



Universidad **Mariana**

Asociación entre factores sociodemográficos y grado de adherencia al tratamiento farmacológico del paciente con hipertensión arterial de una IPS del suroccidente de Colombia, 2022-2024

Jesús David Córdoba Erazo
Jennyfer Alexandra Pianda Jojoa
Deysy Karina Quintero Riofrío
Juliana Marilyn Quiroz Pantoja
Héctor Luis Solarte Realpe
Jesús Arley Zambrano Camayo

Universidad Mariana
Facultad de Ciencias de la Salud
Programa Enfermería
San Juan de Pasto
2024

Asociación entre factores sociodemográficos y grado de adherencia al tratamiento farmacológico del paciente con hipertensión arterial de una IPS del suroccidente de Colombia, 2022-2024

Jesús David Córdoba Erazo
Jennyfer Alexandra Pianda Jojoa
Deysy Karina Quintero Riofrío
Juliana Marilyn Quiroz Pantoja
Héctor Luis Solarte Realpe
Jesús Arley Zambrano Camayo

Informe de investigación para optar al título de: Enfermero(a)

Mag. Cristian Zambrano Acosta Asesor

Universidad Mariana
Facultad de Ciencias de la Salud
Programa Enfermería
San Juan de Pasto
2024

Artículo 71: los conceptos, afirmaciones y opiniones emitidos en el Trabajo de Grado son responsabilidad única y exclusiva del (los) educando (s)

Reglamento de Investigaciones y Publicaciones, 2007 Universidad Mariana

Contenido

Introducción.....	9
1. Resumen del proyecto	10
1.1. Descripción del problema.....	10
1.1.1. <i>Formulación del problema</i>	13
1.2. Justificación.....	13
1.3. Objetivos.....	14
1.3.1. <i>Objetivo general</i>	14
1.3.2. <i>Objetivos específicos</i>	15
1.4. Marco referencial o fundamentos teóricos	16
1.4.1. <i>Antecedentes</i>	16
1.4.1.1. Internacionales	16
1.4.1.2. Nacionales	19
1.4.1.3. Regional.....	21
1.4.2. <i>Marco teórico</i>	22
1.4.3. <i>Marco conceptual</i>	26
1.4.4. <i>Marco contextual</i>	28
1.4.5. <i>Marco legal</i>	31
1.4.6. <i>Marco ético</i>	32
1.5. Metodología.....	33
1.5.1. <i>Paradigma de investigación</i>	34
1.5.2. <i>Enfoque de investigación</i>	34
1.5.3. <i>Tipo de investigación</i>	34
1.5.4. <i>Población y muestra / Unidad de trabajo y unidad de análisis</i>	35
1.5.5. <i>Técnica e instrumentos de recolección de información</i>	36
1.5.5.1. Las técnicas de investigación.....	36
1.5.5.1.1. La encuesta	36
1.5.5.2. Instrumentos de investigación.	36
1.5.5.2.1. Cuestionario.....	37
1.5.6. <i>Diseño muestral</i>	37
1.5.7. <i>Selección de la muestra</i>	37

1.5.8. Criterios de elegibilidad.....	37
1.5.9. Proceso para la recolección de la información	38
1.5.9.1. Fuentes de información.....	38
1.5.9.2 Plan de tabulación y análisis.....	38
1.5.9.3. Divulgación.....	39
1.5.9.4. Control de sesgos.....	39
2. Presentación de resultados.....	40
2.1. Análisis e interpretación de resultados	40
2.1.1. Análisis del primer objetivo.....	40
2.1.2. Análisis del segundo objetivo	41
2.1.3. Análisis del tercer objetivo	47
2.2. Discusión	51
3. Conclusiones.....	69
4. Recomendaciones	70
Referencias bibliográficas.....	71
Anexos.....	82

Índice de Tablas

		Pág.
Tabla 1	Clasificación de estadios de la Presión Arterial	28
Tabla 2	Distribución porcentual según características sociodemográficas de los usuarios del Centro de Salud Hermes Andrade Mejía E.S.E.	40
Tabla 3	Distribución porcentual según grado de adherencia al tratamiento farmacológico	42
Tabla 4	Distribución porcentual del nivel de adherencia terapéutica distribuida por sexo de pacientes hipertensos	45
Tabla 5	Distribución porcentual del nivel de adherencia por régimen de afiliación en salud	46
Tabla 6	Distribución porcentual según edad y asociación frente al grado de adherencia farmacológica de los pacientes hipertensos	47
Tabla 7	Distribución porcentual según género y asociación frente al grado de adherencia farmacológica de los pacientes hipertensos	48
Tabla 8	Distribución porcentual según estado civil y asociación frente al grado de adherencia farmacológica de los pacientes hipertensos	48
Tabla 9	Distribución porcentual según régimen de afiliación a salud y asociación frente al grado de adherencia farmacológica de los pacientes hipertensos	49
Tabla 10	Distribución porcentual según grado de escolaridad y asociación frente al grado de adherencia farmacológica de los pacientes hipertensos	50

Índice de Figuras

		Pág.
Figura 1	Distribución porcentual de la adherencia global de los pacientes hipertensos	43
Figura 2	Distribución porcentual según la adherencia terapéutica por rango etario de pacientes hipertensos	44
Figura 3	Distribución porcentual según adherencia terapéutica por género de pacientes hipertensos	45
Figura 4	Distribución porcentual según adherencia por régimen de afiliación en salud	46

Índice de Anexos

		Pág.
Anexo A	Operacionalización de variables características sociodemográficas	82
Anexo B	Consentimiento informado	86
Anexo C	Disentimiento informado	88
Anexo D	Cronograma	90
Anexo E	Presupuesto	91
Anexo F	Encuesta dirigida a personas con hipertensión	93
Anexo G	Aval de institución para realización de investigación	97

Introducción

La hipertensión arterial es una de las enfermedades crónicas no transmisibles (ECNT) más frecuentes, que ocasionan diversas complicaciones que con el paso del tiempo y debido a algunos factores, generan déficit en la calidad de vida de las personas; esto a su vez repercute en el sistema de salud con el incremento de costos y a nivel familiar, forjando inestabilidad emocional, por lo cual se considera un problema de salud pública.

Es así como se plantea la presente investigación, donde se busca determinar los factores sociodemográficos y el grado de adherencia al tratamiento de hipertensión arterial en usuarios que asisten al Centro de Salud Hermes Andrade Mejía E.S.E. del municipio de Tangua, Nariño y, mediante el análisis estadístico, explorar si existen asociaciones entre las variables.

El desarrollo del estudio se basó en el paradigma cuantitativo, de tipo descriptivo con intención analítica, donde se tuvo en cuenta una población de 677 personas entre las edades de 34 a 87 años, con una muestra ajustada de 246 individuos, cumpliendo los criterios de inclusión, utilizando el cuestionario y la encuesta. Además, se consideró ciertas variables sociodemográficas para determinar si existía o no adherencia al tratamiento farmacológico antihipertensivo.

Este estudio está conformado por cuatro capítulos; el primero hace referencia al resumen de la propuesta, formulación del problema, justificación, objetivos, alcances y limitaciones, marco de referencia, atendiendo los antecedentes internacionales, nacionales y locales, marcos teórico, contextual, legal y ético; asimismo, la metodología, incluyendo el paradigma, enfoque, tipo de investigación, población, muestra y criterio de elegibilidad, técnicas e instrumentos de recolección de la información, proceso de recolección de la información y operacionalización de variables. En el segundo capítulo se plasmó los resultados. En el tercero, las conclusiones; finalmente, en el cuarto capítulo, las recomendaciones.

1. Resumen del proyecto

1.1. Descripción del problema

La hipertensión arterial ha sido considerada una de las causas de muerte y discapacidad más recurrente a nivel mundial. Según la Organización Mundial de la Salud (OMS, 2023) “se estima que en el mundo hay 1280 millones de adultos de 30 a 79 años con hipertensión y la mayoría viven en países de ingresos bajos y mediano; además, el 46 % de los adultos hipertensos desconocen que padecen esta afección” (p. 1), dado que la hipertensión arterial se describe como una ‘enfermedad silenciosa’ porque en muchas ocasiones las personas que la padecen no presentan síntomas evidentes; esto significa que pueden tener una presión arterial (PA) elevada durante un periodo prolongado, sin ser conscientes de ello, lo que lleva a aumentar el riesgo de enfermedades cardiovasculares (ECV) graves.

La OMS (2023) afirma que un 50 % de los pacientes hipertensos que se tratan, pasado un año, abandonan la atención sanitaria; además, cerca de un 76 % de los pacientes hipertensos mal controlados, encuentran la causalidad en la falta de adherencia farmacológica. Según Martínez et al. (2020) “es un problema universal y real que compromete la efectividad de los mismos y se traduce en peores resultados” (p. 4), por lo cual genera interés en la salud pública.

En Latinoamérica, la prevalencia de la hipertensión ha tenido gran impacto en personas adultas; en Cuba, es del 44 %, en Argentina del 26 %, en Brasil del 22 %, en Venezuela del 15,9 % y, en Ecuador del 28,7 %, donde una de cada dos personas que fueron diagnosticadas con hipertensión dejaron de tomar el tratamiento antes de los seis meses (Bayas-Carrillo, 2019).

La hipertensión a menudo puede ser asintomática, por múltiples factores que llevan a una creencia errónea de que no se necesita seguir con el tratamiento y, así mismo por efectos secundarios como mareos, cansancio, cefalea, producidos por los fármacos y la sensación de sentirse peor.

Resultados semejantes han sido reportados en Colombia. Mora-Orozco (2018) encontró “que el 48 % de los pacientes hipertensos refiere olvidar en algún momento tomar el medicamento antihipertensivo” (p. 3), generando deficiencia en la adherencia medicamentosa, lo cual podría

conllevar el aumento de la PA y, por ende, complicaciones cardiovasculares.

En el estudio de Bayas-Carrillo (2019) se evidenció que existe una baja adherencia al tratamiento por factores como: la falta de conocimiento del manejo prescrito, poco interés, desconocimiento de la enfermedad, accesibilidad a ciertos medicamentos por la falta de gestión al solicitarlos, administración de varios medicamentos; al mismo tiempo, por otras enfermedades crónicas y, finalmente, porque el personal de salud no da la información adecuada. Por lo tanto, son causas que empeoran el régimen terapéutico en personas que padecen hipertensión arterial.

A nivel del departamento de Nariño, en un estudio realizado en una IPS de la ciudad de Pasto en el año 2019, donde la población de estudio fue de 100 adultos mayores cuyas edades oscilaban entre 15 y 91 años, se observó que las personas que participaron en el estudio tenían buena adherencia al tratamiento farmacológico y, en pequeña proporción no eran adherentes. Algunos mencionaban que se olvidaban de tomar el medicamento, porque no permanecían en casa o estaban trabajando. De acuerdo con el género y la procedencia, las personas del área rural son adherentes en un 53,8 % y, en el área central, en un 54,2 %; además, predomina el sexo femenino, en un 66 % de adherencia (Belalcázar-González y Cruz-Vera, 2019).

En otro estudio realizado por Gómez et al. (2021):

Se evidenció que en el servicio que se encontró mayor prevalencia de pacientes hipertensos fue en el de urgencias, dando un indicio de un inadecuado control de la hipertensión arterial, como lo es no tener una adherencia al tratamiento farmacológico por no asistir a los controles médicos y de llevar un estilo de vida inadecuado. (p. 19)

Esto indica que en la región también existen pacientes mal adheridos al tratamiento farmacológico, generando mayores gastos en el sector salud por el incremento de visitas al médico, hospitalizaciones y requerimiento de exámenes complementarios, afectando la calidad de vida. La no adherencia al tratamiento es un problema frecuente en el control de la hipertensión arterial, contribuyendo a que los pacientes continúen con la enfermedad y, ocasionando mayor riesgo de morbilidad y mortalidad. De esta manera, la falta de adherencia es considerada entre las causales de PA mal controlada en las personas adultas.

Entre los factores que se asocian a la falta de adherencia al tratamiento de la hipertensión arterial se ubica el hecho de que es una enfermedad silenciosa; es decir, que en la mayoría de los casos las personas no presentan síntomas, por ser una enfermedad crónica y, en consecuencia, tienden a abandonar el tratamiento.

De igual manera, la falta de adherencia en las personas de la tercera edad es mayor debido al déficit cognitivo que presentan; además, algunos carecen de acompañamiento familiar, lo que contribuye a desarrollar condiciones crónicas, presentando mayor riesgo de fallecimiento (Garcés et al., 2020); esto como resultado de la dificultad en la comprensión del tratamiento prescrito, requiriendo de un cuidador permanente para la disminución de complicaciones que conlleven a la mortalidad.

Otro de los factores relacionados con la no adherencia del tratamiento está asociado a la sintomatología de los pacientes; es decir, cuando se sienten bien no toman el tratamiento, sino cuando se reagudizan los síntomas y recuerdan que tienen una dosis de medicación prescrita para su enfermedad (González et al., 2019), generando dificultades en el control de la hipertensión arterial.

La falta de adherencia en pacientes con enfermedades crónicas, haciendo énfasis en la hipertensión, es considerada una complicación evidente en el país. La conducta del paciente permite tomar su medicación, seguir estilos de vida saludables, tener una alimentación adecuada, que son recomendaciones brindadas por un profesional en el momento del egreso de su consulta y que, por ser una enfermedad crónica, va a requerir tratamiento para toda la vida; sin embargo, evidencias científicas demuestran que pacientes diagnosticados con hipertensión tienen problemas con la adherencia al tratamiento antihipertensivo, en algunas ocasiones por la falta de toma de la medicación en horas prescritas y por los malos estilos de vida.

La poca adherencia radica también en que no hay un seguimiento a estos pacientes, debido a que no asisten a los controles sugeridos por el personal de salud, ya sea por la dificultad en acceder a un centro de salud, la falta de conocimiento sobre estos servicios y, la falta de actitud o compromiso en hacerse un seguimiento de su patología cuando sienten que han mejorado.

Es común ver personas que son sedentarias, en especial adultos mayores, quienes no llevan una dieta balanceada, tendiendo a aumentar de peso y haciendo difícil la adherencia del tratamiento. De igual manera, existen causas fisiológicas que pueden predisponer a una persona para que la PA cada vez sea menos controlada, como es el proceso de envejecimiento, donde las arterias presentan rigidez que altera el proceso de circulación; así mismo, el remodelado vascular, cambios en los mecanismos renales y hormonales, que elevan la PA.

Las personas crónicas hipertensas viven en una sociedad donde en muchas ocasiones en los hogares está presente la pobreza, el analfabetismo, la falta de empleo, las redes de apoyo familiar, el bajo nivel educativo, la lejanía para asistir a los controles, el alto costo del transporte que, de alguna manera interrumpe el tratamiento médico, siendo menos controlables las cifras tensionales; igualmente, algunas personas consideran que las ‘pastillas’ no son tan buenas como remedios naturales, asumiendo que si preparan su propio medicamento, se van a recuperar más rápido.

1.1.1. Formulación del problema

¿Cuál es la asociación entre los factores sociodemográficos y el grado de adherencia al tratamiento farmacológico del paciente con hipertensión arterial en una IPS del suroccidente de Colombia, 2022-2024?

1.2. Justificación

La falta de adherencia al tratamiento ha sido considerada un problema de salud pública. Según Garcés-Ortega et al. (2020) “se ha evidenciado que el 58,8 % de los pacientes no adquirieron el tratamiento prescrito; el 71,6 % se olvidaron; el 58,3 % no respetaron los horarios” (p. 237), conllevando una alta prevalencia de complicaciones y un mayor índice de pacientes que asisten a los servicios de urgencias y hospitalización, requiriendo exámenes complementarios que generan un impacto económico que afecta el sistema sanitario y, expectativa de vida de los pacientes.

El estudio es interesante porque permitió aportar datos necesarios para evaluar la adherencia al tratamiento farmacológico, generando información de relevancia respecto a las características

sociodemográficas y su posible asociación frente al fenómeno de estudio; además, es una medida indirecta para valorar el grado de efectividad y seguridad del tratamiento prescrito, en pro del beneficio de la población que presenta este tipo de alteraciones a nivel cardiovascular.

Por otra parte, el estudio fue novedoso porque no se ha desarrollado investigaciones a nivel local sobre la falta de adherencia medicamentosa y su asociación con variables sociodemográficas que pueden brindar un acercamiento al fenómeno de estudio en el Centro de Salud Hermes Andrade Mejía E.S.E. del municipio de Tangua, Nariño, comprendiendo el riesgo de esta enfermedad silenciosa que puede ser una de las causas de morbilidad y mortalidad en la población.

Asimismo, según los estudios, la prevalencia de hipertensión se ha ido incrementando de forma exagerada, generando un deterioro en la calidad de vida de las personas; por ello, la sociedad exige cada vez más conocimientos acerca de la enfermedad, por lo que se considera útil este tipo de investigaciones que toman aspectos de las características particulares del enfermo que, en ocasiones, se omiten por el componente biológico de la atención en salud.

Finalmente, mediante esta investigación se verán beneficiados los usuarios al generar información que permita la formulación de estrategias por parte de la IPS, enfocadas a disminuir la falta de adherencia farmacológica de la población en estudio; así mismo, les permitirá a los profesionales de enfermería adquirir bases científicas en cuanto al porqué del incumplimiento en la toma de medicamentos asociados a los factores sociodemográficos; de la misma manera, la Universidad Mariana se verá beneficiada por el aporte investigativo desde la formación de profesionales en pregrado que han optado por metodologías de mayor rigor estadístico.

1.3. Objetivos

1.3.1. Objetivo general

Determinar los factores sociodemográficos y el grado de adherencia al tratamiento farmacológico del paciente crónico hipertenso en una IPS del suroccidente de Colombia, 2022-2024.

1.3.2. Objetivos específicos

- Caracterizar socio demográficamente a los pacientes del estudio.
- Identificar el grado de adherencia al tratamiento farmacológico.
- Identificar la asociación entre los factores sociodemográficos y el grado de adherencia.

Hipótesis

H0: No existe asociación entre los factores sociodemográficos y el grado de adherencia.

H1: Existe asociación entre los factores sociodemográficos y el grado de adherencia.

Alcances y limitaciones

Alcances

El proyecto de investigación pretendió buscar posibles asociaciones entre las variables de interés Factores sociodemográficos y Grado de adherencia farmacológica (paciente adherente o no adherente) y, en este sentido, generó información de importancia que permitió la implementación de nuevas estrategias y acciones más efectivas por parte de la IPS fundamentadas en las características de los pacientes, lo que ayudó a disminuir las complicaciones y gastos excesivos por la recurrencia de las consultas en el centro de salud Hermes Andrade Mejía E.S.E.

Limitaciones

El desarrollo del proyecto se vio limitado por diferentes factores como: el deficiente acceso a estudios a nivel local que permitieran comparar resultados, la falta de disponibilidad por parte de los usuarios en la realización de encuestas y la veracidad de las mismas, el bajo interés de las personas para participar en este estudio, la falta de inclusión de otros factores (familiares, comportamentales, culturales) que no se tuvo en cuenta pero que podrían ser necesarios para el análisis del fenómeno.

1.4. Marco referencial o fundamentos teóricos

1.4.1. Antecedentes

1.4.1.1. Internacionales. En España, Pareja-Martínez et al. (2021) realizaron el estudio denominado *Relación entre el control de la presión arterial y la adherencia al tratamiento medida mediante el sistema de receta XXI*, que tuvo como objetivo, describir la adherencia de los pacientes al tratamiento antihipertensivo, determinada mediante los registros de retirada de medicamentos por prescripción electrónica (Receta XXI) y, estudiar la relación que existe entre dicha adherencia y el control de la PA. El estudio fue descriptivo y transversal. La población estuvo conformada por 95 pacientes mayores de 18 años que tomaban al menos un medicamento antihipertensivo durante un mínimo de seis meses en seis farmacias comunitarias de Granada capital y del área metropolitana de Granada (Armillá, Peligros y Maracena), mediante un muestreo consecutivo durante dos meses en cada farmacia participante. Dentro del estudio se encontró que la prevalencia de hipertensión no controlada fue de 51,6 %; los pacientes que tomaban dos medicamentos tenían más riesgo de presentar una PA no controlada que los que tomaban un medicamento (OR: 14,729; IC95 %: 1,463-148,289). El estudio pudo concluir que la prevalencia de hipertensión arterial no controlada fue muy elevada (51,6 %) y la falta de adherencia al tratamiento también tuvo una prevalencia muy alta (30,5%).

En Arabia Saudita, Algabbani y Algabbani (2020) realizaron un estudio transversal denominado *Adherencia al tratamiento en pacientes hipertensos: hallazgos de un estudio transversal*, que tuvo como objetivo, evaluar la tasa de adherencia entre los pacientes hipertensos y los factores asociados que afectan la adherencia a los medicamentos antihipertensivos. La población estuvo conformada por 306 pacientes hipertensos ambulatorios ≥ 18 años de edad realizado en clínicas de salud primaria (PHC) en Prince Sultan Medical City (PSMMC) en Riyadh, la capital de Arabia Saudita, a quienes se les hizo una técnica de muestreo sistemático utilizando la escala de Morisky. Dentro del estudio se encontró que, con base en los resultados de la prueba de esta escala, el 42,2 % de los participantes cumplieron con los medicamentos antihipertensivos, mientras que el 57,8 % no.

Casi la mitad de los participantes (49 %) que informaron no tener comorbilidades cumplieron con el tratamiento antihipertensivo, a diferencia de quienes presentaban más de una enfermedad (41,

39 %). En cuanto al número de medicamentos, la tasa de adherencia fue mejor en pacientes que tenían prescritos menos de cuatro medicamentos (47,1 %), contrario a aquellos que tenían más de cuatro o más medicamentos (31,3 %).

Los pacientes que visitaron la clínica una vez en el último año fueron más adherentes que los que visitaron la clínica más de una vez. El estudio pudo concluir que la falta de adherencia a los medicamentos es prevalente en proporción de pacientes con hipertensión arterial. Por lo tanto, existe la urgencia de monitorear continuamente la adherencia de los pacientes a la medicación antihipertensiva utilizando una escala estandarizada. Los pacientes con comorbilidades y con múltiples medicamentos tenían un mayor riesgo de incumplimiento. Existe la necesidad de alentar a los pacientes que toman múltiples medicamentos a que usen ayudas para la adherencia, como organizadores semanales de pastillas y dispositivos de alarma de medicamentos, puesto que conocer sobre su patología y complicaciones influye en la adherencia al tratamiento. La implementación de intervenciones de concientización sobre la salud y programas de educación destinados a pacientes hipertensos ayudará a mejorar la adherencia a la medicación (Algabbani y Algabbani, 2020).

Del mismo modo, en España, 2019, Fernández et al. llevaron a cabo el estudio denominado *Factores relacionados en la adherencia terapéutica en pacientes a tratamiento hipertensivo*, que buscaba describir los factores relacionados entre la adherencia terapéutica y el tratamiento farmacológico antihipertensivo. El estudio fue observacional de prevalencia. La población estuvo conformada por 100 personas diagnosticadas de hipertensión arterial en tratamiento farmacológico en la Unidad de hipertensión arterial del Complejo Hospitalario Universitario de Ferrol, a quienes se les realizó, a través del test de Morinsky-Green, el test de chi al cuadrado, el T-test o C, test de Wilcoxon y Kruskal-Wallis. Se encontró que el 88 % sabían las repercusiones que se podrían desencadenar en caso de no cumplir con el tratamiento terapéutico prescrito; el 80 % de los encuestados tomaban medicación para otras enfermedades distintas de la hipertensión arterial; el 52 % conocía el nombre del tratamiento que les correspondía. Se observó que hay un mayor incumplimiento en pacientes hipertensos que viven en el ámbito rural. El estudio pudo concluir que la no adherencia fue mayor en las zonas rurales y los pacientes con una mala percepción de la receta y medicamentos genéricos.

Latinoamérica. En Paraguay, Real et al. (2023) estudiaron la adherencia al tratamiento antihipertensivo en adultos de Unidades de Salud Familiar, con el fin de hallar la frecuencia de adherencia al tratamiento antihipertensivo, describir el nivel de conocimientos sobre la hipertensión arterial y determinar los factores asociados a la falta de control de la presión arterial. El estudio fue observacional, prospectivo, multicéntrico. La población estuvo conformada por varones y mujeres, portadores de hipertensión arterial, del área de influencia de tres unidades de salud familiar, donde ingresaron al estudio 171 sujetos, con edad media 59 ± 11 años, a quienes se les realizó el cuestionario ARMS-e y Strelec. Encontraron que en el 32 % había falta de adherencia al tratamiento antihipertensivo, deficiencia en el conocimiento de hipertensión arterial con 30 casos, que equivalen al 17,54 %. Igualmente evidenciaron la falta de conocimiento sobre el control de factores de riesgo de la hipertensión arterial sin el uso de medicamentos. Pudieron concluir que la adherencia fue de 68 %, respecto al conocimiento de hipertensión: un 82 %. De igual manera, la falta de control de la PA en un 49 % asociado a la falta de adherencia y al apoyo familiar. Otros factores de mal control de la HTA son las falsas creencias de que un paciente, después de ser diagnosticada la enfermedad, debería tratarse sin medicamentos, debido a posibles creencias tradicionales como la utilización de las plantas medicinales, mitos, falta de motivación, deficiencia en el tratamiento, que afectan en la adherencia medicamentosa. Sin embargo, tener conocimiento sobre su enfermedad no significa que sea congruente con el tratamiento (Real et al., 2023).

En Ecuador, Dávila et al. (2022) realizaron el estudio denominado *Factores de riesgo de la falta de adherencia a los antihipertensivos*, que tuvo como objetivo, establecer los factores de riesgo de la falta de adherencia a los antihipertensivos. El estudio fue observacional, analítico, transversal y retrospectivo. La población estuvo conformada por 318 pacientes de la emergencia de un hospital de segundo nivel de atención de la ciudad de Babahoyo, mayores de 18 años. El análisis y la recolección de datos fueron a través de Excel y SPSS; observaron que la falta de adherencia se asoció a la falta de acceso a los servicios de salud (97 %), personas >45 años (83 %), falta de conocimiento sobre su enfermedad (76 %). Los hombres fueron más comúnmente no adherentes al tratamiento antihipertensivo (91 %). El grupo etario que más prevaleció fue de 41-60 años (53 %). Concluyen que, el riesgo de acceso a los servicios de salud por falta de citas es tres veces mayor de no adherencia, en comparación con aquellos que no presentan dicha dificultad; además, otro factor como el tabaquismo aumenta el riesgo de adherencia al tratamiento.

En Cuba, Burgal-Cintra et al. (2021) hicieron un estudio sobre la caracterización de la adherencia terapéutica en adultos mayores hipertensos, con el fin de determinar la adherencia al tratamiento antihipertensivo en pacientes adultos mayores y los factores asociados a la no adherencia. El estudio fue descriptivo y longitudinal. La población estuvo conformada por personas mayores que presentaban hipertensión arterial, del Policlínico Comunitario, municipio Morón, provincia Ciego de Ávila, > 60 años, a quienes se le aplicó el cuestionario Martín-Bayarre-Grau y el Test de Batalla. En el estudio el 62 % no se adhirió al tratamiento; el 22 % presentó una adherencia parcial; el 16 % fue adherente. Por otro lado, el 72 % desconocían sobre su enfermedad, de acuerdo con el Test de Batalla; el 64 % presentaban comorbilidades; diabetes, un 28 %; enfermedades cardíacas, 20 %. La aparición de múltiples patologías afecta el tratamiento por la cantidad de medicamentos prescritos, requiriendo apoyo familiar o recordatorios. El estudio pudo concluir que la falta de adherencia estuvo asociada al olvido, déficit del medicamento y mejora en los síntomas. Otra de las causas fueron comorbilidades y, desconocer la enfermedad. Los autores sostienen que el logro de un mejor apego al tratamiento será posible en la medida en que se actúe sobre las causas modificables.

1.4.1.2. Nacionales. En Cali, Solís et al. (2022) realizaron el estudio denominado *Factores de adherencia al tratamiento de hipertensión arterial en servicios de primer nivel de atención*, que tuvo como objetivo, identificar los factores que facilitan o limitan la hipertensión en los pacientes atendidos en la E.S.E. Hospital Santa Margarita del municipio de La Cumbre, Valle del Cauca, Colombia. El estudio fue observacional, analítico, de casos y controles. La población estuvo conformada por 743 pacientes inscritos en la base de datos del programa GRC, mayores de 18 años, por selección aleatoria sistemática. Dentro del estudio se encontró que las personas > 50 años tenían como factor la no adherencia hipertensiva, clasificado por grupo etario: entre quienes tenían entre 50-59 años se evidenció un OR=3,18 con intervalo de confianza del 95 %, 1,01–10,00; personas con edades de 60-69 años OR=3,70 con I C 95 % 1,17-11,60 con menor probabilidad de adherirse. El estudio pudo concluir que los mayores de 50 a 69 años de edad tuvieron la más alta probabilidad de no adherencia al tratamiento; y, la ocurrencia de la no adherencia aumenta con la edad, incrementándose tres veces más por cada diez años de aumento, a partir de los 50 años.

Otro estudio transversal de asociación realizado en Medellín, por Regino-Ruenes et al. (2021), denominado *La hipertensión arterial no controlada y sus factores asociados en un programa de hipertensión*”, tuvo como objetivo, identificar la proporción de hipertensos no controlados y sus

factores asociados, en pacientes del programa de hipertensión arterial de Pueblo Rico, Antioquia. La población estuvo conformada por 272 pacientes, entre 18 y 69 años, pertenecientes al programa de crónicos (hipertensos) en el Hospital San Vicente de Paúl, Pueblo Rico, Antioquia, Colombia, en el año 2018, a quienes se le aplicó encuestas y la revisión de historias clínicas. Dentro del estudio se encontró que hay una baja adherencia al tratamiento (19,5 %). El déficit para la adherencia es múltiple; se incluye factores con el paciente, profesional tratante, asistencia sanitaria, familia, pacientes polimedicados que no son adherentes al tratamiento antihipertensivo. Los pacientes con hipertensión que no lograron disminuir la PA menor o igual a 140/90 mmHg correspondió al 35,3 %. Los autores concluyen que se requiere una orientación mediante programas a pacientes crónicos, por lo cual se necesita una atención integral con calidad para evitar complicaciones posteriores; igualmente, planificar estrategias novedosas que integren al paciente, los cuidadores, los servicios y los profesionales en salud, con miras a la intervención y la modificación de los factores de riesgo y el logro de las metas terapéuticas.

En Bogotá, Guzmán-Tordecilla et al. (2020) estudiaron sobre el estrés crónico como mediador de la relación entre la posición socioeconómica y el cumplimiento del tratamiento farmacológico de pacientes hipertensos, en pacientes hipertensos de 45 a 70 años. El estudio fue transversal. La población estuvo conformada por 258 pacientes hipertensos entre las edades de 45 a 70 años pertenecientes al programa de crónicos (hipertensos) en las ciudades de Bogotá, Quibdó y Medellín, a quienes se les aplicó la escala de Morisky, Cohen, Sherbourne, cuestionarios como el Red MacArthur y Medical Outcomes Study-Social Support Survey (MOSSSS). Dentro del estudio se encontró que el 73 % no cumplía el tratamiento y, quienes tenían mayor formación académica podrían cumplir mejor el tratamiento, lo que difiere de quienes solo tenían primaria ($p > 0,1$). Respecto a la posición socioeconómica, entre más peldaños, el cumplimiento al tratamiento antihipertensivo redujo en un 0,11 $p = 0,06$. Referente al estrés y cumplimiento, se evidenció que tuvo significancia positiva y negativa $p = 0,001$, lo cual permite deducir que aquellos que presentaban estrés crónico disminuían el tratamiento antihipertensivo. El estudio pudo concluir que, por cada peldaño a mayores niveles de estrés, menor es la probabilidad de cumplir con el tratamiento, dado que por su mayor actividad mental no pueden priorizar la administración de medicamentos según prescripción médica; además, quienes vivían en áreas rurales, la adherencia medicamentosa era menor respecto a las personas de zonas urbanas.

1.4.1.3. Regional. Un estudio realizado en Pasto, Nariño, por Lina Marcela Belalcázar-González y Yineth Lisset Cruz-Vera (2019), denominado *Adherencia al tratamiento farmacológico para hipertensión arterial en personas afiliadas a una IPS de primer nivel de la ciudad de Pasto*, fue cuantitativo, descriptivo, empírico analítico. La población estuvo conformada por 100 adultos mayores entre las edades de 45 y 91 años, a quienes se le aplicó la encuesta y el cuestionario estructurado. Dentro del estudio notaron que, las personas que participaron poseían buena adherencia al tratamiento farmacológico y, en pequeña proporción no eran adherentes; algunos mencionaban que se olvidaban de tomar el medicamento porque no permanecían en la casa o estaban trabajando. De acuerdo con el sexo y la procedencia, las personas del área rural fueron adherentes en un 53,8 % y en el área central el 54,2 %. Predominó el sexo femenino con un 66 % que sí presentó adherencia. El estudio pudo concluir que en las características sociodemográficas predominaron las edades de 61 a 76 años, siendo prevalente el género femenino y, en menor proporción el masculino, pertenecientes al área rural en su mayoría, con una ocupación dominante de ama de casa, grado de escolaridad primaria incompleta y, en menor proporción secundaria incompleta, con un bajo nivel de escolaridad, de estado civil casados, minoría divorciado; la mayoría viven acompañados y los restantes solos.

Otro estudio realizado en Pasto (Nariño) por Gómez et al. (2021) sobre el efecto de la educación lúdico-pedagógica en el paciente hipertenso en el Hospital Departamental de Nariño, tuvo como objetivo, educar al paciente desde la enfermedad cardiovascular, como una forma de salvaguardar la vida, elemento fundamental pedagógico en la cercanía para mejorar la salud de los pacientes. El estudio fue cuantitativo bajo el enfoque empírico analítico. La población estuvo conformada por 157 usuarios quienes asistieron al hospital en mención, diagnosticados con hipertensión; se les aplicó encuestas pre y post test de seis ítems. Se evidenció que en el servicio de urgencias fue donde hubo mayor prevalencia de pacientes con hipertensión, siendo una prueba de un control inadecuado de su enfermedad, inasistencia a las citas médicas y malos estilo de vida; así mismo, se encontró que el 56,5 % de los pacientes procedían de municipios cercanos a la ciudad de Pasto; además, se pudo evidenciar que los usuarios eran de zona rural, asociando esta enfermedad con el sedentarismo y los malos hábitos alimenticios, justificada por el déficit en actividades físicas al momento de ser entrevistados, siendo las personas de la zona rural quienes tenían mayores probabilidades de estar expuestos a estos factores de riesgos que conllevan el desarrollo de una enfermedad crónica como la hipertensión. Se pudo concluir que este un indicador de que las personas no tienen conocimiento

sobre el control adecuado de su enfermedad y consultan al servicio de urgencias cuando tienen cifras demasiadas altas de la PA, manifestada por diferentes síntomas o, al presentar las diferentes complicaciones derivadas de esta patología, lo cual puede guiar a los profesionales en salud para realizar intervenciones educativas de forma preventiva y sobre cómo actuar cuando existe la enfermedad (Gómez et al., 2021).

1.4.2. Marco teórico

Teoría de enfermería del déficit del autocuidado de Dorothea Orem

La adherencia es definida como el grado de conducta de un paciente ante las recomendaciones dadas por el personal de salud; sin embargo, existen diferentes factores sociodemográficos que es necesario tener en cuenta, para ver la adherencia al tratamiento antihipertensivo.

Este estudio se centra en los factores sociodemográficos y el grado de adherencia al tratamiento antihipertensivo, considerando que puede ser una causa del déficit del autocuidado terapéutico en la cual puede adoptarse el Modelo de Enfermería de Dorothea Orem, modelo teórico de autocuidado que se tuvo en cuenta, de acuerdo con Berbiglia y Banfield (s.f.):

Teoría del autocuidado: se puede aplicar a la hipertensión arterial, al enfocarse en la capacidad de las personas para asumir un papel activo en su cuidado y manejo de la enfermedad. Esto implica la toma de decisiones informadas, la adhesión al tratamiento médico, la adopción de un estilo de vida saludable y la participación en un sistema de apoyo de autocuidado. Al utilizar este enfoque, se espera que las personas con hipertensión puedan mantener su salud y prevenir complicaciones relacionadas con la PA alta.

Agencia de autocuidado: se refiere a la capacidad de una persona para realizar acciones de autocuidado. En el contexto de la hipertensión, esto se relaciona con la capacidad de un individuo para tomar decisiones informadas sobre su tratamiento, adherirse a las recomendaciones médicas y, llevar un estilo de vida saludable.

De igual manera, se atendió los metaparadigmas de Dorothea Orem asociados a los factores socioculturales que influyen en el grado de adherencia al tratamiento antihipertensivo.

Persona: se refiere al individuo que tiene hipertensión y está cursando con la falta de adherencia. La persona es vista como un ser autónomo con la capacidad de cuidarse a sí misma. Es importante reconocer que la falta de adherencia puede estar relacionada con factores individuales, como la ausencia de comprensión sobre la importancia del tratamiento, preocupaciones sobre los efectos secundarios de los medicamentos o, la negación de la enfermedad.

Dorothea Orem propone tres submetaparadigmas que se centran en la persona, como uno de los elementos centrales de su teoría de enfermería del autocuidado y que se requiere observar en este estudio:

Persona como ser que requiere cuidados de enfermería: en esta etapa se reconoce a la persona como el individuo que necesita atención de enfermería debido a su condición de hipertensión. Si bien tiene autonomía para cuidar de sí misma, requiere cuidados de enfermería para manejar su condición de forma efectiva. Los profesionales de enfermería deben estar disponibles para brindar información, apoyo y educación sobre la importancia de la adherencia al tratamiento antihipertensivo.

- **Persona como el agente principal del autocuidado:** la persona con hipertensión es el agente principal en su autocuidado, lo que incluye tomar medicamentos según lo recetado, seguir una dieta baja en sodio, hacer ejercicio regularmente y monitorear su PA. Los profesionales de enfermería deben empoderarla para que asuma la responsabilidad de su propio cuidado y comprenda los riesgos asociados con la falta de adherencia al tratamiento; esto implica educarla sobre los beneficios de mantener una PA controlada y ayudarla a establecer metas de autocuidado realistas.
- **Persona como parte de un sistema mayor:** la persona con hipertensión es parte de un sistema más amplio que incluye su entorno físico y social. El entorno en el que vive, sus relaciones familiares y comunitarias y las influencias sociales pueden tener un impacto en su capacidad para adherirse al tratamiento. Los profesionales de enfermería deben considerar estos factores externos y trabajar en colaboración con la persona y su entorno para abordar las barreras que pueden estar contribuyendo a la falta de adherencia; esto puede incluir la identificación de factores estresantes en el entorno, la promoción de un sistema de apoyo y la búsqueda de

soluciones prácticas.

Salud: se refiere al objetivo de mantener la salud y prevenir complicaciones relacionadas con la hipertensión. En este contexto, la salud atañe directamente con el control de la PA y la prevención de eventos cardiovasculares adversos. Los profesionales de enfermería trabajan para promover la salud ayudando a la persona a entender los riesgos de la falta de adherencia y los beneficios de mantener una PA controlada.

Enfermería: se refiere al papel de los profesionales de enfermería en el cuidado de la salud de la persona con hipertensión y falta de adherencia. En este contexto, el personal de enfermería desempeña un papel esencial en la educación del paciente, la identificación de barreras para la adherencia, el desarrollo de planes de cuidado individualizados y el seguimiento para evaluar la efectividad del tratamiento.

Entorno: el contexto de la falta de adherencia incluye el ambiente físico y social en el que vive la persona. Los profesionales de enfermería deben considerar cómo el entorno puede influir en la falta de adherencia; esto puede incluir factores como la disponibilidad de medicamentos, la accesibilidad a la atención médica, el apoyo de la familia, la comunidad y la presencia de factores estresantes en el entorno. Identificar y abordar estos factores puede ayudar a mejorar la adherencia al tratamiento.

La teoría de autocuidado de Dorothea E. Orem destaca a la persona como un ser activo, con la capacidad de aprender a cuidar de sí misma. La enfermería, por su parte, tiene el papel de guiar y apoyar a las personas, ayudándolas a desarrollar el conocimiento, habilidades y motivaciones necesarias para que puedan tomar el control de su bienestar. En este proceso es clave poder identificar y reconocer el déficit de autocuidado en aquellas con procesos crónicos de enfermedad que no logran adherirse al régimen terapéutico (Romero et al., 2020).

El déficit de adherencia es atribuido a diversos factores, incluyendo aquellos que provienen del paciente, como el entorno, relacionado con los servicios de salud y del personal.

De acuerdo con lo anterior, la identificación de la falta de adherencia al tratamiento antihipertensivo

utilizando la teoría de Dorothea Orem se basa en la evaluación de las capacidades de autocuidado del paciente y en la observación de sus comportamientos relacionados con el tratamiento.

Así mismo, nos lleva a concluir que la falta de adherencia, atendiendo a Orem, está determinada por la forma como el individuo ejecuta sus acciones o las pone en práctica para mantenerlas equilibradas.

Por otra parte, utilizar esta teoría permitió identificar la falta de adherencia al tratamiento antihipertensivo al evaluar las capacidades de autocuidado del paciente y al prestar atención a los comportamientos y las barreras que pueden estar interfiriendo con el cumplimiento del tratamiento farmacológico. Dentro de estas actividades podemos realizar una evaluación exhaustiva de la situación de salud del paciente, incluyendo su diagnóstico de hipertensión, el tratamiento y su nivel de conocimiento sobre la enfermedad. Igualmente, se puede identificar las capacidades de autocuidado; esto implica evaluar si el paciente tiene el conocimiento y las habilidades necesarias para llevar a cabo el autocuidado relacionado con la hipertensión. De igual manera, se podrá lograr una buena comunicación en la que se pueda comprender su perspectiva y actitudes hacia el tratamiento, preguntando sobre su rutina diaria, la comprensión del tratamiento y, si ha tenido dificultades o preocupaciones relacionadas con los medicamentos; también, la exploración de barreras que puedan estar afectando la adherencia del paciente al tratamiento; finalmente, se identifica los patrones de comportamiento del paciente respecto al tratamiento; esto puede incluir la observación de si este toma regularmente sus medicamentos, los lleva cuando sale de casa o los administra en el momento indicado.

Para verificar la adherencia al tratamiento farmacológico se tuvo en cuenta el cuestionario de Morisky-Green, una herramienta útil para identificar problemas de adherencia al tratamiento antihipertensivo al utilizarlo con la teoría de autocuidado de Dorothea Orem, cuya combinación permite evaluar el déficit de adherencia desde una perspectiva más holística y obtener información específica sobre la toma de medicamentos.

El cuestionario de Morisky-Green, conocido como la *Morisky Medication Adherence Scale* (Escala de Adherencia a la Medicación de Morisky) es una herramienta diseñada para evaluar la adherencia de los pacientes a la medicación, incluyendo el tratamiento antihipertensivo. Este

cuestionario consta de varias preguntas que se centran en los comportamientos y actitudes del paciente con respecto a la toma de medicamentos. Las respuestas se puntúan y el cuestionario genera un puntaje total. Un puntaje más alto indica una mayor adherencia, mientras que un puntaje más bajo sugiere falta de adherencia.

Con esto se busca comparar los resultados del cuestionario de Morisky-Green con los hallazgos de la evaluación inicial basada en la Teoría de Dorothea Orem, buscando correlaciones entre los comportamientos observados, las capacidades de autocuidado identificadas y las respuestas del paciente en el cuestionario, identificar discrepancias entre las capacidades de autocuidado del paciente y su nivel de adherencia según el cuestionario; por ejemplo, si este tiene buenas capacidades de autocuidado, pero obtiene una puntuación baja en el cuestionario, podría indicar falta de adherencia.

En resumen, la teoría del autocuidado de Orem y el cuestionario de Morisky-Green proporcionan una evaluación general de la adherencia de un paciente a su tratamiento antihipertensivo al enfocarse en los comportamientos y los relacionados con la toma de medicamentos.

1.4.3. Marco conceptual

Factores sociales: son aquellas circunstancias externas que se perciben del entorno, como aspectos de círculos cercanos; incluyen la familia, amigos, compañeros de trabajo y comunidad, que pueden tener un impacto a nivel mental (Organización Panamericana de la Salud, OPS, s.f.). Según la OPS (s.f.), algunos factores sociales son: posición social, educación, ocupación, ingresos, sexo.

Factores sociodemográficos:

Edad: según la Clínica Universidad de Navarra (s.f.) “es el lapso de tiempo que transcurre desde el nacimiento hasta el momento de referencia” (p. 1).

Género: hace referencia a un conjunto específico de características fisiológicas y estructurales con las que se nace; están vinculadas con la reproducción, en las que se incluye el sistema endocrino, los genitales y los cromosomas (Heras et al., 2021).

Estado civil: según el Decreto 1260 de 1970, es la “situación jurídica en la familia y la sociedad,

determinada [por] su capacidad para ejercer ciertos derechos y contraer ciertas obligaciones” (p. 1).

Régimen de salud: el sistema de salud colombiano tiene diversas modalidades de afiliación; los dos regímenes que cuentan con mayor población afiliada son el contributivo y el subsidiado, haciendo énfasis en el primero; las personas vinculadas son aquellas que tienen capacidad de pago o que cuentan con un contrato laboral; así mismo, pensionados, servidores públicos e independientes. Las personas subsidiadas están en los estratos 1 y 2 de bajos recursos, en condición de desplazamiento, menores desvinculados del conflicto armado y comunidades indígenas.

Asistencia a controles: su objetivo es integrarse gradualmente y sin interrupciones a los servicios de salud actuales, con el fin de fomentar prácticas de promoción y prevención de patologías cardiovasculares, buscando mejorar el desempeño de la atención primaria en salud mediante un control eficaz de la hipertensión (OMS, 2023 y OPS, s.f.).

Tiempo de diagnóstico de enfermedad: es el tiempo que transcurre desde el diagnóstico de la enfermedad hasta que empieza a diseminarse hacia otras partes del organismo o, en la aparición de los síntomas.

Nivel educativo: el sistema educativo está compuesto por varias etapas que incluyen la educación inicial, preescolar, primaria (cinco niveles educativos); la secundaria con cuatro, seguidas por la educación media que consta de dos grados y termina con el objetivo de alcanzar el título de bachiller; finalmente, la educación superior (Ministerio de Educación Nacional, MEN, 2021).

Adherencia antihipertensiva: según Garcs-Ortega et al. (2020), “es el grado del cumplimiento de las indicaciones médicas relacionadas principalmente con la toma de medicamento, horarios estimados, dietas, percepción de la enfermedad y cambios en el estilo de vida” (p. 3).

Falta de adherencia al tratamiento antihipertensivo: condiciones determinantes de rasgos distintivos, espirituales, materiales, intelectuales, afectivos, creencias, tradiciones y hábitos alimenticios que caracterizan a una sociedad. Es el abandono del tratamiento y las recomendaciones médicas por diferentes factores, donde el paciente no percibe el riesgo de la hipertensión; esto se debe a que no existe un control de la enfermedad, dando lugar a complicaciones, mayor cantidad de hospitalizaciones e incremento del número de visitas asistenciales (Garcs-Ortega et al., 2020).

Paciente crónico: afecciones médicas que persisten durante un período prolongado o que, generalmente no se curan por completo y requieren un manejo continuo a través de tratamientos y cuidados a largo plazo para controlar los síntomas y prevenir complicaciones.

Hipertensión (HTA): es un trastorno grave donde se evidencia el incremento de las cifras tensionales en la sistólica mayor o igual a 140 mmHg y la presión diastólica mayor o igual a 90

mmHg. Constituye un gran problema de salud que incrementa el riesgo de padecer cardiopatías, encefalopatía, nefropatías y otras enfermedades. Es una enfermedad silenciosa; es decir, que en algunas ocasiones puede no evidenciar síntomas, siendo necesario medir la tensión arterial de manera periódica. En algunas ocasiones presenta síntomas como cefalea, hemorragias nasales, alteración del ritmo cardiaco, visuales y acúfenos; puede provocar náuseas, vómitos, confusión, ansiedad, dolor torácico y temblores musculares (OMS, 2023).

Existe una clasificación y estadios de la PA según la Sociedad Colombiana de Cardiología y Cirugía Cardiovascular (2020):

Tabla 1

Clasificación de estadios de la presión arterial

Categoría	Sistólica (mm-Hg)		Diastólica (mm-Hg)
PA Normal	< 130	y	< 85
PA Normal-alta	130-139	y/o	85-89
HTA Grado 1	140-159	y/o	90-99
HTA Grado 2	> 160	y/o	> 100

Nota. Sociedad Colombiana de Cardiología y Cirugía Cardiovascular (2020).

Existe tratamiento para controlar las cifras elevadas de tensión arterial, como medidas no farmacológicas en las cuales incluyen: higiénico, dietéticas y adopción de un estilo de vida saludable. También, tratamiento farmacológico a través de medicamentos antihipertensivos bloqueadores del sistema renina-angiotensina (IECA y ARA-II), bloqueadores de los canales del calcio, diuréticos tiazídicos y análogos tiazídicos, bloqueadores beta adrenérgicos (Williams et al., 2019).

1.4.4. Marco contextual

La presente investigación se realizó en el municipio de Tangua, departamento de Nariño; la

población, de acuerdo con el Departamento Administrativo Nacional de Estadística (DANE) era, para el año 2023, de 14,058 habitantes: 7.130 mujeres (50,7 %) y 6.928 hombres (49,3 %) de estratos 1, 2 y 3, constituida por población urbana y rural, con 34 veredas. El municipio cuenta con servicios públicos: agua, energía y alcantarillado; según la Empresa Empotangua, se encuentran suscritos 679 a alcantarillado, acueducto 787 y con una cobertura de servicio de electricidad, con 97,29 % en el sector urbano y 90,55 % en el área rural.

En las zonas urbanas y rurales del municipio hace falta mejorar los cimientos públicos y dotaciones institucionales, priorizando la dotación y acondicionamiento de espacios educativos. Otros requerimientos: hay carencia de equipamiento público, déficit de educación, orden en el lugar de mercado, centro de acopio, parques recreacionales con amplias zonas en los corregimientos y el casco urbano.

En el aspecto educativo, según el DANE, el 84,99 % de la población ha alcanzado el nivel de básica primaria, el 99,16 % el nivel secundario y el 84,99 % el nivel de primaria. La tasa de analfabetismo en la población entre 15 años y más es del 7,7 %.

El Centro de Salud Hermes Andrade Mejía es una Empresa Social del Estado (E.S.E.) que presta servicios de baja complejidad, que trabaja para mejorar el nivel de vida y mantener la salud de la comunidad del municipio de Tangua y su área de influencia. Cuenta con servicios de atención en consulta médica general, controles por enfermería, odontología, psicología, promoción y mantenimiento de la salud, laboratorio clínico, servicio farmacéutico, atención de urgencias 24 horas y atención de urgencias respiratorias.

La atención al usuario en enfermedades crónicas como hipertensión arterial, diabetes, medicamentos de control se realiza de lunes a viernes de 8:00 a. m. a 12:00 p. m. y de 1:20 p. m. a 04:00 p. m. Agendar una cita puede ser de forma presencial y por celular.

En cuanto a la consulta con médico general, su fin es brindar la atención, prevención y promoción de la salud con calidad y humanismo, garantizando la salud integral de los usuarios: afiliados cotizantes, beneficiarios, subsidiados y vinculados al sistema. La atención médica incluye: anamnesis examen físico, diagnóstico presuntivo, orden de paraclínicos si fuese necesario y

formulación de medicamentos. El servicio es atendido por profesional médico idóneo con experiencia humanitaria y ética profesional.

El centro de salud dispone de tres consultorios destinados en aquellos pacientes que requieren servicios ambulatorios equipados con escritorio, sillas, camilla, escalera, sala de espera donde los usuarios tiene acceso a televisión con material educativo de deberes y derechos, así como promoción y mantenimiento de la salud. Cada consultorio cuenta con sus instrumentos: pesa, baja lengua, fonendoscopio, equipo de órganos de los sentidos, foco de mano, tensiómetro, tallímetro, termómetro.

En las consultas con enfermería se halla un enfermero profesional universitario, con un enfoque comunitario de prevención y atención integral. La atención se lleva a cabo en un consultorio bien iluminado con adecuada ventilación, equipado de escritorio, camilla, sillas, escalera de dos pasos, lámpara, mesa con equipo médico y, para procedimientos, espejuelos de un solo tamaño y cuello de cisne.

Los programas de promoción para la salud abarcan diversas acciones tanto en el nivel sectorial como intersectorial, así como acciones a nivel individual y colectivo orientadas a fomentar el bienestar. Estas medidas buscan la prevención de factores de riesgo y enfermedades, promoviendo la educación y la cultura del autocuidado en las personas, enfocadas en la atención desde una perspectiva integral, que permitan la detección temprana de enfermedades y el cuidado específico, abarcando todas las etapas de la vida.

Misión: el Centro de Salud Hermes Andrade Mejía es una Empresa Social del Estado, con responsabilidad social; presta servicios de salud de primer nivel de atención, con tecnología, infraestructura adecuada y un equipo humano competente, comprometido con la calidad, eficiencia, seguridad y humanización, desde una perspectiva integral que genera crecimiento, equilibrio financiero y desarrollo sostenible, contribuyendo a mejorar la calidad de vida de cada uno de sus usuarios.

Visión: el Centro de Salud Hermes Andrade Mejía E.S.E. será en el año 2024, una institución líder en la prestación de servicios de salud de primer nivel, en el Nodo Centro del departamento de

Nariño, brindando excelencia y seguridad en la prestación de sus servicios, a través de la innovación y el reconocimiento del portafolio de servicios, tecnología e infraestructura segura para la satisfacción de los usuarios.

1.4.5. Marco legal

Ley Núm. 2120 de 2021, por medio de la cual se adopta medidas que promuevan entornos alimentarios saludables, fomentando acciones integrales de promoción de la salud y el bienestar, mediante información idónea sobre componentes de los alimentos.

Derecho del Bienestar Familiar por medio de la Ley 1355 de 2009, por medio de la cual se define las ECNT asociadas a esta como una prioridad de salud pública y se adopta medidas para su control, atención y prevención.

Guía de Atención de la hipertensión arterial que hace parte de la Resolución Número 412 de 2000, en la cual se busca detectar tempranamente la hipertensión arterial, brindar el tratamiento adecuado y minimizar las complicaciones, secuelas y muerte.

Ley 100 de 1993, la cual resalta la importancia de generar una masa crítica de especialistas en salud familiar como fundamento de la sociedad, por ser una especialidad que se estableció para atender necesidades sociales tanto de las comunidades como del Estado; por consiguiente, el perfil epidemiológico en América Latina se caracteriza por el predominio de enfermedades crónicas y degenerativas. Considera a la familia desde la concepción como parte principal en el abordaje integral y cuidado primario de las personas, siendo esencial para el control de enfermedades.

Ley Estatutaria N° 1751 Artículo 15. Prestaciones de salud. El Sistema garantizará el derecho fundamental a la salud a través de la prestación de servicios y tecnologías, estructurados sobre una concepción integral de la salud que incluya su promoción, la prevención, la paliación, la atención de la enfermedad y la rehabilitación de sus secuelas.

Ruta Integral de Atención para Hipertensión Arterial: comprende el conjunto de acciones coordinadas, complementarias y efectivas para garantizar el derecho a la salud, expresadas en políticas,

planes, programas, proyectos, estrategias y servicios que se materializan en atenciones dirigidas a las personas, familias y comunidades para la promoción y mantenimiento de la salud.

Guía de práctica clínica para el manejo de la hipertensión arterial primaria (HTA), con la cual se pretende desarrollar una serie de recomendaciones con la mayor validez, claridad y aplicabilidad posible sobre la prevención, diagnóstico, tratamiento integral y seguimiento de pacientes con HTA dirigidas a tomadores de decisiones en salud a nivel colectivo e individual, susceptibles de implementación en Colombia, evaluables y actualizables periódicamente.

1.4.6. Marco ético

Ley 911 de 2004, por la cual se dicta disposiciones en materia de responsabilidad deontológica para el ejercicio de la profesión de Enfermería en Colombia; establece el régimen disciplinario correspondiente y dicta otras disposiciones. De acuerdo con el artículo 29, todo proceso de investigación en el cual participe el profesional de enfermería, deberá salvaguardar la dignidad e integridad de las personas, dado que es un fundamento ético esencial. Para lograrlo, el profesional debe conocer y aplicar las normativas éticas y legales actuales, las declaraciones mundiales que la legislación colombiana adopte, incluyendo las directrices de organizaciones nacionales e internacionales de enfermería.

Según el artículo 30, los enfermeros no deben hacer parte de investigaciones ni involucrarse en aquellas que impliquen a personas que no puedan tomar decisiones por sí mismas, como: personal de las Fuerzas Armadas, habitantes de calle, personas privadas de la libertad, a menos que ellas o su representante legal pueden dar su consentimiento; omitir lo referido se considera una falta grave.

Finalmente, el artículo 34 determina la importancia de respetar el desarrollo intelectual por parte de profesionales involucrados en las investigaciones, en los cuales hacen parte colegas, estudiantes y personal docente.

Resolución 8430 de 1993

Artículo 5. En toda investigación en la que el ser humano sea sujeto de estudio, deberá prevalecer

el criterio del respeto a su dignidad y la protección de sus derechos y su bienestar.

Artículo 8. En las investigaciones en seres humanos se protegerá la privacidad del individuo sujeto de investigación, identificándose solo cuando los resultados lo requieran y este lo autorice.

Artículo 11. Para efectos de la resolución, el estudio se clasifica “sin riesgo, al hacer uso de técnicas y métodos que no intervienen o modifican las condiciones o variables biológicas, fisiológicas, psicológicas o sociales de los individuos” (p. 3). El estudio hace uso de cuestionarios que solo indagan aspectos concernientes a las características sociodemográficas y grado de adherencia farmacológica.

Principios de ética en la investigación

Principio de autonomía: las personas participaron de manera voluntaria, previo consentimiento informado.

Principio de respeto: la investigación se realizó de forma voluntaria, con la colaboración de las personas inscritas en el programa de crónicos, específicamente hipertensión, dando a conocer los propósitos, beneficios y posibles riesgos.

Principio de beneficencia: el objetivo es actuar para el beneficio de cada persona involucrada en el estudio, promoviendo bienestar y esforzándose para que los resultados, en lo posible, sean a favor de los mismos.

Principio de no maleficencia: es la búsqueda del conocimiento sin causar daño a los participantes del estudio.

Principio de justicia: se trabaja para asegurar que los beneficios obtenidos se distribuyan de manera equitativa, informando a las personas sobre la importancia de su contribución en la investigación.

Principio de veracidad: se refiere a la importancia de la comunicación con los participantes de manera confiable, honesta, manteniendo nuestro profesionalismo.

1.5. Metodología

Línea de investigación

Cuidado de Enfermería.

Área problemática

Autocuidado en las diferentes etapas de la vida: adultez y vejez.

1.5.1. Paradigma de investigación

Cuantitativo. Hernández et al. (2014) sostienen que este:

Usa la recolección de datos para probar hipótesis con base en la medición numérica y el análisis estadístico, donde se busca medir las variables en un determinado contexto y analizar las mediciones obtenidas con métodos estadísticos estableciendo una serie de conclusiones respecto de la hipótesis. (p. 4)

De igual manera, este estudio es cuantitativo porque se calculó los factores sociodemográficos que están relacionados con la no adherencia al tratamiento farmacológico, para cuantificar cuántos de esos factores contribuyen a que los pacientes no se adhieran al tratamiento antihipertensivo.

1.5.2. Enfoque de investigación

Empírico Analítico. De Franco (2020) define que el enfoque de investigación empírico analítico: “pretende describir, explicar, predecir y controlar los fenómenos, eventos, problemas o situaciones en estudio, mediante la aplicación del método hipotético-deductivo, buscando la generalización de los resultados” (p. 10).

A través de este enfoque se obtuvo información de las experiencias de los pacientes con el manejo del tratamiento, para hacer un análisis de cuáles fueron los factores que están influyendo en la falta de adherencia del tratamiento farmacológico.

1.5.3. Tipo de investigación

Descriptivo con intención analítica. Albán (2020) define esta clase de investigación como aquella

que:

Se encarga de puntualizar las características de la población que se está estudiando; la información suministrada por la investigación descriptiva debe ser verídica, precisa y sistemática. Se debe evitar hacer inferencias en torno al fenómeno. Lo fundamental son las características observables y verificables. (p.166)

Igualmente, se encarga de puntualizar las características de la población estudio, centrándose en el 'qué', sin dar las razones por las que se produce cierto fenómeno. En otras palabras, describe el tema de investigación sin definir el por qué ocurre.

Así mismo, se muestra un conocimiento sobre la existencia en una situación específica de tiempo y lugar, teniendo que observar, preguntar y registrar. En cuanto a la intención analítica, busca la asociación o correlación entre variables y los factores sociodemográficos con la adherencia al tratamiento farmacológico (Rojas,2015).

1.5.4. Población y muestra / Unidad de trabajo y Unidad de análisis

La población estuvo integrada por pacientes inscritos al Programa de Crónicos, también llamado Nefroprotección, de la E.S.E. Centro de Salud Hermes Andrade Mejía del municipio de Tangua, Nariño, con diagnóstico de hipertensión en estadio I, II y III. Para el cálculo de la muestra se hizo una revisión previa de la base de datos de ECNT de la IPS correspondiente a 677 usuarios de las EPS Emssanar y Sanitas del régimen subsidiado y contributivo.

Para la selección de la muestra se hizo uso del muestreo probabilístico aleatorio simple. El cálculo de la muestra mediante el uso del software estadístico *Working in Epidemiology*, con un nivel de confianza del 95 % para una población de 677 personas, una prevalencia esperada del 50 % y un error aceptado del 5 %. La muestra ajustada resultante fue de 246 individuos, ya que se trabajó con poblaciones finitas y, la fracción de muestreo fue mayor del 5 % (56,87 %)

$$n = \frac{Z^2 * N * p * q}{E^2 * (N-1) + (Z^2 * p * q)}$$

Z: Nivel de significancia de 95 % (Z= 1.96)

N: Tamaño de la población (número de personas en nuestro estudio)

p: Prevalencia esperada: 50 % no hay una línea de base.

q: Recíproco de p: 50 %

E: Error esperado = 5 %

*: Signo de multiplicación (Por)

$$n = \frac{(1.96)^2 * 677 * 50 * 50}{(5)^2 * (677-1) + ((1.96)^2 * 50 * 50)}$$

$$n = \frac{3.8416 * 677 * 50 * 50}{25 * 676 + (3.8416 * 50 * 50)}$$

$$n = \frac{3.8416 * 677 * 50 * 50}{25 * 676 + 9604}$$

$$n = \frac{3.8416 * 677 * 50 * 50}{25 * 676 + 9604}$$

$$n = \frac{3.8416 * 677 * 50 * 50}{25 * 676 + 9604}$$

$$n = \frac{3.8416 * 677 * 50 * 50}{25 * 676 + 9604}$$

$$n = \frac{6.501.908}{26.504}$$

$$n = \frac{6.501.908}{26.504}$$

$$n = 245,3179897374$$

Nota. El total de la muestra fue de 246 personas; sin embargo, se excluye a una persona del estudio, ya que no respondió el total de las preguntas realizadas, quedando finalmente 245 usuarios.

1.5.5. *Técnica e instrumentos de recolección de información*

1.5.5.1. **Las técnicas de investigación.**

1.5.5.1.1. La encuesta. Es un método sistemático con el cual se permitió la obtención de datos, mediante respuestas a preguntas realizadas con el propósito de describir las características de la población a la que pertenecen (Salvador-Oliván et al., 2021). En el presente trabajo de investigación se la utilizó para recopilar información de manera sistemática y estructurada a partir de las características sociodemográficas de los pacientes que participaron en el estudio.

1.5.5.2. **Instrumentos de investigación.**

1.5.5.2.1. Cuestionario. Consistió en la realización de una serie de preguntas abiertas o cerradas, teniendo en cuenta una o más variables a medir; fue considerado el instrumento más utilizado para la recolección de datos, por cuanto permitió indagar las características sociodemográficas de los participantes.

En la investigación se hizo uso del cuestionario de Morisky-Green para medir la adherencia o no al tratamiento farmacológico. El instrumento constó de ocho preguntas: siete fueron dicotómicas y una politómica; de acuerdo con el resultado, se clasificó como adherentes a los pacientes con ocho puntos y no adherentes con puntajes menores a ocho (Morisky et al., 2008).

1.5.6. Diseño muestral

El cálculo de la muestra se realizó mediante el uso del software estadístico *Working In Epidemiology*.

1.5.7. Selección de la muestra

Para la selección de la muestra se hizo uso del muestreo probabilístico aleatorio simple. Según Hernández y Carpio (2019):

Para aplicar esta técnica se deben conocer todos los elementos que conforman la población; a cada uno de los sujetos se le asigna un número correlativo y luego a través de cualquier método del azar se va seleccionando cada individuo hasta completar la muestra requerida. (p. 77)

1.5.8. Criterios de elegibilidad

Criterios de inclusión:

- Pacientes hipertensos inscritos al programa de crónicos del Centro de Salud Hermes Andrade Mejía E.S.E.
- Pacientes que deseen participar de forma de voluntaria en la investigación
- Pacientes entre las edades de 34 a 87 años de edad.

Criterios de exclusión:

- Pacientes con alteraciones cognitivas o de la salud mental

- Pacientes con algún tipo de discapacidad verbal o auditiva
- Pacientes que, durante el desarrollo de la investigación presenten morbilidad física o mental.

1.5.9. Proceso para la recolección de la información

La propuesta fue presentada ante el Comité de Investigaciones del programa. Una vez avalada, se presentó ante la institución participante, quienes determinarían la viabilidad en el desarrollo del estudio; además, se dio a conocer a los participantes el objetivo y alcance de la investigación, quienes fueron el objeto de estudio del proyecto a través de la firma del consentimiento informado; ellos tenían total libertad de salir del estudio, aún después de la firma del documento. Antes del inicio del trabajo de campo se realizó una prueba piloto.

1.5.9.1. Fuentes de información. El estudio hizo uso de fuentes primarias, representado por la información que resultó de la aplicación de los cuestionarios.

1.5.9.2 Plan de tabulación y análisis. El estudio hizo uso de estadística descriptiva e inferencial. Las variables cualitativas fueron descritas con frecuencias simples y relativas y, las variables cuantitativas, con uso de promedios y mediana (medidas de tendencia central), así como desviación estándar y rango (medidas de dispersión).

Para evaluar la asociación entre variables cualitativas se hizo uso de la prueba estadística X^2 de Pearson o el test exacto de Fisher (valores esperados menores de 5) o razón de verosimilitud exacta. Para las variables cuantitativas, se aplicó pruebas de normalidad entre pacientes adherentes y no adherentes mediante la aplicación de las pruebas de Shapiro Wilk y Kolmogorov-Smirnov.

Para las variables que distribuyen con normalidad se aplicó la prueba T- Student y aquellas que no distribuían con normalidad, la prueba no paramétrica U de Mann Whitney.

La asociación entre variables se realizó mediante la medición de razones de prevalencia (RP) con sus respectivos intervalos de confianza (95 %). Las pruebas de significancia estadística fueron evaluadas con un nivel del 5 % ($p < 0,05$).

1.5.9.3. Divulgación. Los resultados de la investigación fueron presentados en la Universidad Mariana y en la institución participante.

1.5.9.4. Control de sesgos. El estudio contempló los siguientes sesgos y las acciones para controlarlos:

- Sesgo de selección. Para efectos del estudio y control de este sesgo se aplicó el muestreo probabilístico aleatorio simple.
- Sesgo de memoria. Para los efectos del estudio se excluyó a los pacientes con alteraciones de la salud mental y problemas cognitivos.
- Sesgo de error aleatorio y sistemático. Para el control de este sesgo se solicitó la validación del instrumento por expertos.
- Sesgo de medición. Para el control de este sesgo los investigadores estandarizaron el procedimiento de recolección y medición de la información a través del entrenamiento en el uso y aplicación del instrumento.

2. Presentación de resultados

A continuación, se presenta los resultados de la aplicación de instrumentos en los 245 usuarios del programa de Hipertensión Arterial del Centro de Salud Hermes Andrade Mejía E.S.E.

2.1. Análisis e interpretación de resultados

2.1.1. Análisis del primer objetivo

Características sociodemográficas

Tabla 2

Distribución porcentual según características sociodemográficas de los usuarios del Centro de Salud Hermes Andrade Mejía E.S.E.

Variable	Categoría	n	%
Edad	Entre 34 y 44 años	10	4,0
	Entre 45 y 55 años	50	20,40
	Entre 56 y 66 años	86	35,10
	Entre 67 y 77 años	72	29,38
	Más de 77 años	27	11,02
	Total		245
Género	Femenino	154	62,9
	Masculino	91	37,2
	Total	245	100
Estado civil	Casado(a)	125	51,0
	Separado(a)	13	5,3
	Soltero	39	15,9
	Unión libre	41	16,7
	Viudo	27	11,0
	Total		245
Régimen de	Contributivo	21	8,5

afiliación	Subsidiado	224	91.4
	Total	245	100
Grado de escolaridad	Bachillerato completo	13	5.3
	Bachillerato incompleto	14	5.7
	Primaria completa	74	30.2
	Primaria incompleta	132	53.8
	Profesional	7	2.8
	Técnico	4	1.6
	Tecnólogo	1	0.4
	Total	245	100
Controles por la enfermedad	Si	217	88.5
	No	28	11.4
	Total	245	100
Tiempo de diagnóstico de la enfermedad	< 1 año	11	4.4
	1-5 años	96	39.1
	6-10 años	58	23.6
	11-15 años	49	20.0
	16-20 años	20	8.1
	21-26 años	11	4.5
	Total	245	100

Nota. El presente estudio.

En la Tabla 2 se observa las características sociodemográficas de la población encuestada; la edad corresponde al rango entre 56 y 66 años, representado por un 35,10 %; el 62,9 % son de género femenino y su estado civil es casado en un 51,0 %; el régimen de afiliación más representativo es el subsidiado en un 91,4 %; el grado de escolaridad corresponde a primaria incompleta en un 53,8 %; respecto a la asistencia a controles por su enfermedad, el 88,5 % afirma hacerlo y fueron diagnosticados con la enfermedad en un periodo entre 1 a 5 años en un 39,1 %.

2.1.2. *Análisis del segundo objetivo*

Adherencia al tratamiento farmacológico**Tabla 3***Distribución porcentual según grado de adherencia al tratamiento farmacológico*

Variable	Categoría	n	%
Olvida alguna vez tomar la medicina para su hipertensión arterial.	Sí	90	36.7
	No	155	63.2
	Total	245	100
Hubo algún día en el que se le olvidó tomar el medicamento	Sí	73	29.7
	No	172	70.2
	Total	245	100
Alguna vez ha reducido la dosis o, directamente, dejado de tomar la medicina sin decírselo a su médico	Sí	41	16.7
	No	204	83.2
	Total	245	100
Cuando viaja o está fuera del hogar, ¿se le olvida llevar la medicina para su hipertensión arterial alguna vez?	Sí	54	22.0
	No	191	77.9
	Total	245	100
¿Tomó la medicina para su hipertensión arterial ayer?	Sí	229	93.4
	No	16	6.5
	Total	245	100
Cuando siente que su hipertensión arterial	Sí	15	6.1
	No	230	93.8

está bajo control, ¿deja a veces de tomar su medicina?	Total	245	100
¿Se siente alguna vez presionado (a) por seguir el tratamiento médico para su hipertensión?	Sí	16	6.5
	No	229	93.4
	Total	245	100
Frecuencia en la que tiene dificultades para recordar tomar todas sus medicinas.	Algunas veces	40	16.3
	Habitualmente	5	2.0
	Nunca/Casi nunca	115	46.9
	Rara vez	84	34.2
	Siempre	1	0.4
	Total	245	100

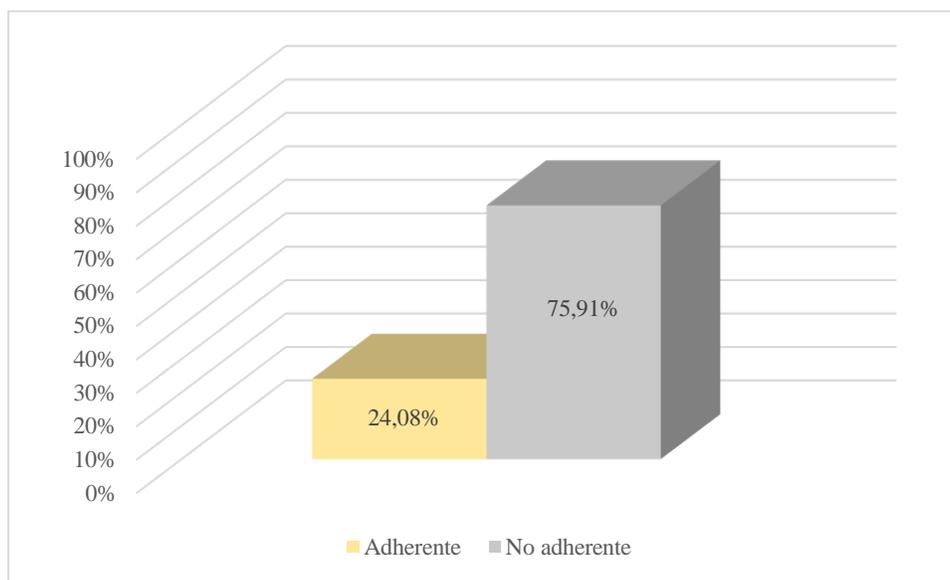
Nota. El presente estudio.

Al aplicar las ocho preguntas del Test de Morisky-Green, los encuestados manifestaron no olvidar tomar su medicina en un 63,2 %; además, refirieron que no se les olvidó tomar sus medicinas por algún motivo en particular: 70,2 %. El 83,2 % no ha reducido la dosis o directamente dejado de tomar la medicina sin decírselo a su médico. Por otro lado, al 77,9 % no se les olvida llevar la medicina para su hipertensión arterial y en un 93,4 % tomaron la medicina para su hipertensión arterial el día anterior; no dejan de tomar su medicina cuando sienten que su hipertensión arterial está bajo control, en un 93,8 %; no se sienten presionados(as) por seguir el tratamiento médico para su hipertensión en un 93,4 % y nunca o casi nunca tienen dificultades para recordar tomar todas sus medicinas en un 46,9 %.

Adherencia global al tratamiento

Figura 1

Distribución porcentual de la adherencia global de los pacientes hipertensos

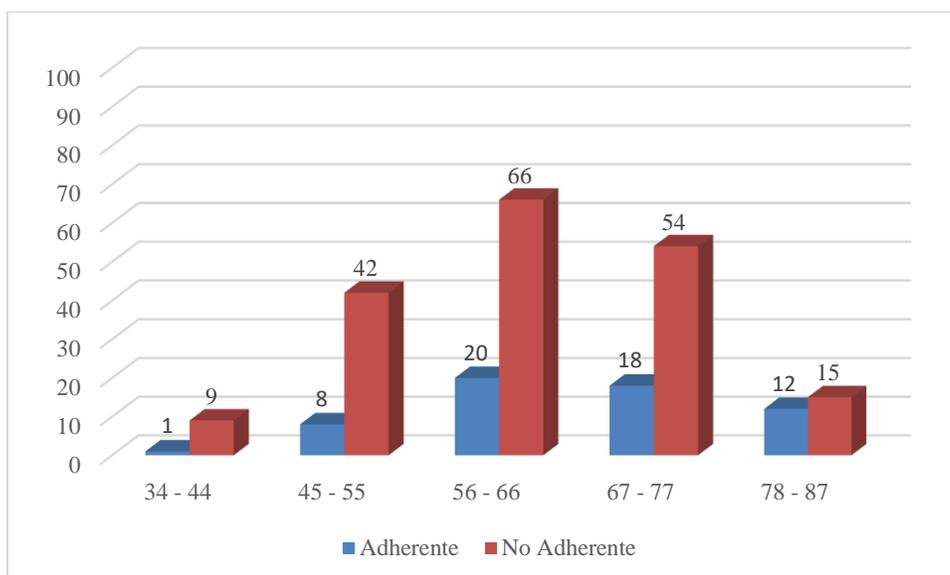


Nota. El presente estudio.

En la Figura 1 se observa la distribución de pacientes adherentes y no adherentes, posterior a la aplicación del Test de Morisky-Green, encontrando que el 75,91 % de ellos no son adherentes, mientras que el 24,08 % sí lo son.

Figura 2

Distribución porcentual según la adherencia terapéutica por rango etario de pacientes hipertensos



Nota. El presente estudio.

En la Figura 2 se observa la distribución de adherencia terapéutica por grupo etario; el rango etario de 56 a 66 años, 20 (23,26 %) presentó adherencia y el rango de 34 a 44 años 1(10 %) fue el que menos adherencia presentó.

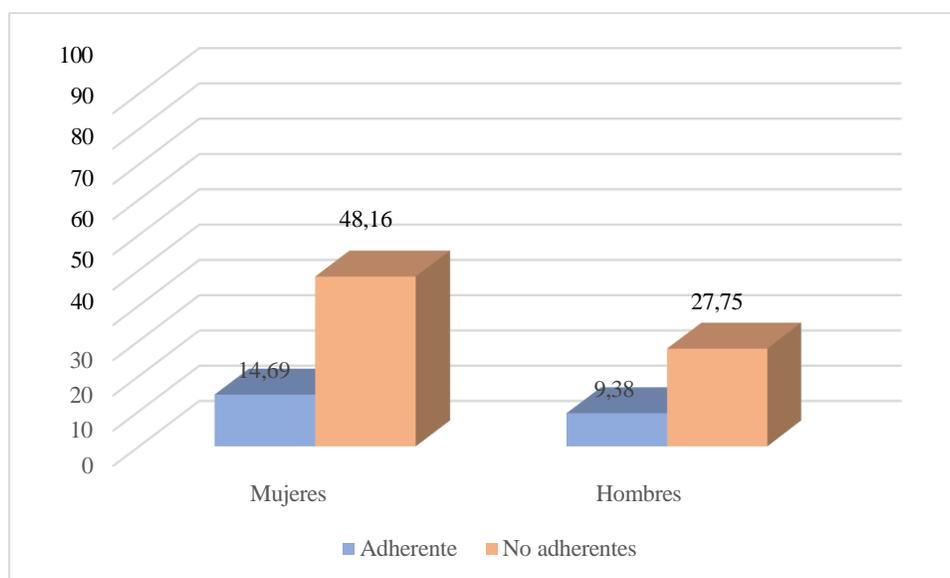
Tabla 4

Distribución porcentual del nivel de adherencia terapéutica distribuida por sexo de pacientes hipertensos

Variable	Categoría	Sexo			
		Mujeres		Hombres	
		n	%	n	%
Adherencia terapéutica	Adherentes		14,69	23	9,38
	No adherentes	118	48,16	68	27,75
	Total	154	62,85	91	37,13

Figura 3

Distribución porcentual según adherencia terapéutica por género de pacientes hipertensos



Nota. El presente estudio.

Respecto a la distribución porcentual del nivel de adherencia terapéutica por sexo de pacientes hipertensos se encontró que el 48,16 % de mujeres hipertensas no son adherentes, mientras que el 14,69 % sí lo es; en el caso de los hombres, el 27,57 % presentaron no adherencia y solo el 9,38 % son adherentes. Si bien las mujeres fueron más adherentes respecto a los hombres teniendo en cuenta que la mayor proporción de encuestados correspondió a este sexo, se subestimó el grado de adherencia y, en apariencia, los hombres fueron menos adherentes.

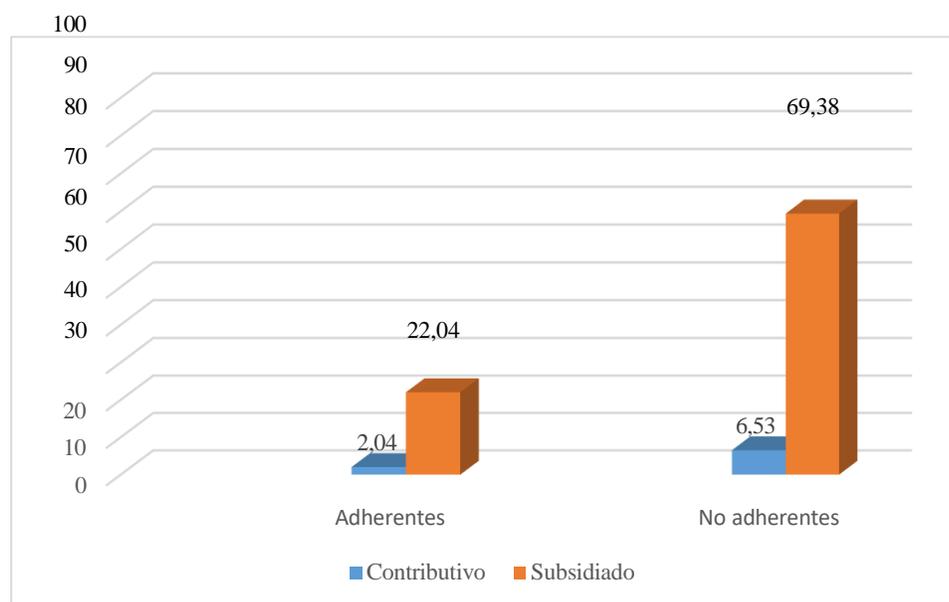
Tabla 5

Distribución porcentual del nivel de adherencia por régimen de afiliación en salud

Variable	Categoría	Régimen de afiliación			
		Contributivo		Subsidiado	
		n	%	n	%
Adherencia terapéutica	Adherentes		2,04	54	22,04
	No adherentes	16	6,53	170	69,38
Total		21	8,57	224	91,42

Figura 4

Distribución porcentual según adherencia por régimen de afiliación en salud



Nota. El presente estudio.

En la Figura 4 se observa el grado de adherencia distribuido por régimen de afiliación; en este destaca que la mayor proporción de pacientes no adherentes pertenece al régimen subsidiado en un 69,38 % y a régimen contributivo en un 6,53 %, mientras que el porcentaje de adherentes del régimen contributivo corresponde a 2,04 % y solo el 22,04 % de pacientes afiliadas a régimen subsidiado son adherentes.

2.1.3. Análisis del tercer objetivo

Asociación entre factores sociodemográficos y grado de adherencia

Tabla 6

Distribución porcentual según edad y asociación frente al grado de adherencia farmacológica de los pacientes hipertensos

		Valor	df	Significación asintótica (bilateral)
Chi-cuadrado	de	9,060 ^a	4	0,060
Pearson				
Razón	de	8,664	4	0,070
verosimilitud				
N de casos válidos		245		

Nota. El presente estudio.

En la Tabla 6 se observa la edad y su asociación frente al grado de adherencia farmacológica de los pacientes hipertensos. El valor es 0.060, lo que sugiere que no se puede rechazar la hipótesis nula al nivel de significancia común (0.05). Sin embargo, es bastante cercano a 0.05, por lo que podría considerarse marginalmente significativo. Los resultados sugieren que no existe una asociación significativa entre las variables a un nivel de significancia del 5 %.

Tabla 7

Distribución porcentual según género y asociación frente al grado de adherencia farmacológica de los pacientes hipertensos

	Valor	df	Significación asintótica (bilateral)	Significación exacta (bilateral)	Significación exacta (unilateral)
Chi- cuadrado de Pearson	,113 ^a	1	0,737		
Corrección de continuidad b	0,033	1	0,856		
Razón de verosimilitud	0,112	1	0,738		
Prueba exacta de Fisher				0,759	0,426
N de casos válidos	245				

Nota. El presente estudio.

En la Tabla 7 se observa el género y la asociación frente al grado de adherencia farmacológica de los pacientes hipertensos; se aprecia que no existe una asociación significativa entre el género y la adherencia farmacológica en los pacientes hipertensos. Todos los valores de significación (mayores que 0.05) sugieren que las diferencias observadas entre las categorías de género y adherencia son aleatorias, por lo que no se puede afirmar que haya una relación entre estas variables.

Tabla 8

Distribución porcentual según estado civil y asociación frente al grado de adherencia

farmacológica de los pacientes hipertensos

	Valor	df	Significación asintótica (bilateral)
Chi-cuadrado de Pearson	10,448 ^a	4	0,034
Razón de verosimilitud	10,200	4	0,037
N de casos válidos	245		

Nota. El presente estudio.

Los resultados sugieren que existe una asociación significativa entre el estado civil y la adherencia farmacológica en los pacientes hipertensos. Con un valor p menor que 0.05, se puede afirmar que el estado civil tiene un impacto estadísticamente relevante en la adherencia de los pacientes a su tratamiento. El estado civil parece desempeñar un papel importante en la adherencia farmacológica de los pacientes hipertensos según estos datos.

Tabla 9

Distribución porcentual según régimen de afiliación a salud y asociación frente al grado de adherencia farmacológica de los pacientes hipertensos

	Valor	df	Significación asintótica (bilateral)	Significación exacta (bilateral)	Significación exacta (unilateral)
Chi- cuadrado de Pearson	,001 ^a	1	0,976		

Corrección de continuidad^b	0,000	1	1,000
Razón de verosimilitud	0,001	1	0,976
Prueba exacta de Fisher			1,000 0,607
N de casos válidos	245		

Nota. El presente estudio.

En la Tabla 9 se observa el régimen de afiliación a salud y su asociación frente al grado de adherencia, encontrando que no existe una relación significativa entre las variables analizadas. Todos los p-valores son mayores a 0.05, lo que sugiere que no se puede rechazar la hipótesis nula de independencia entre las variables, infiriendo que no hay una relación significativa entre estas dos variables en la muestra analizada.

Tabla 10

Distribución porcentual según grado de escolaridad y asociación frente al grado de adherencia farmacológica de los pacientes hipertensos

	Valor	df	Significación asintótica (bilateral)
Chi-cuadrado de Pearson	4,520 ^a	6	0,607
Razón de verosimilitud	4,650	6	0,589
N de casos	245		

válidos

En la Tabla 10 se nota el grado de escolaridad y su asociación frente al grado de adherencia farmacológica; no se encontró una relación significativa entre las variables analizadas (en este caso, posiblemente el grado de escolaridad y la adherencia). Los p-valores son altos (0.607 y 0.589), sugiriendo que no hay evidencia suficiente para rechazar la hipótesis nula.

2.2. Discusión

La interpretación de los siguientes resultados se hizo con base en tres objetivos específicos: el primero fue la caracterización sociodemográfica de la población, siendo la edad, un factor de riesgo no modificable; por lo tanto, se evidenció un mayor número de hipertensos en los grupos de más edad, lo que puede estar provocado por los cambios que ocurren en el organismo, como: deterioro del perfil lipídico, aumento del colesterol y las lipoproteínas de baja densidad; esto se atribuye a cambios en los patrones hormonales que aumentan el riesgo de sufrir hipertensión, lo cual está relacionado con los resultados encontrados en esta investigación, como sostienen Formentin-Zayas et al. (2021).

Rodríguez et al. (2018) en Colombia reportaron una edad representativa de 68 años en el 81,9 % de la población; predominó el sexo femenino en un 79,7 %. Zapattini y Ortiz (2021) obtuvieron resultados semejantes en Paraguay; en su estudio predominó el sexo femenino en un 70 %. Por otro lado, Silva et al. (2022) en Brasil, encontraron que el 55 % de los pacientes hipertensos son casados y que el 70 % tiene una afiliación a la salud pública (SUS), que son datos coincidentes con lo encontrado en el presente estudio, así como en México, donde el 60 % están casados y el 65 % están afiliados al IMSS, mientras que el 75 % han alcanzado al menos educación secundaria (López et al., 2023).

De la misma forma, en Perú, el 58 % de los pacientes hipertensos son casados y el 80 % están afiliados al Seguro Integral de Salud (SIS), con un 40 % que asiste regularmente a controles médicos (García y Martínez, 2023). En Colombia, el 62 % están casados y el 72 % tienen afiliación a EPS, con una tasa de asistencia a controles de un 50 % (Ramírez et al., 2024), datos que difieren de lo reportado por los pacientes del Centro de Salud Hermes Andrade, quienes tienen una asistencia a

controles con médico tratante superior a lo esperado. Estos datos reflejan variaciones en la afiliación a sistemas de salud y en la educación, lo cual puede influir en el manejo y control de la hipertensión en diferentes países latinoamericanos.

Las características sociodemográficas son factores determinantes en la adherencia terapéutica de los pacientes, como sugieren diversos estudios. Un alto nivel educativo, por ejemplo, está asociado con una mejor comprensión de las instrucciones médicas y una mayor adherencia a los tratamientos, dado que los pacientes educados suelen tener más habilidades para interpretar información médica compleja y seguir recomendaciones terapéuticas (Gómez et al., 2021); en este sentido, se entiende que un bajo nivel educativo de los pacientes puede condicionar la adherencia farmacológica a su tratamiento.

Además, el estado civil y la presencia de un sistema de apoyo social influyen significativamente en la adherencia; los pacientes con redes de apoyo sólidas, como familiares o parejas, tienden a mostrar una mayor adherencia, ya que estos sistemas proporcionan soporte emocional y práctico que facilita el seguimiento del tratamiento (López et al., 2023). El régimen de afiliación a servicios de salud también representa un papel crucial, ya que el acceso a servicios médicos y medicamentos puede ser restringido por la falta de cobertura adecuada, afectando así la capacidad del paciente para seguir las recomendaciones médicas (Mendoza, 2021). En conjunto, estas características sociodemográficas afectan la forma como los pacientes gestionan su salud y cumplen con los tratamientos prescritos, destacando la necesidad de intervenciones personalizadas que consideren estas variables.

Desde la perspectiva de la Teoría del Déficit de Autocuidado de Dorothea Orem, las características sociodemográficas desempeñan un papel crucial en la adherencia al tratamiento, ya que influyen en la capacidad de los individuos para llevar a cabo prácticas de autocuidado. Orem (1991) sostiene que el autocuidado es esencial para la salud y el bienestar, y que las personas deben tener los conocimientos y recursos adecuados para implementar y mantener tratamientos efectivos. Factores como el nivel socioeconómico, la educación, el acceso a servicios de salud y el apoyo social pueden afectar significativamente la adherencia a las indicaciones médicas. Por ejemplo, un bajo nivel educativo puede limitar la comprensión de la importancia del tratamiento, mientras que, dificultades económicas pueden restringir el acceso a medicamentos y consultas médicas. La

falta de adherencia a las recomendaciones médicas a menudo conlleva una exacerbación de la enfermedad, aumentando el riesgo de complicaciones y reduciendo la calidad de vida del paciente. Por lo tanto, es fundamental abordar estas características sociodemográficas para diseñar estrategias de intervención más efectivas que fomenten el autocuidado y mejoren los resultados de salud.

En el contexto del segundo objetivo específico, en cuanto a la identificación del grado de adherencia al tratamiento farmacológico en pacientes con HTA en una IPS del suroccidente de Colombia, al analizar los resultados se observó que el 24,08 % de personas, en apariencia cumplen con su régimen terapéutico; no obstante, al examinar las respuestas individuales de la población encuestada se notó que las mayores problemáticas atañen al olvido de algún momento para tomar la medicina; y, su suspensión en, al menos un día, equivalente al 66,5 %.

Recalde et al. (2023) en Asunción, reportaron que el 60 % de sujetos olvida tomar su medicación, resultados semejantes a los de Conte et al. (2020) en Panamá, donde el 40 % indicó haber dejado de tomar los medicamentos y, en consecuencia, no cumplían con la farmacoterapia ordenada. Aunque estos factores representan dos de las mayores causas de la falta de adherencia según el test, resulta necesario considerar otros factores que pueden influir en la decisión de la persona o el hábito adecuado para tomar sus medicamentos.

Bosworth et al. (2020), por su parte, examinaron las principales causas de la falta de adherencia en pacientes hipertensos utilizando el Test de Morisky-Green. El análisis reveló que el 38 % de ellos informó olvidos frecuentes como la principal razón para no adherirse a sus tratamientos, mientras que el 29 % mencionó problemas relacionados con la complejidad del régimen terapéutico. Los autores destacaron que los regímenes con múltiples medicamentos y horarios complicados pueden dificultar el seguimiento adecuado del tratamiento, especialmente en pacientes con estilos de vida ocupados o que tienen confusión acerca de la medicación. Además, el 22 % de los pacientes indicó que experimentaron efectos secundarios, lo que llevó a la interrupción de la medicación, subrayando la importancia de la educación del paciente sobre el manejo de estos efectos y la necesidad de un seguimiento regular para ajustar los tratamientos según sea necesario.

En otro estudio, Verbrugge et al. (2021) evaluaron las causas de la falta de adherencia en una cohorte de pacientes con hipertensión, utilizando también el Test de Morisky-Green. Los resultados

indicaron que el 45 % de los pacientes atribuyó su falta de adherencia a dificultades económicas que limitaban su acceso a los medicamentos, mientras que el 25 % reportó falta de comprensión sobre la importancia del tratamiento. Este estudio también encontró que el 15 % de los participantes dejó de tomar la medicación debido a la percepción de que su PA estaba controlada, lo que refleja una falta de conciencia sobre la necesidad de adherirse a largo plazo para prevenir complicaciones. Estas estadísticas sugieren que, para mejorar la adherencia, es crucial abordar tanto las barreras económicas como las educativas y, proporcionar apoyo continuo a los pacientes.

Desde la perspectiva de la Teoría del Déficit de Autocuidado de Dorothea Orem, el olvido de tomar medicamentos en pacientes hipertensos se puede entender como una manifestación de un déficit de autocuidado. Orem (1991) postula que el autocuidado es esencial para la preservación de la salud y la gestión de enfermedades crónicas y, que la capacidad para realizar un autocuidado adecuado puede verse comprometida por diversas limitaciones personales o contextuales. En el caso de pacientes hipertensos que olvidan tomar sus medicamentos, este comportamiento puede reflejar una falta de conocimiento sobre la importancia del cumplimiento del tratamiento, una deficiencia en las habilidades de organización o, problemas en la integración de la medicación en su rutina diaria.

Orem (1991) sugiere que, para abordar estos déficits, es crucial implementar estrategias de apoyo que incluyan educación sobre la enfermedad y el tratamiento, así como intervenciones para mejorar la organización personal y la planificación del cuidado. Estas medidas pueden ayudar a los pacientes a superar las barreras al autocuidado y a mantener una adherencia más consistente a su régimen de medicación, mejorando así el control de su hipertensión y reduciendo el riesgo de complicaciones asociadas.

Autores como Garcés-Ortega et al. (2020) reportaron una adherencia de 50,86 % en pacientes hipertensos de Ecuador. Oviedo et al. (2020) en Cuba encontraron una adherencia del 60,2 % en pacientes mayores de 80 años y de sexo femenino. Los resultados del presente estudio distan de lo reportado en otros países y ponen de manifiesto la relevancia de generar estrategias educativas que contemplen las características individuales de los pacientes, para mejorar su grado de adherencia.

Enfrentar la falta de adherencia no solo implica conseguir que los pacientes tomen la medicación,

sino que comprendan las perspectivas sobre los medicamentos y las razones por las que deben tomarlos. Para ello, es preciso un trabajo multidisciplinario con un conjunto de actividades dentro de un programa que mejore el cumplimiento terapéutico del paciente (Formentin-Zayas et al., 2021).

Zapattini y Ortiz (2021) en Paraguay demostraron resultados diferentes, pues observaron alta adherencia en el rango de más de 60 años 19 (54,28 %) y en el rango de 18 a 40 años, 5 (62,5 %) un cumplimiento total.

En Ecuador, Saldarriaga y Quezada (2021) evidenciaron una mejor adherencia terapéutica en el grupo etario de 61 a 70 años en el 9,75 % de participantes evaluados, datos que son equiparables con lo encontrado en el presente estudio.

Por otro lado, autores como Burnier et al. (2020) demuestran que la adherencia es, en realidad, mejor en pacientes de 65 a 80 años, en comparación con pacientes hipertensos más jóvenes (menores de 50 años); aun así, en pacientes de avanzada edad (mayores de 80 años) sí aumenta la prevalencia de incumplimiento. En este grupo de pacientes, existen factores de riesgo específicos para la no adherencia, como la capacidad cognitiva, la depresión y las creencias de salud, además de los factores de riesgo clásicos para ella.

Desde la teoría del autocuidado de Dorothea Orem, las diferencias de edad simbolizan un papel crucial en la adherencia terapéutica de los pacientes hipertensos, ya que la capacidad de realizar y gestionar el autocuidado varía significativamente a lo largo del ciclo vital. Orem (2001) postula que el autocuidado es fundamental para mantener la salud y gestionar las enfermedades crónicas, como la hipertensión. Los pacientes más jóvenes suelen tener mayores habilidades cognitivas y físicas para gestionar su tratamiento, lo que les permite adherirse mejor a las recomendaciones terapéuticas. En cambio, los pacientes mayores pueden enfrentar barreras físicas (como limitaciones en la movilidad o la vista) o cognitivas (como deterioro de la memoria) que dificultan la correcta adherencia a las terapias, por lo que pueden necesitar más apoyo de cuidadores o profesionales de la salud para alcanzar los objetivos terapéuticos (Rodríguez y Pérez, 2018).

Al realizar una comparación teórica desde los postulados de Orem con estudios de adherencia en hipertensos, se ubicó un fuerte sustento científico dado que, autores como Valentin (2024) en Perú,

reportan que el 77,92 % de los pacientes evaluados tenía un conocimiento inadecuado que limitaba su capacidad cognitiva frente a su enfermedad, lo que incrementaba la falta de adherencia en un 79,22 %; además, estos pacientes pertenecían a un grupo etario de adultos mayores de 60 años en un 85,71 %. Por otro lado, Mendoza (2021) reitera que, para el cumplimiento de la adherencia terapéutica existen diferentes barreras que no permiten el control de la enfermedad, condiciones que se suman a que este tipo de enfermedades crónicas no solo implica un deterioro de la salud y como consecuencia una mala calidad de vida, sino también, la aparición de una discapacidad prematura por complicaciones asociadas a la enfermedad.

De acuerdo con lo reportado por Idrobo et al. (2024), a nivel general se observó que, mientras más avanzaba la edad de los encuestados, la adherencia bajaba, debido a situaciones como la falta de memoria o combinación con otra patología en la que los cuadros clínicos se complican y se vuelve confuso el consumo frecuente del medicamento. Por otro lado, un estudio en Colombia llevado a cabo por Martínez y Sosa (2023) encontró la presencia de alteraciones en el funcionamiento cognitivo de los adultos hipertensos, el cual estaría íntegramente relacionado con el tiempo de diagnóstico y con la edad biológica; además, estableció que existe una correlación entre los déficits en atención y flexibilidad cognitiva.

Estos resultados refuerzan la idea de contemplar los atributos sociodemográficos de los pacientes y cómo sus características individuales desempeñan un papel más que determinante en la adherencia farmacológica, reiterando la importancia de generar estrategias preventivas que permitan contemplar el perfil de riesgo social de las personas, adecuando las acciones en salud a las realidades vivenciadas por los pacientes desde un modelo integral. Por otro lado, la edad, al ser un factor no modificable, puede tener un efecto importante en la adherencia, situación que revela la necesidad de generar planes de intervención temprana en los jóvenes, para evitar el desarrollo de enfermedades futuras que difícilmente pueden ser controladas en la edad adulta.

Al comparar estos resultados con estudios como el de Zapattini y Ortiz (2021) en 80 sujetos hipertensos, se aprecia que el sexo femenino fue el que menos adherencia presentó, en un 3,57 % y el 54,17 % de hombres tuvo una adherencia total al tratamiento. Los pacientes adherentes además se encontraban en el rango de 18 a 40 años en un 62,5 % quienes presentaban una formación académica en un 85 %, lo que explica los resultados. Resulta interesante mencionar que en el estudio realizado

en Tangua se observó una asociación entre el tener pareja y tener un mejor grado de adherencia, situación que difiere de los datos presentados en Paraguay, los cuales dieron una mayor adherencia terapéutica en pacientes solteros.

Del mismo modo, Cajachagua et al. (2021) encontraron mayor adherencia al tratamiento antihipertensivo en mujeres, en un 53,8 %, resultados que pueden ser equiparables con lo evidenciado en el estudio en Tangua.

Por otro lado, en una investigación reciente desarrollada por Zhang et al. (2021), examinaron la adherencia farmacológica entre hombres y mujeres utilizando el Test de Morisky-Green en pacientes con hipertensión, encontrando que, en su muestra, las mujeres mostraron una adherencia significativamente menor a la medicación, en comparación con los hombres. Este estudio atribuye estas diferencias a factores como las responsabilidades familiares y el mayor número de comorbilidades en mujeres, que pueden complicar la adherencia al tratamiento. Además, ellas informaron con mayor frecuencia efectos secundarios y desafíos para coordinar sus medicaciones con otras terapias, lo que impacta negativamente en su adherencia.

En contraste, la investigación llevada a cabo por McClure et al. (2022) sobre adherencia farmacológica en pacientes con diabetes tipo 2, utilizando igualmente el Test de Morisky-Green, no halló diferencias significativas entre hombres y mujeres en términos de adherencia a la medicación. El estudio sugiere que, aunque el género puede influir en ciertos aspectos del autocuidado, la adherencia farmacológica está más estrechamente relacionada con factores como el conocimiento sobre la enfermedad y el soporte médico. McClure et al., argumentan que los programas de educación para pacientes y el apoyo continuo del equipo de salud pueden ser más determinantes en la adherencia que el género en sí mismo, hallazgos que sugieren que las intervenciones para mejorar la adherencia deben estar centradas en factores individuales y contextuales, en lugar de solo en diferencias de género.

Según el modelo teórico de déficit de autocuidado de Dorothea Orem, la adherencia al tratamiento para la hipertensión puede verse afectada por diferencias de género, debido a variaciones en las capacidades de autocuidado y los recursos disponibles para hombres y mujeres. Un estudio reciente de Anderson et al. (2021) evaluó cómo las diferencias de género influyen en la adherencia

al tratamiento de hipertensión bajo la óptica del modelo de Orem. Los resultados mostraron que las mujeres, en comparación con los hombres, experimentan mayores déficits de autocuidado, lo que se traduce en una menor adherencia al tratamiento. En un estudio complementario, Patel et al. (2022) exploraron las diferencias en la adherencia al tratamiento de hipertensión entre géneros, utilizando el modelo de Orem como marco teórico. Evidenciaron que, aunque tanto hombres como mujeres enfrentan barreras para el autocuidado, las mujeres reportaron una mayor dificultad en la gestión de su régimen de tratamiento debido a la interacción de factores como el estrés emocional y la falta de apoyo social; destacaron que, desde la perspectiva de Orem, es crucial proporcionar un apoyo estructurado y recursos específicos para abordar estas barreras y mejorar la capacidad de autocuidado en las mujeres. El estudio subraya que las intervenciones deben ser sensibles al género para ser efectivas, ya que las diferencias en el autocuidado afectan directamente la adherencia al tratamiento.

Si bien este estudio no contempló variables psicológicas, podría llegar a pensarse que las mujeres están influenciadas por otros factores que pueden condicionar su adherencia terapéutica y que el proceso de envejecimiento, así como los cambios hormonales, puede generar contextos predisponentes que también influyen en la adherencia. Al respecto, Del Sueldo et al. (2018) observaron que, en la población general menor de 35 años, la hipertensión arterial es más prevalente en el hombre; esta incrementa en ambos sexos con la edad, pero la tasa de aumento es mayor en mujeres en la franja etaria de 45 a 55 años (transición menopáusica) y, después de los 65 años, la prevalencia es francamente mayor en la mujer.

Otros estudios sobre el rol de la menopausia en la patogénesis de la hipertensión arterial son discordantes. Sin duda, la pérdida de estrógeno participa en muchas vías que regulan la PA, como el aumento de la biodisponibilidad del óxido nítrico endotelial, el incremento de la activación del sistema renina-angiotensina-aldosterona (SRAA) y del sistema de las endotelinas, con disminución de la actividad del sistema nervioso autónomo simpático e inhibición de la proliferación del músculo liso vascular (Oparil y Miller, 2005).

Estos estudios y lo observado en los pacientes hipertensos de Tangua reiteran que los programas de educación y el apoyo terapéutico para mejorar la adherencia farmacológica no son los más apropiados, pues no se atiende las condiciones biológicas de los pacientes y se implementa

programas indistintamente de su segmentación por sexo o edad. Es evidente que no hay una articulación entre la evidencia científica y la operatividad de los programas, generando brechas en la atención, que acrecientan mucho más la problemática de la adherencia en el paciente crónico.

En el estudio, la mayor muestra evaluada se ubicó en el régimen subsidiado, donde se infiere que está la población más vulnerable por la tecnificación laboral, inadecuados ingresos económicos y menor nivel educativo. Como afirman Parra et al. (2019), hay factores socioeconómicos negativos que pueden relacionarse con la no adherencia, como la seguridad social, régimen subsidiado versus régimen contributivo y, dificultades reportadas por los pacientes para leer la información sobre el manejo de su enfermedad, que se relacionan con un bajo nivel educativo.

En este mismo orden de ideas, Castaño-Castrillón et al. (2019) hallaron niveles deficientes de adherencia relacionados con bajos niveles educativos, desconocimiento sobre la patología y bajo apoyo social, en una muestra de pacientes en una E.S.E. en Colombia, que reiteran lo encontrado en los pacientes del municipio de Tangua, que corresponde a un área rural del departamento de Nariño.

Según la OMS (2023), la adherencia terapéutica es un fenómeno multidimensional determinado por la acción recíproca de cinco dimensiones, entre las que se aprecia: factores sociales, económicos, factores del sistema sanitario, y otros relacionados con la enfermedad. Los factores del sistema sanitario, como los recursos financieros, el alcance del seguro médico, las instalaciones de atención médica, disponibilidad de medicamentos y atención sanitaria, pueden condicionar la eficacia terapéutica en términos de adherencia y, más aún, cuando se trata de regímenes de atención de pacientes vulnerables (Camelo et al., 2024).

Según Orem (1993), cuando las personas no pueden realizar actividades de autocuidado, se produce un déficit, lo cual puede afectar negativamente la eficacia del tratamiento. Estudios recientes han demostrado que la falta de adherencia terapéutica en pacientes hipertensos está directamente relacionada con la percepción de la carga del tratamiento y las barreras económicas, educativas y sociales que dificultan el acceso a medicamentos y el seguimiento de las recomendaciones médicas (Rodríguez-Sánchez et al., 2021).

En cuanto al régimen de afiliación en salud, Orem sostiene que los sistemas de salud deben

facilitar el autocuidado ofreciendo acceso a recursos adecuados. Los individuos afiliados a un régimen de salud con mayores barreras, como el régimen subsidiado en muchos países de América Latina, suelen enfrentar más dificultades para cumplir con las recomendaciones médicas debido a limitaciones en la cobertura de servicios y medicamentos (Martínez-García et al., 2020). En este contexto, el déficit de autocuidado puede verse exacerbado por la falta de acceso a la atención médica oportuna, lo que genera una menor adherencia terapéutica. Los estudios indican que las políticas de salud que favorecen el acceso equitativo y oportuno a los servicios, mediante la mejora de los regímenes de afiliación, pueden ser determinantes para garantizar un adecuado autocuidado y adherencia en pacientes crónicos (García-Pérez et al., 2022). La teoría de Orem refuerza la importancia de un sistema de salud que apoye el autocuidado mediante regímenes de afiliación inclusivos y accesibles.

Respecto a la asociación entre los factores sociodemográficos y la adherencia al tratamiento farmacológico, al comparar los resultados encontrados en la población de Tangua con un estudio realizado por Nguyen et al. (2021) en una muestra de pacientes en Australia, no se encontró una asociación significativa entre la edad y la adherencia a la medicación antihipertensiva. A pesar de la hipótesis de que los pacientes más jóvenes pueden ser menos adherentes debido a una menor percepción del riesgo, los resultados indicaron que la adherencia no varía significativamente entre los diferentes grupos etarios. En cambio, factores como la complejidad del régimen de tratamiento y el apoyo social fueron identificados como más influyentes.

De manera similar, un estudio conducido por Thomas et al. (2020) en el Reino Unido, también concluye que no existe una correlación significativa entre la edad y la adherencia al tratamiento antihipertensivo. Este estudio longitudinal, que incluyó a pacientes de diversas edades, reveló que la adherencia era similar en jóvenes, adultos de mediana edad y ancianos. Los autores sugieren que otros factores como la educación sobre la enfermedad y el acceso a recursos de apoyo, tienen un impacto más directo en la adherencia al tratamiento, que la edad del paciente. Estos hallazgos subrayan la importancia de centrar las estrategias de intervención en aspectos que vayan más allá de la edad, atendiendo a las necesidades individuales de los pacientes para mejorar la adherencia.

Por otro lado, factores sociodemográficos como la edad, el nivel educativo, el estado socioeconómico y el entorno familiar, influyen directamente en la capacidad de las personas para

participar en su autocuidado. Por ejemplo, individuos de mayor edad o con menor nivel educativo pueden tener dificultades para comprender las instrucciones del tratamiento, lo que lleva a un déficit de autocuidado y una menor adherencia (Orem, 1993).

Si bien los resultados demuestran que no existe un grado de asociación en dichas variables, a partir de la teoría de Dorothea Orem, se puede inferir el papel del enfermero en términos de prevención y educación al paciente hipertenso.

Los resultados demuestran la importancia y necesidad de fortalecer el Programa de Crónicos en la IPS de Tangua y efectuar intervenciones, acorde con el perfil del paciente, aunque en Colombia existe un marco normativo como la Ruta Integral de Atención en Salud que, además, fue adoptada por la institución, la cual, entre otras cosas, comprende un conjunto de acciones coordinadas para garantizar el derecho a la salud, dirigida no solo a la persona sino también al núcleo familiar en diferentes etapas o ciclos terapéuticos, buscando disminuir la carga de la enfermedad a través de la implementación de acciones individuales y colectivas. Se evidencia falencias desde el componente educativo que demuestran la inexistencia de cohesión entre las acciones de promoción y mantenimiento por curso de vida y grupos de riesgo puesto que, pese a las estrategias que la IPS pudo haber implementado, no se ha afectado de manera adecuada los entornos del paciente para generar factores protectores y potenciadores para la salud y el desarrollo de la persona.

Bajo este escenario, es el enfermero quien debe gestionar temprana, oportuna e integralmente los riesgos en salud del paciente hipertenso, de suerte que permita reducir la susceptibilidad al daño, teniendo en cuenta tanto los riesgos acumulados como los que emergen en el momento vital, para asegurar y garantizar la adecuada gestión de la salud pública de las comunidades. La operatividad de las rutas integrales de atención requiere no solo del marco normativo, sino de la disponibilidad de talento humano en salud y otras disciplinas que permitan gestionar el cuidado integral de la salud, que involucra la capacidad de utilizar sistemas de información que permitan hacer el seguimiento a los resultados en salud, las ganancias en equidad, el desarrollo de capacidades y los riesgos acumulados para gestionarlos oportunamente.

Un estudio realizado por García et al. (2021) en España permitió encontrar que no había diferencias significativas en la adherencia al tratamiento entre hombres y mujeres. A pesar de la

expectativa de que los roles de género podrían influir en la adherencia, los resultados sugirieron que factores como el acceso a la atención médica, la percepción del riesgo y la motivación intrínseca son más determinantes en la adherencia que el género en sí. Esta investigación indica que ambos géneros enfrentan barreras similares y adoptan comportamientos comparables en cuanto a la adherencia al tratamiento.

De manera similar, un estudio llevado a cabo por Jones et al. (2020) en los Estados Unidos concluyó que no existe una asociación significativa entre el género y la adherencia a la medicación antihipertensiva. Este estudio longitudinal, que incluyó una muestra diversa de pacientes, reveló que tanto hombres como mujeres mostraban tasas similares de adherencia, y que otros factores como la comorbilidad y el apoyo social, desempeñaban un papel más relevante. Estos hallazgos sugieren que las intervenciones para mejorar la adherencia al tratamiento deben enfocarse en factores psicosociales y contextuales, en lugar de centrarse en las diferencias de género.

Asimismo, según Orem, las mujeres suelen estar más comprometidas con el autocuidado y la adherencia al tratamiento debido a su rol tradicional como cuidadoras en la familia, mientras que los hombres tienden a tener una menor adherencia (García-Pérez et al., 2022).

En términos de adherencia, es primordial rescatar lo establecido por la Guía de Práctica Clínica para el manejo de hipertensión arterial primaria (HTA) en Colombia, 2017, la cual es enfática al mencionar las intervenciones únicas o combinadas que debe seguirse para el control y seguimiento del paciente con hipertensión. Frente a la adherencia, se reitera la importancia de controles o contactos más frecuentes, educación en el automonitoreo de la tensión arterial, recordatorios y remisión al farmacéutico, con porcentajes de aumento en la adherencia. Así, el profesional de Enfermería debe promover la implementación de planes terapéuticos que integren los elementos mencionados, los cuales permiten fortalecer las metas de cumplimiento terapéutico del paciente hipertenso, con una disminución de complicaciones y un mayor éxito en las cifras tensionales para disminuir complicaciones como daño en órgano blanco y aparición de otras ECV.

Si bien el estudio no evidenció una significancia estadística entre el género y la adherencia farmacológica, resulta imperativo generar planes de acción que contemplen los factores desencadenantes de dicha problemática y enfatizen las diferencias entre hombres y mujeres a nivel

biológico desde una perspectiva integral, retomando el sustento científico que demuestra los cambios asociados a las diferentes etapas del curso de vida de las personas.

En la literatura científica, la asociación entre el estado civil y la adherencia al tratamiento de HTA ha sido objeto de varios estudios. Un estudio realizado por Adejumo et al. (2021) en Nigeria encontró que los pacientes casados mostraron una mejor adherencia al tratamiento antihipertensivo, en comparación con los solteros. Este hallazgo fue atribuido a la influencia positiva del apoyo social, donde la presencia de un cónyuge proporciona un entorno favorable para el cumplimiento del tratamiento. Similarmente, Oliveira et al. (2020) en Brasil identificaron que los pacientes casados o en unión estable tenían mayores probabilidades de adherirse al tratamiento, resaltando la importancia del apoyo emocional y la supervisión constante por parte de la pareja.

Por otro lado, un metaanálisis realizado por Smith et al. (2022) en Estados Unidos destacó que la viudez y el divorcio se asocian con una disminución significativa en la adherencia al tratamiento antihipertensivo. El estudio sugirió que la pérdida del apoyo marital podría llevar a un menor cumplimiento de las recomendaciones médicas, aumentando el riesgo de complicaciones asociadas con la hipertensión. Estos estudios resaltan la importancia de considerar el estado civil como un factor determinante en la planificación de intervenciones para mejorar la adherencia al tratamiento en pacientes hipertensos.

Así mismo, Orem (2001) sugiere que el autocuidado es una función que las personas deben optar por sí solas para mantener su vida, bienestar y salud; sin embargo, se ven afectadas por condicionantes como el estado civil y el apoyo social, que pueden influir en la adherencia al tratamiento antihipertensivo puesto que, con un mayor nivel de apoyo, según el modelo de Orem, la persona con enfermedades crónicas puede mejorar la capacidad de las demandas de autocuidado.

Entendiendo que existe una asociación significativa entre dichas variables y, desde la teoría del autocuidado de Dorothea Orem, el enfermero cumple un papel fundamental en la educación de pacientes hipertensos, cuyo objetivo principal es fomentar la autogestión y el control efectivo de su condición. Orem postula que las personas tienen la capacidad y el derecho de cuidar su propia salud, por lo que el profesional de enfermería debe identificar y analizar las capacidades de autocuidado del paciente. En el caso de los hipertensos, se debe asegurar el rol que puede cumplir la pareja o red

de apoyo para el paciente sobre el manejo de la PA, la adherencia al tratamiento, y los cambios en el estilo de vida, como la dieta y el ejercicio, para que el paciente adquiriera las herramientas necesarias para prevenir complicaciones.

Las habilidades de autocuidado del paciente pueden ser potencializadas si el contexto o entorno que lo rodea genera una consonancia con lo estipulado en el plan terapéutico para disminuir los efectos negativos frente a su enfermedad. El profesional de enfermería, desde la perspectiva educativa, tiene la responsabilidad de evaluar y mejorar las habilidades del paciente para el autocuidado, teniendo en cuenta sus conocimientos previos, sus limitaciones y su entorno.

A través de la educación personalizada, el profesional de enfermería debe promover una comprensión profunda de la enfermedad y sus implicaciones, fomentando una actitud activa y comprometida del paciente hacia su salud. Según Orem, esta educación en autocuidado también contribuye al empoderamiento del paciente, permitiéndole tomar decisiones informadas y adaptarse a su condición, lo cual es especialmente relevante en enfermedades crónicas como la hipertensión, donde el control diario es esencial para evitar crisis y mejorar la calidad de vida.

Factores socioeconómicos relacionados con los servicios de salud, el tratamiento y la persona, han sido caracterizados por la OMS (Bonilla y Gutiérrez, 2014), en asociación a la adherencia al tratamiento.

Los estudios recientes muestran que los pacientes afiliados a regímenes subsidiados tienden a presentar menor adherencia al tratamiento debido a barreras como la falta de acceso continuo a medicamentos y recursos educativos sobre la hipertensión. La falta de educación y el nivel socioeconómico también representan un papel crucial, ya que las personas con menor nivel educativo suelen tener menor comprensión de su condición y tratamiento, lo que afecta negativamente su adherencia farmacológica (Gonzales y Bautista, 2022).

Desde la perspectiva de la teoría del déficit de autocuidado de Dorothea Orem, las personas afiliadas a regímenes de salud subsidiados pueden tener menor adherencia terapéutica debido a la falta de recursos necesarios para satisfacer sus demandas de autocuidado. Orem sostiene que, cuando estas no tienen acceso a los recursos necesarios, como medicamentos y seguimiento médico

regular, se produce un déficit de autocuidado que afecta su capacidad para seguir un tratamiento (Orem, 1993). Esto es común en regímenes subsidiados, donde el acceso a estos servicios es limitado.

Desde los requisitos de autocuidado de Dorothea Orem, el profesional de enfermería desempeña un papel crucial para mejorar la adherencia terapéutica en pacientes hipertensos, facilitando que estos asuman el control de su propia salud. Los requisitos de autocuidado, según Orem, incluyen necesidades universales, de desarrollo y de desviación de la salud, que guían la labor del profesional de enfermería en la promoción de la adherencia.

Inicialmente, el profesional de enfermería debe evaluar las condiciones individuales del paciente y determinar su nivel de conocimiento y habilidad en cuanto al autocuidado; esto permite identificar las barreras que pueden estar afectando la adherencia, como la falta de entendimiento sobre el tratamiento o la dificultad para realizar cambios en el estilo de vida, que pueden estar relacionados, además, con las condiciones sociales de dicha población. Con esta información, el profesional puede establecer un plan educativo personalizado que fortalezca el cumplimiento del régimen terapéutico.

Dentro de los requisitos de autocuidado universales, como la necesidad de mantener el equilibrio de los procesos fisiológicos, el profesional debe educar al paciente sobre la importancia de tomar la medicación de forma constante y de realizar un monitoreo regular de la PA; de esta manera, el paciente hipertenso adquiere habilidades que contribuyen a su autonomía en el cuidado diario, lo cual, según Orem, es clave para el autocontrol en la gestión de su enfermedad.

Finalmente, en cuanto a los requisitos de autocuidado de desviación de la salud que se aplican a condiciones específicas como la hipertensión, el profesional de enfermería debe trabajar en la modificación de conductas y hábitos perjudiciales para la salud del paciente, que pueden presentarse de manera distinta en poblaciones vulnerables vs. pacientes que pertenecen a un régimen en salud que les permite acceder a otras fuentes de apoyo o recursos para la gestión adecuada de su enfermedad. Es entonces que se debe considerar las limitaciones propias de los pacientes para hacer ajustes según las posibilidades económicas, sociales y de salud que el paciente tiene.

El profesional de enfermería debe abordar estos temas de forma sensible y adaptada a la realidad

del paciente, promoviendo cambios graduales y sostenibles que permitan una adaptación progresiva del paciente. La intervención debe incluir apoyo emocional y motivacional, ayudándole a identificar sus logros y avances en el cumplimiento de las recomendaciones. Así, el profesional de enfermería no solo contribuye a mejorar la adherencia al tratamiento, sino que fomenta una relación terapéutica basada en la confianza, el respeto y el acompañamiento constante, permitiendo que el paciente hipertenso mantenga una actitud activa y positiva hacia su tratamiento.

La nota sobre los recuentos bajos en las celdas indica que los resultados del Chi-cuadrado podrían no ser del todo confiables, lo que sugiere que podría ser útil considerar otras pruebas o un análisis con mayor tamaño de muestra para confirmar los resultados.

Un estudio realizado por Park et al. (2021) en Corea del Sur no evidenció una asociación significativa entre el grado de escolaridad y la adherencia a la medicación en pacientes hipertensos. A pesar de la creencia de que una mayor educación podría facilitar la comprensión de las recomendaciones médicas, los resultados indicaron que otros factores, como el apoyo social y la motivación personal, llevan a cabo un papel más crucial en la adherencia. Este hallazgo sugiere que la educación formal por sí sola, no garantiza una mejor adherencia al tratamiento.

Una investigación en el Reino Unido realizada por Brown et al. (2020) también concluyó que el nivel educativo no es un predictor confiable de la adherencia al tratamiento para la hipertensión. Observaron que, pacientes con diferentes niveles de educación tuvieron tasas similares de cumplimiento del tratamiento, lo que sugiere que factores como las creencias sobre la enfermedad, la experiencia previa con el sistema de salud y el acceso a recursos de apoyo son más influyentes en el comportamiento de los pacientes. Estos estudios destacan la necesidad de considerar una gama más amplia de factores, más allá del nivel educativo, al desarrollar estrategias para mejorar la adherencia al tratamiento antihipertensivo.

En consonancia con la teoría del déficit de autocuidado de Dorothea Orem, la capacidad de autocuidado está relacionada con el acceso y el uso adecuado de la información necesaria para mantener la salud. En el caso de los pacientes con hipertensión, aquellos con mayor nivel educativo tienden a comprender mejor la enfermedad, el propósito del tratamiento y las consecuencias de no seguirlo adecuadamente. Esto les permite participar de activa y efectivamente en su autocuidado, lo

que mejora la adherencia farmacológica (Orem, 1993); no obstante, pese a estas consideraciones es primordial comprender que la adherencia farmacológica dependería de la consolidación de hábitos a lo largo de la vida, que no surgen en la edad adulta, sino que han sido construidos desde los primeros años de vida y, por lo tanto, se requiere de educación permanente para conseguir los resultados deseados.

El estudio demostró que no existe una asociación entre el nivel educativo del paciente hipertenso y su capacidad para comprender, gestionar y adherirse a su tratamiento farmacológico; sin embargo, conscientes de que la hipertensión es una condición crónica que requiere compromiso y conocimiento sobre el manejo de la PA, la toma de medicamentos y la realización de cambios en el estilo de vida, puede esperarse que un paciente que cuenta con un nivel educativo adecuado, generalmente posea habilidades para buscar, comprender y procesar la información sobre su salud, lo que mejora su capacidad de tomar decisiones informadas.

Por ello, el nivel de educación facilita que el paciente reconozca la importancia de la adherencia al tratamiento, previniendo posibles complicaciones a largo plazo, como enfermedades cardíacas, accidentes cerebrovasculares y daños renales.

En pacientes jóvenes, la falta de conocimiento o un bajo nivel educativo puede llevar a una subestimación de la gravedad de la hipertensión, ya que muchas veces consideran que los problemas de PA afectan mayormente a personas mayores. Esta falta de percepción de riesgo puede traducirse en una adherencia inconstante o negligente al tratamiento, ya que el joven puede priorizar otros aspectos de su vida, como el trabajo, el estudio o la vida social, por encima de su cuidado médico. Además, la inexperiencia en el manejo de una enfermedad crónica puede generar dificultades para incorporar cambios de estilo de vida y adoptar una rutina de medicación. En este contexto, la labor educativa del profesional de enfermería es fundamental para ayudar al paciente joven a comprender la seriedad de la hipertensión y la importancia de mantener una adherencia constante y comprometida.

Por otro lado, en pacientes adultos mayores con un bajo nivel educativo, los desafíos para la adherencia terapéutica pueden incluir una comprensión limitada de las instrucciones médicas y dificultades para interpretar correctamente la información sobre su tratamiento. Este grupo también

puede enfrentarse a barreras como la falta de acceso a recursos educativos y a sistemas de apoyo para el autocuidado. La falta de conocimientos en ellos puede producir confusión respecto a la dosis de medicamentos o a la frecuencia con la que deben tomarlos, aumentando el riesgo de errores en el tratamiento y de hospitalizaciones. Para este tipo de pacientes, la educación en salud debe centrarse en brindar instrucciones simples y prácticas, junto con el uso de herramientas que faciliten el recordatorio de los medicamentos, como tablas o alarmas, en aras de fortalecer su capacidad de autocuidado.

La intervención educativa del enfermero debe, por lo tanto, adaptarse a las necesidades particulares de cada grupo etario y nivel educativo. Para pacientes jóvenes, la estrategia puede enfocarse en sensibilizar sobre la importancia de prevenir complicaciones futuras y en fomentar una visión a largo plazo del tratamiento. En el caso de pacientes adultos mayores, se debe priorizar la claridad en la comunicación, el uso de materiales educativos visuales y el establecimiento de un apoyo constante para reforzar la adherencia.

A través de una educación personalizada, el enfermero no solo mejora la adherencia farmacológica, sino que promueve una mayor autonomía y responsabilidad en el cuidado de la salud. En ambos casos, el nivel educativo actúa como un factor determinante para el éxito del tratamiento de la hipertensión, destacando la importancia de adaptar las intervenciones a cada paciente para garantizar una mejor calidad de vida y prevenir complicaciones.

3. Conclusiones

Los pacientes del estudio, en su mayoría, tenían una edad entre 61 y 70 años, siendo un grupo de adultos mayores donde existió predominancia del género femenino, de estado civil casado, régimen de afiliación subsidiado, de escolaridad primaria completa, quienes asisten de manera asidua a los controles médicos por su enfermedad, los cuales fueron diagnosticados entre uno a cinco años. Dicho perfil demostró los retos que a nivel de promoción y educación por parte del Centro de Salud existen frente a la adherencia al tratamiento de estos pacientes, al tratarse de una población envejecida que puede presentar comorbilidades, polifarmacia y barreras sociales que limitan las acciones en salud y requieren del análisis e intervención de otras ciencias o áreas disciplinares para su intervención.

El estudio encontró que la mayor proporción de usuarios que asisten al Centro de Salud no son adherentes al tratamiento farmacológico, lo cual puede incidir notablemente en el desarrollo de futuras comorbilidades, agravando su situación clínica; además, se notó mayor adherencia terapéutica en el rango de edad comprendido entre los 56 a 66 años y menor adherencia en el grupo de 34 a 44 años, lo que permitió poner de manifiesto la importancia de contemplar el estado neurológico de los pacientes como uno de los condicionantes para la toma de medicamentos, así como la necesidad de generar acciones que contemplen el género como un factor condicionante de la adherencia farmacológica.

No se evidenció significancia estadística en el género, sexo, escolaridad, régimen de afiliación, pero se encontró asociación entre el estado civil y la adherencia farmacológica, lo que reitera la importancia y el papel de la red de apoyo en el tratamiento de enfermedades crónicas, así como la interacción que debe existir entre la persona enferma y su familia.

4. Recomendaciones

A la institución:

Profundizar, de forma imperativa sobre otros aspectos, para entender cómo es la adherencia farmacológica de los pacientes, que permita realizar intervenciones acordes con las necesidades de los usuarios, que contemplen más que la presentación clínica de una enfermedad.

Implementar nuevas estrategias educativas que incorporen el estudio de perfiles sociales y demográficos en los pacientes hipertensos, para mejorar los resultados clínicos en términos de adherencia farmacológica; además, la importancia de integrar la pareja, familia o red de apoyo de los pacientes dentro del plan de tratamiento, al encontrar una asociación entre dichas variables y el grado de adherencia.

A la Universidad Mariana:

Desarrollar futuras investigaciones con la población sujeto de estudio, que incluyan la aplicación de planes educativos innovadores, la participación de otras áreas del conocimiento, como profesionales de ciencias sociales y, el acompañamiento permanente a partir de la caracterización de perfiles, distribución por rangos etarios, sexo, niveles de escolaridad, para mejorar la adherencia farmacológica de los pacientes, además de la inclusión de otras variables que no fueron medidas en este estudio y que son determinantes en la adherencia, como la capacidad física funcional y el funcionamiento neuropsicológico de los pacientes.

Aplicar otros diseños metodológicos de tipo longitudinal y analíticos que permitan entender la causalidad del evento en el municipio de Tangua y se conviertan en un insumo esencial para la toma de decisiones por parte de entes regulatorios en materia de salud y la red de prestación de servicios de la ESE Pasto Salud mediante el trabajo conjunto entre academia y prestadores de servicios.

Referencias bibliográficas

- Adejumo, O., Adejumo, A., & Oladele, O. (2021). Marital status and medication adherence in hypertensive patients: A study from Nigeria. *Journal of Hypertension Research*, 38(4), 451-458. <https://doi.org/10.1097/HJH.0000000000002833>
- Alban, G. P. G., Arguello, A. E. V., & Molina, N. E. C. (2020). Metodologías de investigación educativa (descriptivas, experimentales, participativas, y de investigación-acción). *Recimundo*, 4(3), 163-173. DOI: [https://doi.org/10.26820/recimundo/4.\(3\).julio.2020.163-173](https://doi.org/10.26820/recimundo/4.(3).julio.2020.163-173)
- Algabbani, F. M. & Algabbani, A. M. (2020). Treatment adherence among patients with hypertension: findings from a cross-sectional study. *Clinical Hypertension*, 26(1), 1-9. <https://doi.org/10.1186/s40885-020-00151-1>
- Anderson, J. K., Haug, S., & Martin, P. (2021). Gender differences in self-care and medication adherence in hypertensive patients: Insights from Orem's self-care deficit theory. *Journal of Nursing Scholarship*, 53(3), 321-329. <https://doi.org/10.1111/jnu.12672>
- Bayas-Carrillo, G. P. (2019). Determinantes de salud que influyen en la adherencia al tratamiento en pacientes con hipertensión arterial en Latinoamérica. *Mediciencias UTA*, 3(2), 2-9. <https://doi.org/10.31243/mdc.uta.v3i2.183.2019>
- Belalcázar-González, L. y Cruz-Vera, Y. (2019). *Adherencia al tratamiento farmacológico para hipertensión arterial en personas afiliadas a una IPS de primer nivel de la ciudad de Pasto* [Tesis de pregrado, Universidad Mariana]. http://serviapi2009.umariana.edu.co/Biblioteca/frm_resultados.aspx?xi=59948
- Berbiglia, V. A. & Banfield, B. (s.f.). Dorothea E. Orem: teoría del déficit de autocuidado. https://www.academia.edu/37885704/DOROTHEA_E_OREM_Teor%C3%ADa_del_d%C3%A9ficit_de_autocuidado
- Bonilla, C. P. y Gutiérrez, E. (2014). Desarrollo y características psicométricas del instrumento para

- evaluar los factores que influyen en la adherencia a tratamientos farmacológicos y no farmacológicos en personas con factores de riesgo de enfermedad cardiovascular. *Revista Avances en Enfermería*, 53-62.
- Bosworth, H. B., Wassertheil-Smoller, S., & Piontek, C. M. (2020). Predictors of adherence to antihypertensive medication in a community-based sample. *American Journal of Hypertension*, 33(7), 635-644. <https://doi.org/10.1093/ajh/hpaa042>
- Brown, A. L., Patel, R., & Dixon, M. (2020). Educational attainment and medication adherence in hypertension: Evidence from a UK cohort study. *Journal of Hypertension Research*, 37(3), 321-328. <https://doi.org/10.1097/HJH.0000000000002421>
- Burnier, M., Polychronopoulou, E., & Wuerzner, G. (2020). Hypertension and drug adherence in the elderly. *Frontiers in Cardiovascular Medicine*, 7, 49. <https://doi.org/10.3389/fcvm.2020.00049>
- Burgal-Cintra, C. J., Pérez-Bichor, A. y Ortega-López, I. L. (2021). Caracterización de la adherencia terapéutica en adultos mayores hipertensos. *Revista Médica Electrónica*, 43(6), 1606-1616.
- Cajachagua, M., Vargas, C., Ingles, M. y Chávez, J. (2021). Estilos de vida asociados a la adherencia al tratamiento en pacientes hipertensos. *Archivos Venezolanos de Farmacología y Terapéutica*, 40(4), 388-398. <https://doi.org/10.5281/zenodo.5227306>
- Camelo, L. R., Atencia, N. A., Pérez, J. C. D., Roca, D. S., & Carrillo, N. M. F. (2024). Adherencia al tratamiento farmacológico y no farmacológico en pacientes hipertensos ambulatorios en una institución prestadora de salud. *Acta Médica Colombiana*, 49(2). <https://doi.org/10.36104/amc.2024.2746>
- Castaño-Castrillón, J. J., Echeverri-Rubio, C., Giraldo-Cardona, J. F., Maldonado-Mora, Á., Melo-Parra, J., Meza-Orozco, G. A., Peláez-Ramos, C. A., Perdomo-Muñoz, J. M. y Rodríguez-Arias, E. A. (2012). Adherencia al tratamiento de pacientes hipertensos atendidos en Assbasalud E.S.E, Manizales (Colombia) 2011. *Revista de la Facultad de Medicina*, 60(3), 179-197.

- Clínica Universidad de Navarra. (s.f.). Diccionario médico. <https://www.cun.es/diccionario-medico/terminos/edad>
- Conte, E., Morales, Y., Niño, C., Zamorano, C., Benavides, M., Donato, M., Llorach, C., Gómez, B. y Toro, J. (2020). La adherencia a los medicamentos en pacientes hipertensos y en muestra de la población general. *Revista de la OFIL*, 30(4), 313-323. <https://dx.doi.org/10.4321/s1699-714x2020000400011>.
- Dávila, D. A., García, K. M., Durán, J. P. y Coello, J. G. (2022). Factores de riesgo de la falta de adherencia a los antihipertensivos. *Sinergias educativas*. <https://doi.org/10.37954/se.v0i0.102>
- De Franco, M. F., & Solórzano, J. L. V. (2020). Paradigmas, enfoques y métodos de investigación: análisis teórico. *Mundo recursivo*, 3(1), 1-24. ISSN 2600-5700
- Decreto 1260 de 1970. (1970, 27 de julio). Presidencia de la República de Colombia. https://www.funcionpublica.gov.co/eva/gestornormativo/norma_pdf.php?i=8256
- Del Sueldo, M., Vicario, A., Cerezo, G. H., Miranda, G. y Zilberman, J. (2018). Hipertensión arterial, menopausia y compromiso cognitivo. *Revista Colombiana de Cardiología*, 25, 34-41. <https://doi.org/10.1016/j.rccar.2017.11.025>
- Departamento Administrativo Nacional de Estadística (DANE). (2023). Proyecciones de población. <https://www.dane.gov.co/index.php/estadisticas-por-tema/demografia-y-poblacion/proyecciones-de-poblacion>
- Fernández, N., García, A., Felipez, I. M., Castro, D. J. y Remuiñán, B. (2019). Factores relacionados en la adherencia terapéutica en pacientes a tratamiento hipertensivo. *Evidentia*, 16. <http://ciberindex.com/c/ev/e10689>
- Formentin-Zayas, M., Carbajales-León, E. B., Medina-Fuentes, G., Formentin-Zayas, D. M. y Formentin-Zayas, M. (2021). Adherencia terapéutica en pacientes hipertensos de un consultorio médico perteneciente al Policlínico Universitario ‘Joaquín de Agüero y Agüero’. *Revista Información Científica*, 100(4).

- García, J. y Martínez, A. (2023). Características sociodemográficas y su influencia en el manejo de la hipertensión en Perú. *Revista Peruana de Cardiología*, 16(2), 112-125.
- García, L., Rodríguez, C., & Martínez, P. (2021). Gender differences in medication adherence among hypertensive patients: A study in Spain. *Journal of Cardiovascular Nursing*, 36(2), 122-128. <https://doi.org/10.1097/JCN.0000000000000752>
- Garcés-Ortega, J. P., Quillupangui, S. M., Delgado, E. P., Sarmiento, S. A., Samaniego, X. S., Garca, G. A., Zapata, C. P., Chuqui, S. E., Pai, D. P., Peralta, D. E. y Pai, J. C. (2020). Adherencia al tratamiento de la hipertensión arterial en adultos mayores. *Revista Latinoamericana de Hipertensión*, 15(5), 322-329. <https://doi.org/10.5281/zenodo.4484355>
- García-Pérez, L., Rico-Blázquez, M., Franco-Marina, F. y Bernal-Delgado, E. (2022). Adherencia terapéutica en enfermedades crónicas: impacto de los sistemas de salud en América Latina. *Revista de Salud Pública*, 24(3), 122-135.
- Gómez, C. M., Estrada, R. M. y Vallejo, A. I. (2021). Educar al paciente desde la enfermedad cardiovascular, una forma de salvaguardar la vida. Estrategia lúdica aplicada en el Hospital Universitario Departamental de Nariño, en marco del proyecto de investigación “Sanos de Corazón”. *Hosdenar Investiga* (3), 17-21.
- Gonzales, J. y Bautista, W. D. (2022). *Factores asociados a la adherencia al tratamiento farmacológico en pacientes con hipertensión arterial del Hospital Rural de Nueva Cajamarca, 2022*. Universidad Nacional de San Martín. Fondo Editorial.
- González, Y., Cardosa, E. y Carbonell, A. (2019). Adherencia terapéutica antihipertensiva en adultos mayores. *Revista Información Científica*, 98(2), 146-156.
- Guzmán-Tordecilla, D. N., Vecino-Ortiz, A. I., Lucumí, D. y Mentz, G. (2020). El estrés crónico como mediador de la relación entre la posición socioeconómica y el cumplimiento del tratamiento farmacológico de pacientes hipertensos. *Biomédica*, 40(2), 243-256.

<https://doi.org/10.7705/biomedica.4780>

Heras-Sevilla, D., Ortega-Sánchez, D., & Rubia-Avi, M. (2021). Conceptualización y reflexión sobre el género y la diversidad sexual. Hacia un modelo coeducativo por y para la diversidad. *Perfiles educativos*, 43(173), 148-165. <https://doi.org/10.22201/iisue.24486167e.2021.173.59808>

Hernández, R., Fernández, C. y Baptista, P. (2014). *Metodología de la investigación* (6.^a ed.). McGraw-Hill / Interamericana Editores, S.A. de C.V.

Hernández, C. E. y Carpio, N. (2019). Introducción a los tipos de muestreo. *Alerta, Revista científica del Instituto Nacional de Salud*, 2(1), 75-79. <https://doi.org/10.5377/alerta.v2i1.7535>

Idrobo, T. P., Ayala, B. N. y Sanchas, J. A. (2024). Evaluación de adherencia terapéutica antihipertensiva en personas de la tercera edad de los cantones de Riobamba y Sigchos – Ecuador. *Ciencia Latina Revista Científica Multidisciplinar*, 8(2), 8173-8186. https://doi.org/10.37811/cl_rcm.v8i2.11250

Jones, K. A., Smith, R. L., & Williams, M. M. (2020). Exploring gender and adherence to hypertension treatment in a U.S. cohort: A longitudinal analysis. *American Journal of Hypertension*, 33(7), 650-657. <https://doi.org/10.1093/ajh/hpaa067>

Ley 100 de 1993. (1993, 23 de diciembre). Congreso de la República de Colombia. <https://www.funcionpublica.gov.co/eva/gestornormativo/norma.php?i=5248>

Ley 911 de 2004. (2004, 5 de octubre). Congreso de la República de Colombia. https://www.mineducacion.gov.co/1621/articles-105034_archivo_pdf.pdf

Ley 1355 de 2009. (2009, 14 de octubre). Congreso de la República de Colombia. <https://www.funcionpublica.gov.co/eva/gestornormativo/norma.php?i=37604>

Ley Estatutaria 1751 de 2015. (2015, 16 de febrero). Congreso de la República de Colombia.

http://www.secretariassenado.gov.co/senado/basedoc/ley_1751_2015.html

Ley 2120 de 2021. (2021, 30 de julio). Congreso de la República de Colombia. http://secretariassenado.gov.co/senado/basedoc/ley_2120_2021.html

López, M., Hernández, A. y Vargas, R. (2023). Estado civil y régimen de salud en pacientes hipertensos en México. *Revista Mexicana de Salud Pública*, 30(3), 245-259.

Martínez, G., Sujo, M. y Estévez, A. (2020). Adherencia farmacológica en pacientes hipertensos. *Revista Cubana de Medicina General Integral*, 36(1), 1-13.

Martínez, L. M. y Sosa, I. (2023). *Estudio de casos del funcionamiento neuropsicológico de pacientes con hipertensión arterial*. Ediciones Universidad Simón Bolívar.

Martínez-García, M., Pérez-Camacho, M. D. y Gómez-Sánchez, J. (2020). Desigualdad en el acceso a medicamentos en pacientes hipertensos en el régimen subsidiado: Un estudio cualitativo. *Journal of Health Equity*, 15(2), 89-101.

McClure, E. S., Smith, M., & Zhi, X. (2022). Gender differences in medication adherence: An updated review with focus on patients with diabetes. *Journal of Diabetes Research*, 2022, 841-852. <https://doi.org/10.1155/2022/8179632>

Mendoza, R. (2021). La adherencia terapéutica en pacientes con enfermedades crónicas no transmisibles: Diabetes, hipertensión y obesidad. *Medicina y Ética*, 32(4), 897-945. <https://doi.org/10.36105/mye.2021v32n4.01>

Ministerio de Educación Nacional (MEN). (2021). Sistema educativo colombiano. <https://www.mineducacion.gov.co/portal/Preescolar-basica-y-media/Sistema-de-educacionbasica-y-media/233839:Sistema-educativo-colombiano>

Mora-Orozco, A. M. (2018). Percepción y adherencia a un programa de hipertensión arterial en un municipio de Risaralda, Colombia. *Revista de Salud Pública*, 22(3), 48-56.

<https://doi.org/10.31052/1853.1180.v22.n3.20652>

Morisky, D. E., Ang, A., Krousel-Wood, M., & Ward, H. J. (2008). Predictive validity of a medication adherence measure in an outpatient setting. *Journal of clinical hypertension (Greenwich, Conn.)*, 10(5), 348-354. <https://doi.org/10.1111/j.1751-7176.2008.07572.x>

Nguyen, L. T., Jones, A., & Wilson, C. (2021). The role of age in medication adherence among hypertensive patients: Findings from an Australian cohort. *Hypertension Research*, 44(2), 123-130. <https://doi.org/10.1038/s41440-020-00566-8>

Oliveira, A. B., Lima, T. C., & Carvalho, A. F. (2020). The role of marital status in medication adherence among hypertensive patients: Evidence from Brazil. *Journal of Cardiovascular Nursing*, 35(2), 112-119. <https://doi.org/10.1097/JCN.0000000000000601>

Oparil, S. & Miller, A. P. (2005). Gender and blood pressure. *The Journal of Clinical Hypertension*, 7(5), 300-309. <https://doi.org/10.1111/j.1524-6175.2005.04087.x>

Organización Mundial de la Salud. (OMS). (2023). Hipertensión. <https://www.who.int/es/news-room/factsheets/detail/hypertension#:~:text=Se%20estima%20que%20en%20el,desconocen%20que%20padecen%20esta%20afecci%C3%B3n>

Organización Panamericana de la Salud (OPS). (s.f.). Determinantes sociales de la salud. <https://www.paho.org/es/temas/determinantes-sociales-salud>

Orem, D. E. (1991). *Nursing: Concepts of practice* (4th ed.). McGraw-Hill.

Orem, D. E. (1993). Self-care deficit theory. *Nursing Science Quarterly*, 6(2), 76-80.

Orem, D. E. (2001). *Nursing: Concepts of practice* (6th ed.). Mosby.

Oviedo, S., Viart, C. y Chávez, R. (2020). Adherencia terapéutica en pacientes hipertensos o diabéticos ingresados en el Hospital Clínico Quirúrgico Joaquín Albarrán. *Progaleno*, 3(2), 66-

75.

- Parra, D. I., Romero, S. L. y Rojas, L. Z. (2019). Influential factors in adherence to the therapeutic regime in hypertension and diabetes. *Investigación y Educación en Enfermería*, 37(3), e02. <https://doi.org/10.17533/udea.iee.v37n3e02>
- Pareja-Martínez, E., Esquivel-Prados, E., Martínez-Martínez, F. y García-Corpas, J. P. (2022). Relación entre el control de la presión arterial y la adherencia al tratamiento medida mediante el sistema de receta XXI en Granada (España). *Ars Pharmaceutica*, 63(1), 56-71. <https://dx.doi.org/10.30827/ars.v63i1.22325>
- Park, S. Y., Lee, K. J., & Shin, S. M. (2021). The impact of education level on medication adherence in hypertension: A Korean nationwide cohort study. *Hypertension Research*, 44(5), 749-757. <https://doi.org/10.1038/s41440-020-00578-4>
- Patel, P., Mistry, P., & Khan, M. (2022). Addressing gender-specific barriers in hypertension management: An application of Orem's self-care deficit theory. *BMC Health Services Research*, 22(1), 254. <https://doi.org/10.1186/s12913-022-07545-7>
- Ramírez, P., Rodríguez, J. y Torres, L. (2024). Acceso a la atención y características sociodemográficas en pacientes hipertensos en Colombia. *Colombian Journal of Cardiology*, 12(1), 75-88.
- Real, R., Gámez, M. A., Redes, M. L., Martínez, M., Aguilera, G. A., Oviedo, G., Belotto, L., Ullón, G., Paredes, E. D., Villar, V., Báez, M. B. y Ortiz, A. (2023). Adherencia al tratamiento antihipertensivo en adultos de Unidades de Salud Familiar del Paraguay: estudio multicéntrico. *Revista de Salud Pública del Paraguay*, 11(2), 35-41.
- Recalde, L., Argüello, V., Báez, P. E., Benítez, C. D., Cubelli, M. J., Jara, N. M., Martínez, A. R., Miño, N. G., Rojas, G. M., Sánchez, P. S., Vallejos, N. M., Brítez, L. E., Garay, B. L. y Paniagua, A. A. (2023). Adherencia al tratamiento y nivel de conocimiento en adultos con hipertensión arterial, Asunción 2022. *Revista Virtual de la Sociedad Paraguaya de Medicina Interna*, 10(1).

<https://doi.org/10.18004/rvspmi/2312-3893/2023.10.01.11>

Resolución 412 de 2000. (2000, 25 de febrero). Ministerio de Salud. https://www.minsalud.gov.co/Normatividad_Nuevo/RESOLUCI%20D3N%200412%20DE%20000.pdf

Rojas, M. (2015). Tipos de investigación científica: una simplificación de la complicada incoherente nomenclatura y clasificación. *Redvet, Revista Electrónica de Veterinaria*, 16(1), 1- 14.

Regino-Ruenes, Y. M., Quintero-Velásquez, M. A., & Saldarriaga-Franco, J. F. (2021). La hipertensión arterial no controlada y sus factores asociados en un programa de hipertensión. *Revista Colombiana de Cardiología*, 28(6), 648-655. <https://doi.org/10.24875/rccar.m21000108>

Resolución 8430 de 1993. (1993, 4 de octubre). Ministerio de Salud. <https://www.minsalud.gov.co/sites/rid/Lists/BibliotecaDigital/RIDE/DE/DIJ/RESOLUCION-8430-DE-1993.PDF>

Rodríguez, F. A. S., Hernández, Z. H., Nassar, L. H., Delgado, D. M. M., & Iriarte, C. R. (2018). Riesgo cardiovascular global según tablas de Gaziano en pacientes hipertensos. *Panorama Cuba y Salud*, 13(1), 21-28.

Rodríguez, A. y Pérez, L. (2018). Factores asociados a la adherencia terapéutica en pacientes con hipertensión arterial. *Revista de Enfermería y Salud*, 36(2), 123-130. <https://doi.org/10.4321/S2254-28842018000200003>

Rodríguez-Sánchez, M., Domínguez-Serrano, E. y Carrasco-Garrido, P. (2021). Factores asociados a la falta de adherencia al tratamiento en pacientes con hipertensión arterial. *Gaceta Sanitaria*, 35(5), 467-474.

Romero, S. L., Parra, D. I., Roa, Z. M. y Rojas, L. Z. (2020). Validación de un instrumento para medir la adherencia al tratamiento en hipertensión y diabetes. *Revista Cuidarte*, 11(3), e1062. <http://dx.doi.org/10.15649/cuidarte.1062>

- Saldarriaga, D. G. y Quezada, M. V. (2021). *Factores que influyen en la adherencia terapéutica en pacientes hipertensos, Centro de salud Las Cañas, 2020* [Tesis de maestría, Universidad Estatal de Milagro]. <https://repositorio.unemi.edu.ec/xmlui/handle/123456789/5750>
- Salvador-Oliván, J. A., Marco-Cuenca, G. y Arquero-Avilés, R. (2021). Evaluación de la investigación con encuestas en artículos publicados en revistas del área de Biblioteconomía y Documentación. *Revista Española de Documentación Científica*, 44(2), e295-e295. <https://doi.org/10.3989/redc.2021.2.1774>
- Silva, R., Almeida, C. y Costa, E. (2022). Perfil sociodemográfico de pacientes hipertensos en Brasil. *Brazilian Journal of Public Health*, 45(4), 321-334.
- Smith, K. E., Moore, A., & Bradley, C. (2022). Impact of marital status on adherence to hypertension treatment: A meta-analysis. *American Journal of Hypertension*, 35(3), 276-283. <https://doi.org/10.1093/ajh/hpab177>
- Solís, A., Bergonzoli-Peláez, G. y Contreras-Rengifo, A. (2022). Factores de adherencia al tratamiento de hipertensión arterial en servicios de primer nivel de atención. *Universidad y Salud*, 24(1), 95-101. <https://doi.org/10.22267/rus.222401.261>
- Sociedad Colombiana de Cardiología y Cirugía Cardiovascular. (2020). Principales mensajes de las Guías de Hipertensión Arterial de la ISH en el 2020. <https://scc.org.co/wp-content/uploads/2020/06/GUIAS-ISH-DE-HTA-BOLETIN-144-.pdf>
- Thomas, R. J., Patel, M. S., & Davis, A. L. (2020). Age as a non-predictor of medication adherence in hypertension: Evidence from a UK cohort study. *Journal of Hypertension*, 38(4), 789-796. <https://doi.org/10.1097/HJH.0000000000002350>
- Valentin, V. B. (2024). *Relación entre adherencia terapéutica y conocimiento de su enfermedad en pacientes hipertensos* [Tesis de pregrado, Universidad César Vallejo]. Repositorio Institucional - UCV. <https://repositorio.ucv.edu.pe/handle/20.500.12692/131674>

Verbrugghe, M., Van Hecke, A., & Vermeulen, J. (2021). Causes of non-adherence to antihypertensive therapy and its impact on blood pressure control. *Journal of Hypertension*, 39(2), 217-225. <https://doi.org/10.1097/HJH.0000000000002590>

Williams, B., Mancia, G., Spiering, W., Agabiti, E., Azizi, M., & Burnier, M. (2019). Guía ESC/ESH 2018 sobre el diagnóstico y tratamiento de la hipertensión arterial. *Revista Española de Cardiología*, 72(2), 160. <https://doi.org/10.1016/j.rec.2018.12.004>

Zapattini, D. H. y Ortiz, I. (2021). Adherencia terapéutica en pacientes hipertensos del consultorio de Clínica Médica del Hospital de Clínicas. *Anales de la Facultad de Ciencias Médicas (Asunción)*, 54(2), 89-96. <https://doi.org/10.18004/anales/2021.054.02.89>

Zhang, X., Wang, L., & Liu, J. (2021). Gender differences in medication adherence among patients with hypertension: A cross-sectional study using the Morisky-Green test. *BMC Public Health*, 21(1), 125. <https://doi.org/10.1186/s12889-020-10080-2>

5. Anexos

Anexo A

Operacionalización de variables características sociodemográficas

Variable	Definición	Naturaleza	Nivel de medición	Unidad de medida	Categorías o valores
Edad	Lapso que transcurre desde el nacimiento hasta el momento.	Cualitativa	Ordinal	Politómica	a. 34 a 44 años b. 45 a 55 años c. 56-66 años d. 67-77 años e. Mas de 77 años
Género	Características biológicas y fisiológicas que definen a hombres y mujeres	Cualitativa	Nominal	Dicotómica	a. Masculino b. Femenino
Estado Civil	Condición que caracteriza a una persona en lo que hace a sus vínculos personales con individuos de otro sexo, con quien creara lazos y será reconocidos jurídicamente	Cualitativa	Nominal	Politómica	A. Soltero(a) B. Casado(a) C. Separado(a) D. Unión libre E. Viudo(a)
Régimen de salud	Conjunto de normas y procedimientos destinados	Cualitativa	Nominal	Dicotómica	a. Subsidiado b. Contributivo

a garantizar el servicio de salud en todos los niveles de atención a toda la población beneficiaria

Nivel educativo	Es el que está conformado por la educación inicial, la educación preescolar, la educación básica (primaria cinco grados y secundaria cuatro grados), la educación media (dos grados y culmina con el título de bachiller) y la educación superior.	Cualitativa	Ordinal	Politómica	<ul style="list-style-type: none"> a. Primaria completa b. Primaria incompleta c. Bachillerato completo d. Bachillerato incompleto e. Técnico f. Tecnólogo g. Profesional
Asistencia a controles.	Proceso en el que los pacientes acuden a la atención en Salud para seguimiento de su enfermedad.	Cualitativa	Nominal	Dicotómica	<ul style="list-style-type: none"> 1. Si 2. No
Tiempo de diagnóstico de la enfermedad	Tiempo transcurrido desde el momento del diagnóstico de una enfermedad hasta la actualidad.	Cuantitativa	Razón	Discreta	<ul style="list-style-type: none"> 1. < 1 año 2. 1-5años 3. 6-10años 4. 11-15 años 5. 16-20 años 6. 21-26 años

Grado de adherencia al tratamiento farmacológico

Medicamentos administrados por el paciente	Son aquellos que el propio paciente se encarga de tomar o administrar bajo la supervisión o indicación médica.	Cualitativa	Nominal	Dicotómica	1. Si 2. No
Medicamentos olvidados por el paciente en las últimas dos semanas.	Son los medicamentos que el paciente ha olvidado tomar en los últimos 15 días	Cualitativa	Nominal	Dicotómica	1. Si 2. No
Disminución de la dosis de prescripción del medicamento.	Es la reducción de la cantidad del medicamento que debía tomar por prescripción médica.	Cualitativa	Nominal	Dicotómica	1. Si 2. No
Cumplimiento de la prescripción del medicamento fuera del hogar.	Paciente que sigue su tratamiento según las indicaciones médicas cuando se encuentra fuera del hogar	Cualitativa	Nominal	Dicotómica	1. Si 2. No
Administración diría de medicamento antihipertensivo.	Tomar de forma rutinaria un medicamento para el control de su enfermedad.	Cualitativa	Nominal	Dicotómica	1. Si 2. No
Administración de medicamento antihipertensivo en valores controlados.	Administración del medicamento según prescripción médica aun en valores controlados.	Cualitativa	Nominal	Dicotómica	1. Si 2. No

Molestias para seguir el tratamiento antihipertensivo.	Es el paciente que presenta efectos secundarios al cumplir con su tratamiento.	Cualitativa	Nominal	Dicotómica	1. Si 2. No
Dificultades para recordar la toma del medicamento prescrito.	Son las dificultades que el paciente puede presentar para recordar los horarios de su tratamiento.	Cualitativa	Nominal	Politómica	1. Nunca/casi nunca 2. Rara vez 3. Algunas veces 4. Habitualmente 5. Siempre

Anexo B

Consentimiento informado

**Universidad Mariana Facultad de Ciencias de la Salud
Programa de Enfermería**

Formulario de consentimiento para participar en la investigación

**Factores sociodemográficos y grado de adherencia al tratamiento farmacológico del
paciente con hipertensión arterial IPS del suroccidente de Colombia, 2022-2023**

Yo _____ identificada(o) con C.C. _____ de _____ manifiesto que he sido invitada(o) a participar dentro de la investigación arriba mencionada y que se me ha dado la siguiente información:

Este documento se le entrega para que conozca las características de la investigación, y usted pueda decidir voluntariamente si desea participar o no, si tiene alguna duda, solicite a los investigadores que se la aclaren, ellos le proporcionarán toda la información que necesite, antes de aceptar su participación.

Objetivo y descripción de la investigación:

Determinar los factores sociodemográficos y el grado de adherencia al tratamiento farmacológico del paciente crónico hipertenso en una IPS del Sur Occidente de Colombia, 2022- 2023.

Responsables de la investigación: el estudio es dirigido por la asesora Paola Andrea Acosta Sarasty y por los estudiantes del Programa de Enfermería Jesús David Córdoba Erazo, Jennyfer Alexandra Pianda Jojoa, Deysy Karina Quintero Riofrío, Juliana Marilyn Quiroz Pantoja, Héctor Luis Solarte Realpe, Jesús Arley Zambrano Camayo. (Teléfono: 3204870533).

Riesgos y Beneficios: las técnicas que se utilizará no implican ningún riesgo para usted, por lo tanto, los resultados de la investigación contribuirán en el proceso investigativo de los educandos de la Universidad Mariana y del programa de Enfermería.

Confidencialidad: su identidad estará protegida, pues durante todo el estudio solo se utilizará un código numérico que lo diferenciará de los otros participantes en la investigación. La información obtenida será almacenada EN LA UNIVERSIDAD MARIANA BAJO LA RESPONSABILIDAD DEL COORDINADOR(A) DEL GRUPO DE INVESTIGACIÓN en una base de datos que se mantendrá por cinco años más después de terminada la investigación. Los datos individuales sólo serán conocidos por los investigadores y los auxiliares de la investigación mientras dura el estudio, quienes, en todo caso, se comprometen a no divulgarlos. Los resultados que se publicarán corresponden a la información general de todos los participantes.

Derechos y deberes: Usted tiene derecho a obtener una copia del presente documento y a retirarse posteriormente de esta investigación, si así lo desea en cualquier momento y no tendrá que firmar ningún documento para hacerlo, ni informar las razones de su decisión, si no desea hacerlo. Usted no tendrá que hacer gasto alguno durante la participación en la investigación y en el momento que lo considere podrá solicitar información sobre sus resultados a los responsables de la investigación. Declaro que he leído o me fue leído este documento en su totalidad y que entiendo su contenido e igualmente, que pude formular las preguntas que consideré necesarias y que estas me fueron respondidas satisfactoriamente. Por lo tanto, decido participar DE MANERA LIBRE Y VOLUNTARIA EN esta investigación.

Por lo anterior autorizo a (Nombre del evaluador) _____, estudiante de la Universidad Mariana del Programa de enfermería para realizar los anteriores procedimientos.

Nombre y firma del Participante

C.C No.

Fecha:

Nombre y firma del Testigo

Huella

C.C No.

Fecha:

Anexo C

Disentimiento informado

Universidad Mariana
Facultad de Ciencias de la Salud
Programa de Enfermería

Formulario de disentimiento informado factores sociodemográficos y grado de adherencia al tratamiento farmacológico del paciente con hipertensión arterial IPS del suroccidente de Colombia, 2022-2023

Yo _____ identificada(o) con C.C. _____ de _____ manifiesto que he sido invitada(o) a participar dentro de la investigación arriba mencionada y que se me ha dado la siguiente información:

Este documento se le entrega para que conozca las características de la investigación, y usted pueda decidir voluntariamente si desea participar o no, si tiene alguna duda, solicite a los investigadores que se la aclaren, ellos le proporcionarán toda la información que necesite, antes de aceptar su participación.

Objetivo y descripción de la investigación:

Determinar los factores sociodemográficos y el grado de adherencia al tratamiento farmacológico del paciente crónico hipertenso en una IPS del Sur Occidente de Colombia, 2022- 2024.

Responsables de la investigación: el estudio es dirigido por la asesora Paola Andrea Acosta Sarasty y por los estudiantes del Programa de Enfermería Jesús David Córdoba Erazo, Jennyfer Alexandra Pianda Jojoa, Deysy Karina Quintero Riofrio, Juliana Marilyn Quiroz Pantoja, Héctor Luis Solarte Realpe, Jesus Arley Zambrano Camayo. (Teléfono: 3204870533).

Riesgos y Beneficios: las técnicas que se utilizarán no implican ningún riesgo para usted, por lo tanto, los resultados de la investigación contribuirán en el proceso investigativo de los educandos de la Universidad Mariana y del programa de Enfermería.

Confidencialidad: su identidad estará protegida, pues durante todo el estudio solo se utilizará un código numérico que lo diferenciará de los otros participantes en la investigación. La información obtenida será almacenada EN LA UNIVERSIDAD MARIANA BAJO LA RESPONSABILIDAD DEL COORDINADOR(A) DEL GRUPO DE INVESTIGACIÓN en una base de datos que se mantendrá por cinco años más después de terminada la investigación. Los datos individuales sólo serán conocidos por los investigadores y los auxiliares de la investigación mientras dura el estudio, quienes, en todo caso, se comprometen a no divulgarlos. Los resultados que se publicarán corresponden a la información general de todos los participantes.

Derechos y deberes: Usted tiene derecho a obtener una copia del presente documento y a retirarse posteriormente de esta investigación, si así lo desea en cualquier momento y no tendrá que firmar ningún documento para hacerlo, ni informar las razones de su decisión, si no desea hacerlo. Usted no tendrá que hacer gasto alguno durante la participación en la investigación y en el momento que lo considere podrá solicitar información sobre sus resultados a los responsables de la investigación. Declaro que he leído o me fue leído este documento en su totalidad y que entiendo su contenido, sin embargo, no deseo participar en esta investigación.

Nombre y firma del paciente

C.C No.

Fecha:

Nombre y firma del Testigo

C.C No.

Fecha:

Huella

Anexo D

Cronograma

ACTIVIDADES	DURACIÓN DE LA EJECUCIÓN DE LA INVESTIGACIÓN EN MESES																							
	2022					2023										2024								
	A	G	S	O	N	D	E	F	M	A	A	M	J	J	A	S	O	N	O	D	E	O	N	D
	O	S	E	C	O	C	E	E	A	R	R	A	J	J	A	S	O	O	D	D	E	P	T	V
Idea de investigación	x																							
Revisión bibliográfica del problema de investigación	x																							
Construcción de la propuesta de investigación	x																							
Diseño y desarrollo del instrumento de recolección de información								x																
Primera socialización del anteproyecto				x																		x		

Anexo E*Presupuesto*

Rubros	Descripción del rubro	Costos		Financiación		
		Val. Unitario	Total	Interna	Externa (instituciones, empresas)	Total
1. Equipos electrónicos						
1.1. Computador	1	2.000.000	2.000.000	En especie		
1.2. Memoria USB	2	15.000	15.000	X		
1.3. Impresora	2	600.000	600000	En especie		
2. Materiales e insumos de investigación						
2.1. Resma de papel	2	14.000	28.000	X		
2.2. Lapiceros	12	1.200	14.400	X		
2.3. Carpetas	5	2.000	10.000	X		
2.4. CD	2	2.000	4.000	X		
3. Contratación de servicio técnico y de apoyo						
3.1 Estadístico	N/A			X		
4. Gastos de participación en eventos						
4.1 Inscripción a congresos, talleres,	N/A			X		

seminarios						
5. Gastos de publicaciones						
5.1. Impresión de material producto del estudio	Indefinido	50.000	50.000	X		
6. Viáticos salidas de campo						
6.1. Transporte	Moto	50.000	150.000	X		
6.2. Alimentación	Almuerzo	8000	480.000	X		
7. Imprevistos						
7.1. Otros gastos				X		
Total, de los rubros y /o actividades		2.742.000	3.351.000			

Anexo F

Encuesta dirigida a personas con hipertensión

Universidad Mariana
Facultad Ciencias de la Salud
Programa de Enfermería

- Caracterizar sociodemográficamente a los pacientes del estudio.
- Establecer el grado de adherencia al tratamiento farmacológico.
- Explorar la asociación entre los factores sociodemográficos y el grado de adherencia.

Objetivo: Caracterizar sociodemográficamente a los pacientes del estudio.

Instructivo. El cuestionario que usted va a responder tiene una duración de 20 minutos, el cual consta de preguntas de selección múltiple con única respuesta. El participar en el estudio no implica ningún riesgo físico ni psicológico, puesto que la información que usted proporcione será utilizada únicamente para el estudio. No se hará divulgación de nombres ni otra información personal y se mantendrá la confidencialidad.

Características sociodemográficas

1. ¿En qué rango de edad se encuentra?
 - a. 34 a 44 años
 - b. 46 a 55 años
 - c. 56-60 años
 - d. 67-77 años
 - e. Más de 77 años

2. ¿Cuál es su sexo?
 - a. Masculino
 - b. Femenino.

- 3.** ¿Cuál es su estado civil?
 - a. Soltero(a)
 - b. Casado(a)
 - c. Separado(a)
 - d. Unión libre
 - e. Viudo (a)

- 4.** ¿Cuál es su régimen de afiliación en salud?
 - a. Contributivo
 - b. Subsidiado

- 5.** ¿Cuál es su grado de escolaridad?
 - a. Primaria completa
 - b. Primaria incompleta
 - c. Bachillerato completo
 - d. Bachillerato incompleto
 - e. Técnico
 - f. Tecnólogo
 - g. Profesional

- 6.** ¿Usted asiste a controles por su enfermedad?
 - a. Sí
 - b. No

- 7.** ¿Hace cuánto tiempo le diagnosticaron su enfermedad?
 - a. < 1 año
 - b. 1-5años
 - c. 6-10años
 - d. 11-15 años
 - e. 16-20 años
 - f. 21-26 años

II Escala de Adherencia a la Medicación de Morisky (MMAS-8)

Núm.	Preguntas	Opciones de respuesta	
1	¿Se le olvida alguna vez tomar la medicina para su hipertensión arterial?	Sí	No
2	A algunas personas se les pasa tomarse sus medicinas por otras razones y no un simple olvido. Si recuerda las últimas dos semanas, ¿hubo algún día en el que se le olvidó tomar la medicina para su hipertensión arterial?	Sí	No
3	¿Alguna vez ha reducido la dosis o directamente dejado de tomar la medicina sin decírselo a su médico porque se sentía peor al tomarla?	Sí	No
4	Cuando viaja o está fuera del hogar, ¿se le olvida llevar la medicina para su hipertensión arterial alguna vez?	Sí	No
5	¿Tomó la medicina para su hipertensión arterial ayer?	Sí	No
6	Cuando siente que su hipertensión arterial está bajo control, ¿deja a veces de tomar su medicina?	Sí	No
7	Tomar medicamentos cada día puede ser un problema para muchas personas. ¿Se siente alguna vez presionado (a) por seguir el tratamiento médico para su hipertensión arterial?	Sí	No
8	¿Con qué frecuencia tiene dificultades para recordar tomar todas sus medicinas?	Nunca/Casi nunca Rara vez Algunas veces Habitualmente Siempre	

Anexo G

Aval de institución para realización de investigación



RESPUESTA SOLICITUD TRABAJO DE INVESTIGACIÓN UNIMAR

Externo

Recibidos x



Jefatura Calidad Red Medicron IPS <jefaturacalidad@redmedicronips.com.co>

jue, 11 may, 10:27 (hace 2 días)



para mí, Sandra ▾

MG. NATALIA SOFIA GALLEGO

Líder de Investigación

UNIVERSIDAD MARIANA

Respetada colega,

En el marco de nuestro convenio Docencia Servicio interinstitucional y dando respuesta a su solicitud de aprobación de estudio de investigación denominado "FACTORES SOCIODEMOGRÁFICOS Y FALTA DE ADHERENCIA AL TRATAMIENTO DEL PACIENTE CON HIPERTENSIÓN DE UNA IPS DEL SUR OCCIDENTE DE COLOMBIA PASTO 2022-2023", a ser realizado por un grupo de estudiante de pregrado en enfermería.

Comedidamente informo que en nuestro Banco de proyectos de investigación, se cuenta en este momento con un estudio en iguales condiciones y denominación para nuestros usuarios del municipio de Pasto. Estudio liderado por una candidata a maestría en administración en salud de la Universidad Mariana.

Por tanto, una vez revisada su solicitud, formalizo NUESTRO CONCEPTO FAVORABLE, siempre y cuando se tome una población diferente al municipio de Pasto (La Florida, Sandoná, Buesaco, Tangua, Yacuanquer, entre otros) o podría ser con usuarios adscritos a las otras sedes de RED MEDICRON IPS como Túquerres, Ipiales, Buesaco, La Cruz, Tumaco.

Quedamos atentos a su decisión y estamos a su servicio.

Dania Granda Ortega

Jefe de Gestión de Calidad

Líder Proceso Docencia Servicio

RED MEDICRON IPS