAL</b>	<b>19</b>	<b>16</b>	<b>35</b>

Nota: Fuente, Cuadro 5. Defunciones por grupos de edad y sexo, según departamento, municipio de residencia y grupos de causas de defunción (lista de causas agrupadas 6/67 CIE-10 de OPS) (Departamento Administrativo Nacional de Estadística -DANE-, 2020)

Según la tabla 2, en el municipio de Chiriguaná-Cesar a lo largo del 2019 las enfermedades del sistema circulatorio dan como resultado 35 decesos que corresponden al 100%, de los cuales el 17,14% fueron a causa de enfermedades hipertensivas; por enfermedades isquémicas del corazón el 45,71% de defunciones siendo el más representativo de este grupo de enfermedades; por enfermedad cardiopulmonar, enfermedades de la circulación pulmonar y otras formas de enfermedad del corazón hubo un 14,29% de defunciones; por otro lado, correspondiente a la enfermedad de insuficiencia cardíaca se evidencia 2,86% de defunciones y enfermedades cerebrovasculares 20% de defunciones. Teniendo como base que dichas afecciones pueden ser

prevenidas y controladas cuando aparecen, por lo cual, el factor de mortalidad debe incentivar a la creación de políticas públicas que abarquen a fondo el problema, ya que es necesario que los estándares generados cumplan también las metas a nivel municipal, departamental y nacional, puesto que su implementación, sin seguimiento, no permite ver el cumplimiento de lo dispuesto, ejemplo claro son las actividades del plan colectivo de intervención dispuesto para que los entes territoriales desarrollen y promuevan en la población un mejor bienestar en salud, pero el problema radica en los entornos que se van a desarrollar, ya que si se despliega un equipo interdisciplinar para exponer la importancia de la buena alimentación a una población que no tiene el poder adquisitivo para cumplir con ello será algo sin resultados positivos.

En diversos estudios y recomendaciones se establece que la familia tiene un rol fundamental para el paciente, ya que:

La familia crea en el hogar un clima de armonía, comunicación, afectos, unión, respeto y solidaridad que se traduce en bienestar y satisfacción de sus integrantes, enfrenta problemas y toma decisiones sin adoptar mecanismos destructivos, asume cambios en las reglas, los roles y jerarquías para adaptarse en forma transformadora a las exigencias de los procesos críticos de vida, y es capaz de recurrir a recursos externos y asimilar nuevas experiencias cuando lo necesite (Cid Rodríguez, Montes de Oca Ramos, & Hernandez Díaz, 2014).

El aprendizaje social del individuo deriva de la familia, en virtud a que sus primeros pasos y conocimientos se despliegan en este ámbito, creando lazos que por lo general son de por vida, esto se instaura a través de los padres o de quienes tienen el rol de crianza, ya que ellos generan cierto tipo de conductas que son asimiladas en su totalidad, de ahí que se transmitan ejemplos positivos para el crecimiento del niño desde la infancia y adolescencia, permitiendo la toma de

decisiones asertivas en el cuidado personal de la salud en la vida adulta, por medio de las ciencias sociales se podría evidenciar que el cambio de conducta desde el primer nivel de vida del individuo, podría llevar a un positivo cuadro de prevención de las enfermedades; lamentablemente en países como Colombia primero se debe trabajar en la brecha social que es latente en diferentes regiones.

## **2.1 Promoción y Prevención**

El entorno saludable es considerado como eje primordial, dando a entender a la sociedad que además de las pautas que se les da; deben ser ellos mismos quienes acojan estilos de vida adecuados. No obstante, el continuo análisis ayuda a determinar los contextos, por esta razón, las políticas públicas ayudan a evaluar el déficit de la población en diferentes zonas del municipio, resaltando a las más apartadas y así permitir crear estrategias que mitiguen situaciones que ponen en riesgo a ciertos grupos poblacionales. En este contexto, las Empresas Promotoras de Salud juegan un papel vital para la promoción de la salud, que, a su vez, cumple la función de sensibilizar al individuo para hacer énfasis en la importancia del autocuidado.

La promoción de la salud constituye un proceso político y social global que abarca no solamente las acciones dirigidas directamente a fortalecer las habilidades y capacidades de los individuos, sino también las dirigidas a modificar las condiciones sociales, ambientales y económicas, con el fin de mitigar su impacto en la salud pública e individual. La promoción de la salud es el proceso que permite a las personas incrementar su control sobre los determinantes de la salud y, en consecuencia, mejorarla. La participación es esencial

para sostener la acción en materia de promoción de la salud. (World Health Organization, 1998, pág. 10)

Cuando la promoción de la salud se hace de forma correcta, en muchas ocasiones se puede evidenciar la disminución de aparición de enfermedades no transmisibles, la intervención a nivel social es el objetivo de este ítem, por lo cual, el papel que tiene la primera autoridad del municipio y su equipo de trabajo es vital, ya que se necesita dar a la sociedad las condiciones adecuadas para el desarrollo de la vida protegiendo la salud, si en una población no existe la posibilidad de acceso al acueducto, vías secundarias, educación en la primera infancia, oportunidades laborales y condiciones medioambientales favorables se está frente a factores que incrementan la posibilidad de enfermarse a la población, en consecuencia, la promoción de la salud va dirigida hacia la enseñanza de hábitos y entornos que favorecen a la buena calidad de vida de la sociedad.

La prevención hace parte esencial de la promoción, ya que permite la intervención en el individuo, la familia o cierto grupo de la población, según sea el caso. A su vez, permite establecer un seguimiento a personas sanas y así lograr el objetivo de prevenir enfermedades, si la persona se encuentra sana se debe procurar que permanezca así; la prevención también enrola a personas que tienen una enfermedad, pero pueden recibir un tratamiento que permita su cura o disminuya los efectos.

La prevención cuenta con tres niveles, el primario se enfoca en evadir la aparición de la enfermedad con medidas de prohibición a exposición a ciertos productos químicos, orientando y educando a la población para adquirir hábitos saludables y adecuados hábitos de higiene oral; la prevención secundaria se realiza asistiendo a controles periódicos, para acceder a exámenes

complementarios que puedan diagnosticar a tiempo enfermedades, evitando que lleguen a etapas que comprometan la vida del paciente. La prevención terciaria se fundamenta en el seguimiento al paciente que tiene una patología, por lo cual, debe acudir a ciertos tratamientos que controlan la prolongación de la enfermedad teniendo como objetivo la rehabilitación.

La prevención de la enfermedad abarca las medidas destinadas no solamente a prevenir la aparición de la enfermedad, tales como la reducción de los factores de riesgo, sino también a detener su avance y atenuar sus consecuencias una vez establecida. La prevención de la enfermedad se utiliza a veces como término complementario de la promoción de la salud. Pese a que a menudo se produce una superposición del contenido y de las estrategias, la prevención de la enfermedad se define como una actividad distinta. (World Health Organization, 1998, pág. 13)

## **2.2 Enfermedades No Transmisibles**

Según la Organización Mundial de la Salud las enfermedades no transmisibles “también conocidas como enfermedades crónicas, tienden a ser de larga duración y resultan de la combinación de factores genéticos, fisiológicos, ambientales y conductuales” (Organización Mundial de la Salud, 2018) estas afecciones a la salud de la persona se manifiestan de forma lenta, pero van progresando hasta derivar en patologías que pueden culminar con la muerte, entre ellas están las enfermedades cardiovasculares, cáncer, enfermedades respiratorias crónicas y la diabetes, catalogadas como una epidemia en este siglo. Hoy en día, evidenciamos la falta de prevención en las enfermedades no transmisibles, falla en políticas públicas, inadecuada alimentación en la

población, falta de actividad física, tabaquismo y la obesidad, que son predisponentes y generan ciertas enfermedades No Transmisibles.

En la categoría de las enfermedades básicas no transmisibles conocidas, también se añade en las personas con discapacidades, y es más preocupante que en países donde el ingreso de las familias suele ser menor, aumenta el riesgo a estas enfermedades, por esto se debe estudiar las condiciones en las que vive la población que tiene menos recursos frente a los que tienen más recursos. Con este análisis se podría resumir que la pobreza va ligada a enfermedades no transmisibles.

Por otra parte, se ha evidenciado que en Colombia no se ha establecido una norma que haya descrito los compromisos que se suscribieron frente a programas o pautas de prevención referente a estas enfermedades, por esta razón, se han acogido a adopciones y recomendaciones de la OMS.

### ***2.2.1. Enfermedades Cardiovasculares***

En estas enfermedades la alimentación, el ejercicio, la reducción de tabaco y alcohol, pueden menguar la aparición de las mismas; aun actualmente está dentro de las principales razones de mortalidad en el mundo, en países de bajos recursos aumenta el riesgo de padecerlas; estas enfermedades se vinculan con la dificultad de funcionamiento del corazón que se relaciona con una mala actividad de vasos sanguíneos. Las siguientes son algunas de estas enfermedades: hipertensión arterial, cardiopatía reumática, cardiopatía coronaria, enfermedad cerebrovascular, miocardiopatías, Insuficiencia cardiaca.

Según el artículo de Susanna Sans Menéndez (2006) las mujeres que presentan cuadro de diabetes tienen entre 3 y 5 veces más probabilidad de desarrollar enfermedades cardiovasculares (Sans Menéndez, 2006) además en los últimos años se ha observado que el aumento de glucemia sin tener un cuadro clínico de diabetes podría conllevar a la enfermedad cardiovascular, lo cual es alarmante debido a que no se ha presentado ningún signo.

La enfermedad cardiovascular se puede prevenir principalmente con la ingesta de alimentos sanos, ya que la grasa que contienen ciertos alimentos, es un factor que a largo plazo y en exceso puede acabar con la vida de las personas. Es necesario dar a entender que lo que se come hoy va a tener un efecto en un tiempo prolongado; por tal razón, se debe incentivar a la actividad física que en personas que tienen malos hábitos alimenticios debe ser aún mayor, sin dejar de lado la asistencia periódica al médico, lo cual, contribuirá a disminuir la aparición de esta enfermedad.

Entre esta categoría existen dos tipos de factores de riesgo, el primer grupo se determina como modificable, dentro del cual están inmersos los hábitos de vida que adquiere la persona como tabaquismo y/o ingesta de licor, ante esto es importante que los adultos sean conscientes de transmitirle a sus hijos mediante el ejemplo una vida sana y hábitos que realmente ayuden al menor en la etapa adulta, por lo que se recomienda la medición constante de la presión arterial y otros cuidados propios para demostrar con ejemplos a las nuevas generaciones. Los factores no modificables se refieren a circunstancias hereditarias, es decir, a la predisposición que tiene una persona a desarrollar una patología por los genes de sus ascendientes, sin embargo, si se es consciente de esto, se puede tener mayor control acerca de los hábitos y disminuir el riesgo de

aparición de la enfermedad, entre este último grupo también se encuentra la edad y sexo de la persona. (Vega Abascal, Guimará Mosqueda, & Vega Abascal, 2011)

**2.2.1.1. Hipertensión Arterial.** La hipertensión arterial es una patología de curso crónico, que se caracteriza por disminución en la tensión de los capilares sanguíneos vs el flujo de sangre. Los síntomas asociados a la hipertensión arterial son vasomotores, tal como la cefalea, tinnitus, mareo, náuseas, enrojecimiento facial. Por otro lado, la edad, el consumo de sodio, la obesidad, la ausencia de actividad física, el tabaquismo, y los antecedentes familiares hereditarios, son factores que aumentan el riesgo de presentar dicha enfermedad, al mismo tiempo es visible que esos factores de riesgo son un conjunto común para las diferentes enfermedades no transmisibles.

La hipertensión arterial presenta etapa 1 y etapa 2, en cada etapa hay hipertensión arterial primaria o esencial, hipertensión juvenil e hipertensión asociada al embarazo. No obstante, existen diversas complicaciones, una de ellas es la retinopatía hipertensiva que comúnmente se generan en pacientes que sufren patologías hipertensivas como la preclamsia y la eclancia, observando en la retina aparición de vasos sanguíneos que se distorsionan, de igual manera pierden grosor o presentan dilatación. También encontramos nefropatía hipertensiva, lesión macro vascular por ultrasonido vascular, entre otros.

Es importante conocer los valores de la presión arterial, para así diagnosticar a un paciente que padece hipertensión arterial, considerando pre – hipertensión cuando la presión arterial sistólica se encuentra en un rango entre 120- 139 mmHg y la presión arterial diastólica entre 80 – 89mmHg, para estos pacientes se recomienda disminuir el consumo diario de sal a 5gr , sin dejar

de lado, la proporcionalidad que debe existir en el IMC según la edad y talla, para de esta manera contra restar la incidencia de hipertensión arterial, indicaciones anteriores descritas en la guía de práctica clínica correspondiente a esta enfermedad (Ministerio de Salud y Protección- Colciencias, 2017).

Los valores para sospecha de hipertensión arterial se encuentran en un rango donde la presión arterial sistólica esta entre 135- 150 mmHg y la presión arterial diastólica entre 85- 95mmHg, estos son los valores de referencia para dar diagnóstico de hipertensión. De este modo, se debe tener en cuenta el mapa, el cual, es el monitoreo ambulatorio de presión arterial, donde se evalúa el resultado de la presión arterial de ser menor a dichos valores se indica que no debe darse manejo farmacológico; en este caso, solamente se modifican los hábitos y se promueve la actividad física. Pero, si los valores están por encima del rango de referencia que es de 150-95 mmHg, el diagnóstico se confirma sin necesidad de proceder al mapa. Posteriormente de haber diagnosticado se debe empezar a identificar si la hipertensión ha ocasionado daño a órganos, tal como se estipula en la guía de manejo (Ministerio de Salud-Colciencias, 2017)

Cuando la hipertensión arterial se vuelve crónica puede afectar diferentes sistemas u órganos, uno de ellos es el corazón, el cual, tiene dos aurículas y dos ventrículos, derecho e izquierdo, el ventrículo izquierdo es quien bombea la sangre al resto del cuerpo, por consiguiente, como es la parte del corazón que hace más fuerza, es la más grande. Pero, con la hipertensión arterial esta parte debe trabajar más fuerte para vencer la presión de los capilares, de este modo, el musculo del ventrículo empieza a crecer progresivamente y la mayoría de veces el tamaño del

ventrículo también aumenta. De esta manera, se va produciendo la hipertrofia ventricular izquierda, por el desgastamiento del musculo al momento de la hipertensión.

### **2.2.2. Cáncer**

Según la Asociación Española Contra el Cáncer esta enfermedad cuenta con más de 200 tipos (Asociación Española Contra el Cáncer, 2018); esto ocurre al interior del proceso celular ya que en su diario vivir se van regenerando, pero, al momento en que este no se realiza de forma satisfactoria, se da inicio a la creación de células que el cuerpo no requiere y en muchas ocasiones se convierten en tumores malignos que se alojan en diversas partes del cuerpo, razón por la cual es que existen diversos tipos de cáncer. La elección del tratamiento indicado depende del estado en que se encuentre el cáncer, por lo que se recomienda que las personas tengan presente la importancia de la prevención y el hábito de realizarse chequeos médicos de rutina, tener una alimentación saludable y mejores hábitos de vida.

En este tipo de enfermedades el nivel socioeconómico es una variable determinante, ya que para la prevención primaria el entorno es importante. Por esta razón, la incidencia directa de algunos sectores de las ciudades contemporáneas en el posible desarrollo del cáncer, ya que en algunos lugares que corresponden a las periferias de las urbes, suele haber mayor contaminación y no son habitables, aun así, hay personas que están obligadas a vivir allí ya que no tiene los medios económicos para acceder a otro tipo de vivienda y les es imposible el mejoramiento en la calidad del aire y agua. Con similar incidencia están las familias que viven en lugares de difícil acceso y que no se les garantiza vías para el desplazamiento, lo cual, podría ser un impedimento para la

prevención secundaria que se fundamenta en el diagnóstico temprano de la enfermedad; en consecuencia, existe un desequilibrio en las condiciones dentro de las cuales se van desarrollando este tipo de enfermedades sin dar diagnóstico y acarrear la muerte. (Salas & Peiró, 2013)

### ***2.2.3. Enfermedades Respiratorias Crónicas***

Tienen afectación directa a los pulmones o las vías respiratorias, los tratamientos son para disminuir las afecciones que conllevan, pero no resultan ser definitivos para el paciente, por lo cual, la persona debe aprender a convivir con esta patología, por lo que su estado de salud depende del cuidado constante. Este tipo de enfermedad va progresando lentamente desde el inicio, hasta culminar en detonantes que ponen en riesgo la vida. Algunas enfermedades de este grupo son el asma, la enfermedad Pulmonar Obstructiva Crónica (EPOC), entre otras.

En Colombia gran parte de estas enfermedades se han originado por causas laborales, es decir, la exposición a factores como el polvo, sustancias químicas peligrosas, contaminación medio ambiental, al igual como consecuencia de hábitos nocivos como el tabaco y la cocción en leña, lo cual repercute negativamente en el sistema respiratorio de personas expuestas.

En etapas iniciales los síntomas se presentan como dificultad al momento de respirar, pérdida de la fuerza muscular que conlleva a poca práctica de ejercicio físico lo que genera problemas de peso e incluso pérdida de movilidad por la inactividad física. La calidad de vida en el ámbito social, laboral y hasta mental se ve afectada, por ello, a nivel nacional se ha podido observar el esfuerzo de las políticas públicas para evitar el deterioro de la salud por los factores anteriormente mencionados, de tal forma que la prevención a estas enfermedades se desarrolla con

mayor énfasis a nivel laboral, otorgando a los trabajadores los elementos de protección necesarios según sea la labor a realizar. Otras políticas y actos como la eliminación de sustancias como el asbesto; el acceso al gas natural en las casas y las consignas por la eliminación de emisión de gases contaminantes también tienen un matiz público, sin embargo, estas son difíciles de desplegar en todo el territorio por lo apartado de algunos lugares. (Durán Palomino & Vargas Pinilla, 2007)

#### ***2.2.4. Diabetes***

Enfermedad crónica la cual se presenta cuando el páncreas no elabora la cantidad de la hormona insulina que requiere el cuerpo (diabetes tipo 1), o el organismo no hace uso eficaz de la insulina que produce (diabetes tipo 2), la función principal de la insulina es mantener la glucosa en la sangre, es decir, conservar el funcionamiento correcto de la glucosa, que, a través de la sangre se transporta para que llegue a las células y así mantener la energía del organismo; tras desarrollar esta patología, si no se cumple con el tratamiento oportunamente, con el pasar del tiempo se pueden sufrir otras enfermedades tales como fallas cardiovasculares, problemas de visión que pueden finalizar en la pérdida total, insuficiencia renal, entre otras.

“Se ha demostrado que medidas simples relacionadas con el estilo de vida son eficaces para prevenir la diabetes de tipo 2 o retrasar su aparición” (Organización Mundial de la Salud, 2020), es de mencionar que manteniendo hábitos saludables, como el ejercicio, alimentación sana, no uso de cigarrillo o bebidas alcohólicas la persona tendrá una vida sana y podría evitar aparición de la diabetes tipo 2; por ello, la conciencia en la forma de vida que ha construido la sociedad resulta ser la clave en enfermedades no transmisibles como está.

### **2.3. Factores Determinantes de las Enfermedades No Transmisibles**

#### **2.3.1. *Tabaquismo***

El tabaquismo conlleva al individuo a desarrollar cuadros de dependencia a la nicotina, lo que puede provocar efectos de rechazo en el sistema, que generan patologías como el cáncer de boca, labios, garganta, laringe, faringe, esófago, pulmón, entre otros, de igual manera puede generar enfermedad pulmonar obstructiva crónica, ya que se ha demostrado que el humo del tabaco libera sustancias químicas que generan en el sistema respiratorio anomalías (Ley 1122 , 2007).

Un fumador activo puede presentar síntomas como dolor de garganta, disminución del sentido del gusto, al igual que otras afecciones. Por otra parte, según un estudio realizado por Rojas, Rojas, & Hidalgo (2014) se demostró que los signos que se reflejan como consecuencia del tabaquismo son mal aliento, cambio en la pigmentación de las estructuras dentarias, lo cual, ocasiona enfermedad periodontal, esta acarrea inflamación en las encías generalizada o localizada; se origina por un mayor desarrollo de mediadores tales como la interleucina 1 y la prostaglandina E2, ocasionando hiperplasia gingival, además de sangrado. Si el consumidor no presenta una adecuada higiene oral haciendo uso de los elementos requeridos como la seda dental, la placa bacteriana se deposita de no ser removida se calcifica formando un cálculo dental hasta la pérdida dentaria (Ministerio de Salud y Protección Social, 2013)

### ***2.3.2. Inadecuada Alimentación***

Tener una dieta desequilibrada es un factor común en enfermedades no transmisibles. De esta manera, la vida saludable tiene un rol fundamental en la prevención de estas enfermedades; por lo que al cumplir los parámetros nutricionales se genera una respuesta positiva en el organismo. No obstante, es necesario decir que el desorden alimenticio también genera trastornos, puesto que, si el sistema digestivo no recibe la suficiente fuente de nutrientes, el individuo empezara a perder peso corporal; en los adultos una probable aparición de emaciación y en los niños entorpecimiento del desarrollo normal (Ministerio de Salud y Protección Social, 2013)

Los contextos políticos, sociales y económicos, tienen una incidencia determinante en el desarrollo de estos problemas, ya que el estilo de vida de cada familia se rige por causas externas, sobre las cuales se debe trabajar para cuidar la salud. La brecha económica no permite a las personas consumir alimentos sanos, por el contrario, se tienen que ver en la obligación de consumir lo que pueden adquirir, donde lamentablemente se ha visto que la desigualdad social predomina en estas patologías (Ministerio de Salud y Protección Social, 2013)

En Colombia todos los ciudadanos tienen el derecho fundamental al acceso a la salud, sin embargo, en la práctica suele no ser cumplido a cabalidad, ya que en diversas latitudes del país no existen los suficientes profesionales de la salud para cubrir los temas necesarios; se ven en la obligación de dirigirse a centros más grandes y alejados de su lugar de permanencia, lo cual, genera gastos adicionales para dicha atención en programas requeridos, ese contexto conlleva al abandono y no asistencia por parte de la ciudadanía, argumentando que no tienen los medios para llegar allí, situación que debe ser analizada antes de poner en marcha la ejecución de programas de promoción y prevención.

### ***2.3.3. Falta de Actividad Física***

Se ha recalcado que es un determinante que activa las enfermedades no transmisibles como la diabetes y las enfermedades cardiovasculares; hoy día, los adolescentes y niños se encuentran inmersos en el sedentarismo a causa de la dependencia a la tecnología específicamente a los celulares, computadores, juegos de video entre otros, lo cual, se refleja más en la zona urbana en comparación a la zona rural, ya que por el medio ambiente que los rodea realizan más actividades de desplazamiento, de siembra y esto hace que los músculos estén en movimiento lo cual no permite que la grasa se acumule en el cuerpo.

En la zona urbana se evidencia que las personas tienen menos tiempo libre, debido al desplazamiento a los trabajos en las grandes ciudades, trancones, extensas jornadas laborales, responsabilidades familiares, lo que conlleva a que, el individuo no realice esfuerzos físicos adicionales a su rutina diaria; convirtiéndolo en un ser sedentario sin dejar de lado la exposición en el ambiente a personas fumadoras activas, ingesta de alimentos con poca cantidad de nutrientes y niveles de grasa superiores, ingesta de bebidas alcohólicas, que se convierten en un estilo de vida con inadecuados hábitos.

Según un estudio realizado por Martínez L., Saldarriaga, & Sepúlveda,(2008) se puede observar que las personas que están ejercitándose de forma continua viven 2.1 años más en relación con personas inactivas; resaltando que las esferas físicas y mentales de las personas tienen cambios positivos cuando están ejercitándose, lo que contribuye al progreso en la calidad de vida en el individuo, por ende, al enseñar a una sociedad a tener hábitos saludables se está realizando una promoción de la salud pública acorde.

En un último concepto al respecto de esta categoría se debe tener en consideración el factor de riesgo de la obesidad causado por el sedentarismo, el cual, es el extremo opuesto de la actividad física y del que deriva otra serie de repercusiones en el estado de salud de las personas.

#### **2.3.4. Obesidad**

La obesidad es una enfermedad crónica que desencadena diversos riesgos e incrementa el progreso de enfermedades no transmisibles. Algunas de las causas de este es el alto consumo de azúcar, la inadecuada alimentación, alta ingesta de grasas, ausencia de consumo de frutas y vegetales, el consumo en exceso de calorías y el sedentarismo, las cuales ocasionan en el cuerpo la imposibilidad de metabolizar las calorías que recibe. Aumenta las posibilidades de presentar hipertensión arterial, colesterol, hipercolesterolemia, entre otros; lo que ocasiona el desarrollo de enfermedades cardíacas o riesgo cardiovascular, accidentes cerebrovasculares y diabetes; estas pueden derivar en el aumento calórico, lo cual estimula el apetito por la ingesta excesiva de bebidas refrescantes, de esta manera el individuo tendrá sensación de hambre debido a que los líquidos no permiten al cuerpo sentir la satisfacción al ingerir el producto, en comparación con la compensación o nutrición que aporta un alimento sólido.

En el proceso de la estimulación del apetito intervienen muchas sustancias, por ejemplo, los niveles de azúcar en sangre y los niveles de insulina, cuando los niveles de la insulina en sangre disminuyen ocasiona un estímulo para generar apetito; al aumentar los niveles de azúcar en sangre, aumenta la producción de la insulina, ya que la insulina es la sustancia que permite la entrada de azúcar en las células. El cuerpo requiere de energía, la cual procesa a partir de algunas sustancias,

en este caso, las que viajan por el torrente sanguíneo. La glucosa ayuda a la parte energética de las células y actúa en forma de carbohidrato, sin embargo, el funcionamiento normal de este proceso implica que la insulina generada sea suficiente para el desempeño del cuerpo. La problemática inicia cuando se llega al exceso de la presencia de glucosa en la sangre, que son los que llevan a enfermedades, estos se empiezan a depositar y a formar otro tipo de sustancias, a raíz de esto las células no son capaces de procesarlos y por ende quedan fuera de ella (World Health Organization, 1998).

La obesidad se puede dar por varios factores predisponentes, la genética juega un papel importante, pero esta se complementa con una alimentación no saludable o con el sedentarismo. Según un estudio realizado por Chueca, Azcona, & Oyarzábal, (2002) la obesidad en los niños es relacionada con la genética, catalogando que el 30% de los menores afectados por esta condición tienen padres que también la padecen. En comparación con los menores que son de padres con normal peso, relacionados en un 25 a 35%. Aunque se estima, que el riesgo es mayor si los padres son obesos, comprobando que si uno de los padres del menor es obeso la probabilidad de riesgo es 4 veces mayor, y si ambos padres se encuentran en esta condición, la probabilidad de riesgo es el doble. Por esto, la genética actúa si se cumple el mismo patrón de alimentación inadecuada o la inactividad física, a su vez propensa al individuo a enfermedades cardiovasculares.

## **2.4. Factores para Prevención de Enfermedades No Transmisibles**

### ***2.4.1. Nutrición Temprana***

La nutrición es el nombre dado al proceso de transformación y absorción de nutrientes y demás en el cuerpo. Este proceso debe ser llevado de manera consciente y responsable para un correcto funcionamiento del organismo, a lo que se adiciona la importancia de una alimentación saludable en edades tempranas, como también durante el estado de gestación. El organismo recibe, transforma y utiliza aquellos nutrientes contenidos en los alimentos para procesarlos en fuente energética y así aportar durante el crecimiento y desarrollo, llevando a cabo diferentes funciones. Una de ellas es prevenir enfermedades relacionadas con la alimentación, como la desnutrición o incluso la obesidad, que tiende a ser el pilar de padecer enfermedades no transmisibles como la diabetes, enfermedades cardiovasculares o la hipertensión arterial. Con una correcta nutrición se regulan los procesos metabólicos y se mantienen las estructuras corporales. Por tal razón, se debe consumir alimentos sanos, en proporciones adecuadas, ya que estos alimentos aportan al organismo sustancias que requieren como vitaminas, minerales y proteínas. El cuerpo debe recibir todos los grupos de alimentos como proteínas, vegetales, carbohidratos, frutas, lácteos, además azúcares y grasas, el cuerpo las convierte en alimentos sanos, siempre y cuando se consuma de una manera equilibrada.

Es importante una dieta saludable tanto en la niñez como en la etapa de crecimiento, es necesario evitar alimentos procesados y ambulantes, debido a que estos no cumplen con

las normas de higiene establecidas por los Organismos de Salud, las decisiones de elegir entre una dieta saludable con una que no cumple el nivel de nutrición requerido están en manos de los adultos. (Loaiza Collantes, Sarango Pangol, & Garofalo Garcia, 2020)

Los padres o encargados de la crianza de niños y adolescentes deben procurar una alimentación balanceada que implique la ingesta de alimentos necesarios para poder producir la fuente energética que requiera el organismo, según edad, peso y talla, teniendo en cuenta qué tan sedentario es el individuo, es decir, conforme su condición fisiológica. Esta alimentación debe cumplir unos estándares, por ende, se debe consumir todo el grupo de la pirámide alimenticia, teniendo en cuenta su frecuencia y cantidad. En este caso, juega un papel fundamental la higiene con la que este alimento será preparado para ser consumido y no genere riesgos en su organismo.

## **2.5. Adherencia a la Terapia**

La adherencia se ha definido como el contexto en el cual el comportamiento de la persona coincide con las recomendaciones relacionadas con la salud e incluyen la capacidad del paciente para: • Asistir a las consultas programadas (consultorio/hospital) • Tomar los medicamentos como se prescribieron • Realizar los cambios de estilo de vida recomendados • Completar los análisis o pruebas solicitadas. (Silva, 2005)

El tratamiento de una enfermedad es indispensable para la rehabilitación o curación de la persona, de tal forma que al seguir las indicaciones medicas hay alta probabilidad de recuperarse y evitar el desencadenamiento de otras enfermedades; siendo vital el acompañamiento de los

profesionales en salud para comprender los cuidados que debe tener cada individuo dentro de su tratamiento.

Para las personas con hipertensión arterial el conocimiento acerca de monitorear la presión arterial, tener hábitos de vida saludable, administrar los medicamentos de forma permanente y responsable; tener en cuenta la existencia de los eventos adversos que podría ocurrir al no seguir las indicaciones medicas por parte del paciente, crear conciencia acerca de los riesgos que puede conllevar ya que de no comprender y cumplir lo anterior, esta patología podría desencadenar problemas cardiacos y la alteración en el organismo puede ser tan grave que puede terminar en la muerte.

## **2.6. No-Adherencia a la Terapia**

Se define como “no-adherencia” la falla en el cumplimiento de instrucciones terapéuticas, ya sea de forma voluntaria o inadvertida; un ejemplo de ello son los problemas relacionados con los medicamentos. La falla en seguir los esquemas de tratamiento indicados por el médico o por el personal de salud, es en esencia, una decisión personal de causa multifactorial. (Silva, 2005)

El paciente por lo general empieza a analizar cuáles son los beneficios y los riesgos en que incurre si no adopta las recomendaciones médicas, la ingesta de los medicamentos puede depender del nivel de gravedad de la enfermedad, la credibilidad del sistema de salud, y que acepte los nuevos cambios de rutina que conlleva el tratamiento médico; la no adherencia causa una falla en el sistema de salud ya que puede incrementar los costos de enfermedades, la mortalidad

aumentaría; es indispensable la integración entre el paciente-personal médico y el sistema general de seguridad social en salud.

En el caso de la no adherencia a los programas de promoción y prevención de la hipertensión arterial en el contexto colombiano puede tener factores de riesgo sociales y culturales que deben ser tenidos en cuenta para que el paciente pueda tener una atención oportuna; el nivel de educación hace que la persona acepte y comprenda la importancia del bienestar de su salud teniendo más posibilidad de costear medicamentos, estilos de vida saludable y un constante monitoreo del estado de su salud para tomar las decisiones tempranas evitando el detrimento de su vida a causa de la enfermedad.

El bajo nivel socioeconómico podría ser uno de las causas principales que deben ser tenidas en cuenta para verificar el porqué de la no adherencia al tratamiento de enfermedades no transmisibles o crónicas, especialmente la hipertensión arterial, ya que como la OMS se ha referido “el rápido aumento de estas enfermedades sea un obstáculo a las iniciativas de reducción de la pobreza en los países de ingresos bajos” (Organización Mundial de la Salud, 2018). Porque al momento que las personas con insuficientes recursos desarrollan una enfermedad, el aumento en gastos familiares lo hará también y quizá pueden dejar de recibir sus ingresos básicos de alimentación, educación y vivienda, para suplir los costos de una enfermedad pero, al nivel que ellos puedan costear quizá no se podría llegar a obtener una constante atención sanitaria por la difícil situación de acceso en los lugares donde viven y el costo que genera el trasladarse constantemente para recibir asistencia médica; en este panorama es muy común la exposición a

dietas poco saludables, consumo de sustancias psicoactivas y alcohol, lo cual entorpecer el tratamiento de enfermedades como el de la hipertensión arterial.

Las estrategias de políticas públicas deben ser enfocadas a la educación y progreso de las comunidades más apartadas y de escasos recursos, retroalimentando el sistema de salud e incentivando a la prevención de enfermedades; apuntando hacia una reducción de enfermedades de alto costo, ya que esos recursos de enfermedades de alto costo que pueden ser prevenidas, serían de gran utilidad en el fortalecimiento de la sociedad en diferentes aspectos, y generando un impacto directo en la mortalidad.

### 3. Marco Legal

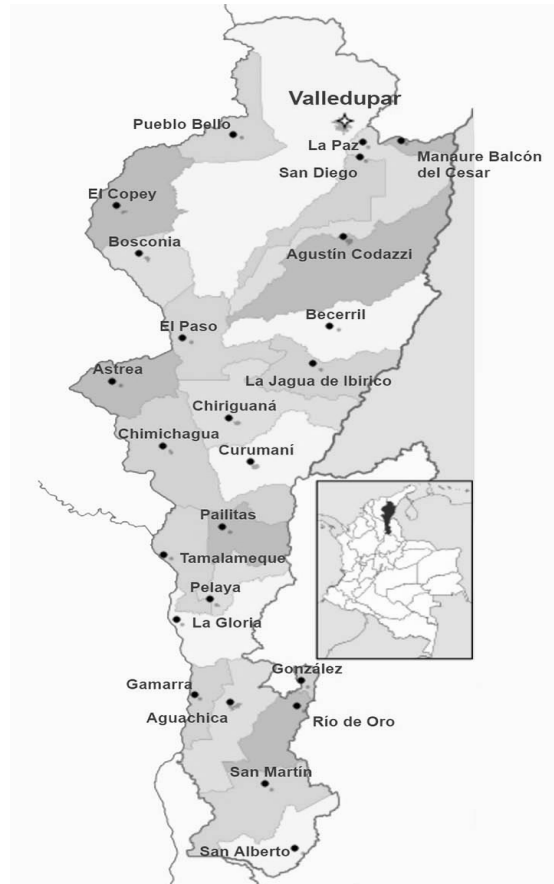
**Tabla 3.** *Marco legal*

<b>NORMA</b>	<b>DESCRIPCION</b>
<b>Constitución Política de Colombia (Constitución Política de la República de Colombia, 1991)</b>	Artículo 49 indica acerca de servicios de promoción, protección y recuperación de la salud, con el fin de disminuir el riesgo en las enfermedades.
<b>Ley Estatutaria 1751 de 2015 Ley estatutaria en salud (Congreso de la Republica de Colombia, 2015)</b>	Se estableció el derecho a la salud como fundamental, siendo el Estado el encargado de proteger que se desplieguen todas las acciones necesarias para que las personas ejerzan el derecho fundamental a la salud.
<b>Ley 100 de 1993 (Congreso de la Republica de Colombia , 1993)</b>	Con el fin de mejorar la calidad de vida de las personas se estableció el Sistema de Seguridad social Integral, que son aquellas normas, instituciones y procedimientos que tiene como herramienta la persona y en general la comunidad con ciertas situaciones que pueden causar detrimento en la salud o económicamente
<b>Ley 1122 de 2007 (Congreso de la Republica de Colombia, 2007)</b>	Modificó al Sistema General de Seguridad Social en Salud, en pro de mejorar el servicio de salud a los afiliados, impone a gobernantes el deber de incentivar programas de

NORMA	DESCRIPCION
	promoción y prevención, que permitan a la comunidad desarrollar estilos de vida saludables disminuyendo diferentes tipos de enfermedades, por medio de la salud pública se establezca una participación dinámica entre el Estado y los diferentes sectores poblacionales para mejorar la salud a nivel individual y colectivo.
<b>Resolución 1841 de 2013 emitida por el Ministerio de Salud y Protección Social</b>	El Plan Decenal de Salud Pública fue adoptado mediante esta resolución emitida por el Ministerio de Salud y Protección Social, esta política pública orienta a la salud pública por el termino de 10 años, para mejorar la salud de la población mediante estrategias de atención primaria en salud, buscando la equidad en salud, de tal forma que las condiciones especiales con las que cuenta una persona ya no puede ser una barrera para el servicio de salud.

#### 4. Marco Contextual

El municipio de Chiriguaná del Departamento del Cesar fue fundado el 08 septiembre de 1530 (Alcaldía Municipal de Chiriguaná-Cesar, 2020) se caracteriza por ser una zona donde se encuentra el carbón mineral que incluso es fuente de ingresos de gran parte de la población, ya que hay una mina ubicada muy cerca de la cabecera municipal. Chiriguaná se encuentra ubicado al noreste de Colombia. El cual limita al norte con el municipio de El Paso, al sur con Curumaní, al este con La Jagua de Ibirico y con Venezuela, y al oeste con Chimichagua.

**Figura 2.** Ubicación geográfica municipio Chiriguaná. Mapa División

Nota: Fuente, Mapa División Político-Administrativa (Gobernación del Cesar, 2020)

En este municipio los habitantes cuentan con el servicio de salud de la E.S.E Hospital Regional San Andrés de Chiriguaná, el cual, ofrece los Servicios de Baja y Mediana Complejidad, entre los cuales se destaca urgencias, consulta externa por medicina general-enfermería-odontología, hospitalización, programas de protección específica y detección temprana, ginecología y obstetricia, laboratorio clínico mediana complejidad, radiología e imágenes diagnosticas mediana complejidad, cirugía general, entre otros, además de la Unidad de Cuidados Intensivos que actualmente funciona allí; por consiguiente, para conocer temas de aseguramiento

y el panorama la situación en salud de los afiliados, número de habitantes y otros temas, se establece que.

**Tabla 4.** *Cifras de aseguramiento en salud, municipio de Chiriguaná-cesar, fecha de corte diciembre 2019*

NOMBRES DE MEDIDAS	MA(AÑO)	VALORES DE MEDIDAS
<b>COBERTURA</b>	DIC-19	100%
<b>POBLACIÓN DANE</b>	DIC-19	18.574
<b>AFILIADOS</b>	DIC-19	27.805
<b>EXCEPCIÓN &amp; ESPECIALES</b>	DIC-19	616
<b>SUBSIDIADO</b>	DIC-19	23.207
<b>CONTRIBUTIVO</b>	DIC-19	3.982
<b>PPNA</b>	DIC-19	429
<b>SISBÉN 2</b>	DIC-19	638
<b>SISBÉN 1</b>	DIC-19	28.380

*Nota:* Fuente, Ministerio de Salud y Protección Social, cifras del aseguramiento en salud (Ministerio de Salud y Protección Social, 2020)

De acuerdo con lo anterior, se establece que según datos estadísticos del DANE (Ministerio de Salud y Protección Social, 2020) para el año 2019 a corte de diciembre, la proyección de población que se estableció fue a raíz del censo poblacional realizado en el año 2005 y que para dicho corte corresponde a 18.574 personas en el Municipio de Chiriguaná-Cesar. Teniendo como afiliados al Sistema General de Seguridad Social en Salud SGSSS un total de 27.805 de personas, contando con una población en el régimen subsidiado de 23.207 personas, en el régimen contributivo 3.982 personas y régimen excepción / especiales 616 personas. Es importante visibilizar que la mayoría de las personas pertenecen al régimen subsidiado, es decir, que no

cuentan con un trabajo formal que permita realizar contribución al sistema de salud, repercutiendo negativamente al equilibrio financiero en la prestación de los servicios de salud

Por otro lado, se aprecia que hay una diferencia entre la estimación poblacional del DANE con el número de afiliados, lo cual, puede obedecer al aumento de migración especialmente de población venezolana que en el año inmediatamente anterior en Colombia fue alarmante, además del incremento de mujeres embarazadas.

## **5. Metodología**

De conformidad con Hernández, Fernández y Baptista (2003) la presente investigación se realiza en la línea no experimental “la investigación no experimental es la que se realiza sin manipular deliberadamente las variables; lo que se hace en este tipo de investigación es observar fenómenos tal y como se dan en un contexto natural para después analizarlos” (p. 207). Que por medio de las mediciones estadísticas se conoce la opinión del conjunto de personas que son objeto de estudio en esta investigación.

### **5.1. Tipo de Investigación**

Dado que se busca desarrollar los objetivos previamente descritos, el presente trabajo es elaborado bajo el planteamiento metodológico del enfoque cuantitativo; toda vez que el mismo tiene como característica el análisis de datos obtenidos dentro de un escenario controlado, de tal forma que expone mejor las razones para la escogencia de dicho método Pita Fernández & Pértegas

Díaz (2002) cuando destaca que “la investigación cuantitativa es aquella en la que se recogen y analizan datos cuantitativos sobre variables” (p.1).

El diseño de este estudio es de carácter descriptivo, en el cual “el investigador se limita a medir la presencia, características o distribución de un fenómeno en una población en un momento de corte en el tiempo” (Veiga de Cabo, 2008), limitandose a describir algún fenómeno sin relacionarlo con los demás.

## **5.2. Población**

La población se encuentra constituida por 186 personas de las cuales, 126 corresponden al género femenino y 60 al género masculino, cuyo rango de edad oscila entre los 22 años hasta 94 años de edad, debidamente diagnosticados con hipertensión arterial en el segundo semestre del año 2019 en la E.S.E Hospital Regional San Andrés de Chiriguaná de departamento de Cesar.

## **5.3. Muestra y Tipo de Muestreo**

Esta investigación se desarrollará por estudio descriptivo, cuya muestra fue calculada de tal forma que se evalué por medio del cuestionario MBG la no adherencia a los programas de promoción y prevención de hipertensión arterial; ya que una de las investigadoras tiene acceso a la información por pertenecer al área administrativa de la institución.

#### 5.4. Tamaño de Muestra

Para la selección del tamaño de la muestra, se encuentra que la E.S.E Hospital Regional San Andrés de Chiriguaná tiene un total de 186 diagnosticados con hipertensión arterial, de los cuales se encuentran 60 hombres y 126 mujeres, por lo tanto, se realizó la selección por medio del muestreo aleatorio simple. Se realiza la siguiente ecuación para conocer la muestra.

De acuerdo a la población seleccionada anteriormente, para este estudio se utilizará la fórmula estadística de una población finita, ya que se conoce el total de la población.

n= tamaño muestra

z= nivel de confianza 95%= 1.96

p= variabilidad negativa 20

q= variabilidad positiva 80

N= tamaño de la población 186 (60 Hombres y 126 Mujeres)

e= error 0.05

En primera instancia se tendrá en cuenta las mujeres (126): 77.44 /0.92

$$n = \frac{z^2 N p q}{e^2 (N - 1) + z^2 p q}$$

$$n = \frac{1,96^2 * 126(0.80)(0.20)}{0.05^2(126 - 1) + 1,96^2(0.80)(0.20)}$$

$$n = 84$$

Seguidamente se tendrá en cuenta los hombres (60): 36.87/0,76

$$n = \frac{z^2 N p q}{e^2 (N - 1) + z^2 p q}$$

$$n = \frac{1,96^2 * 60(0.80)(0.20)}{0.05^2(60 - 1) + 1,96^2(0.80)(0.20)}$$

$$n = 42$$

Para un total de 126 personas seleccionadas entre ambos sexos.

### 5.5. Instrumento

Se hace necesario realizar un análisis a diferentes situaciones que interfieren en la vida diaria de los pacientes que padecen hipertensión arterial objeto de este estudio, por lo cual se hace uso de una encuesta estructurada titulada “cuestionario MBG (Martín-Bayarre-Grau) para evaluar la adherencia terapéutica en hipertensión arterial” (Martín Alfonso, 2008), la cual, fue debidamente validada y publicada en la Revista Cubana de Salud Pública, se encuentran estipuladas preguntas que se enfocan a verificar la edad, sexo, nivel sociodemográfico, años de diagnóstico de la enfermedad en cuestión y sin dejar de lado la verificación del cumplimiento acerca de los parámetros o disposiciones que ordena el medico dentro del tratamiento de hipertensión arterial, por lo cual, se puede encontrar este cuestionario en el siguiente link [http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S086434662008000100012&lng=es&nrm=iso&tlng=es](http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S086434662008000100012&lng=es&nrm=iso&tlng=es)

Por lo tanto, la anterior encuesta estructurada será aplicada a 84 mujeres y 42 hombres diagnosticados con la enfermedad mencionada anteriormente en el periodo de tiempo de julio a diciembre de 2019 en la E.S.E Hospital Regional San Andrés de Chiriguaná.

### **5.6. Datos Primarios y Secundarios**

Los datos primarios son “aquellos que un investigador reúne con el propósito específico de abordar el problema que enfrenta” (Malhotra, 2008, p. 106), el investigador utiliza sus propios instrumentos para abordar el problema en cuestión, en el caso de esta investigación se realiza por medio de una encuesta estructura realizada a 126 personas diagnosticadas con hipertensión arterial en la E.S.E Hospital Regional San Andrés de Chiriguaná para el segundo semestre del año 2019.

Los datos secundarios “son aquellos que ya fueron reunidos para otros propósitos diferentes al problema en cuestión” (Malhotra, 2008, p. 106). Son los datos complementarios recolectados por medio de documentos de investigación, artículos y libros, que detalla conceptos establecidos a lo largo de la investigación.

## **6. Aspectos Éticos**

De acuerdo a la Resolución 8430 de 1993 de la normatividad colombiana emitida por el Ministerio de Salud, y a la declaración de Helsinki, en este estudio se considera de riesgo ético mínimo, teniendo en cuenta que algunas preguntas incluidas en el cuestionario pudieron generar algún grado de susceptibilidad dado que se tocaron temas relevantes que influyen en la calidad de vida de las personas.

Se aplicó un formato de consentimiento informado previo a la obtención de la información, y se realizó una recolección de datos con cuestionarios anónimos y sin diligenciar la entidad a la cual se pertenecía con el fin de mantener reserva absoluta de la misma. Dentro del consentimiento

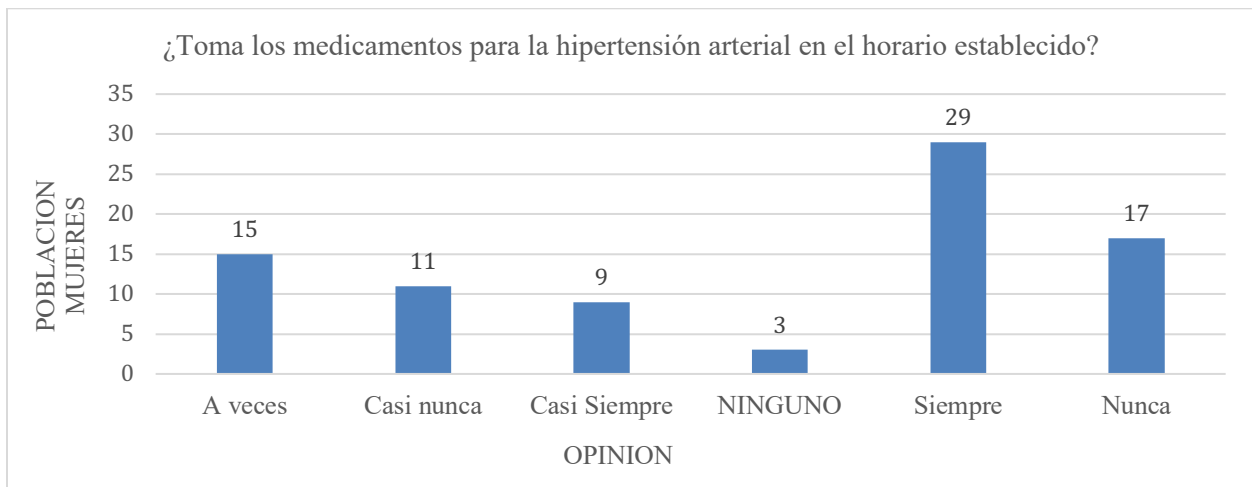
informado se incluyó una nota aclaratoria sobre el deseo de los participantes de incluir sus datos personales para ser informados personalmente de la clasificación del riesgo obtenido.

## **7. Análisis de Resultados**

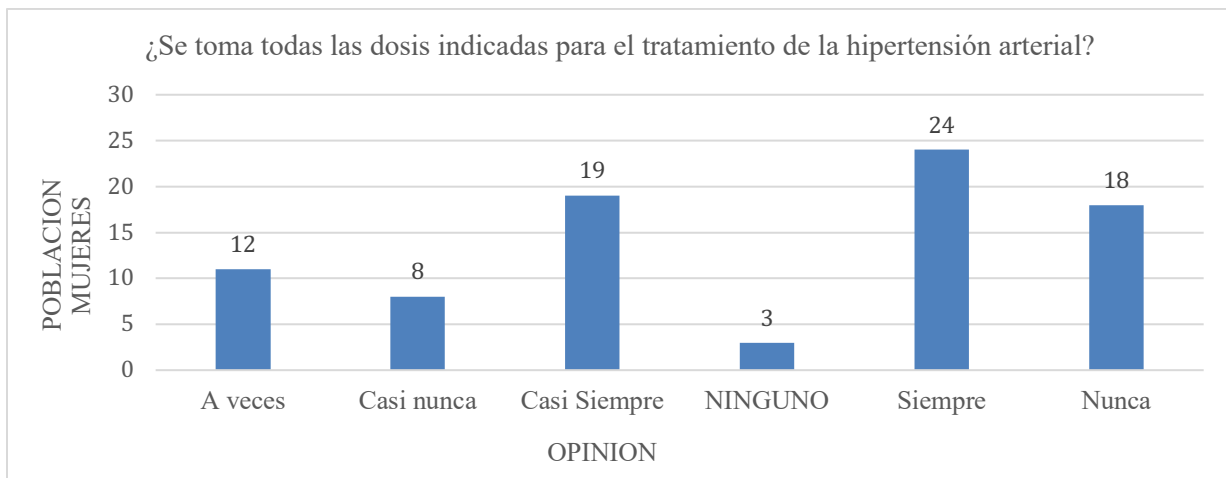
Posteriormente, se aplicó el “cuestionario MBG (Martín-Bayarre-Grau) para evaluar la adherencia terapéutica en hipertensión arterial” el cual se detalla anteriormente en el numeral correspondiente al instrumento, encontrando diferentes aspectos, por lo cual, a continuación, se detallará lo analizado según los resultados para la población de las mujeres.

La población objeto del género femenino está compuesto por 84 mujeres, se ha observado que 63 mujeres el nivel de escolaridad es de educación básica primaria y 19 mujeres están en el nivel de escolaridad de educación básica secundaria, así mismo, de esta población 60 mujeres se dedican a las labores del hogar, 15 de ellas trabajan como independientes y 9 son empleadas, el dato de las Figuras que se menciona como ninguno es debido a que esta población manifestó que no contaba con tratamiento farmacológico cifra que corresponde a 3 mujeres.

A las preguntas específicas para indagar acerca de la adherencia al tratamiento relacionado con la hipertensión arterial se encontró lo siguiente:

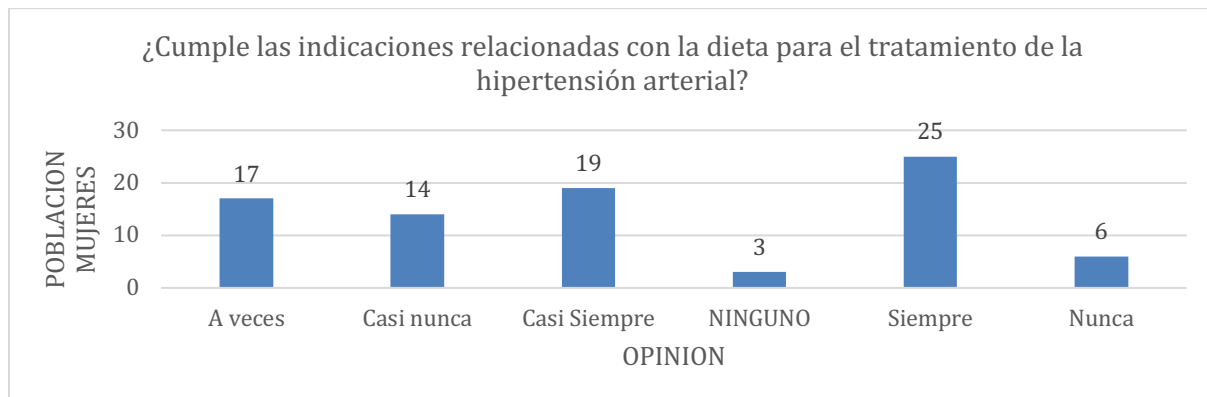
**Figura 3.** *¿Toma los medicamentos para la hipertensión arterial en el horario establecido?*

Se evidencia que 29 mujeres correspondiente al 34,5% del total manifiesta que siempre toma los medicamentos para la hipertensión arterial, no obstante 17 mujeres correspondiente al 20,2% manifiestan que nunca ingiere los medicamentos en el horario dispuesto.

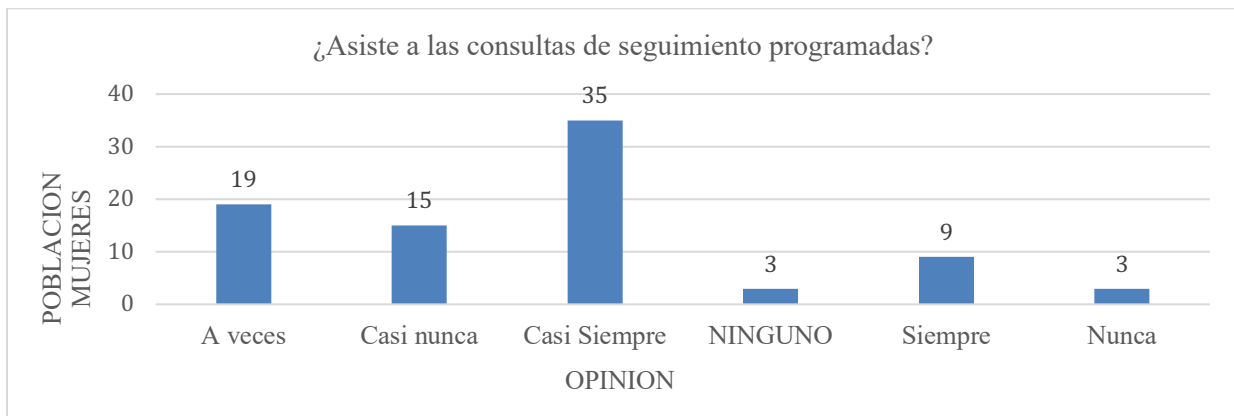
**Figura 4.** *¿Se toma todas las dosis indicadas para el tratamiento de la hipertensión arterial?*

Se observa que 24 mujeres correspondiente al 28,5% de la población aduce que siempre toma las dosis indicadas en el tratamiento para la hipertensión arterial y 19 mujeres correspondiente al 22,6% de la población por el contrario manifiesta que casi siempre ingiere las dosis prescritas.

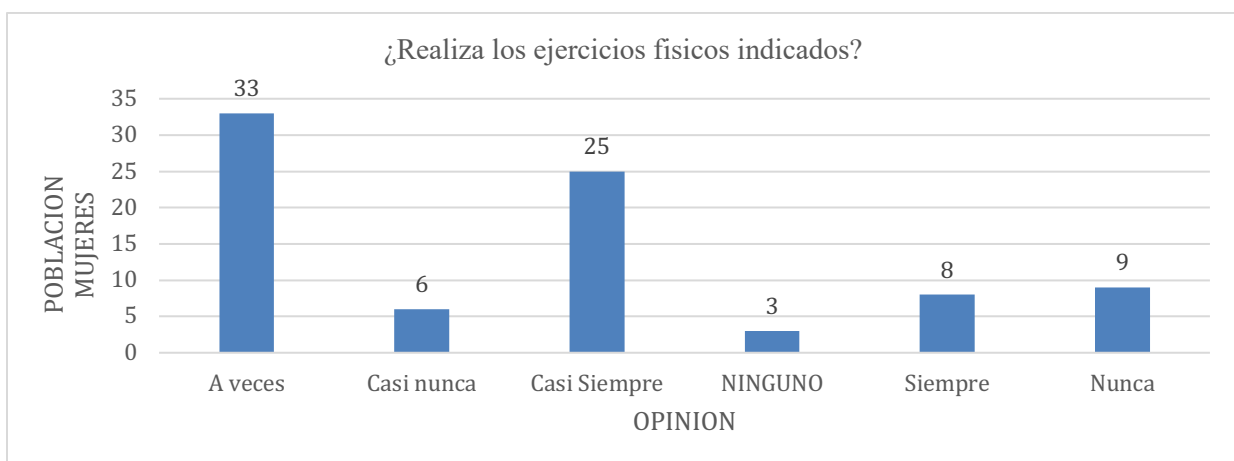
**Figura 5.** *¿Cumple las indicaciones relacionadas con la dieta para el tratamiento de la hipertensión arterial?*



Hay 25 mujeres correspondiente al 29,7% manifiestan que siempre cumplen indicaciones de la dieta dentro del tratamiento para la hipertensión arterial y 19 mujeres es decir el 22,6% manifiestan que casi siempre cumplen indicaciones referentes al tratamiento.

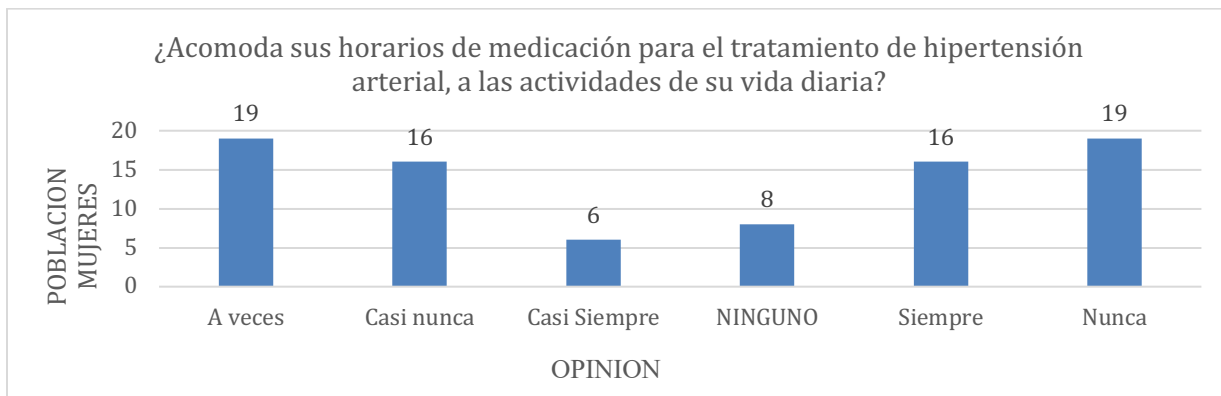
**Figura 6.** *¿Asiste a las consultas de seguimiento programadas?*

Hay 35 mujeres correspondiente al 41,6% de la población que manifiesta que casi siempre acude a las consultas para el seguimiento del tratamiento de hipertensión arterial y 19 mujeres correspondiente al 22,6% de la población manifiesta que a veces asiste a las consultas.

**Figura 7.** *¿Realiza los ejercicios físicos indicados?*

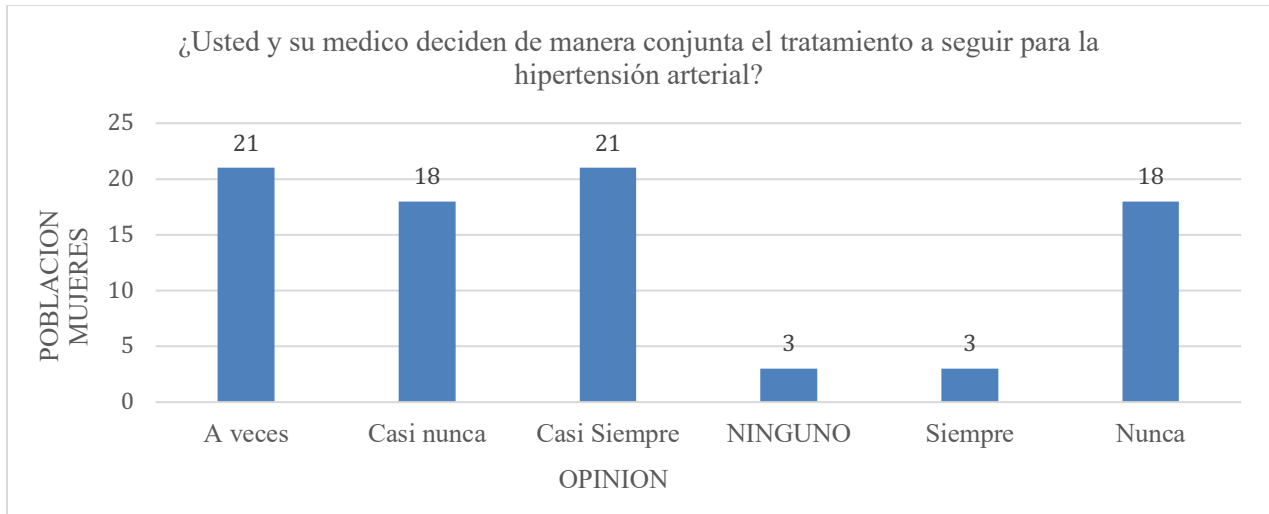
Se evidencia que 33 mujeres correspondiente al 39,2% de la población realiza a veces los ejercicios físicos indicados y 25 mujeres correspondiente al 29,7% manifiesta que casi siempre realizada dicha actividad física.

**Figura 8.** *¿Acomoda sus horarios de medicación para el tratamiento de hipertensión arterial, a las actividades de su vida diaria?*



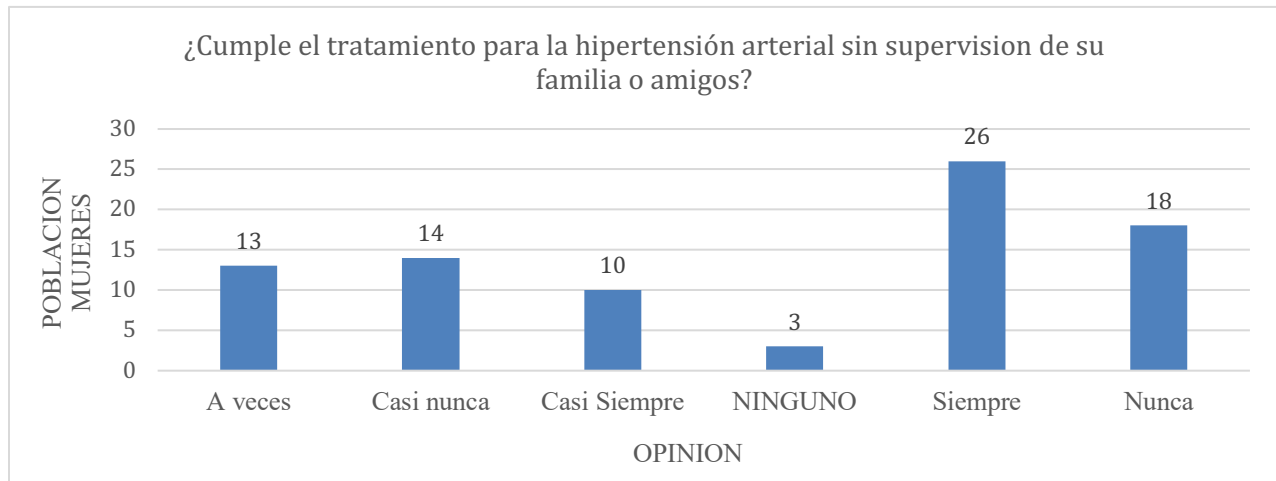
Hay 19 mujeres correspondiente al 22,6% de la población que manifiesta que a veces acomoda los horarios de la medicación para el tratamiento de la hipertensión arterial a las actividades que realiza en el día a día, por otra parte 19 mujeres correspondiente al 22,6% manifiesta que nunca acomodan sus horarios del medicamento a lo realizado en el día.

**Figura 9.** *¿Usted y su médico deciden de manera conjunta el tratamiento a seguir para la hipertensión arterial?*



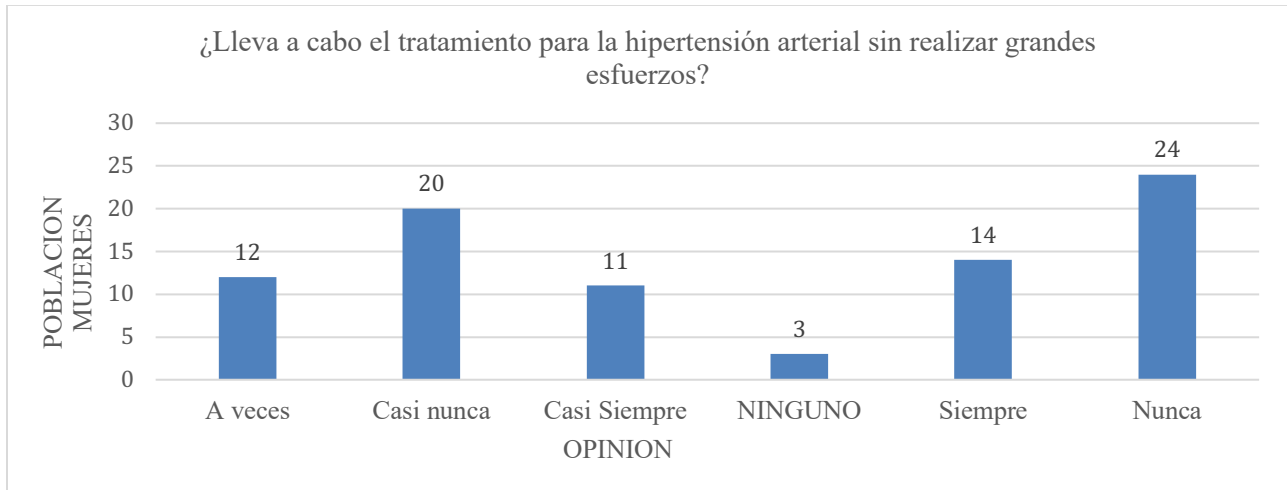
Hay 21 mujeres que corresponde al 25% de la población que manifiestan que a veces deciden de forma conjunta con el médico el tratamiento a seguir para la hipertensión arterial y 21 mujeres correspondiente al 25% de la población que aducen que casi siempre realizan lo anteriormente expuesto.

**Figura 10.** ¿Cumple el tratamiento para la hipertensión arterial sin supervisión de su familia o amigos?



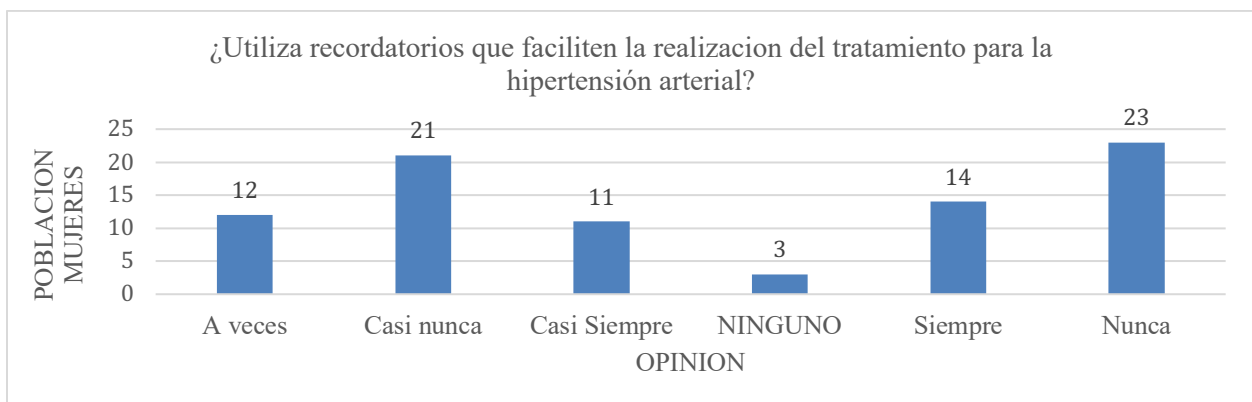
Por otra parte, 26 mujeres es decir el 30,6% de la población siempre cumple con el tratamiento para la hipertensión sin supervisión y 18 mujeres es decir el 21,4% nunca cumplen con este tratamiento sin supervisión de sus familiares o allegados.

**Figura 11.** *¿Lleva a cabo el tratamiento para la hipertensión arterial sin realizar grandes esfuerzos?*



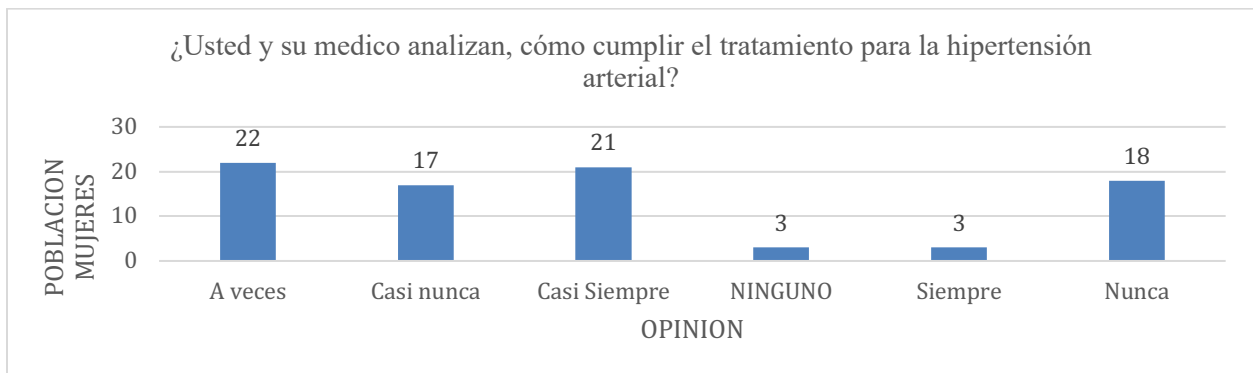
Hay 24 mujeres, es decir, el 28,5% que nunca lleva a cabo el tratamiento para la enfermedad diagnosticada sin realizar grandes esfuerzos, y 20 mujeres que corresponde al 23,8% aducen que casi nunca llevan a cabo este tratamiento sin realizar esfuerzos grandes.

**Figura 12.** *¿Utiliza recordatorios que faciliten la realización del tratamiento para la hipertensión arterial?*



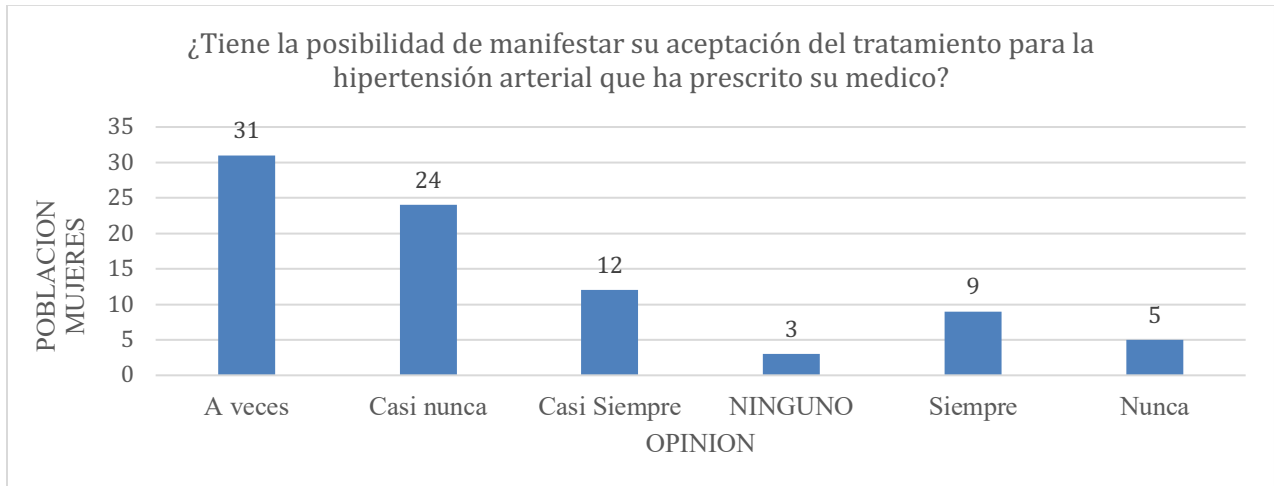
Se observa que 23 mujeres correspondiente al 27,3% de las encuestadas aducen que nunca utiliza recordatorios para facilitar el cumplimiento del tratamiento de su enfermedad, y 21 mujeres correspondiente al 25% manifiestan que casi nunca acuden a recordatorios.

**Figura 13.** *¿Usted y su médico analizan cómo cumplir el tratamiento para la hipertensión arterial?*



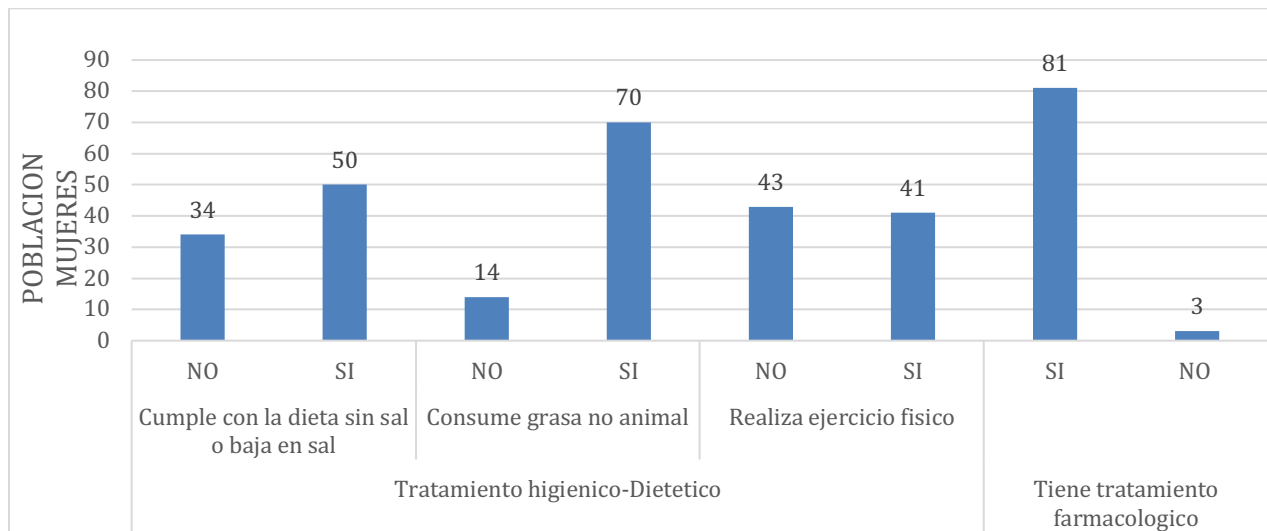
Lo anterior muestra que 22 mujeres es decir el 26,1% de las encuestadas manifiestan que a veces analizan con su médico la forma de cumplir el tratamiento, y 21 mujeres es decir el 25% muestran que casi siempre analizan esta situación con el médico tratante.

**Figura 14.** *¿Tiene la posibilidad de manifestar su aceptación del tratamiento para la hipertensión arterial que ha prescrito su médico?*



Se evidencia que 31 mujeres es decir 36,9% manifiestan que a veces es posible que manifiesten la aceptación del tratamiento de la hipertensión arterial prescrito por el médico, y 24 mujeres o sea 28,5% casi nunca tienen esta posibilidad.

Referente al tratamiento higiénico - dietético y farmacológico, es necesario graficar estas preguntas en una misma tabla cuya respuesta es cerrada, es decir SI o NO, por lo cual, a continuación, se detalla la información de las 84 encuestadas:

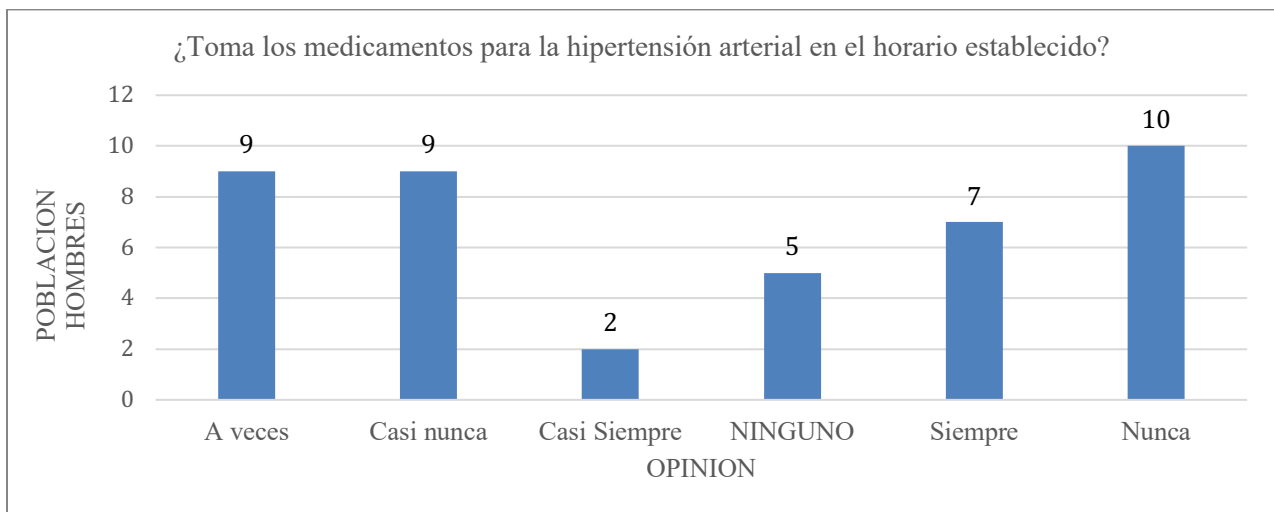
**Figura 15.** *Tratamiento higiénico-Dietético y farmacológico*

Siendo así, se observa que 50 mujeres, es decir, 59,5 % de las encuestadas que manifiesta que, si cumple con la dieta sin sal o baja en sal, 70 mujeres correspondiente al 83,3% de las encuestadas consume grasa no animal, 43 mujeres esto es 51,1% de las encuestadas no realiza ejercicio físico y 81 mujeres o sea 96,4% de las encuestadas si tiene tratamiento farmacológico.

Por otra parte, la población objeto del género masculino está conformada por hombres 42 hombres, se ha observado que 23 hombres tienen el nivel de escolaridad de educación básica primaria y 16 hombres están en el nivel de escolaridad de educación básica secundaria, así mismo, de esta población 18 hombres son empleados y 24 hombres trabajan como independientes, el dato de las Figuras que se menciona como ninguno es debido a que esta población manifestó que no contaba con tratamiento farmacológico cifra que corresponde a 5 hombres.

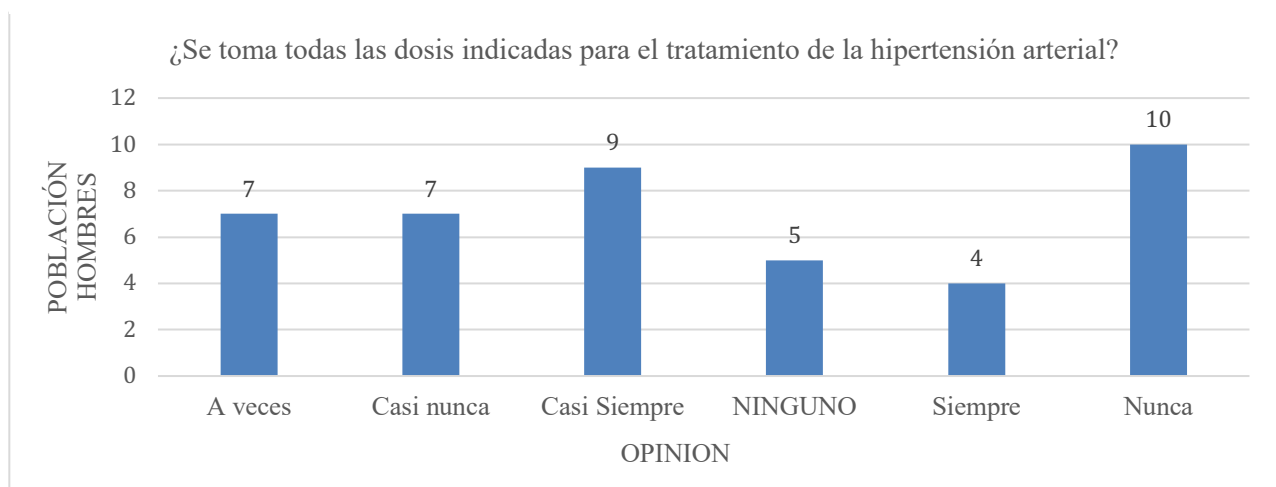
De tal forma, la población de los hombres encuestados dio respuesta al cuestionario detallado anteriormente de la siguiente forma:

**Figura 16.** *¿Toma los medicamentos para la hipertensión arterial en el horario establecido?*



Según la Figura, se evidencio que 10 hombres correspondiente al 23,8% nunca toma los medicamentos para la hipertensión arterial en el horario establecido, en comparación con el 21,4%

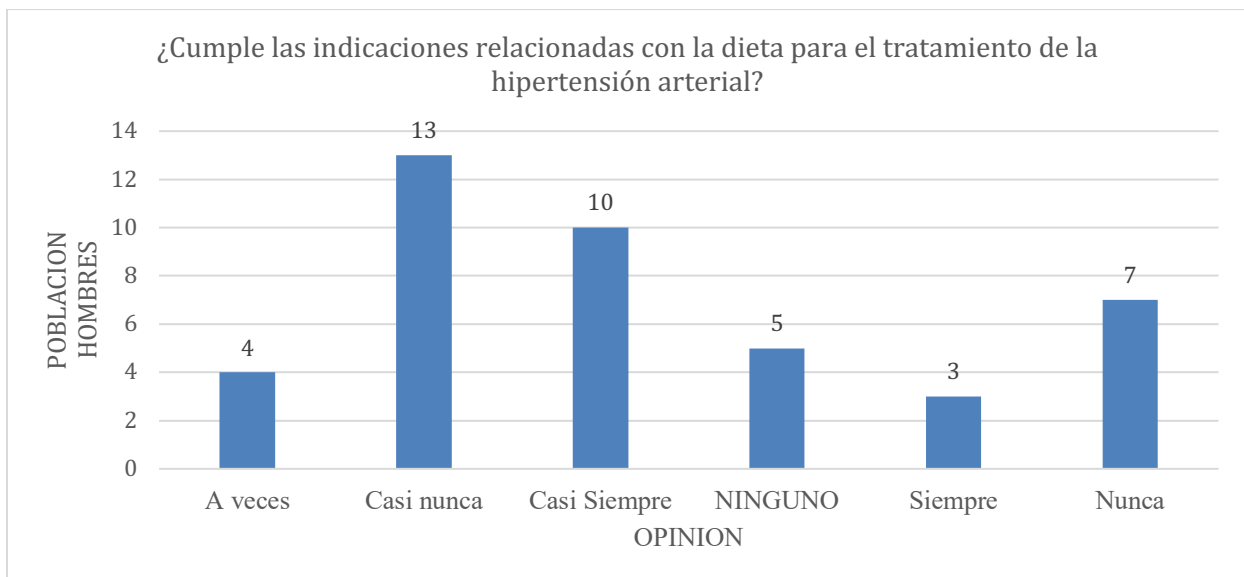
**Figura 17.** *¿Se toma todas las dosis indicadas para el tratamiento de la hipertensión arterial?*



de los hombres indican que a veces toman los medicamentos para la hipertensión arterial en el horario establecido.

De acuerdo con lo anterior, se observa que 10 hombres correspondientes al 23,8% de la población encuestada, refiere que nunca se toma todas las dosis indicadas para el tratamiento de la hipertensión arterial. Por otro lado, el 21,4% casi siempre toma todas las dosis indicadas para el tratamiento de la hipertensión arterial.

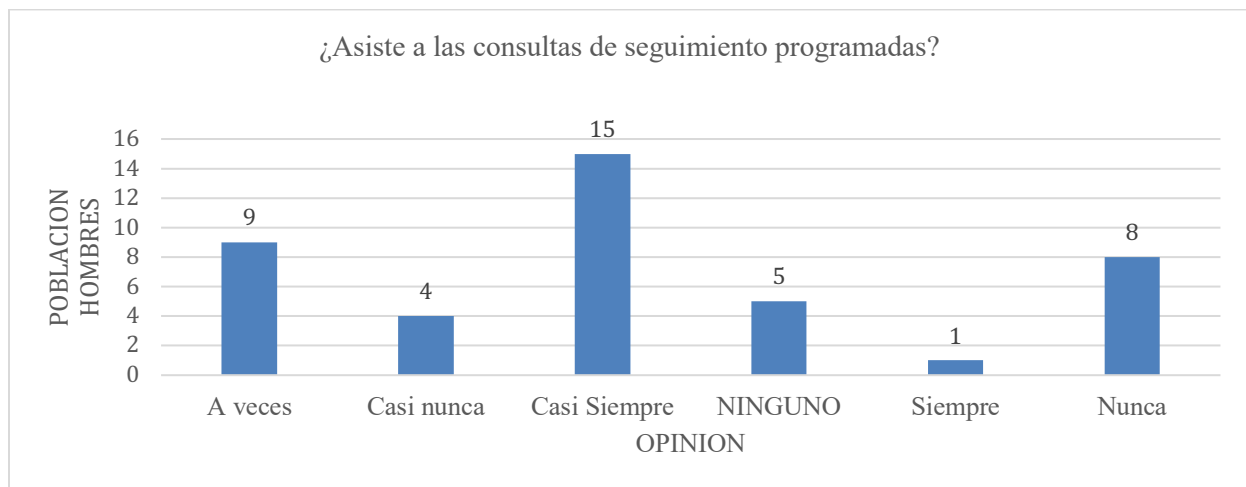
**Figura 18.** *¿Cumple las indicaciones relacionadas con la dieta para el tratamiento de la hipertensión arterial?*



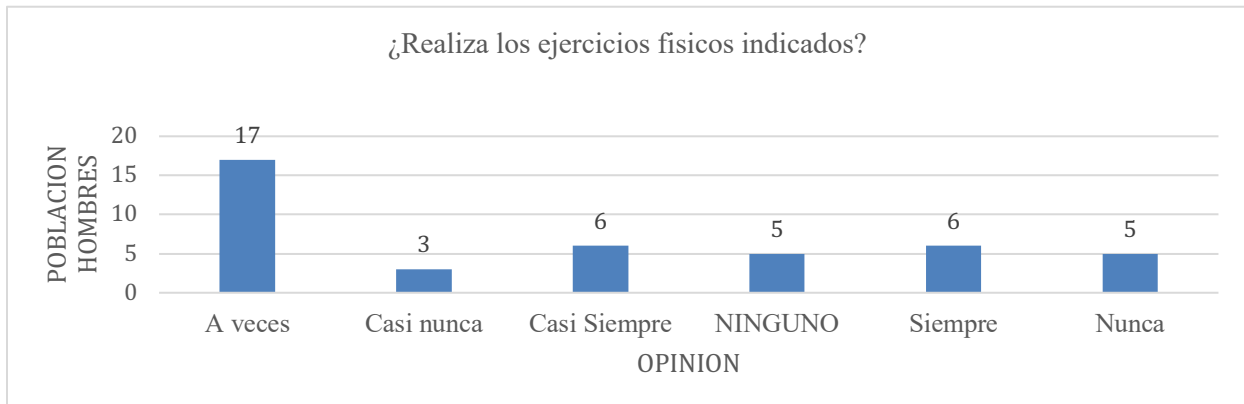
Se observa que el 30,9% de los hombres encuestados, manifiestan que casi nunca cumplen las indicaciones relacionadas con la dieta para el tratamiento de la hipertensión arterial, lo cual es

significativo, en cambio el 23,8% casi siempre cumplen las indicaciones relacionadas con la dieta para el tratamiento de dicha enfermedad.

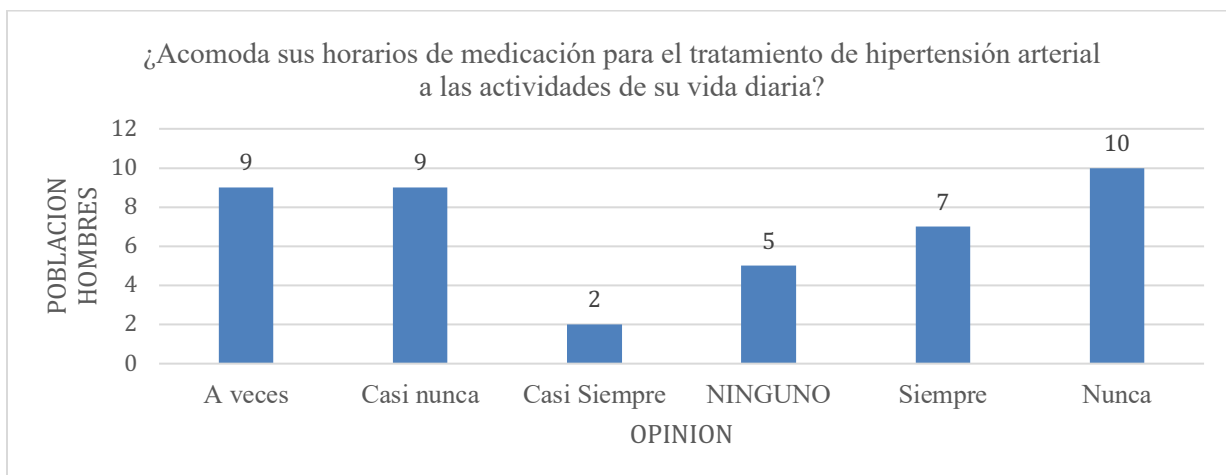
**Figura 19.** *¿Asiste a las consultas de seguimiento programadas?*



Por otra parte, 15 hombres correspondientes al 35,7% de la población encuestada, afirmaron que casi siempre asiste a las consultas de seguimiento programadas al tratamiento de la hipertensión arterial, en comparación con el 21,4% que a veces asiste a las consultas

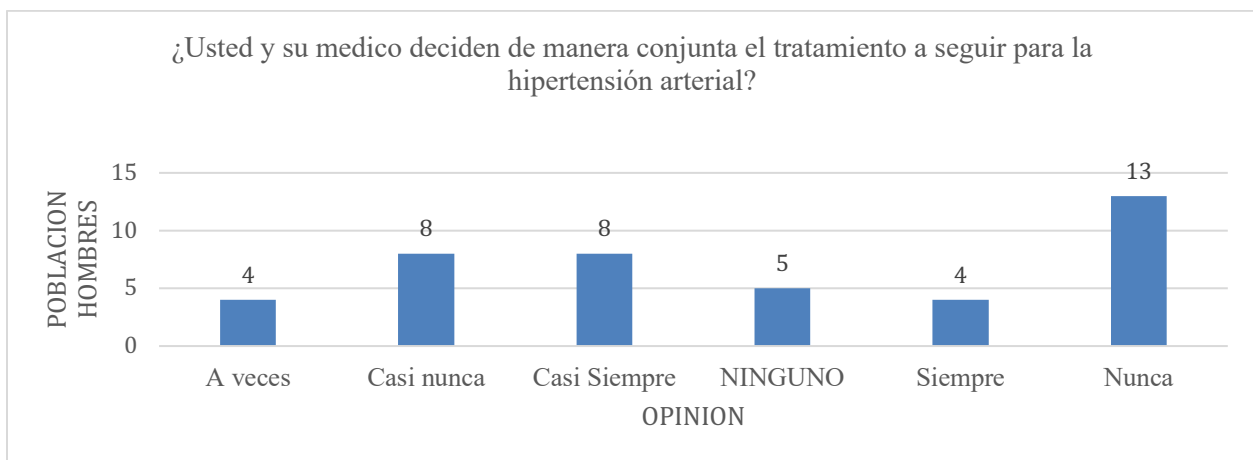
**Figura 20.** *¿Realiza los ejercicios físicos indicados?*

Según la Figura anterior, el 40,4% de los hombres encuestados, manifiestan que a veces realiza los ejercicios físicos indicados, y el 11,9% nunca realiza dichos ejercicios físicos.

**Figura 21.** *¿Acomoda sus horarios de medicación para el tratamiento de hipertensión arterial a las actividades de su vida diaria?*

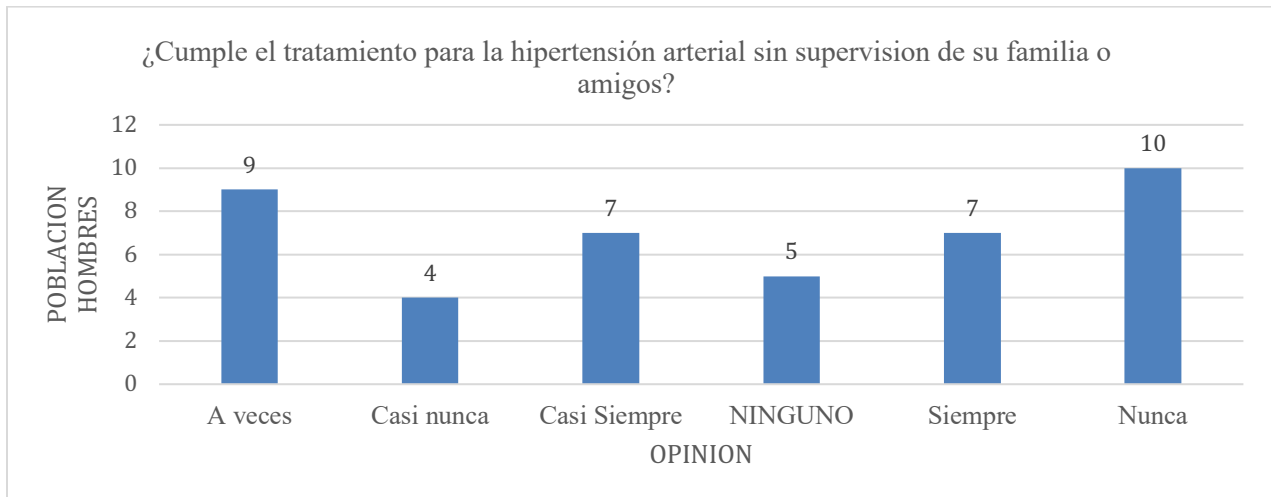
Se observa que, 10 hombres encuestados, es decir, 23,8% refiere que nunca acomoda sus horarios de medicación para el tratamiento de hipertensión arterial, a las actividades de su vida diaria. En cambio, el 21,4% de los hombres manifiesta que a veces acomoda sus horarios de medicación para dicho tratamiento.

**Figura 22.** *¿Usted y su médico deciden de manera conjunta el tratamiento a seguir para la hipertensión arterial?*



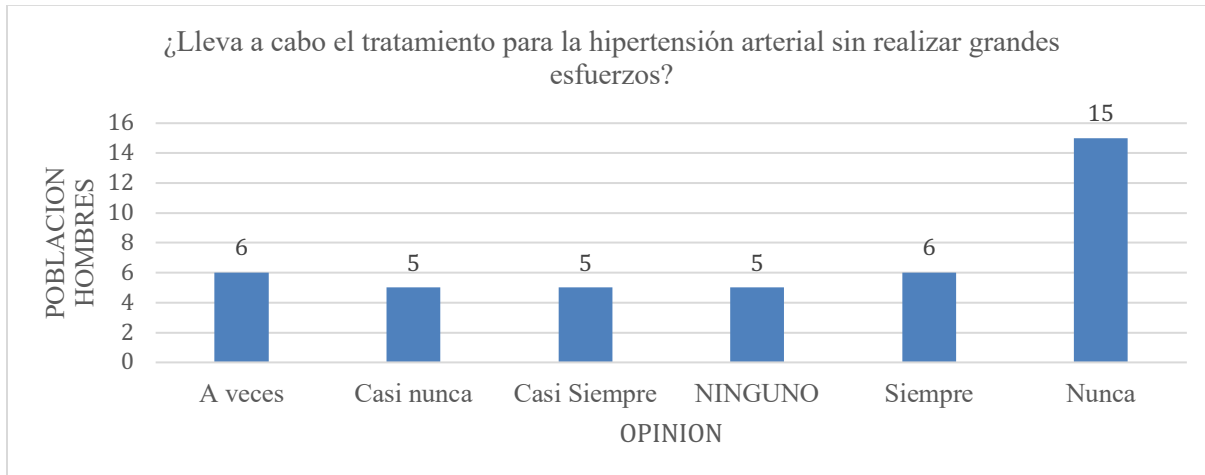
Por consiguiente, el 30,9% de los hombres manifiesta que nunca deciden con su médico de manera conjunta, el tratamiento a seguir para la hipertensión arterial. En cambio, el 19 % de los hombres encuestados refiere que casi siempre deciden con su médico de manera conjunta, el tratamiento para la enfermedad en mención.

**Figura 23.** *¿Cumple el tratamiento para la hipertensión arterial sin supervisión de su familia o amigos?*



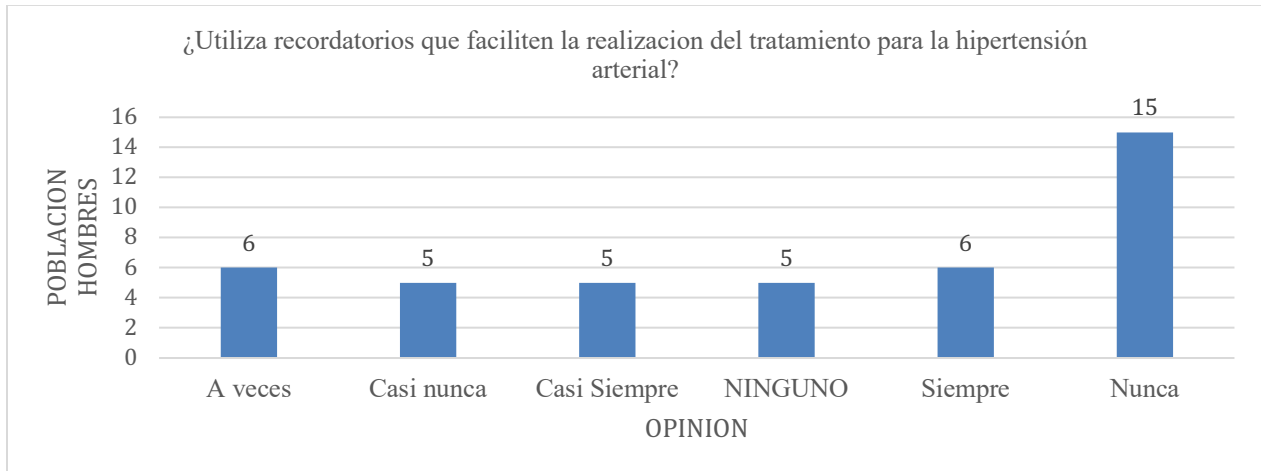
De lo anterior, el 23,8% de los hombres encuestados, nunca cumple el tratamiento para la hipertensión arterial sin supervisión de su familia o amigos, en comparación con 9 hombres, es decir, 21,4% manifiesta que a veces cumple con el tratamiento para la hipertensión arterial sin supervisión de su familia.

**Figura 24.** *¿Lleva a cabo el tratamiento para la hipertensión arterial sin realizar grandes esfuerzos?*



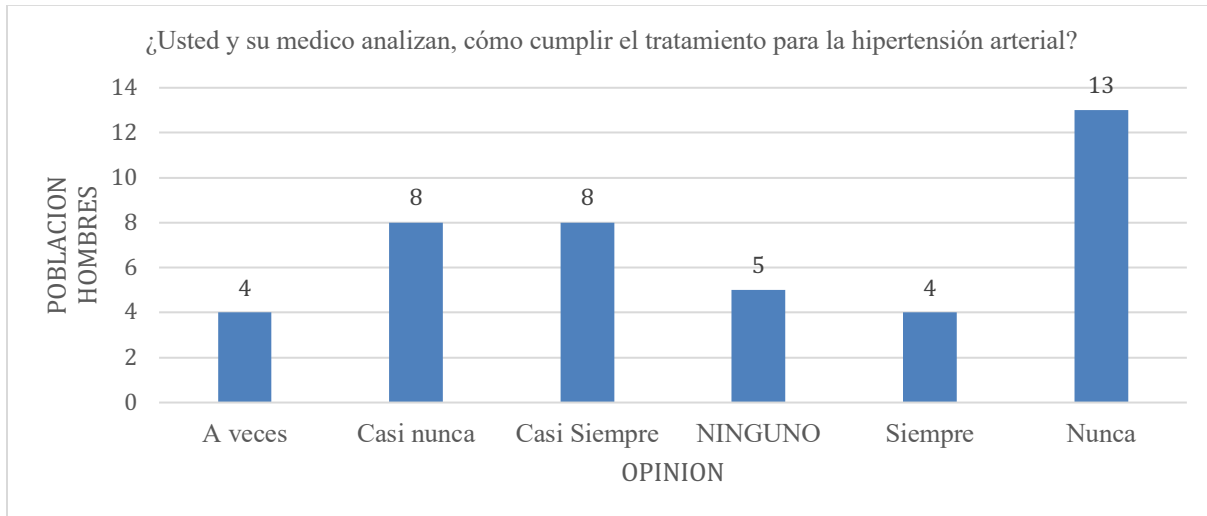
Se evidencio, 15 hombres correspondientes al 35,7% de los encuestados nunca lleva a cabo el tratamiento para la hipertensión arterial sin realizar grandes esfuerzos, en cambio el 14,2% de los hombres siempre lleva a cabo el tratamiento para la hipertensión arterial sin realizar grandes esfuerzos.

**Figura 25.** *¿Utiliza recordatorios que faciliten la realización del tratamiento para la hipertensión arterial?*



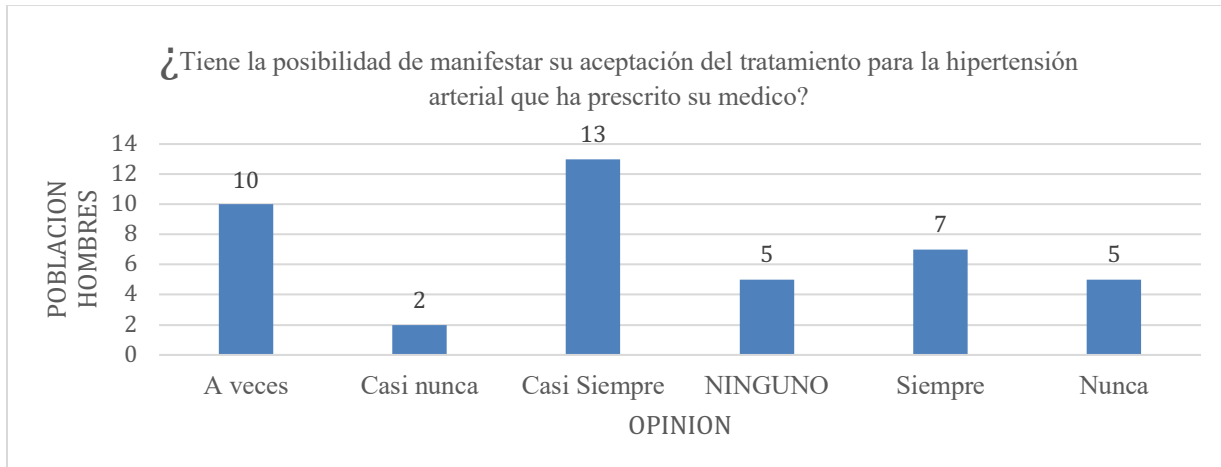
De la Figura anterior, se observa que el 35,7%, es decir, 15 hombres de la población encuestada, nunca utiliza recordatorios que faciliten la realización del tratamiento para la hipertensión arterial. Por otro lado, el 14,2% siempre utiliza recordatorios que faciliten la realización de dicho tratamiento.

**Figura 26.** *¿Usted y su médico analizan cómo cumplir el tratamiento para la hipertensión arterial?*



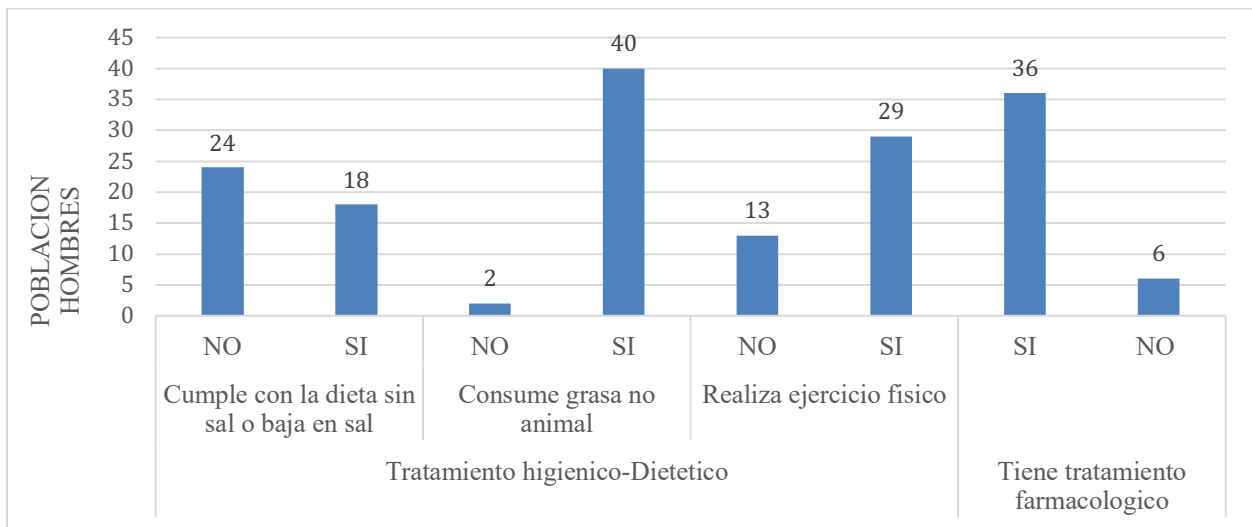
Por otro lado, 13 hombres correspondientes al 30,9% de la población encuestada, nunca analiza con su médico, como cumplir el tratamiento para la hipertensión arterial. En comparación con el 19% que afirma que casi siempre analiza con su médico, como cumplir el tratamiento para la hipertensión arterial.

**Figura 27.** *¿Tiene la posibilidad de manifestar su aceptación del tratamiento para la hipertensión arterial que ha prescrito su médico?*



En la Figura anterior, 13 hombres encuestados, es decir, 30,9% casi siempre tiene la posibilidad de manifestar su aceptación al tratamiento, para la hipertensión arterial que ha prescrito su médico. En cambio, el 4,7% de la población afirma que casi nunca tiene la posibilidad de manifestar su aceptación al tratamiento, para dicha enfermedad.

Referente al tratamiento higiénico - dietético y farmacológico, es necesario graficar estas preguntas en una misma tabla cuya respuesta es cerrada, es decir, SI o NO, por lo cual, a continuación, se detalla la información de los 42 encuestados:

**Figura 28.** *Tratamiento higiénico-dietético y farmacológico*

Siendo así, se observa que 24 hombres es decir 57,1 % de los encuestados manifiesta que no cumple con la dieta sin sal o baja en sal, 40 hombres correspondiente al 95,2% de los encuestados si consume grasa no animal, 29 hombres esto es 69% de los encuestados si realiza ejercicio físico y 36 hombres o sea 85,7% de las encuestadas si tiene tratamiento farmacológico.

## 8. Conclusiones

A través de la caracterización sociodemográfica de la población diagnosticada con hipertensión arterial en el Municipio de Chiriguaná, Cesar en el segundo semestre del año 2019, se pudo determinar que dentro del margen poblacional encuestado el 66.6% corresponden al género femenino y solo el 33.3% pertenece al género masculino.

Por medio de las encuestas realizadas por el formulario MBG, se pudo inferir que existen factores externos e internos tales como; no respetar el horario y las dosis de los medicamentos, no incluir dietas en la alimentación, consumo bajo en sal o sin sal, no coadyuvar con los recordatorios para obtener una adecuada adherencia al tratamiento para la población diagnosticada con hipertensión arterial en el municipio de Chiriguaná, Cesar en el segundo semestre del año 2019.

El difícil acceso a la educación ha hecho que no se visualice una eficaz adherencia a los programas de promoción y prevención a las personas diagnosticadas con hipertensión arterial en el municipio de Chiriguaná, Cesar en el segundo semestre del año 2019. Dado, que se encontró que más de la mitad de las mujeres encuestadas tienen un nivel de escolaridad básica primaria sin culminar; por ende, existe poca comprensión a la ejecución del tratamiento de hipertensión arterial.

Se evidencio la falta de pedagogía clínica por parte del médico tratante de la población diagnosticada con hipertensión arterial en el municipio de Chiriguaná, Cesar en el segundo semestre del año 2019. En razón a que este, no busco una dinámica acertada para que los pacientes aceptaran y aplicaran a totalidad el plan de manejo.

En observancia al estudio de campo se comprobó que la población diagnosticada con hipertensión arterial en el municipio de Chiriguaná, Cesar en el segundo semestre del año 2019,

tuvieron preferencias por las plantas medicinales, dejando de lado la medicina convencional, por tal circunstancia no se logró una adecuada adherencia al tratamiento referido.

Referente al ejercicio físico indicado por el médico tratante para este tipo de patología, se evidencia que para hombres y mujeres no existe un cumplimiento para el desarrollo de estas rutinas, teniendo como principales causas la falta de tiempo y desinterés.

En las mujeres encuestadas se observa que en su mayoría no cumplen de forma adecuada el tratamiento higiénico-dietético y farmacológico, que permita visualizar el control de la hipertensión arterial, en virtud de que dicha enfermedad conlleva a sufrir diferentes riesgos o finalmente la muerte.

### Referencias

- Alcaldía Municipal de Chiriguaná-Cesar. (2020). Obtenido de <http://www.chiriguana-cesar.gov.co/municipio/nuestro-municipio>
- Álvarez Salazar, G. J. (2016). Crisis de la salud en Colombia: limitantes del acceso al derecho fundamental a la salud de los adultos mayores. *Revista CES Derecho*, 7(2), 106-125.
- Asociación Española Contra el Cáncer. (2018). *TIPOS DE CÁNCER*. Obtenido de <https://www.aecc.es/es/todo-sobre-cancer/tipos-cancer>
- Chueca, M., Azcona, C., & Oyarzábal, M. (2002). Obesidad infantil. *In Anales del sistema sanitario de Navarra*, 25, 127-141.
- Cid Rodríguez, M. D., Montes de Oca Ramos, R., & Hernandez Díaz, O. (2014). La familia en el cuidado de la salud. *Revista Médica Electrónica*, 36(4), 462-472.
- Congreso de la Republica de Colombia . (23 de diciembre de 1993). *Ley numero 100 de 1993*. Republica de Colombia - Gobierno Nacional.
- Congreso de la Republica de Colombia. (09 de enero de 2007). Obtenido de Congreso de Colombia
- Congreso de la Republica de Colombia. (16 de febrero de 2015).
- Constitución Política de la República de Colombia. (20 de Julio de 1991). Gaceta Constitucional No. 116. Bogota, Colombia : Asamblea Nacional Constituyente.
- Departamento Administrativo Nacional de Estadística -DANE- . (2020). *DANE*. Obtenido de <https://www.dane.gov.co/index.php/estadisticas-por-tema/salud/nacimientos-y-defunciones/defunciones-no-fetales/defunciones-no-fetales-2019>

- Departamento Administrativo Nacional de Estadística -DANE-. (14 de julio de 2020). *Pobreza Multidimensional en Colombia 2019*. Obtenido de <https://www.dane.gov.co/index.php/estadisticas-por-tema/pobreza-y-condiciones-de-vida/pobreza-y-desigualdad/pobreza-monetaria-y-multidimensional-en-colombia-2019>
- Durán Palomino, D., & Vargas Pinilla, O. C. (2007). La enfermedad respiratoria crónica: Reflexiones en el contexto del sistema de salud colombiano. *Revista Ciencias de la Salud*, 5(2), 106-115.
- E.S.E Hospital Regional San Andres. (16 de octubre de 2018). Resolución 0110. Chiriguaná, Colombia: E.S.E Hospital Regional San Andres.
- Gobernación del Cesar. (2020). Obtenido de <http://cesar.gov.co/d/index.php/es/mainmeneldpto/mendepmap>
- Hernandez Sampier, R. F. (2014). *Metodología de la investigación* (<http://observatorio.epacartagena.gov.co/wp-content/uploads/2017/08/metodologia-de-la-investigacion-sexta-edicion.compressed.pdf> ed.). Mexico D.F.: Mc Graw Hill.
- Ley 1122 . (9 de Enero de 2007). Diario Oficial No. 46.506 . Bogota , Colombia : Congreso de la República.
- Loaiza Collantes, A., Sarango Pangol, J., & Garofalo Garcia, R. (2020). *Revista Observatorio de la Economía Latinoamericana*. Obtenido de <https://www.eumed.net/rev/oel/2020/01/nutricion-saludable-ninos.html>
- Martín Alfonso, L. B. (enero de 2008). *Scielo*. Obtenido de [http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0864-34662008000100012&lng=es&nrm=iso&tlng=es](http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0864-34662008000100012&lng=es&nrm=iso&tlng=es)

- Martínez L., E., Saldarriaga, J. F., & Sepúlveda, F. É. (2008). Actividad física en Medellín: desafío para la promoción de la salud. *Revista Facultad Nacional de Salud Pública*, 26(2), 117-123.
- Ministerio de Salud y Protección- Colciencias. (2017). *Minsalud*. Obtenido de [http://gpc.minsalud.gov.co/gpc\\_sites/Repositorio/Conv\\_500/GPC\\_hta/GPC\\_HTA\\_Profesionales2aEd.pdf](http://gpc.minsalud.gov.co/gpc_sites/Repositorio/Conv_500/GPC_hta/GPC_HTA_Profesionales2aEd.pdf)
- Ministerio de Salud y Protección Social. (2013). *ABC del Plan Decenal de Salud Pública*. Bogotá: Ministerio de Salud y Protección Social.
- Ministerio de Salud y Protección Social. (2020). Obtenido de <https://www.minsalud.gov.co/proteccionsocial/Paginas/cifras-aseguramiento-salud.aspx>
- Ministerio de Salud y Protección Social. (2020). *Sistema Integrado de la Información de la Protección Social*. Obtenido de [http://rssvr2.sispro.gov.co/reportesAsis/?fbclid=IwAR3dnhkQ7D2zN2rcu0cO1TCDiG\\_RE5xBuJIoruHxexCzvb90MGnc69t51zE](http://rssvr2.sispro.gov.co/reportesAsis/?fbclid=IwAR3dnhkQ7D2zN2rcu0cO1TCDiG_RE5xBuJIoruHxexCzvb90MGnc69t51zE)
- Ministerio de Salud y Protección Social. (2020). *Sistema Integral de Información de la Protección Social*. Obtenido de [http://rssvr2.sispro.gov.co/reportesAsis/?fbclid=IwAR14\\_0tm9\\_VgLzLthB0mmaiK\\_l2NpatiVIUcaEl6rJ0Rgl7kWhsChdeqdF8](http://rssvr2.sispro.gov.co/reportesAsis/?fbclid=IwAR14_0tm9_VgLzLthB0mmaiK_l2NpatiVIUcaEl6rJ0Rgl7kWhsChdeqdF8)
- Ministerio de Salud-Colciencias. (2017). Guía de Práctica Clínica para el manejo de la hipertensión arterial primaria (HTA). 30-31. Bogotá D.C. Obtenido de [http://gpc.minsalud.gov.co/gpc\\_sites/Repositorio/Conv\\_500/GPC\\_hta/GPC\\_HTA\\_Profesionales2aEd.pdf](http://gpc.minsalud.gov.co/gpc_sites/Repositorio/Conv_500/GPC_hta/GPC_HTA_Profesionales2aEd.pdf)

- Organización Mundial de la Salud. (1 de Junio de 2018). *Enfermedades no transmisibles*. Obtenido de <https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/noncommunicable-diseases>
- Organización Mundial de la Salud. (2020). *Who.int*. Obtenido de <https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/diabetes>
- Organización Mundial de la Salud. (2020). *Who.int*. Recuperado el 2020, de <https://www.who.int/es/about/what-we-do>
- Rojas, J. P., Rojas, L., & Hidalgo, R. (2014). Tabaquismo y su efecto en los tejidos periodontales. *Revista clínica de periodoncia, implantología y rehabilitación oral*, 7(2), 108-113.
- Salas, D., & Peiró, R. (2013). Evidencias sobre la prevención del cáncer. *Revista española de sanidad penitenciaria*, 15(2), 66-75.
- Sans Menéndez, S. (2006). Enfermedades cardiovasculares. *Institut d'Estudis de la Salut*, 6.
- Silva, G. E. (18 de Octubre de 2005). Adherencia al tratamiento. Implicaciones de la no-adherencia. *Acta Médica Colombiana*. Obtenido de <https://www.redalyc.org/pdf/1631/163113820004.pdf>
- Vega Abascal, J., Guimará Mosqueda, M., & Vega Abascal, L. (2011). Riesgo cardiovascular, una herramienta útil para la prevención de las enfermedades cardiovasculares. *Revista Cubana de Medicina General Integral*, 27(1), 91-97.
- Veiga de Cabo, J. F. (2008). Medicina y Seguridad del Trabajo. *Modelos de estudios en investigación aplicada: conceptos y criterios para el diseño*. Madrid, España. Recuperado el 11 de diciembre de 2020, de [http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0465-546X2008000100011&lng=es&tlng=es](http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0465-546X2008000100011&lng=es&tlng=es).

World Health Organization. (1998). *Promoción de la salud: glosario*. Ginebra: Organización Mundial de la Salud.