

**SOPORTE FAMILIAR Y ADHERENCIA AL TRATAMIENTO ANTIHIPERTENSIVO EN
PERSONAS INSCRITAS EN UN PROGRAMA DE CONTROL DE HIPERTENSIÓN
ARTERIAL. CÓRDOBA, 2021.**



JESÚS DAVID RIVERO DORIA

**UNIVERSIDAD DE CÓRDOBA
FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD
MAESTRÍA EN SALUD PÚBLICA
MONTERÍA – CÓRDOBA
AÑO 2021**

**SOPORTE FAMILIAR Y ADHERENCIA AL TRATAMIENTO ANTIHIPERTENSIVO EN
PERSONAS INSCRITAS EN UN PROGRAMA DE CONTROL DE HIPERTENSIÓN
ARTERIAL. CÓRDOBA, 2021.**

JESÚS DAVID RIVERO DORIA

**Trabajo de investigación para optar al título de
Magister en Salud Pública**

**Directora:
Eugenia Del Pilar Herrera Guerra
Doctora en Enfermería. Profesora de investigación**

**UNIVERSIDAD DE CÓRDOBA
FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD
MAESTRÍA EN SALUD PÚBLICA
MONTERÍA – CÓRDOBA
AÑO 2021**

Nota de aceptación

Firma del presidente del jurado

Firma del jurado

Firma del jurado

Montería 25 de enero de 2022

DEDICATORIA

Esta tesis está dedicada

A Dios

Quien representó la roca fuerte, el sostén y la fortaleza necesaria para culminar la presente investigación, fue luz en el camino, es y seguirá siendo la fuente inagotable de sabiduría y entendimiento en la escritura de cada palabra y en la consecución de cada objetivo propuesto. Tuya es, oh Jehová, la magnificencia y el poder, la gloria, la victoria y el honor; porque todas las cosas que están en los cielos y en la tierra son tuyas. Tuyo, oh Jehová, es el reino, y tú eres excelso sobre todos. 1 Crónicas 29:11

A mi familia

Quienes figuran como fuente de apoyo incondicional, y como sustento emocional en cada etapa de mi vida, han manifestado respaldo y acompañamiento frente a cada meta y objetivo de mi proyecto de vida y por ellos persiste el deseo insaciable de mi superación integral.

A mi esposa

El regalo que el señor me dio, mi compañera de guerra, juntos sometidos al temor de Dios, hemos persistido conforme a la voluntad del padre, ella es mi complemento, la cual fue y seguirá siendo mi mejor aliada en cada etapa y propósito emprendido

AGRADECIMIENTOS

A Dios

Porque en su infinita misericordia y fidelidad fue el facilitador y el proveedor de cada medio a través del cual se desarrollaron las actividades, ha sido el respaldo de cada objetivo y me permitió llegar hasta aquí.

A la Universidad de Córdoba

Mi alma mater que me permite una vez más conseguir un logro de mi proyecto de vida, gracias por permitir parte de mi superación en su seno científico, a través del cual adquirí conocimientos y desarrollé las habilidades necesarias que complementan mi desarrollo integral. Cada aprendizaje ha sido ganancia y cada lección me ha edificado.

A mis docentes y asesores

Quienes fueron el instrumento académico y disciplinario que Dios utilizó como una herramienta para guiar mi proceso de aprendizaje. Gracias, por cada conocimiento proporcionado, por cada elemento y asesoría brindada, las cuales contribuyeron al logro de mis objetivos y a mi crecimiento integral.

A mis auxiliares investigativos

Sin ellos no hubiese sido posible este logro, su empeño y dedicación permitieron la construcción de esta investigación, gracias por permanecer firmes y dispuestos a contribuir a mis objetivos

CONTENIDO

	pág.
1. INTRODUCCIÓN	15
2. OBJETIVOS.....	18
2.1. GENERAL	18
2.2. ESPECÍFICOS	18
3. MARCO REFERENCIAL.....	19
3.1. MARCO HISTÓRICO Y ANTECEDENTES HISTÓRICO LEGALES	20
3.1.1. ANTECEDENTES HISTÓRICOS	20
3.2. MARCO TEÓRICO	29
3.2.1. TEORÍA SALUTOGÉNICA	30
3.2.2. CONCEPTOS CENTRALES DE LA TEORÍA SALUTOGÉNICA.....	30
3.2.3. LA TEORÍA SALUTOGÉNICA Y LA SALUD PÚBLICA	31
3.2.4. LA TEORÍA SALUTOGÉNICA E HIPERTENSIÓN ARTERIAL	32
3.3. MARCO CONCEPTUAL.....	33
3.3.1. SALUD	33
3.3.2. ENFERMEDADES CRÓNICAS NO TRASMISIBLES	34
3.3.3. HIPERTENSIÓN ARTERIAL	35
3.3.4. FISIOLÓGÍA DE LA HIPERTENSIÓN ARTERIAL	35
3.3.5. DIAGNÓSTICO.....	36
3.3.6. TRATAMIENTO DE LA HIPERTENSIÓN ARTERIAL.....	38
3.3.7. ADHERENCIA TERAPÉUTICA EN LA HIPERTENSIÓN ARTERIAL.....	39
3.3.8. SOPORTE FAMILIAR	40
3.3.9. SOPORTE FAMILIAR Y ADHERENCIA TERAPÉUTICA	41
3.4. MARCO LEGAL.....	42
3.5. MARCO CONTEXTUAL	46
3.6. MARCO DE ANTECEDENTES INVESTIGATIVOS	47
4. METODOLOGÍA	50
4.1. TIPO DE ESTUDIO.....	50
4.2. UNIDAD DE ANÁLISIS	50
4.3. SUJETO DE ESTUDIO.....	50
4.4. POBLACIÓN	51

4.5. ESCENARIO DE ESTUDIO	51
4.6. MUESTRA.....	51
4.6.1. CÁLCULO DE LA MUESTRAL	51
4.6.2. TIPO DE MUESTREO	52
4.7. CRITERIOS DE INCLUSIÓN	52
4.8. CRITERIOS DE EXCLUSIÓN.....	52
4.9. MATERIALES Y MÉTODOS.....	52
4.9.1. INSTRUMENTOS	52
4.9.2. PROCEDIMIENTO PARA LA RECOLECCIÓN DE LA INFORMACIÓN.....	54
4.10. ANALISIS ESTADÍSTICOS.....	56
4.11. PRESENTACIÓN DE LA INFORMACIÓN	57
4.12. ASPECTOS ÉTICOS	57
4.12.1. PRINCIPIOS ÉTICOS	58
4.12.2. ASPECTOS DE PROPIEDAD INTELECTUAL Y DERECHOS DE AUTOR.	59
4.13. ESTRATEGIA DE SOCIALIZACIÓN DE LOS HALLAZGOS.....	59
5. ANALÍSIS DE LOS RESULTADOS	60
5.1. CARACTERÍSTICAS SOCIODEMOGRÁFICAS Y CLÍNICAS DE LA MUESTRA	60
5.1.1. CARACTERÍSTICAS SOCIODEMOGRÁFICAS	60
5.1.2. CARACTERÍSTICAS CLÍNICAS: VARIABLES CONDUCTUALES.	61
5.1.3. CARACTERÍSTICAS CLÍNICAS: VARIABLES DE RIESGO CARDIOVASCULAR Y DE ENFERMEDAD RENAL.....	64
5.1.4. CARACTERÍSTICAS CLÍNICAS: ANTECEDENTES CARDIOVASCULARES.....	67
5.1.5. CARACTERÍSTICAS CLÍNICAS: TRATAMIENTO FARMACOLÓGICO	67
5.2. NIVEL DE ADHERENCIA AL TRATAMIENTO ANTIHIPERTENSIVO EN LA MUESTRA DE ESTUDIO.....	69
5.3. NIVEL DE SOPORTE FAMILIAR PERCIBIDO EN LA MUESTRA DE ESTUDIO.	74
5.4. RELACIÓN DEL SOPORTE FAMILIAR Y LA ADHERENCIA AL TRATAMIENTO ANTIHIPERTENSIVO.....	76
6. DISCUSIÓN	78
7. CONCLUSIONES	84
8. RECOMENDACIONES.....	86
BIBLIOGRAFÍA.....	89

ANEXOS.....112

LISTA DE TABLAS

pág.

Tabla 1. Clasificación de la presión arterial.	37
Tabla 2. Criterios de hipertensión arterial basadas en la consulta, en el monitoreo ambulatorio de la presión arterial (MAPA) y en la automedicación de la presión arterial domiciliaria (AMPA).....	38
Tabla 3. Alfa de Cronbach y Omega.....	56
Tabla 4. Edad agrupada por de curso de vida	60
Tabla 5. Características sociodemográficas de la muestra (n=300)	61
Tabla 6. Estadísticos de tendencia central y dispersión del número de cigarrillos que consumen en la muestra de estudio (n=76).....	62
Tabla 7. Estadísticos de tendencia central y dispersión del número de años consumiendo cigarrillos en la muestra de estudio (n=76).....	62
Tabla 8. Estadísticos de tendencia central y dispersión del Índice paquete año (IPA) en la muestra de estudio (n=76)	62
Tabla 9. Características clínicas: variables conductuales (n=300)	63
Tabla 10. Características clínicas: perfil lípido en la muestra de estudio (n=300)	64
Tabla 11. Características clínicas: antecedentes cardiovasculares en la muestra de estudio (n=300).....	67
Tabla 12. Características clínicas: tratamiento farmacológico en la muestra de estudio (n=300).....	68
Tabla 13. Características clínicas: tratamiento farmacológico combinado en la muestra de estudio (n=300).....	68
Tabla 14. Nivel de adherencia al tratamiento antihipertensivo en la muestra de estudio (n=300).....	69
Tabla 15. Frecuencia por ítems del TAPQH: dimensión medicación	70
Tabla 16. Frecuencia por ítems del TAPQH: dimensión dieta	71
Tabla 17. Frecuencia por ítems del TAPQH: dimensión control de estimulantes	72
Tabla 18. Frecuencia por ítems del TAPQH: dimensión actividad física.....	73
Tabla 19. Frecuencia por ítems del TAPQH: dimensión control del peso	73
Tabla 20. Frecuencia por ítems del TAPQH: dimensión manejo del estrés	74
Tabla 21. Nivel de soporte familiar percibido en la muestra de estudio (n=300)...	74
Tabla 22. Soporte familiar percibido por dimensión	75

LISTA DE FIGURAS

	pág.
Figura 1. Las cinco dimensiones de la adherencia terapéutica	39
Figura 2. Características clínicas: índice de masa corporal en la muestra de estudio (n=300)	65
Figura 3. Características clínicas: estadio de enfermedad renal crónica en la muestra de estudio (n=300)	66
Figura 4. Relación entre el apoyo social y la adherencia al tratamiento	77

GLOSARIO

Adherencia terapéutica: grado de comportamiento de una persona para tomar el medicamento, seguir un régimen alimentario y ejecutar cambios del modo de vida, corresponde con las recomendaciones acordadas de un prestador de asistencia sanitaria.

Análisis de Situación en Salud: considerado como el insumo básico para la toma de decisiones en el sector salud, recoge una serie de procesos sistemáticos y analíticos que permiten caracterizar, medir y explicar el proceso salud enfermedad del individuo, las familias y las comunidades.

Apoyo familiar: la presencia de la unidad familiar durante el proceso de enfermedad, discapacidad y asistencia de uno de sus miembros.

Determinantes de salud: son propiedades basadas en el estilo de vida afectadas por amplias fuerzas sociales, económicas y políticas que influyen la calidad de la salud personal. Estos atributos incluyen, pero no se limitan a la enseñanza, el empleo el nivel de ingresos y la distribución, la vivienda, el desarrollo infantil, la seguridad alimentaria y la nutrición, la raza, el género y el estrés. Se ha demostrado que dichos factores tienen asociaciones marcadas con los riesgos para diferentes enfermedades, la esperanza de vida y la morbilidad de por vida (OMS).

Enfermedad Crónica no Trasmisible: se refiere a un grupo de enfermedades que no son causadas principalmente por una infección aguda, dan como resultado consecuencias para la salud a largo plazo y con frecuencia crean una necesidad de tratamiento y cuidados a largo plazo.

Hipertensión Arterial: es una enfermedad caracterizada por el aumento de la presión arterial al interior de los vasos sanguíneos.

Ministerio de Salud y Protección Social: es uno de los dieciséis ministerios del poder ejecutivo de Colombia Es un ente regulador que determina normas y directrices en materia de temas de salud pública, asistencia social, población en riesgo y pobreza.

Organización Mundial de la Salud: es el organismo de la Organización de las Naciones Unidas especializado en gestionar políticas de prevención, promoción e intervención a nivel mundial.

Organización Panamericana de la Salud: es la organización internacional especializada en salud pública de las Américas.

Política de Atención Integral en Salud: define el norte para la transformación operativa de la organización y prestación de los servicios de salud en Colombia, coordinada a la salud pública e integral en su componente individual.

Ruta Cardiovascular y Metabólica: comprende el conjunto de lineamientos técnicos y operativos que permitan orientar a los diferentes miembros de la Red de Atención (IPS, EPS, Entidad Territorial) sobre las responsabilidades en los procesos de asistencia sanitaria integral de los pacientes con Hipertensión Arterial y Diabetes.

Salud Pública: la salud pública está constituida por un conjunto de políticas que busca garantizar de manera integrada, la salud de la población por medio de acciones dirigidas tanto de manera individual como colectiva ya que sus resultados se constituyen en indicadores de las condiciones de vida, bienestar y desarrollo. Dichas acciones se realizarán bajo la rectoría del Estado y deberán promover la participación responsable de todos los sectores de la comunidad.

Salutogénesis: ciencia del desarrollo de la salud centrada en los factores que fomentan la salud humana, en contraste con los factores que causan las enfermedades. El modelo de la salutogénesis se basa en la relación entre la salud, el estrés y la propia capacidad de gestionar la vida.

TAPQH: instrumento que mide el grado de adherencia terapéutica del paciente con hipertensión arterial a través de la evaluación de diferentes dimensiones propias del individuo y su enfermedad.

RESUMEN

Las enfermedades crónicas no transmisibles (ECNT) son la primera causa de morbimortalidad a nivel global, regional y local; siendo la HTA la de mayor prevalencia dentro de las mismas. Considerando que la adherencia terapéutica es el principal elemento para la prevención de las complicaciones, se considera importante establecer el grado de relación de la misma con el apoyo familiar.

Objetivo. Determinar la relación entre el soporte familiar y la adherencia al tratamiento antihipertensivo en personas inscritas en un programa de control de HTA de una ESE del departamento de Córdoba. **Metodología.** Estudio descriptivo, transversal correlacional, el cual empleo el método de la encuesta estructurada y validada. **Resultados.** En el análisis multivariado se encontró que la edad, la escolaridad y el nivel socioeconómico influyen sobre la adherencia terapéutica de la HTA; del total de la muestra el 67,7% de los pacientes son adherentes y un 32,3% no tienen adherencia a su tratamiento. El 67,7% poseen un alto grado de apoyo familiar. Los resultados muestran, que la correlación de Spearman entre el apoyo familiar y la adherencia al tratamiento es de 0,416. **Conclusiones.** La adherencia terapéutica es un fenómeno multifactorial en el cual interviene el personal sanitario, la familia, el contexto social, y el paciente mismo. Factores como la edad, el estrato socioeconómico y el nivel de escolaridad, inciden de forma directa en la adherencia terapéutica del paciente. La adherencia terapéutica guarda estrecha relación con el soporte familiar recibido.

Palabras Claves: adherencia terapéutica, apoyo familiar, hipertensión arterial.

ABSTRACT

Chronic non-communicable diseases (CNCD) are the leading cause of morbidity and mortality at the global, regional and local levels; AHT being the most prevalent within them. Considering that therapeutic adherence is the main element for the prevention of complications, it's considered important to establish the degree of relationship between it and family support. **Objective.** Determine the relationship between family support and adherence to antihypertensive treatment in people enrolled in a AHT control program of an ESE in the department of Córdoba. **Methodology.** It's a descriptive, cross-correlational study, which used the structured and validated survey method. **Results.** In the multivariate analysis, it was found that age, schooling and socioeconomic level influence therapeutic adherence for hypertension; Of the total sample, 67.7% of the patients are adherent and 32.3% do not adhere to their treatment. 67.7% have a high degree of family support. The results show that Spearman's correlation between family support and adherence to treatment is 0.416. **Conclusions.** Therapeutic adherence is a multifactorial phenomenon in which the health personnel, the family, the social context, and the patient himself intervene. Factors such as age, socioeconomic status and level of schooling directly affect the patient's therapeutic adherence. Therapeutic adherence is closely related to the family support received.

Keywords: therapeutic adherence, family support, arterial hypertension.

1. INTRODUCCIÓN

Las enfermedades crónicas no transmisibles (ECNT) y su incidencia como factor de riesgo para la presencia de eventos cardiovasculares a nivel mundial, ha hecho de estas la primera causa de muerte y uno de los principales problemas de salud pública para países desarrollados y en desarrollo, [1]. Aportan de manera permanente un aumento en los indicadores de morbilidad y mortalidad a nivel global, regional y local y son consideradas la base del desarrollo de procesos debilitantes en la salud de la población, demandando la activación de métodos de rehabilitación y paliación [2]. De acuerdo con la Organización Mundial de la Salud (OMS) para el año 2018 las ECNT fueron la causa de 41 millones de muerte en todo el mundo, el equivalente al 71% de toda la estadística global; de estas, las enfermedades de origen cardiovascular constituyeron la primera causa de muerte con 17,9 millones anuales [3]. Estas patologías crónicas, a su vez, mantienen estrecha relación con el aumento progresivo y sin límites de factores de riesgo debilitantes para la población en general [4].

La hipertensión arterial (HTA) es una de las ECNT que en la mayoría de los países Latinoamericanos tiene una mortalidad cardiovascular que representa entre 13% y 43.5% de las estadísticas globales, siendo la primera causa de muerte en la mayoría de ellos. La prevalencia de HTA reportada en los países de Latinoamérica es variable, pero la mayoría se encuentra en 583,5 por 100.000 habitantes para la población adulta; esta prevalencia se incrementa con la edad [5]. De acuerdo con cifras de la Cuenta de Alto Costo, tomando como referencia la población afiliada al Sistema General de Seguridad Social en Salud, reportes de la Base de Datos Única de Afiliados, el Análisis de Situación en Salud ASIS, precursoras y estadísticas de prevalencia de ECNT en Colombia, la prevalencia de la HTA para el año 2019 fue del 24%, cifra que puede variar si se toma como referencia estudios poblacionales en específico a nivel del territorio nacional [5]. En este mismo sentido, en Colombia se considera como una de las primeras causas de consulta externa, además de ser la fuente del desarrollo de cardiopatías severas y accidentes cerebro vasculares de comportamiento letal [6,7].

En el Departamento de Córdoba según las cifras encontradas en el Análisis de Situación en Salud Departamental ASIS, la prevalencia general de HTA para el año 2019 fue de 6,18%, este valor corresponde en la misma proporción al comportamiento de la enfermedad en la gran mayoría de sus municipios como uno de los principales motivos de consulta externa, además de estar en las primeras causas de morbimortalidad territorial [8]. El comportamiento epidemiológico de la HTA muestra un aumento significativo a nivel mundial, regional, nacional y departamental; se evidencia que su incidencia y prevalencia cada vez es mayor en países en vía de desarrollo con patrones económicos y sistemas de salud primarios deficientes. El patrón irregular de este aumento se debe en gran medida

a la poca efectividad de las políticas de atención en salud desde el nivel primario en el abordaje integral de la población en riesgo y con HTA [9]. Además, la evidencia ha demostrado algunos otros factores relacionados con la baja adherencia terapéutica en los pacientes con HTA, en los que se incluyen la inadecuada comprensión del proceso de la enfermedad, la falta de habilidades y la baja motivación [10,11]. Todos estos elementos llevan a evaluar la adherencia desde perspectivas complejas y multisistémicas [12,13].

Se calcula que las proporciones de adherencia terapéutica en pacientes con ECNT se mantienen alrededor del 50% [11], desde la práctica clínica se estiman valores de cumplimiento, entre el 20 y 59% [14,15], en los pacientes con tratamientos farmacológicos antihipertensivos, se ha encontrado que el 31% y el 52% tienen una baja adherencia terapéutica [16]. Asimismo, varias investigaciones plantean que uno de cada dos pacientes con HTA abandona su tratamiento farmacológico durante el primer año [17,18] reflejado en el inadecuado manejo y control de las cifras tensionales. La adherencia terapéutica en la HTA es la base del éxito del tratamiento del paciente con HTA y del logro de los objetivos establecidos en su régimen de cuidado [19-25], su importancia radica en establecer un patrón de conducta permanente dirigida al equilibrio de las cifras tensionales, la reducción de complicaciones secundarias y el mejoramiento de la calidad de vida bajo el principio de integralidad [26,27]; de esta manera, el mantenimiento del estado de salud del paciente hipertenso requiere la modificación de factores biológicos, sociales, familiares, emocionales y de atención en salud a fin de reducir el impacto multisistémico en los determinantes sociales de la salud [4].

La relevancia del problema en el contexto del municipio de Cereté radica especialmente en que la HTA constituye una de las principales causas de morbilidad en la población con un porcentaje del 15% para el año 2019 [28], un 0,8% de los egresos hospitalarios asociados a un evento cardiovascular se relacionan con la baja adherencia de los pacientes con HTA, un 11, 8% de mortalidad para el mismo año representado por las enfermedades isquémicas del corazón, seguida de las enfermedades cerebrovasculares con el 9,2% y las antihipertensivas con un 5,3% [29]. Asimismo, según los informes del Plan de desarrollo municipal 2016 – 2019 del municipio de Cereté, “la tasa de morbilidad general en las patologías crónicas como la HTA supera el 6% y genera una mortalidad de 1 por mil habitantes al año”. Además, este informe, considera inefectivos los programas de promoción y prevención de la salud para la población con patologías crónicas, los cuales son considerados trascendentales en la disminución de la carga de la enfermedad municipal producto de las alteraciones secundarias de patologías como la HTA [30].

En consideración a lo anterior, el desarrollo de estrategias en función de mejorar el indicador de adherencia terapéutica en la HTA es fundamental [31-34]; el apoyo familiar es considerado uno de los recursos principales en el fortalecimiento del estado de salud del paciente hipertenso [22,35,36], su acción, contribuirá no solo al desarrollo de actitudes positivas y de afrontamiento en el manejo de la patología, sino que además favorecerá a través de la comunicación la consolidación del vínculo afectivo y de ayuda en momentos de crisis, facilitando empoderamiento en las acciones de autocuidado y reforzando hábitos saludables como la dieta, ejercicio físico y adecuado consumo de los medicamentos antihipertensivos [21,37-41].

La presente investigación, busca desde la utilidad que ofrecerá sus resultados en el contexto de la salud pública, el diseño y mejoramiento de los procesos de atención de la población con HTA bajo un enfoque integral y multidisciplinario de gestión de riesgos, con el fin, de proporcionar información que contribuyan a generar impacto en los indicadores de morbilidad, mortalidad y calidad de vida de los colectivos con HTA. Se espera que la evaluación de los resultados obtenidos proporcione a los profesionales del área de la salud elementos teóricos y prácticos que garanticen el mejoramiento del abordaje integral de los pacientes con HTA, en función de las actividades contempladas en las rutas de atención integral con enfoque de atención primaria en salud; con el propósito de mejorar el estado de salud y bienestar de los mismos y del contexto social y familiar al cual hacen parte, además de fortalecer la relación médico-paciente, enfermera (o)-paciente y familia-paciente.

Esta investigación responde al marco de investigación de la Universidad de Córdoba en la Facultad de Ciencias de la Salud desde la línea de investigación, la Salud en el contexto Social, la cual enmarca en términos específicos a las Enfermedades Crónicas No transmisibles ECNT y dentro de ellas a la HTA. En este sentido, se busca generar nuevos conocimientos a partir del existente desde una perspectiva innovadora en el campo de la salud pública reflejado en los procesos de atención de recuperación de la salud en el nivel primario y complementario donde se atienden la población con HTA. Asimismo, favorecer el origen de futuras investigaciones afines a la temática de estudio.

A partir de lo anteriormente expuesto se plantea la siguiente pregunta de investigación ¿Cuál es el grado de relación entre soporte familiar percibido y la adherencia al tratamiento antihipertensivo en personas inscritas en un programa de control de HTA de una Empresa Social del Estado (ESE) del departamento de Córdoba?

2. OBJETIVOS

2.1 GENERAL

Determinar la relación entre el soporte familiar y la adherencia al tratamiento antihipertensivo en personas inscritas en un programa de control de HTA de una ESE del departamento de Córdoba.

2.2 ESPECÍFICOS

- Describir las características sociodemográficas y clínicas de la muestra de estudio.
- Establecer el nivel de adherencia al tratamiento antihipertensivo en las personas con HTA sujetos de estudio, en términos de adherencia farmacológica y no farmacológica (estilo de vida) esenciales para el control de la HTA.
- Establecer el nivel de soporte familiar percibido en los sujetos de estudio, como recurso que utilizan las personas para el manejo de HTA.
- Estimar la relación entre el soporte familiar y la adherencia al tratamiento antihipertensivo en personas con HTA.

3. MARCO REFERENCIAL

En este capítulo se presentan las bases teóricas que soportan el estudio, el contexto histórico de la temática de investigación, los principales conceptos afines al tema de estudio, el marco teórico que guía la investigación, el soporte legal y los antecedentes investigativos del fenómeno estudio soportado en la evidencia empírica.

En la primera parte, se desarrolla el marco histórico el cual hace referencia a la descripción histórica y evolutiva de la HTA y de la adherencia al tratamiento antihipertensivo desde las perspectivas de la fisiología arterial en la antigua Grecia, los paradigmas del sistema cardiovascular en el Renacimiento, hasta los exitosos descubrimientos conceptuales de la hemodinámica y funcionalidad cardíaca en las áreas médicas del mundo clásico, los cuales construyeron el soporte científico primario para el desarrollo de los avances del mundo contemporáneo en torno al manejo de las ECNT.

Dando continuidad al marco de antecedentes histórico legales, se presentan los diferentes acuerdos, leyes y estatutos a nivel internacional que han dado garantía y soporte legal a las políticas actuales en las guías de manejo integral del paciente hipertenso.

En la segunda parte se presenta el marco conceptual donde se definen los principales conceptos de la presente investigación. Seguidamente, en la tercera parte se desarrolla el marco teórico, tomando como referencia la teoría Salutogénica de Aarón Antonovsky, la cual plantea la importancia del mantenimiento de la salud y la promoción de los recursos útiles y disponibles a los individuos, para que intervengan y cooperaren con su propia vida con actitudes que promuevan la salud. En este sentido, las personas deben desarrollar acciones de salud destinadas a promocionar los estilos de vida saludables, y potenciar la calidad de vida, en particular los hábitos, los cuales son fundamentales en el tratamiento farmacológico y no farmacológico de la HTA.

En el marco legal se incluye la normatividad vigente en Colombia referente al Sistema General de Seguridad Social en Salud que provee soporte legal y constitucional en el desarrollo de las políticas públicas en torno al manejo de las personas con HTA. Finalmente, se presenta en el marco de antecedentes investigativos realizado a partir de la revisión de la evidencia empírica respaldada por diferentes estudios relacionados directamente con el fenómeno de adherencia al tratamiento en HTA a nivel internacional y nacional.

3.1 MARCO HISTÓRICO Y ANTECEDENTES HISTÓRICO LEGALES

3.1.1 Antecedentes históricos. La historia del estudio de la HTA se remonta bajo las primeras consideraciones y premisas en torno al concepto de la presión arterial, alejada de la definición del corazón como el órgano regulador de las emociones a ser el encargado de ejercer función de bomba impelente de los fluidos sanguíneos a nivel sistémico [19]. De esta manera, el concepto de “presión arterial” se aleja del pensamiento antiguo místico y abstracto, y pasó a ser considerado una variable cuantificada como la respiración, la temperatura o la presión atmosférica [42].

En la antigua Grecia se consideraban las arterias como contenedores de aire, como lo indica su nombre *aerterien*, de los términos *aer*, aire y *terein*, contener. Las afirmaciones de estas conclusiones se dieron a partir de diseccionar los cadáveres, cuando las encontraban vacías; Aristóteles (384-322 a. de C.), por ejemplo, enseñó que la sangre tenía su origen en el corazón y nutría el organismo [42].

Varios siglos después, Galeno (129-199 d. de C) médico romano, demostró a través del análisis experimental que las arterias transportaban la sangre, además de poseer pulsaciones continuas; utilizando una pluma. En este sentido, el desarrollo de una teoría cardiovascular comenzaba a tomar forma y fue impulsada por más de mil años, en la que se expone el gran error de que la sangre como fluido corporal se comunica por “poros” indetectables en los ventrículos de la ya llamada bomba cardíaca (Corazón) [43]. Para el siglo XVIII, en el marco del desarrollo de la medicina árabe, *Ibn an Nanfis* describe la circulación pulmonar negando el concepto de la comunicación entre los dos ventrículos [42].

El estudio de la enfermedad del corazón o el “mal de pecho” como era llamado, acentuaba las bases conceptuales de las enfermedades de origen cardiovascular no estudiadas a profundidad debido a las grandes limitaciones dogmáticas y religiosas del contexto, las cuales consideraban como acción nefasta el estudio praxiológico de la fisiología del cuerpo humano a través de métodos experimentales y exploratorios de las estructuras internas con cadáveres [42]. En este sentido, en respuesta a la necesidad de estas enfermedades, las hipótesis médicas de la época relacionaban las afectaciones físicas y mentales con teorías ligadas al temperamento de los seres humanos.

Es así, como se explica la hemodinámica del sistema circulatorio a través del “temperamento sanguíneo” el cual se caracterizaba por una complexión fuerte, musculosa y de tez de color rojo intenso que indicaba abundante sangre. La comprensión del sistema cardiovascular progresó sustancialmente durante el renacimiento, gracias a los estudios de numerosos eruditos, artistas e investigadores entre los cuales es inevitable mencionar a Leonardo da Vinci, Andrea Vesalio y Marcello Malpighio [42].

El belga, Vesalio (1514-1564) profesor de anatomía en Lovaina, médico de Carlos I y Felipe II de España, influenciado por las ideas árabes, desarrolló un tratado anatómico denominado "*de humani corporis fabrica*", en el que destaca la funcionalidad del corazón y el sistema cardiovascular y corrige varios preceptos galénicos a través de la aplicación del método científico utilizando como recurso directo la observación de especímenes [42].

El abogado y teólogo español, Servet (1514 – 1564) discípulo de Vesalio, en las publicaciones de su libro de teología, consideró la comunicación interventricular no se establece a través del septo interventricular, sino que esta se realiza a través de un "camino maravilloso" que facilita la circulación pulmonar y oxigenación de la sangre a través de los movimientos de contracción y dilatación (sístole y diástole respectivamente) [43].

Tiempo después, Malpighio (1628-1694) en su primera obra titulada "*de pulmonibus observationes anatomicae*", publicada bajo los auspicios del papa Inocencio XII, de quien era médico personal, realiza una completa descripción de los alvéolos pulmonares y la microcirculación del pulmón. Posterior a esto, Miguel Servet (1511-1553) descubre, describe y publica la circulación mayor de la sangre en su libro "*exercitatio anatómica de motu cordis et sanguinis in animalibus*" (1628) y afirma que las arterias "se distienden como los odres de vino" [42].

En este mismo orden, el desarrollo teórico de las enfermedades de origen cardiovascular en el contexto médico histórico es lento y con grandes limitaciones e imposiciones en la práctica experimental, la cual era solo otorgada bajo el auspicio de la clase dominante de la época, lo cual condujo a un gran número de muertes y decesos sin causa aparente en la población adulta y longeva con hábitos y estilos de vida inadecuados, caracterizados por el consumo en exceso de alcohol en el ocio, el sedentarismo y el consumo de tabaco [44].

Años después, Bichat (1771-1802) desarrolla grandes avances en la fisiología humana, es considerado el fundador de la histología y la anatomía patológica, en el siglo XIX conceptualiza el mecanismo de la contracción cardíaca, la hemodinámica y la inervación vasomotora. Los anteriores avances estuvieron apoyados en los tratados publicados por Bright (1789-1858) sobre las enfermedades del riñón en el conocimiento de la HTA y de Bernard (1813- 1878) en la fisiología, que llevarían la investigación científica y los estudios en el laboratorio a planos cada vez más elevados [42].

El reconocimiento y medida de la presión arterial es atributo de Hales (1677 – 1761) a través de diferentes experimentos realizados en la arteria crural de caballos, además reveló la forma de calcular el gasto cardíaco, así como la velocidad y el flujo de sangre en los vasos sanguíneos. Años después, el científico Von Vierordt (1818 – 1884) desarrolla el primer modelo del esfigmomanómetro, el cual permitía realizar la medida de la presión arterial por fuera del lumen de los

vasos sanguíneos, es decir plateo la idea de la utilización de métodos no invasivos en el cálculo de este signo vital [44].

Marey (1830 – 1904) a través de la creación de un ingenioso aparato que usaba los principios del tambor o cilindro, denominado esfigmomanómetro de Marey registró el cálculo del pulso y la presión arterial sistólica. En la década de los 60 y 70 Trabue (1818 – 1856) basándose en los métodos de cálculo de Marey describe la relación existente entre el corazón y el riñón, aportes de gran importancia para el análisis de la fisiología cardiovascular de la época [44].

En aquel momento la HTA como patología cardiovascular fue comprendida como una enfermedad de origen primario, es decir era el resultado de una patología que generalmente fue atribuida a las de causa renal con vigencia hasta la década de los 30 del siglo XX. En 1989, Tiersted y Bergman dan respuesta enzimática y hormonal a la fisiología arterial del riñón y su relación con la hipertensión arterial [44].

La revolución industrial acompañada de los grandes avances científico facilitó el desarrollo paulatino del esfigmomanómetro y válvulas de medición de la presión arterial, que se fue perfeccionando con los diferentes métodos de exploración del examen físico como la auscultación; ya en ese momento, se tenía definido a través de la fisiología cardiovascular la existencia de la presión arterial sistólica y diastólica [44].

El desarrollo de estos elementos facilitó identificar que el aumento de la presión arterial no solo se debía a procesos fisiológicos, sino que además al temor del paciente durante la valoración médica, asociándolo a la hipertensión de “bata blanca”, la cual estuvo respaldada por numerosos estudios de medición y seguimiento realizados por Mancina (1983 – 1987) [44].

Una vez se descubre la forma de medición y el posterior diagnóstico de la HTA como problema cardiovascular, el tratamiento del mismo se consideró un problema real que debía de definirse; a mediados del siglo XX la base del tratamiento eran las dietas sin sodio, basados en el soporte científico de esta molécula para causar rigidez en las paredes de las arterias, aumentar la resistencia y elevar las cifras de presión arterial. Sin embargo, la adherencia a esta medida fue considerada poco eficiente; en ese momento gran parte de la población ya identificada como hipertensa sin acceso a un adecuado tratamiento, fallecía por numerosos problemas de origen cardiovascular y metabólico [44].

A mediados del siglo XX, aparece la Reserpina como el primer medicamento probado con éxito en el mundo occidental, este sustrato era utilizado como sedante en el siglo VIII a. C, la cual fue ensayada por diferentes países encontrando que su acción disminuía las cifras de presión arterial. Paulatinamente aparecieron los primeros diuréticos con la propiedad de disminuir el volumen

circulante de sangre y posterior disminución de la presión arterial, estas terapias se usaron en conjunto con las dietas bajas en sodio para dar mayor garantía a la adherencia de la terapia [44].

Años después, debido a los avances científicos y al aumento en la oferta de servicios, diferentes comisiones investigadoras desarrollaron los antihipertensivos tipo betabloqueadores adrenérgicos, los bloqueadores de calcio, los inhibidores de la enzima convertidora de angiotensina, los bloqueadores de la angiotensina II y más recientemente los primeros bloqueadores de la renina [42]. En estos grandes avances de la ciencia, las enfermedades de origen cardiovascular entre ellas la hipertensión arterial se manejaron con gran éxito en las instituciones hospitalarias de varios países [44].

La adherencia terapéutica del paciente hipertenso se empezó a establecer en planes de terapia respaldados por la OMS para contrarrestar el problema real de estas patologías, con la posterior incursión de políticas públicas y guías de práctica clínica basadas en la evidencia que posibilitaron a los sistemas de salud tener mayor control en el manejo de estas patologías [43,44].

3.1.2 Antecedentes históricos legales. A nivel internacional se han establecido diferentes políticas y estatutos que promueven la garantía al derecho en salud y las estrategias fundamentales del goce efectivo del bienestar y calidad de vida en las diferentes poblaciones y culturas del margen global y regional. Los siguientes estatutos y acuerdos legales en el margen internacional, corresponden a hitos y políticas de consenso mundial para el trabajo articulado en la promoción de la salud y la prevención de la enfermedad de origen cardiovascular como la HTA, en el marco estratégico de las actividades del nivel primario y complementario en salud.

Par el año 1978, en la Declaración de Alma Ata, se establece el lema “Salud para todos en el año 2000”, el objetivo fundamental era buscar el eje de orientación para la creación de condiciones que promuevan la salud como un derecho básico universal en el contexto del desarrollo político, económico y social de los países a través de la ejecución de las estrategias de Atención Primaria en Salud APS en la disminución de la carga de la enfermedad por patologías prevenibles [45].

Más adelante, en 1986 se realiza la Primera Conferencia Internacional de promoción de la salud en Ottawa, Canadá, denominada “Iniciativa en pro de una nueva acción de salud pública” la cual se consolidó en la Carta de Ottawa, claramente la iniciativa estuvo apoyada por el objetivo central de Alma Ata en torno a la promulgación y ejecución de acciones de atención primaria en salud desde una nueva concepción de salud pública, desde el concepto de promoción de la salud basado en el autocuidado y la acción intersectorial en salud [46].

Con la Carta de Ottawa se direccionan los conceptos de promoción de la salud, resaltando el papel fundamental de la acción intersectorial de las regiones y no solo del personal sanitario responsable de la atención en salud; además de considerar trascendental el desarrollo de políticas públicas sanas, la creación de ambientes saludables, la reorientación de los servicios de salud, compromiso político y administrativo de quien promueve la salud, el reforzamiento de mejores aptitudes personales en las poblaciones, además de la creación de ambientes saludables [46].

En la ciudad de Adelaida, Australia en 1988 se celebró la Segunda Conferencia Internacional de promoción de la salud, con el lema “Políticas públicas favorables a la salud”, dicha reunión declaró la importancia de la construcción de políticas públicas saludables por todos los sectores en función de la disminución de las inequidades y desigualdades para el acceso a bienes, servicios y atención en salud; dichas estrategias deberían de actuar sobre los determinantes en salud a través de cuatro áreas claves para una acción inmediata en salud pública; apoyar la salud de la mujer; mejoramiento de la seguridad alimentaria de la población; reducción del consumo del tabaco y del alcohol, y la creación de ambientes saludables para la salud [47]. La conferencia culmina con las “Recomendaciones de Adelaida sobre políticas públicas favorables a la Salud”.

Al comprender la dimensión técnica y operativa de los determinantes sociales en salud sobre las poblaciones y comunidades, la prevención de la enfermedad toma un rol fundamental en la disminución de la carga de la enfermedad y por consiguiente en la mejora de la calidad de vida a través de la modificación de los hábitos y estilos de vida inadecuados. En este sentido, gran parte del problema real se encontraba asociado al aumento significativo de las ECNT y la baja promoción de las conductas saludables en salud como la alimentación, actividad física, consumo de alcohol y tabaco además de factores de origen psicosocial [47].

En 1990, se realiza la publicación del informe N° 797 denominado “Dieta, nutrición y prevención de enfermedades crónicas”, dicho reporte indicaba que el gran número de las ECNT se vinculaban estrechamente con los factores y hábitos de vida poco saludables, en los que se encuentra la alimentación y la baja actividad física. El informe incluyó varias de estas patologías, en las que se encuentra la hipertensión arterial, cardiopatía coronaria, accidentes cerebrovasculares, cáncer, la diabetes y la osteoporosis [48].

Asimismo, la Conferencia Internacional sobre Nutrición [CIN], auspiciada y organizada por la Organización de las Naciones Unidas para la Agricultura y la Alimentación [FAO] y la OMS en el año 1992, determinó la importancia de la promoción de hábitos dietarios apropiados y eficientes a través de modos de vida sanos en la prevención y control del aumento significativo de las ECNT como problema real de salud pública [49].

En 1991, en Sundsvall, Suecia, se realiza la tercera Conferencia Internacional de Promoción de la salud la cual llevó por nombre; “Podemos hacerlo”, en ella se enfatizó la necesidad de la promoción de la vida saludable y la creación de ambientes saludables para la salud, dicha conferencia consigné sus premisas en la Declaración de Sundsvall [50].

Para 1992, se realiza la conferencia internacional de promoción de la salud en la ciudad de Santa Fe de Bogotá, Colombia, en la cual se adopta la Declaración de Promoción de la salud en América Latina, la cual buscaba crear condiciones que garanticen el bienestar general como un propósito fundamental del desarrollo bajo los principios de equidad y solidaridad, además de señalar la importancia de la intervención política en la modificación de las condiciones sociales que fortalecen las marginalidad, la desigualdad, la violencia y el daño ambiental [51].

Asimismo, en Francia, en el año 1994 a través del Seminario Internacional sobre Políticas, Estrategias y Estructuras Nacionales de Promoción de la Salud, se establecen los acuerdos más importantes en la movilización de recursos y apoyo a la promoción de la salud y la creación de políticas que fortalezcan las acciones intersectoriales en busca de la reducción de brechas y limitaciones con acentuación de roles y estructuras específicas [52].

La OMS ha realizado grandes esfuerzos para la promoción de la salud de las diferentes regiones del mundo a través de las estadísticas de morbimortalidad global, evaluadas por diferentes expertos en cada uno de los indicadores trazadores en salud pública; esto con el objetivo de proporcionar a los países, organizaciones internacionales y demás entidades información pertinente y necesaria en el desarrollo de políticas públicas y su financiamiento a través de recursos destinados al sector salud [49].

En este sentido, para el año 1995 se crea el Informe de reducción de las desigualdades entre ricos y pobres y el impacto de la misma en el sector salud [53]. Un año después, se establece el Informe mundial estratégico para combatir las enfermedades y promover el desarrollo en las regiones [54]. Asimismo, en el año 1997 en aras de la inclusión y evaluación directa de todos los determinantes de la salud en la inadecuada práctica de la misma, se realiza un llamado de atención por el aumento progresivo de las Enfermedades Crónicas No Transmisibles en las poblaciones vulnerables, que en conjunto con las patologías infecciosas imponen una doble carga de morbilidad a los países, esto se hizo a través de la iniciativa de vencer el sufrimiento y enriquecer a la humanidad [55].

Para el año 1997 en Yakarta, Indonesia, se realiza la cuarta Conferencia internacional sobre la promoción de la salud: “Nueva Era, nuevos actores; adaptar la promoción de la salud al siglo XXI”, en dicha conferencia hubo participación directa del sector público y privado, en ella se toman como referencia las acciones en promoción de la salud sobre los determinantes sociales además de plantear las

diferentes estrategias que permitan la superación de los obstáculos en la promoción de la salud del siglo XXI. En esta oportunidad se reitera el compromiso internacional con las estrategias de la Carta de Ottawa y resalta la importancia de la participación colectiva y comunitaria en la promoción de la salud; de esta conferencia nace la Declaración de Yakarta [56].

Poco después en 1998 surge la Resolución sobre Promoción de la salud, la cual se adoptó durante la Asamblea Mundial de la Salud en la que se promulgó promover la responsabilidad social para la salud; incrementar la inversión para el desarrollo de la salud; consolidar y expandir la “corresponsabilidad en salud”; incrementar la capacidad comunitaria y empoderar al individuo en materia de salud; fortalecer las consideraciones de los requerimientos en salud y promoción en todas las políticas, y adoptar un enfoque basado en evidencia para las políticas de promoción de la salud y sus prácticas, utilizando metodologías cuantitativas y cualitativas. Lo anterior, claramente con apoyo directo de las entidades públicas y privadas además de las entidades gubernamentales y no gubernamentales en la garantía de la implementación de estrategias de promoción durante todo el ciclo vital, priorizando a los grupos vulnerables [57].

En este sentido, la OMS para el mismo año realiza en las temáticas de promoción y mantenimiento de la salud las diferentes tendencias registradas en los últimos cinco decenios anteriores y proyecta la posible evolución de la salud hasta el año 2025, incluyendo acciones que contribuyan en el fortalecimiento de las condiciones sanitarias óptimas para mejorar la esperanza de vida [58]. En 1999, la misma organización propone diferentes tipos de estrategias para el cumplimiento de un cambio mejor en salud para el siglo XXI, tomando como referencia cada uno de los logros obtenidos en el siglo anterior; el informe determina que la salud deberá de ocupar un lugar central dentro del programa mundial de desarrollo [46].

En relación a lo anterior, para los años 2000 se busca el mejoramiento del desempeño de los sistemas de salud, a través del análisis y comparación de cada uno de los sistemas de salud del mundo, estableciendo planes de mejora en el funcionamiento de los más débiles en relación a los más fuertes haciendo uso de los recursos disponibles [59].

En México, para el año 2000, se lleva a cabo la Quinta Conferencia Internacional de Salud: “Promoción de la salud hacia una mayor equidad” en la cual se analizaron a la fecha los diferentes aportes que se habían realizado a la promoción de la salud desde las diferentes políticas, programas y proyectos de salud y calidad de vida en cada plan de desarrollo de los diferentes territorios. De esta manera la OMS promueve el desarrollo de estrategias ligadas a la investigación en la búsqueda del reconocimiento de prioridades en la atención sanitaria para la promoción de la salud y los recursos que la financien. En esta oportunidad se lograron identificar importantes avances en la promoción de la

salud desde la declaración de Yakarta y la Asamblea Mundial de la Salud en 1998 [60].

Para el año 2000, 189 países miembros de miembros de las Naciones Unidas fijan el curso de ocho Objetivos de Desarrollo del Milenio u Objetivos del Milenio (ODM) que bajo una perspectiva política internacional buscan el establecimiento de un compromiso sin precedentes de todos los líderes mundiales en el afrontamiento de las formas más básicas de injusticia y desigualdad del mundo, tomando como eje de referencia a los indicadores de pobreza, analfabetismo y mala salud; bajo este último aspecto el fortalecimiento de los estilos de vida saludables en todos los grupos poblacionales es crucial en la disminución de las ECNT principalmente en los países de menos ingresos, en los que además se deberán de establecer estrategias de soporte social y familiar en la búsqueda de la integralidad [61].

En mayo del año 2002, se adopta la resolución basada en el régimen alimentario, la nutrición y la prevención de las enfermedades crónicas por parte de la OMS y la FAO [62], esto apoyados bajo los principios del hito en salud de la reducción de los riesgos y la promoción de una vida sana, estableciendo un enfoque prospectivo sobre la carga de morbilidad y mortalidad en la salud de las poblaciones, además de los factores de riesgos con mayor incidencia que debían de reducirse en los próximos 20 años a través de la promoción de la salud para la disminución del riesgo de las ECNT [63].

Otros de los grandes hitos para la promoción se encuentra en el capitulo 6 de “Epidemias mundiales desatendidas: tres amenazas crecientes” en que se señala que la carga de mortalidad y discapacidad producto de las ECNT, específicamente las de origen cardiovascular es extremadamente alta en países en desarrollo en relación a las enfermedades trasmisibles, los científicos la denominaron la “doble carga de enfermedad”, proponiendo una doble respuesta la cual consistía en combinar, dentro de sistemas integrales de atención de salud, la prevención y el control tanto de las enfermedades trasmisibles, como de las ECNT [64].

Para el año 2005, en Bangkok, Tailandia se realizó la Sexta Conferencia Mundial de promoción de la salud con el nombre “Los determinantes de la salud en relación con las políticas y las alianzas para la acción sanitaria la cual estuvo orientada a reducir la brecha de desigualdad en salud del mundo globalizado a través de la regulación de los determinantes en salud y el abordaje directo de factores como género, vivienda, condiciones socioeconómicas y situación laboral [65].

En el año 2012, la Organización Panamericana de la Salud establece el Plan de acción para la prevención y control de las enfermedades no transmisibles para el 2012 – 2025 a través de cuatro líneas estratégicas, políticas y alianzas multisectoriales para la prevención y el control de las ECNT, factores de riesgo y factores protectores de las ECNT, respuesta de los sistemas de salud a las ECNT y sus factores de riesgo, y vigilancia e investigación de las ECNT. Este plan propone acciones a nivel regional y nacional que aprovechan los logros y las capacidades existentes en la Región en relación con estas líneas estratégicas [66].

El Programa de las Naciones Unidas para el Desarrollo Sostenible en el año 2015 establece los 17 Objetivos del Desarrollo Sostenibles, un llamado de carácter universal para poner fin a la pobreza, proteger el planeta y su medio ambiente y garantizar que todos los grupos poblacionales disfruten de paz y prosperidad para el año 2030 [67]. Estos 17 objetivos mantienen estrecha relación entre si y reconocen que las mediaciones de un área afectaran los resultados de otra [68] y su objetivo 3 busca salud y bienestar con el propósito de disminuir las primeras causas de muerte y morbilidad en el mundo, entre las que se encuentran todas aquellas relacionadas con las ECNT, la cual no está vinculada solo al sector salud, sino que además depende de actores transectoriales como la economía, el soporte social y la familia [69].

Para el año 2017, la OMS y OPS realizan la 160 sesión del comité ejecutivo en cuanto Agenda de Salud Sostenible para las Américas 2018-2030: un llamado a la acción para la salud y el bienestar en la región de las Américas, en el cual se promueve la salud y el bienestar de todas las personas, familias y comunidades en el continente americano; reconociendo que los países de la Región tienen diferentes necesidades y abordajes para el mejoramiento de la salud. En este sentido la promoción de los servicios sanitarios bajo los principios de solidaridad, equidad, universalidad e inclusión social en cuanto a las ECNT deberá de fortalecerse desde los diferentes niveles de atención en aras de la disminución de los indicadores de mortalidad a nivel global [70].

El conjunto de acuerdos y políticas en salud publica en el margen global y regional, han determinado el punto de partida para afrontar las diferentes problemáticas y riesgos agudos en cuanto a la promoción de la salud y la prevención de la enfermedad desde la perspectiva institucional y transectorial, sus principales ejes de acción desarrollan estrategias de fortalecimiento, monitoreo y evaluación de las actividades inmersas en la atención sanitaria de todos los sectores. De esta manera la disminución de la carga de enfermedad y el mejoramiento de los indicadores de morbilidad y mortalidad se convierte en un parámetro de evaluación con enfoque multisistémico [67,70].

Es así como el conjunto de ECNT se han considerado un eje transversal de acción en cada uno de los sectores del sistema sanitario haciendo énfasis en la necesidad permanente de articular al entorno social y familiar de los grupos poblacionales como actores intrínsecos en la dinámica del comportamiento de la enfermedad y la adherencia de la misma, desde la prevención de factores de riesgo hasta los cuidados paliativos necesarios [1,66].

3.2 MARCO TEÓRICO

En los pacientes con HTA, se hace necesario determinar la atención en salud bajo los modelos de promoción de la salud que potencialicen aspectos positivos y favorezcan el recurso existente en cada paciente para controlar su estado de salud con actitudes de autocuidado en el mantenimiento de su estado de bienestar [71,72]. Un modelo de atención que fomente estrategias centradas al paciente y su grupo social y familiar durante el proceso de su enfermedad y en el tiempo de vida, además de mejorar la relación de empatía y confianza entre el personal sanitario y el individuo enfermo; en el que además se hace necesario optimizar el nivel de competencias y conocimientos del personal de salud en aras de establecer patrones de atención integral y del mantenimiento de la salud [73].

En este sentido, surge la Salutogénesis o “Génesis de la Salud”. Para algunos autores, es considerado un paradigma que se desarrolla bajo los principios de promoción de la salud y centra su atención en el individuo, además de ser referenciado como uno de los modelos con mayor respaldo en las políticas de la promoción de la salud [74]. Considerando la perspectiva histórica, la Salutogénesis nace como un modelo antagónico de los paradigmas de los últimos años del mundo clásico de la medicina, estableciendo una nueva mirada de los principios de salud bajo percepciones positivistas y desde los fundamentos de su origen y estado de bienestar, este último como uno de sus más importantes principios [75].

La Salutogénesis rechaza la hipótesis de que muchos factores de riesgo determinados como estresantes actúan de forma negativa en el paciente, considerando que los mismos pueden ofrecer al individuo elementos saludables o beneficiosos dependiendo de sus características y de la capacidad del paciente para enfrentarlos [76]; bajo estos principios gran parte de los factores de riesgo que padecen los pacientes con HTA deberán ser monitorizados y apoyados por el grupo social en aras de garantizar mayor resolutivez de los mismos, y por consiguiente menores complicaciones en su patología.

Desde la salud pública esta perspectiva fortalece los principios de la promoción de la salud a través de los activos en salud propios de los determinantes sociales en salud, los cuales le permiten a los individuos y las comunidades, encontrar recursos propios y del medio para mejorar sus condiciones de salud y bienestar. De esta manera, la Salutogénesis proporciona a la Salud Pública elementos que permiten el proceso de la promoción de la salud a través de la acción ejercida por el individuo sobre su estado de salud en función de mejorarla.

3.2.1 Teoría salutogénica. El autor de la Teoría salutogénica es el sociólogo israelí Aarón Antonovsky en 1979 [77], el cual trazó sus bases teóricas bajo los siguientes interrogantes: “¿qué mantiene a las personas en buenas condiciones y salud?, ¿cómo vive la gente, una vida salutogénica?, ¿qué causa salud (salutogénesis) y no las razones para la enfermedad (patogénesis)?”[78] De esta manera, el autor centra el propósito de la salutogénesis en el mantenimiento de la salud y la promoción de los recursos útiles y disponibles [79], en este sentido se argumenta que si los individuos intervinieran y cooperaran en su propia vida con actitudes que promuevan la salud, el riesgo disminuye y se evita el padecimiento y las dolencias [80]. Dichos argumentos fortalecen el desarrollo de la Salud Pública desde la promoción de la salud y la prevención de la enfermedad.

3.2.2 Conceptos centrales de la teoría salutogénica. El sustento de la Teoría salutogénica toma como referencia dos aspectos importantes, los Recursos Generales de Resistencia y el Sentido de Coherencia que son los dos conceptos centrales de la teoría. Los recursos generales de resistencia encierra elementos de tipo material (vestido, alimentación, vivienda, transporte, entre otros), los cognitivo – emocionales (sentimientos, percepciones emocionales del mundo exterior, capacidades cognitivas), los biológicos (características fenotípicas y genotípicas), los macro socioculturales (religión, costumbres, patrones de comportamiento), los valorativos – actitudinales (ganancia de habilidades de afrontamiento y control efectivo de las emociones), las relaciones interpersonales (apoyo social) [81].

El sentido de coherencia concibe la posibilidad de ofrecerles a las personas experiencias de vida reveladoras y propias, afines así mismo, proporcionadas y estabilizadas con un elevado índice de participación, además de proveer el uso de sus propias capacidades para enfrentar con victoria las circunstancias y situaciones de la vida en la que el factor salud es determinante [82].

En los pacientes con HTA, estos aspectos guardan estrecha relación entre sí, lo cual favorece una dinámica de retroalimentación mutua e interdependiente con la movilización de los recursos de un lado a otro para disminuir la tensión provocada

por la patología y sus características [83]; en este sentido, la salutogénesis proporciona a los pacientes crónicos herramientas y destrezas estructuradas bajo conocimientos propios de la patología para la utilización de sus propios recursos con el fin de fortalecer las capacidades individuales y mejorar la calidad de vida y el estado de bienestar, es decir determina que “la forma de ver la vida tiene una influencia positiva en la salud”[84], esto a través de la modificación de hábitos y estilos de vida inadecuados, propios de los factores de riesgo de la enfermedad. En este sentido, la movilización de los recursos a través del fortalecimiento de las capacidades individuales, es fortalecida por medio de la influencia de factores propios del contexto social del paciente, como lo es el vínculo familiar, quien determina un activo para el paciente mismo y para el desarrollo de las habilidades de autocuidado a través del flujo permanente de elementos propios de la familia como la comunicación, el acompañamiento, y valores de asertividad.

3.2.3 La teoría salutogénica y la Salud pública. En el modelo salutogénico la promoción de la salud determina el factor dominante para la búsqueda del bienestar, se toma como referencia los activos para la salud, definidos como “cualquier factor o recurso que potencie la capacidad de los individuos, de las comunidades y poblaciones para mantener la salud y el bienestar” [76], los cuales son considerados necesarios para el origen y mantenimiento de la salud, simbolizan las herramientas y recursos con los que cuentan los individuos para el cuidado de su salud y para la transformación de los hábitos y estilos de vida no saludables, factores relevantes en la adherencia de la población hipertensa como elementos objeto de seguimiento y monitoreo en las rutas de atención integral del nivel primario.

En este mismo orden, la modificación de los hábitos y estilos de vida como parte fundamental en la adherencia de la población hipertensa se mantiene influenciado por el conjunto de elementos productos de las circunstancias de tipo social y cultural [77] en los que el soporte familiar es clave para la conservación y aumento de los activos en salud bajo la perspectiva de protección y promoción de la salud con enfoque positivo para equilibrar las circunstancias inmersas en el proceso de atención, en las que existen limitaciones sociodemográficas, económicas, sociales, políticas, sanitarias y familiares.

De esta manera, la salutogénesis revitaliza las estrategias en salud pública para la Atención Primaria en Salud APS generando un modelo basado en activos que promocionan la salud y previenen la enfermedad, fomenta el desarrollo de soluciones efectivas para el trabajo individual, familiar y comunitario de las poblaciones sanas y con patologías crónicas, además de estructurar patrones de medición y seguimiento de las actividades de atención para el monitoreo y evaluación de factores como la adherencia terapéutica desde enfoques basados en el individuo y el contexto social que lo envuelve [76].

3.2.4 La teoría salutogénica e Hipertensión arterial. El sentido de coherencia ha demostrado ser uno de los aspectos que más determina la salud cardiovascular de la población hipertensa, numerosos estudios han señalado que este elemento es directamente proporcional a la calidad de vida y a la salud física de la población [85] y su salud mental [86,87], que en conjunto agrupan los factores de protección (activos) necesarios para el bienestar y satisfacción de la calidad de vida; de esta manera, los pacientes afrontan con mayor fluidez situaciones estresantes relacionadas con su enfermedad y el tratamiento de la misma [86] incluso para aquellos pacientes en los que la patología se encuentra en estadios avanzados. En contraposición, los pacientes con bajo sentido de coherencia perciben de forma negativa el proceso de su enfermedad, desarrollan mayores complicaciones, se mantienen en peores condiciones durante su tratamiento y disminuyen la adherencia terapéutica a su patología [88].

En concordancia a los Recursos Generales de Resistencia, como se ha mencionado, este se relaciona con el Sentido de Coherencia y a su vez con el apoyo social y familiar de los pacientes, lo cual ha demostrado ser un recurso indispensable en el mantenimiento del estado de salud [89], de esta manera, desde la salutogénesis el ámbito emocional, las actividades principales, el significado existencial y las relaciones personales son trascendentales para la concentración de recursos de promoción de la salud; donde las relaciones de tipo personal actúan en función del soporte social y familiar [90] debido a que las personas de forma intrínseca establecen lazos de ayuda con quienes hacen parte del contexto de su desarrollo en aras de mejorar la calidad de sus relaciones y resolver en ocasiones los conflictos y problemas de interés particular como su enfermedad [89].

A manera de conclusión, la salutogénesis fortalece las acciones de la salud pública en APS desde principios de integralidad y eficiencia, centra las bases teóricas y prácticas del cambio en el estilo de vida para la búsqueda del bienestar y el bien común, actúa de forma directa y positiva en la modificación de hábitos como la alimentación, la actividad física, percepciones de vida y la salud mental que contribuyen a fortalecer factores protectores a la población sana y enferma. Bajo una estructura social establece parámetros de cuidado propio, crea en el individuo una percepción positiva de sí mismo ante las dificultades y articula su red de apoyo para potenciar los propios recursos de protección ante las enfermedades.

En este sentido, la salutogénesis en el paciente hipertenso facilita la adherencia al régimen farmacológico y no farmacológico, consolida de forma sistemática actitudes positivas bajo los componentes y principios básicos de la promoción de la salud en conjunto con la red de apoyo familiar y sanitaria en la que se presta la

atención en salud; de esta manera, el paciente es visto de forma holística y segura en constante acompañamiento por parte del núcleo familiar, quien además toma responsabilidad directa al mantener una relación estrecha e interviniente en el cumplimiento de las medidas que se establecen durante la atención médica y de enfermería.

La salutogénesis en su esencia misma ejerce presión positiva sobre la salud pública en la prevención, control y manejo de las ECNT, es la base de la creación de políticas y guías de manejo integral de estos grupos poblacionales, interviene en el bienestar individual y colectivo de las sociedades a través de la creación de conciencia para el autocuidado mismo, en donde además se requiere la acción conjunta de los diferentes sectores de la sociedad para intervenir de forma positiva en los SC claves en la generación de activos. Esta teoría acentúa las bases de las investigaciones de poblaciones con factores de riesgo frente a enfermedades de alto costo como la hipertensión arterial bajo un enfoque estructurado en el proceso de atención por rutas como grupos de riesgo, con el objetivo de evaluar su estado de salud y las características que influyen en él, con el fin de ofrecer alternativas de solución que favorezcan a disminuir la carga de la enfermedad.

3.3 MARCO CONCEPTUAL

Las siguientes definiciones corresponden a los principales términos y/o palabras claves en el desarrollo de la presente investigación, los cuales guardan estrecha relación con la temática principal de estudio y cada una de sus variables.

3.3.1 Salud. A lo largo de la historia ha respondido a diferentes factores intrínsecos al determinante cultural y social de los diferentes grupos poblacionales del margen global; de esta manera la concepción de salud en los individuos tomo forma desde diferentes enfoques a través de los cuales se buscaba dar respuesta a un proceso complejo relacionado a la forma de vida, la cual ha sido vista desde concepciones mágico religiosas, naturales, positivistas, pragmáticas, entre otras; transformando de manera dinámica los paradigmas institucionales y contextuales de la salud [91]. Sin embargo, el concepto de salud bajo la perspectiva de algunos autores, está constituido por tres aspectos importantes; su uso en contextos y situaciones diversas, ser parte de postulados e hipótesis diferentes o abreviar ideales y deseos en relación a la condición de vida que se quiere alcanzar [92].

Dada la gran importancia que constituye la salud dentro de los componentes estratégicos y relevantes del desarrollo político, social, económico y cultural de los países, se añaden factores que contribuyen a establecer patrones de medida en aras de alcanzar un mayor grado de desarrollo reflejado en la capacidad de

evolucionar y transformar el contexto de vida en búsqueda de calidad y bienestar. Lo anterior, permite establecer un enfoque predominante en el que la salud representa un proceso de construcción permanente con aportes importantes del aspecto social y cultural.

De manera inicial el concepto de salud se mantuvo aislado de los factores de promoción y preservación de la vida con calidad y bienestar; a partir de la declaración de Alma Ata se establece un enfoque de este concepto en el que predomina la “promoción de la salud” [93], principios establecidos en la carta de Ottawa [94].

Por otro lado, la Organización Mundial de la Salud OMS para el año 1948 establece un concepto de salud definido como “el completo bienestar físico, mental, social, y no solamente la ausencia de enfermedad” [95]. Estos principios han ido evolucionando hacia perspectivas contemporáneas en las que además de tener en cuenta las dimensiones físicas, mental y social de la OMS, se hace necesario ver al ser humano desde la integralidad o en su totalidad, desde una perspectiva holística en la que además se incluya la esfera espiritual y emocional, que en conjunto exista interdependencia de una y otra en relación al mundo que lo rodea [96], además de considerar elementos como la adaptabilidad.

Teniendo en cuenta la forma cambiante del estado de salud frente a diversos conceptos unidos a diferentes modelos o niveles teóricos por la multiplicidad del mismo, la presente investigación acentúa sus bases teóricas desde la perspectiva del proceso salud – enfermedad, concibiendo que la dinámica entre estos dos factores se muestra como un proceso dinámico e inestable en el que la disminución del estado de salud es vista como un estado natural y general, factores que se asocian con el grupo de pacientes que padecen de ECNT en el que su estado de morbilidad determina factores de riesgo debilitantes con mayor susceptibilidad al padecimiento de eventos de tipo cardiovascular.

3.3.2 Enfermedades crónicas no transmisibles. Son definidas por la Organización Mundial de la Salud (OMS) como afecciones de larga duración con una progresión generalmente lenta. Entre ellas destacan: las enfermedades cardiovasculares (por ejemplo, los infartos de miocardio o accidentes cerebrovasculares); el cáncer; las enfermedades respiratorias crónicas (por ejemplo, la neumopatía obstructiva crónica o el asma); y la diabetes [97], representan el principal problema de salud mundial del siglo XXI y generan una gran carga para los sistemas sanitarios en todo el planeta [98].

Las ECNT constituyen en la actualidad uno de los mayores desafíos de las políticas sanitarias en el margen global; sus principales causas se relacionan con un elevado número de poblaciones con diagnósticos diferenciales a estas patologías de incidencia y prevalencia cada vez más elevadas, además, dado su

bajo grado de adherencia contribuyen al incremento significativo de los indicadores de discapacidad y/o mortalidad aumentando los costos del sistema de salud en los procesos de rehabilitación y paliación [98].

Su emergencia como problema de salud pública se mantiene como el producto de la combinación de patrones sociales ligados al comportamiento cultural y político que han influenciado en los cambios del estilo de vida de los diferentes grupos poblacionales a nivel mundial quienes en cierta medida favorecieron a mejorar la calidad vida en algunos indicadores de desarrollo social y otros aumentaron los índices de miseria y restricciones para acceder a los sistemas de salud [66,99].

Este tipo de patologías son consideradas la causa principal de enfermedad y muerte temprana en la mayoría de veces evitable en la región de las Américas. La OMS determinó que además de poseer una elevada carga social y económica específicamente en el tratamiento, influye directamente en el estado de bienestar individual y familiar de los individuos, aparte de considerarse un obstáculo en el desarrollo social y económico de los países [66,100].

En consideración de lo anterior, debido a la magnitud del problema, la OMS y la OPS han determinado diferentes tipos de estrategias en aras de la prevención, manejo y control de estas patologías de alto costo a través de cuatro líneas de acción, las cuales guardan relación con los 25 indicadores y las 9 metas que figuran en el marco mundial de vigilancia integral de la OMS, cada una de las líneas responden al contexto regional evaluado, además de la gestión en el proceso misional del marco de las políticas sanitarias a nivel mundial.[66,101,102].

3.3.3 Hipertensión Arterial. Es una patología de comportamiento crónico que se asocia a una alteración de resistencia de origen vascular, la cual se evidencia clínicamente de forma cuantitativa con el aumento anormal de los valores de tensión arterial que a su vez son la causa del desarrollo de eventos cardiovasculares centrales o sistémicos y a órganos blanco con funciones principales como el corazón, riñón y cerebro (Infarto Agudo de Miocardio, Accidentes Cerebrovasculares, falla renal y cardiaca entre otros). En este sentido, tomando como referencia las guías de práctica clínica orientadas al manejo integral de la HTA, el diagnóstico de la hipertensión se establece cuando existe una presión arterial sistólica (PAS) de una persona en el consultorio o clínica es ≥ 140 mm Hg y / o su presión arterial diastólica (PAD) es ≥ 90 mmHg después de repetidas evaluaciones [103].

3.3.4 Fisiología de la hipertensión arterial. Corresponde a la tensión en la pared que genera la sangre dentro de las arterias, lo cual conlleva al desarrollo de disfunción endotelial con desequilibrio entre el débito cardiaco y la resistencia periférica total por factores vasoconstrictores; que a su vez

se encuentran mediados por la acción directa de endotelinas a nivel intracelular, además de la acción del sistema Renina – Angiotensina- Aldosterona SRAA, el Factor Digitalico Endógeno FDE y algunas hormonas de origen gastrointestinal del sistema. La participación conjunta o aislada de estos factores altera el equilibrio de la frecuencia y el débito cardiaco en valores extremos, lo cual repercute de forma directa en la estructura de la pared arterial [104,105].

Durante el latido cardiaco, se inyecta sangre a la red arterial en la fase de la sístole ventricular, esta contractilidad facilita el flujo pulsátil sobre las paredes de las arterias. Debido a que la aorta y grandes arterias son distensibles, almacenan en su zona de distensión parte de la sangre recibida durante la sístole, la cual es devuelta a la circulación durante la diástole. Lo anterior también posibilita que se mantenga el fluido sanguíneo necesario por la red arterial aun cuando el corazón en la fase diastólica no expulse sangre [105].

El aumento de la presión arterial durante el proceso contractibilidad del corazón (Sístole) se le conoce como presión arterial sistólica (PAS) y el aumento del valor mínimo de la misma durante la relajación del musculo cardiaco (Diástole) se le conoce como presión arterial diastólica PAD, la primera responde al gasto cardiaco y elongación de grandes vasos como la aorta, la cual se expresa a través de la onda de pulso retrograda, por otro lado, la PAD dependerá de la resistencia periférica [106].

3.3.5 Diagnóstico. El diagnóstico de la HTA puede ser variable y no responde solo a una lectura de las cifras de PA en el consultorio médico; el consenso científico ha determinado que se requiere de la medición cuantitativa en varias oportunidades de la PA en los que se encuentren valores mayores o iguales a 140/90 mmHg. Las guías de práctica clínica internacional como la American Heart Association AHA y la europea han determinado la confirmación del diagnóstico de hipertensión arterial de origen sistólico (PAS) cuando el valor es ≥ 140 mm Hg y diastólica (PAD) cuando el valor es ≥ 90 mmHg después de repetidas evaluaciones [106].

Según las versiones anteriores de la Asociación Estadounidense del Corazón AHA, denominaban la hipertensión arterial en diferentes tipos de estadio; para el estadio 1 la cifra debía ser $\geq 130/80$ mm Hg sistólica, no obstante, para el año 2020 tomando como referencia las consideraciones europeas de manejo clínico, para este valor se le denomina PA normal alta y está destinada a identificar a las personas que podrían beneficiarse de las intervenciones como reforzar recomendaciones de estilo de vida saludable y de todas maneras podrían haber pacientes con indicación de recibir tratamiento farmacológico si se clasifica en paciente de muy alto riesgo [106].

La hipertensión sistólica aislada definida como una PAS (≥ 140 mmHg) y una PAD (< 90 mmHg) es común en edad tempranas como la juventud y la adolescencia y edades extremas como la vejez donde existe aumento significativo de rigidez del árbol arterial con posteriores desequilibrios del débito cardiaco. Para el diagnóstico y monitoreo de estos valores se recomienda el uso de equipos de medición calibrados como es el caso de los tensiómetros digitales que poseen un grado mayor de precisión en la medición cuantitativa y posterior diagnóstico [106].

En este mismo sentido, en todas las guías de manejo clínico se enfatiza la importancia de varias mediciones de la PA y en diferentes ocasiones, debido a las variaciones existentes durante el estado de reposo y alerta, con el fenómeno estadístico de regresión a la media, y a la variabilidad intrínseca de la PA como toda variable biológica [82]. La siguiente tabla muestra la clasificación de la presión arterial tomando como referencia las últimas actualizaciones en las guías de manejo clínico internacional y nacional [107].

Tabla 1. Clasificación de la presión arterial.

Categoría	Sistólica (mmHg)		Diastólica (mmHg)
Óptima	< 120	y	<80
Normal	120-129	y/o	80-84
Normal-alta	130-139	y/o	85-89
HTA de grado 1	140-159	y/o	90-99
HTA de grado 2	160-179	y/o	100-109
HTA de grado 3	≥ 180	y/o	≥ 110
HTA sistólica aislada <input type="checkbox"/>	≥ 140	y	<90

Fuente: Guía ESC/ESH 2018 sobre el diagnóstico y tratamiento de la hipertensión arterial. Grupo de Trabajo de la Sociedad Europea de Cardiología (ESC) y la European Society of Hypertension (ESH) sobre el diagnóstico y tratamiento de la hipertensión arterial.

Los pronósticos de la gran mayoría de los eventos de origen cardiovascular adquieren mayor grado de eficacia cuando se emplean elementos de medición automatizados en el domicilio del paciente comparado con las técnicas de medición tradicional con el uso de tensiómetros regulares. La presencia de factores de riesgo previos como valores de PAS 135-150 mmHg o PAD 85-95 mm Hg, indican la necesidad de realizar el monitoreo ambulatorio de la presión arterial MAPA; esta técnica es considerada fundamental para el inicio del diagnóstico de la HTA y es respaldada por las rutas de atención integral cardiovascular metabólica desde el nivel primario en salud a personas a partir de los 18 años de edad [102].

Para la realización del diagnóstico en la toma de la presión arterial se hace necesario seguir una serie de recomendaciones establecidas por la Sociedad Colombiana de Cardiología y cirugía Cardiovascular que demuestran la efectividad al momento de cuantificar el resultado, y que favorecen a generar un espacio de tranquilidad durante la medición [106]. Asimismo, las recomendaciones establecen la realización del MAPA [108] para el diagnóstico oportuno de los pacientes con HTA; a continuación, en la tabla N°2 se establecen algunos criterios a tener en cuenta en la realización del mismo.

Tabla 2. Criterios de hipertensión arterial basadas en la consulta, en el monitoreo ambulatorio de la presión arterial (MAPA) y en la automedicación de la presión arterial domiciliaria (AMPA).

Criterios de hipertensión arterial (HTA) basadas en la consulta, en el Monitoreo ambulatorio de la presión arterial (MAPA) y en la Automedicación de la presión arterial domiciliaria (AMPA)	
	Sistólica/diastólica , mm hg
PA en consulta	≥140 y/o ≥90
MAPA	
Promedio de 24 horas	≥130 y/o ≥80
Promedio Diurno	≥135 y/o ≥85
Promedio Nocturno	≥120 y/o ≥70
AMPA	≥135 y/o ≥85

Fuente: Unger T, et al. Pautas practicas globales de hipertensión de la sociedad internacional de hipertensión. 2020

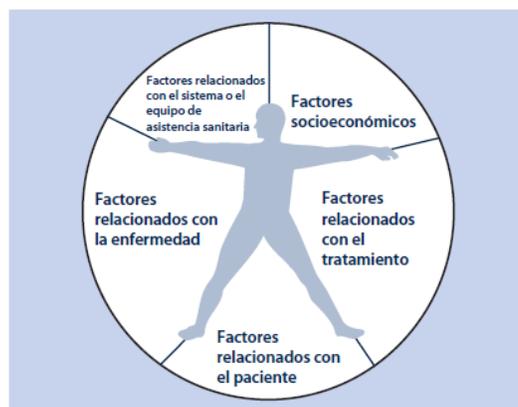
3.3.6 Tratamiento de la Hipertensión Arterial. El manejo integral de la HTA requiere del uso de estrategias con amplio respaldo y eficiencia en el contexto científico, es indispensable la combinación de 2 estrategias que en conjunto contribuyen no solo a disminuir las cifras elevadas de TA, sino que además facilitan la disminución de factores de riesgo ante la aparición de eventos cardiovasculares. En este sentido, la modificación del estilo de vida de manera positiva y el uso de fármacos son esenciales en el tratamiento dada que su acción combinada mejora significativamente el pronóstico de la enfermedad y reducen la incidencia de morbilidad y mortalidad, además de garantizar la adherencia terapéutica del paciente [107].

Las terapias antihipertensivas requieren monitoreo y supervisión permanente dada la necesidad de realización de ajustes de dosis en concordancia con la evaluación de la adherencia del paciente y la disminución de las cifras de PA al menos 20/10 mm Hg, esto con el fin de reducir el valor mínimo de tolerancia del paciente por debajo de 140/90 mm Hg, sin embargo, es necesario establecer medidas de evaluación de carácter individual teniendo en cuenta que las metas de la adherencia terapéutica responderán a factores clínicos propios de cada paciente. En la población menor de 65 años en forma general el objetivo es mantener las cifras tensionales < de 130/80 mm Hg, en la población mayor de 65 años con hipertensión arterial el objetivo es mantener las cifras tensionales < de 140/90 mm Hg; no obstante, prevalece la necesidad de individualizar a cada paciente y verificar el riesgo [106]

3.3.7 Adherencia terapéutica en la Hipertensión Arterial. Para la Organización Mundial de la Salud (OMS), la adherencia terapéutica se define como “el grado en que el comportamiento de una persona toma un medicamento, sigue un régimen alimentario y ejecuta cambios del modo de vida que corresponde con las recomendaciones acordadas de un prestador de asistencia sanitaria” [109]. Gran parte de los efectos negativos del no cumplimiento de la adherencia terapéutica inciden de forma negativa en factores clínicos, sociales, familiares y económicos del paciente, lo cual establece la necesidad permanente del uso de dependencia a fármacos y a estilos de vida saludable que potencialicen su estado de salud [110].

La adherencia terapéutica está ligada a un fenómeno complejo y multidimensional que guarda estrecha relación por la acción conjunta de cinco conjuntos de factores denominados dimensiones en las que se establecen los diferentes actores y elementos intrínsecos bajo una perspectiva biopsicosocial [109], estas dimensiones estarán se representan a continuación en la figura número 1.

Figura 1. Las cinco dimensiones de la adherencia terapéutica



Fuente: Organización Mundial de la Salud. Adherencia a los tratamientos a largo plazo. Pruebas para la acción. Ginebra: OMS; 2004

La no adherencia terapéutica de los pacientes hipertensos incrementa los índices de morbilidad y mortalidad, con afección directa al paciente, su familia y el núcleo social donde se desarrolla, además de aumentar costos de los servicios de salud. Según Herrera, el término de adherencia se relaciona con un fenómeno que incluye cinco factores entre los que se encuentra el sistema de salud, el tratamiento farmacológico y no farmacológico, las condiciones socioeconómicas y el paciente en sí mismo [21].

La adherencia terapéutica es la estrategia que le posibilita al paciente poder mantener estable su estado de salud, y asimismo dar continuidad a su tratamiento integral para lograr cambios en su estilo de vida, esto mediante las recomendaciones que proporciona el personal sanitario en la asistencia y seguimiento en las instituciones de salud [111]. Lo anterior, implica un proceso complejo de diferentes actividades encaminadas al control y monitoreo de las cifras de presión arterial sistémicas, además de la modificación de los factores de riesgo en la búsqueda de la disminución de la carga de la enfermedad.

3.3.8 Soporte Familiar. La familia se entiende como la unidad más básica de la sociedad, y en ella, se genera el desarrollo de valores, objetivos de vida e identidades, que permiten la adaptación del individuo a la sociedad. La familia como el núcleo más cercano e importante de la vida de los seres humanos, “reconoce el establecimiento de vínculos con las demás esferas de socialización de los individuos, como en lo político, social, económico y cultural, esto es, tiene un papel de mediadora entre los individuos que la conforman y la sociedad” [112].

Desde una perspectiva sociológica, la familia “es un grupo caracterizado por una relación sexual suficientemente definida y permanente para promover a la procreación y educación de la prole; también se le conceptúa como a la agrupación relativamente permanente y socialmente autorizada de padres e hijos” [113].

Desde la visión jurídica “es una estructura social que se construye a partir de un proceso que genera vínculos de consanguinidad o afinidad entre sus miembros. Por tanto, sin bien la familia puede surgir como un fenómeno natural producto de la decisión libre de dos personas, lo cierto es que son las manifestaciones de solidaridad, fraternidad, apoyo, cariño y amor; lo que estructuran y le brindan cohesión a la institución” [114].

En consideración de lo anterior, la familia ejerce función en la esfera social en el que se desarrollan los seres humanos, de manera inicial concibe la existencia o la disponibilidad de confianza dentro de un círculo de aprecio y valores [115], se establece como eje orientador ante el soporte emocional (percibido como

expresión de cariño, cuidados y preocupación), soporte instrumental (ayudas prácticas que pueden ser dadas a otras personas) y soporte informacional (nociones indispensables que permitirán que el individuo pueda guiar y orientar sus acciones en el momento de resolver problemas o tomar decisiones)[116].

De esta manera el soporte familiar se entiende como el conjunto de relaciones de carácter personal que se instauran dentro del núcleo del hogar o fuera de él, a través del cual se determinan vínculos en aras del crecimiento individual y el mantenimiento de elementos como la salud a través de la cual se proporciona ayuda idónea para su cuidado y modificación de factores y estilos de vida inadecuados [117]; de estas relaciones, se establecen formas de protección para afrontar satisfactoriamente las crisis vitales durante la vida [118].

El soporte familiar es una de las principales agencias de socialización con actuación directa sobre los individuos [119], de manera frecuente fomenta el desarrollo de actitudes y comportamientos que ayudan o debilitan al individuo a enfrentar situaciones vitales como la enfermedad y dentro de esta elementos importantes asociados a factores como la adherencia [120] los cuales construyen la red de construcción de habilidades individuales y sociales necesarias para su integración personal y social [121].

El apoyo que proporciona la familia ejerce función protectora antes las tensiones de la vida cotidiana, es considerado como el principal recurso para la promoción de la salud y prevención de la enfermedad y sus daños, además de establecer un recurso eficiente al paciente crónico frente a los cambios y contingencias en el contexto social [122], la familia funciona como intermediario en el proceso de salud y enfermedad de los individuos, las actividades que se ejercen en ella contribuyen a garantizar adherencia terapéutica y la consecución de hábitos y estilos de vida ligados al tratamiento de los pacientes crónicos [123].

En consecuencia, el soporte familiar involucra un proceso de acción recíproca y de interacción de cuidado donde el apoyo y la orientación son claves para el fortalecimiento de las dinámicas internas hacia el contexto social en el cual se encuentran. La familia en su función formadora, comunicativa y central de la sociedad sustenta el acompañamiento de sus integrantes en función de consolidar y fortalecer los procesos de protección y ayuda, en donde se establecen propósitos, se diseñan soluciones y se alcanzan objetivos que permiten a cada uno de sus integrantes vivir en plenitud y bienestar según los intereses establecidos [123].

La familia se convierte en un elemento trascendental de desarrollo en el paciente, su influencia como mediador, orientador y motivador del cuidado y autocuidado, afianza las posibilidades de éxito en cada proceso, además del alcance de logros con responsabilidad y compromiso social [23,123].

3.3.9 Soporte familiar y adherencia terapéutica. Diferentes estudios demuestran que el rol de la familia es fundamental en los procesos de

adaptación y cuidado del paciente sano y enfermo [124-126] al igual que su acción es trascendental para dar garantía a la adherencia terapéutica del individuo con patologías crónicas [127], de esta manera en el adecuado control de las patologías crónicas sin la participación activa de la familia los objetivos asociados a la terapia serían difíciles de alcanzar.

El soporte familiar en la adherencia terapéutica sintetiza la producción de autocuidado en el contexto social, constituye la primera red de apoyo que posee el individuo, ejerce función protectora ante las tensiones del diario vivir y satisface las necesidades de apoyo y seguimiento de las actividades de adherencia farmacológica y no farmacológica; por otro lado, promueve a la conservación, fomento y recuperación de la salud desde un punto de vista social, afectivo, económico y de cuidado [127].

El soporte familiar es uno de los principales recursos que se utiliza en los sistemas sanitarios para la promoción de la salud y la prevención de la enfermedad, además de ser el factor eficiente que percibe y siente el individuo enfermo para dar frente y respuesta a su patología. La esfera familiar del individuo hipertenso contribuye a proporcionar elementos de afecto y seguimiento que permite la estabilidad de las terapias de tratamiento, lo cual repercute en el mantenimiento de una adecuada adherencia, garantiza la vigilancia de las actividades relacionadas con el tratamiento farmacológico como la toma de la medicación, las sesiones de visitas al personal sanitario, además de la educación necesaria para su adecuado control [109].

Por otro lado, la familia además de ser un factor de ayuda y apoyo, también constituye una fuente de insatisfacción, malestar, estrés y enfermedad. Los procesos negativos en la dinámica familiar son capaces de provocar enfermedad en al paciente sano y descontrol de la misma en el enfermo; al verse afectado el equilibrio interno de la familia, la capacidad de adaptación del paciente dependerá del grado de funcionalidad interna, no obstante, esta condición se asocia al descontrol de la adherencia terapéutica y en eventos de estrés, perjudiciales a mediano y largo plazo en los pacientes con hipertensión [21].

3.4 MARCO LEGAL

A continuación, se presenta la normatividad vigente relacionada con el tema del estudio.

La Ley 10 de 1990, reorganiza el Sistema Nacional de Salud en Colombia decretando que la prestación de los servicios de salud en todos los niveles de atención es un derecho público a cargo de la Nación, gratuito en los servicios básicos para todos los habitantes del territorio nacional y administrado en asocio de las entidades territoriales, de sus entes descentralizados y de las personas

privadas autorizadas” [128], aspectos claves para el desarrollo de políticas y estrategias del margen nacional en la prevención de las ECNT.

Por su parte, la Constitución Política de 1991, en su Artículo 48 establece que la Seguridad Social es un servicio público de carácter obligatorio el cual se mantendrá bajo la vigilancia, inspección y monitoreo en el orden estatal; asimismo su artículo 49 determina que la atención sanitaria de los grupos poblacionales debe de brindarse de manera pública, garantizando calidad de vida con el acceso a los servicios de promoción de la salud, prevención de la enfermedad a la población sana y aquellas con patologías crónicas [129].

Con la Ley 100 de 1993, el Congreso de la Republica crea el Sistema General de Seguridad Social en Salud, decreta a la seguridad social como “el conjunto de instituciones, normas y procedimientos, de que disponen la persona y la comunidad para gozar de una calidad de vida, mediante el cumplimiento progresivo de los planes y programas que el Estado y la sociedad desarrollen para proporcionar la cobertura integral de las contingencias, especialmente las que menoscaban la salud y la capacidad económica, de los habitantes del territorio nacional, con el fin de lograr el bienestar individual y la integración de la comunidad” [130], con esto se fortalece la creación de políticas sanitarias de promoción y mantenimiento de la salud de la población sana y enferma en el territorio nacional.

En este mismo orden y dirección, con la Ley 0715 de 2001, se restablece la prestación de los servicios de salud, con esta legislación se fortalecen las políticas de atención sanitarias de atención primaria en salud en cada uno de los niveles de atención priorizando las actividades de promoción y prevención de las patologías crónicas no trasmisibles [131].

En aras del fortalecimiento de las políticas de institucionalidad en salud, la Ley 1122 de 2007 realiza diferentes cambios al Sistema General de Seguridad Social en Salud desde la perspectiva de la institucional para el mejoramiento de la prestación de los servicios de salud en los que se resaltan las funciones de inspección, vigilancia y control, además de la estructuración de las redes en la oferta y demanda de los servicios de salud en Colombia [132], con esto los procesos de tamizaje y detección temprana con diagnóstico oportuno de la hipertensión arterial mejorarían significativamente en el país.

En el fortalecimiento de las políticas públicas a nivel nacional, el Decreto 3039 de 2007 adopta el Plan Nacional de Salud Pública, a través del cual se establecen metas y propósitos desde la acción de los determinantes de la salud para evitar la progresión y los desenlaces adversos de la enfermedad, entre las que se encuentran todas aquellas con una carga elevada de costos y comorbilidades como es el caso de las Enfermedades Crónicas No Trasmisibles [133].

En los procesos de atención sanitaria de la población crónica, el talento humano en salud desarrolla un papel fundamental para garantizar el alcance de las metas y objetivos terapéuticos, con la Ley 1164 de 2007 desde el enfoque de integralidad, se incentiva a “la formación y el desempeño del talento humano debe reconocer las intervenciones y actividades necesarias para promover, conservar y recuperar la salud, prevenir las enfermedades, realizar tratamientos y ejecutar acciones de rehabilitación, todos ellos en cantidad, calidad, oportunidad y eficiencia de la salud de los individuos y las colectividades” [134].

En este orden de ideas, con la Resolución 4003 de 2008, el Ministerio de Salud y Protección Social adopta el Anexo Técnico para el manejo integral de los pacientes afiliados al Régimen Subsidiado en el esquema de subsidio pleno, de 45 años o más con Hipertensión Arterial y/o Diabetes Mellitus Tipo 2, con esto se establecen grandes avances en la atención integral del paciente hipertenso con la inclusión de actividades, procedimientos e intervenciones necesarias para el diagnóstico, manejo, tratamiento y seguimiento de estas patologías de alto costo [135].

Con la Ley 1438 de 2011 en la que se realiza la reforma al Sistema General de Seguridad Social en Salud, su artículo 6 determina el inicio del plan decenal de salud pública que en conjunto con los principios de intersectorialidad, eficiencia, calidad, transparencia, enfoque diferencial y la rectoría del sector salud dan garantía al fortalecimiento de la atención primaria en salud, a través de un proceso de participación social eficiente que mejorara los procesos de detección y tratamiento de las personas con patologías crónicas [35].

El Plan Decenal de Salud Pública se adapta con la Resolución 1841 de 2013, a través de sus componentes prioritarios y trazadores en materia de salud con enfoque diferencial y accesible, establece metas de mejoramiento en la atención sanitaria y el abordaje integral de pacientes con patologías crónicas para el año 2021 en pro de la disminución de la carga de la enfermedad y las comorbilidades asociadas al mal manejo de las patologías de alto costo [36].

Con la Ley 1751 de 2015, la salud en Colombia es considerada un derecho fundamental para todo ciudadano, el nivel estatutario de esta Ley determina en su totalidad el cumplimiento de los principios de accesibilidad, eficiencia y calidad de los servicios de promoción de la salud y prevención de la enfermedad, lo cual garantiza mejores condiciones de los servicios de salud y elimina las barreras presentes a la población en riesgo como lo son los pacientes hipertensos, objetos de atención en los diferentes niveles de complejidad hospitalaria [136]

Dado el enfoque individual, familiar y comunitario de la HTA en Colombia, la Resolución 518 de 2015 dicta disposiciones en la Gestión de Salud Pública y establece las acciones de ejecución, seguimiento y evaluación del Plan de Intervenciones Colectivas PIC, el cual centra sus funciones en actividades de intervención colectiva como individual que involucra al sector salud y otros sectores de producción en la promoción de la salud y la gestión integral del riesgo en salud [137].

Con la Política de Atención Integral en Salud PAIS establecida en la Resolución 0429 de 2016, se enfoca el mejoramiento de la prestación de los servicios de salud en Colombia con acciones integrales en la sectorialidad y la transectorialidad para la garantía de acceso a la promoción, prevención, diagnóstico, tratamiento, rehabilitación y paliación en las acciones de interés en salud pública con cada uno de los actores responsables, dichas acciones se realizaran en el marco de la atención primaria en salud. PAIS da garantía eficiente de la integralidad de la población crónica y a la gestión integral del riesgo en los diferentes grupos poblacionales mejorando la prestación del servicio que se ofrece [37].

En concordancia con lo anterior, se inicia el establecimiento del manual metodológico de las Rutas Integrales de Atención en Salud RIAS a través de la Resolución 3202 de 2016, a partir de este punto la integralidad en la prestación del servicio en salud deberán hacerse “a partir de las acciones de cuidado que se esperan del individuo, las acciones orientadas a promover el bienestar y el desarrollo de los individuos en los entornos en los cuales se desarrolla, así como las intervenciones para la prevención, diagnóstico, tratamiento, rehabilitación de la discapacidad y paliación” [138].

La Resolución 3280 del año 2018 adopta los lineamientos técnicos y operativos de la Ruta Integral de Atención para la Promoción y Mantenimiento de la Salud, esta resolución además comprende las rutas integrales de grupos de riesgo en las que se encuentra la población con patologías cardiovasculares en Colombia entre ellas la Hipertensión Arterial en función de mejorar las actividades, procedimientos e intervenciones a la población crónica para dar garantía de una adecuada prestación del servicio basada en la integralidad [139].

Con la Resolución 2626 de 2019, el Ministerio de Salud y Protección Social modifica la Política de Atención Integral en Salud PAIS y adopta el Modelo de Atención Integral Territorial MAITE, el cual busca aplicar un modelo de atención integral fundamentado en APS en coordinación con los diferentes sectores, agentes y usuarios del sistema en respuesta a las necesidades específicas de los grupos poblacionales territoriales de las diferentes regiones del país, con esta nueva actualización se prioriza a través de un enfoque diferencial las necesidades propias de cada territorio en concordancia con el contexto social y cultural específico con comportamientos distintos en cada curso de vida [38].

Los anteriores lineamientos dentro del ámbito político en Colombia responden al respaldo de las diferentes estrategias e iniciativas gubernamentales para la promoción y mantenimiento de la salud desde una perspectiva integradora en el ámbito de la salud pública y cada uno de sus componentes. De esta manera bajo los principios de integralidad, universalidad, calidad y accesibilidad los grupos poblacionales sanos y con factores de riesgo en las patologías crónicas como la hipertensión arterial acceden a cada uno de los servicios de obligatorio cumplimiento por los prestadores de los servicios de salud en la vigilancia permanente de su asegurador.

En este sentido, las actividades de seguimiento, monitoreo y control del paciente hipertenso dentro de los procesos de Gestión Integral del Riesgo en Salud GIRS se respaldan por acciones de inspección, vigilancia y control en los indicadores de medición en salud de cada uno de los territorios, lo cual facilita el seguimiento de las cohortes de pacientes diagnosticados y la evaluación de la adherencia de los mismos.

3.5 MARCO CONTEXTUAL

La presente investigación se desarrolló en el municipio de Cereté del departamento de Córdoba, donde la relevancia del problema en el contexto del municipio, radica especialmente en que la HTA constituye una de las principales causas de morbilidad en la población con un porcentaje del 15% para el año 2019 [28], al igual que un 0,8% como causa de morbilidad del egreso hospitalario representada en los eventos cardiovasculares procedentes de la baja adherencia terapéutica de la HTA, un 11, 8% de mortalidad para el mismo año representado por las enfermedades isquémicas del corazón, seguida de las enfermedades cerebrovasculares con el 9,2% y las antihipertensivas con un 5,3% [29].

Por otro lado, según los informes del Plan de desarrollo municipal 2016 – 2019 del municipio, “la tasa de morbilidad general en las patologías crónicas como la HTA supera el 6% y genera una mortalidad de 1 por mil habitantes al año”, asimismo, el mismo informe considera ineficiencias en los programas de promoción y prevención de la salud para la población con patologías crónicas, los cuales son considerados trascendentales en la disminución de la carga de la enfermedad municipal producto de las alteraciones secundarias de patologías como la HTA [30]

El proceso de recolección de información se llevó a cabo en la ESE municipal, la cual presta los servicios del nivel primario en salud a la población del régimen subsidiado y parte del contributivo, por medio de la contratación de servicios a través de las Empresas Administradoras de Planes de Beneficios EAPB. Figura

como la institución de salud primaria de referencia a nivel municipal en los servicios de promoción y mantenimiento de la salud y urgencias primarias [30]. En esta institución, se ejecutan las acciones de la ruta Cardiovascular y metabólica bajo los lineamientos del Modelo de Atención Territorial en Salud [38] a la población hipertensa.

La ESE apoya su proceso de intervención bajo las guías de instituciones científicas como la Sociedad Colombiana de Cardiología y Cirugía Cardiovascular en conjunto con la Fundación Colombiana del Corazón y la Asociación Colombiana de Medicina Interna, las cuales resaltan la importancia de las acciones de promoción y prevención desde el nivel primario en salud como recurso fundamental para mejoramiento de los indicadores de adherencia terapéutica de la HTA incluidos en la estrategia “Conoce tu Riesgo” [39], apoyada en los procesos de intervención clínicos y ambulatorios de la adherencia terapéutica en la Guía de Práctica Clínica para la HTA primaria [40] en conjunto con la estrategia de la OPS “*Hearts*” en la que se establece un modelo de atención basado en el riesgo cardiovascular [41].

3.6 MARCO DE ANTECEDENTES INVESTIGATIVOS

Se realizó una revisión de literatura a nivel internacional, nacional y local, de diferentes investigaciones que contribuyen al tema de estudio.

Para el año 2014, se realizó el estudio denominado, el apoyo familiar y la adherencia en el tratamiento de hipertensión arterial, en este estudio se identificó que, para garantizar la adherencia del paciente hipertenso a su tratamiento, se requiere del apego del paciente a su terapia, además del apoyo que proporciona la familia, actos conjuntos que contribuyen a la estabilidad del hipertenso en las actividades de su vida diaria [124].

Investigaciones realizadas por Arias et al para el año 2014 en Colombia, denominado cuidadores familiares de personas con enfermedad crónica en las regiones de frontera colombiana: perfil y carga percibida de cuidado; demostró que existe una relación directa entre el cuidado de las personas con ECNT y la salud del cuidador de los mismos, donde la familia representa la fuente de apoyo permanente del paciente enfermo [125].

Para inicios del año 2015, la Investigación cualitativa titulada, experiencia de HTA en la relación paciente, familia y contexto de ayuda, concluyó que la inclusión de estrategias narrativas y conversacionales entre el paciente y su familia posibilita el intercambio de experiencias de la enfermedad y por consiguiente la generación de factores que garantizan bienestar y calidad de vida del paciente y el mejoramiento de la dinámica familiar presente. Esto posibilita la inclusión de la familia en la

generación de posturas narrativas conversacionales que facilitan la reconfiguración de los relatos y de las dinámicas relacionales [126].

En el año 2016 Gutiérrez y Moreno en su investigación titulada, percepción del cuidado familiar de pacientes con enfermedad crónica no trasmisible sobre condiciones de seguridad del entorno hospitalario en una institución de segundo nivel, demostraron que los cuidadores familiares de los pacientes con ECNT tienen conocimiento en torno al cuidado necesario de los mismos dentro y fuera de las instituciones hospitalarias, además manifestaron que la información educativa que proporciona el personal sanitario es insuficiente en temas relacionados con derechos, deberes del paciente, prevención de riesgos y actuaciones ante eventos no esperados dependientes de los riesgos de la atención sanitaria [140].

El estudio realizado en Costa Rica para el año 2017 en torno al acompañamiento y cuidado holístico de enfermería en personas con enfermedades crónicas no adherentes al tratamiento, determinó que la atención holística por parte del personal sanitario representa una herramienta para alcanzar bienestar y la sanación integral de la persona, estos resultados sugieren que en la atención de pacientes con ECNT se deben de incluir este tipo de estrategias para garantizar cambios en los estilos de vida y adherencia a los medicamentos del hipertenso [141].

En la investigación realizada por Santana y Pérez, la cual buscaba describir el comportamiento de la agregación familiar de la HTA, demostró que el soporte familiar es responsable hasta de un 60% de la aparición de la patología y que la modificación de los factores de riesgo que predisponen al desarrollo de la enfermedad como la dieta inadecuada, la ausencia de actividad física, etc, dependerán de forma directa de las actividades que se desarrollen dentro del núcleo familiar [142].

Para el año 2018 Poma et al, realizan una investigación con 414 participantes de 20 a 64 años de edad denominada, *Family Functionality and Modifiable Risk Factors for Arterial Hypertension*, este estudio determinó que existe una estrecha relación entre la funcionalidad familiar y la aparición de factores de riesgo predisponentes para la aparición de las ECNT en los pacientes, lo anterior demostrado en aquellos pacientes con baja adherencia y con hábitos y estilos de vida inadecuados con funcionalidad familiar baja e inadecuada; de allí la necesidad del establecimiento de actividades y estrategias de prevención y control de los factores de riesgo asociados [143].

Por otro lado, el estudio realizado en Quito en el año 2018 denominado, relación entre el nivel de apoyo socio familiar de pacientes con hipertensión arterial de 60 – 70 años y la carga de medicamentos necesarios para su control óptimo en el centro de salud Conocoto - Quito en el mes de octubre, demostró relación entre el

nivel de apoyo socio familiar de pacientes con hipertensión arterial de 60 – 70 años y la carga de medicamentos necesarios para su control óptimo [144].

Asimismo, para el año 2019 Peralta y Flórez en la investigación de tipo cuantitativo descriptivo de corte transversal, concluyeron que en el manejo del paciente hipertenso se hace necesario concretar la consolidación de relaciones mutuas basadas en la comunicación permanente de la familia y el personal sanitario, estrategia que garantiza un alto nivel de adherencia al tratamiento del paciente crónico [145].

En la investigación denominada acompañamiento al enfermo crónico o terminal y calidad de vida en familia en el año 2019, los autores concluyeron que la familia es la fuente principal de apoyo social, funciona como una red de apoyo que juega como un agente protector para el enfermo crónico y terminal; en esta medida las acciones y actividades que se ejecutan dentro del núcleo familiar contribuyen de forma directa en la generación de actitudes y estrategias en el afrontamiento de la angustia que crea la enfermedad en la etapa final de su ciclo vital [146].

Esquivel, en su investigación denominada, efectividad de la intervención “Desplegando mis recursos personales” sobre la adherencia en pacientes con hipertensión arterial, cuyo objetivo fue determinar la efectividad de una intervención de enfermería, centrada en el uso de los recursos generales de resistencia, para mejorar la adherencia terapéutica en adultos con hipertensión arterial, se comprobó la efectividad de la intervención de los procesos desde la integralidad en la atención, en donde se incluyen aspectos de tipo social, familiar y del personal sanitario [147].

En el Anexo A, se presenta un cuadro resumen donde se describen las características investigativas de los estudios contemplados en el marco de antecedentes investigativos, los cuales se presentan en el orden del contexto internacional y nacional de manera cronológica; es importante aclarar que a nivel regional en el departamento de Córdoba no se encontraron estudios de los últimos 5 años que tributen al tema central de la presente investigación; el mismo comportamiento se evidencio a nivel local en el municipio de Cereté donde se ubica el escenario de estudio y la población objeto.

4. METODOLOGÍA

4.1 TIPO DE ESTUDIO

Se realizó un estudio descriptivo transversal de diseño correlacional; debido a que se determinó el grado de relación entre el nivel de adherencia al tratamiento y el apoyo familiar en pacientes hipertensos inscritos en un programa de salud de una ESE en un periodo determinado del tiempo.

Según Hernández Sampieri, estos estudios buscan en primer lugar medir o recolectar información de forma independiente o conjunta en torno a las variables de estudio a las que se someten [148]; para el presente estudio las variables a tener en cuenta, responden a caracterizar sociodemográfica y clínicamente a la muestra de estudio, medir el nivel de adherencia al tratamiento antihipertensivo y de apoyo familiar de los pacientes con HTA.

Dicha información fue recolectada en un único periodo de tiempo (transversal), el cual tuvo lugar en el trimestre de agosto, septiembre y octubre del año 2021, luego con la información obtenida, tuvo como objetivo conocer el grado de relación o de asociación que existe entre dos o más categorías, variables o conceptos de una muestra de estudio o situación en particular [148] en la presente investigación esta correlación se estableció entre la adherencia al tratamiento antihipertensivo y el apoyo familiar. Estas investigaciones son importantes en la evaluación del grado de asociación entre dos o más variables en las que se realiza medición de las mismas para luego cuantificar y analizar la respectiva asociación o vinculación. Estas correlaciones se argumentan en “hipótesis sometidas a prueba” [148].

4.2 UNIDAD DE ANÁLISIS

Asociación entre el soporte familiar y la adherencia al tratamiento antihipertensivo en personas inscritas en un programa de control de HTA.

4.3 SUJETO DE ESTUDIO

Persona con diagnóstico confirmado de HTA inscrito en el programa de control de HTA del ESE escenario del estudio.

4.4 POBLACIÓN

Pacientes adultos con diagnóstico confirmado de HTA inscritos en el programa de control de HTA en ESE escenario del estudio, en la sede central ubicada en la zona urbana, que a junio del año 2021 corresponden a 1.263 usuarios [149].

4.5 ESCENARIO DE ESTUDIO

La presente investigación se realizó en una Empresa Social del Estado (E.S.E) de primer nivel de atención con un área de cobertura del 100% de los usuarios del régimen subsidiado y un porcentaje del régimen contributivo del área urbana y rural del municipio de Cereté. La ESE ofrece dentro de sus servicios de gestión de riesgo en salud la Rutas de Atención Integral RIAS para grupos de riesgo (ruta cardio vascular metabólica) según los lineamientos técnicos y operativos contemplados en la Política de Atención Integral PAIS y el Modelo de Atención Integral Territorial MAITE.

4.6 MUESTRA

4.6.1 Cálculo de la muestra. Del total de la población (1.263) se tomó una población de 300 personas con HTA a criterio del investigador y apoyado bajo principios estadísticos de precisión, que permiten aproximación del valor obtenido (295) a 300 personas, sin afectar los resultados obtenidos. El cálculo de muestra se realizó aplicando la fórmula para poblaciones finitas [150], con un nivel de confianza del 95% (Z: 1.96), un margen de error (intervalo de confianza) del 5% (d=0,05) y una probabilidad de 0,5 (p=0,5 q=0,5) que dio como resultado 295 y que a juicio del investigador se aumentó a 300, tal como se muestra a continuación.

$$n = \frac{N \cdot Z^2 \cdot p \cdot q}{d^2 \cdot (N-1) + Z^2 \cdot p \cdot q} = 295 = 300$$

En donde:

N= Tamaño de la población [1263]

Z = nivel de confianza [95% = 1,960]

p = probabilidad de éxito, o proporción esperada [0,5]

q = probabilidad de fracaso [0,5]

d = precisión (error máximo admisible en términos de proporción) [0,05]

4.6.2 Tipo de muestreo. Se realizó un muestreo probabilístico aleatorio sistemático, teniendo en cuenta las agendas diarias de atención, a partir del listado de pacientes seleccionados para la muestra del programa de control de HTA que asisten a cita médica en la sede urbana del ESE escenario de estudio.

4.7 CRITERIOS DE INCLUSIÓN

- Personas que asisten control de HTA en el periodo de estudio.
- Ser mayor de edad
- Participación voluntaria e informada.

4.8 CRITERIOS DE EXCLUSIÓN

- Presentar déficit sensorial, mental y/o cognitivo.
- Pacientes en estado agudo de la hipertensión.
- Pacientes inscritos en el programa de control de HTA en las sedes del área rural del ESE escenario de estudio.

4.9 MATERIALES Y MÉTODOS

4.9.1 Instrumentos. Para la recolección de información, como primer recurso se empleó el cuestionario de la ficha de características sociodemográficas y clínicas diseñado por el investigador, que contempla las variables de estudio en respuesta al primer objetivo de la investigación (Anexo B).

Así mismo, se revisaron previa autorización de la ESE, las bases de datos de seguimiento a prestadores y precursoras de cada entidad prestadora de planes de beneficio EAPB con la que se tiene contratación en la E.S.E escenario de estudio; estas matrices de seguimiento para las Enfermedades de Alto Costo EAC contienen la información en cuanto a la caracterización sociodemográfica de la población objeto de estudio, además de incluir las características clínicas de la población e información sobre la adherencia de los pacientes a la ruta cardiovascular metabólica.

Las estructuras de seguimiento permitieron evaluar de manera específica las condiciones de la terapia farmacológica por paciente, a través de la identificación cuantitativa los valores del peso, talla, Índice de Masa Corporal IMC, tensión arterial sistólica y diastólica, resultados de laboratorio de creatinina, Bun, Urea, tasa de filtración glomerular, colesterol total, colesterol HDL, colesterol LDL y glicemia.

Para la recolección de la información de las variables centrales del estudio, se utilizó la Escala soporte familiar (*Family Support Scale (FSS) for Elderly People*) versión española [151] y el instrumento de adherencia al tratamiento en los pacientes con HTA (*Treatment Adherence Questionnaire for Patients with Hypertension* TAQPH versión español) de Esquivel [152].

Escala de soporte familiar en personas adultas (FSS) (*Family Support Scale (FSS) for Elderly People*) (Anexo C). La escala surgió de la necesidad de evaluar el sistema de apoyo familiar en pacientes ancianos en Bangladesh, como producto de la revisión sistemática de los diferentes instrumentos de evaluación del apoyo social y familiar del margen internacional bajo particularidades sociales, culturales y de servicios de salud diferentes [152,153], utilizando métodos de validación de contenido se ha reportado un nivel de confiabilidad aceptable, que respalda las propiedades psicométricas del instrumento para medir el soporte familiar [151].

La Escala soporte familiar FSS (por sus siglas en inglés) evalúa el soporte familiar percibido a través de 20 áreas [151,154]: amor, respeto, actividades diarias, actividades religiosas, información, apoyo emocional, decisiones importantes, necesidades personales, eventos sociales, problemas personales, ayuda en la resolución de problemas, salud, tratamiento, gente importante, dinero, comida, sueño, compañía, felicidad y satisfacción. Está constituida por 20 ítems, cada ítem se mide a través de una escala tipo Likert de 4 puntos con posibles puntuaciones que van de 0 (no) a 3 (mucho), con un puntaje total de 0 a 60 puntos. Los puntajes más altos reflejan una mayor percepción de apoyo familiar de los ancianos. Las puntuaciones más altas reflejan una mayor percepción apoyo familiar. Según el autor se puede dividir la puntuación total de apoyo familiar por tres: una parte de la puntuación o menos de una parte indica un nivel bajo, dos partes de las puntuaciones indican un nivel moderado, más de dos partes de las puntuaciones indican un nivel alto / bueno de apoyo familiar ($60 / 3 = 20$), 0 a 20 = bajo, 21 a 40 = moderado, 41 a 60 = alto) [151].

La Escala FSS para personas mayores fue probada para fiabilidad de la consistencia. Se utilizó el programa SPSS para analizar los datos. Los 20 elementos se ingresaron en el programa y se analizaron. El resultado fue un coeficiente alfa de Cronbach de 0,94 [151]. La escala de apoyo familiar se desarrolló con base a los hallazgos de la literatura. Se identificaron veinte áreas de apoyo durante la literatura revisión. Aproximadamente 10 de estas áreas se encontraban en instrumentos de estudios anteriores para medir el apoyo familiar: amor, actividades religiosas, necesidades personales, respeto, dinero, información, empresa, problemas personales y salud [151].

El autor de la escala también incluyó un ítem general de "Cuidando bien" que cubría una variedad de áreas de apoyo, incluyendo actividades diarias, apoyo

emocional, decisiones importantes, eventos sociales, problemas resueltos, tratamiento, persona importante, comida, sueño, felicidad y satisfacción [151]

Instrumento de adherencia al tratamiento en los pacientes con HTA. (*Treatment Adherence Questionnaire for Patients with Hypertension* TAQPH versión español) de Esquivel [147] (Anexo D); traducido del diseño original de Chunhua Ma et al, [155], que permite medir la adherencia al tratamiento farmacológico y no farmacológico (estilo de vida) en personas con HTA.

El TAQPH, está constituido por 28 ítems y utiliza una escala tipo Likert con puntuación de 1 a 4, donde 1 = “nunca”, 2 = “algunas veces”, 3 = “la mayoría de veces” y 4 = “todo el tiempo”. Este instrumento evalúa seis dimensiones: medicación (9 ítems); dieta (9 ítems); control de estimulantes –como café, alcohol o cigarrillo– (3 ítems); ejercicio (2 ítems); control del peso (2 ítems), y manejo del estrés (3 ítems). Cada ítem se encuentra redactado de forma positiva y negativa en el que la puntuación total se obtiene sumando el resultado de cada ítem evaluado en un rango de 28 a 112 puntos; de esta manera, cuando mayor es el resultado obtenido, mejor será la adherencia terapéutica del paciente al tratamiento. El valor de corte para una adherencia terapéutica es de 84 puntos [156].

Las propiedades psicométricas del instrumento se determinaron por su eficacia de contenido con la relevancia y pertinencia de 33 ítems, de los cuales se eliminaron 5 por no alcanzar cargas factoriales mayores a 0,4 definidas para el análisis, por lo que finalmente el instrumento quedó conformado por 28 ítems, posee una relación positiva con validez externa y una confiabilidad, representada por las correlaciones de los ítems totales las cuales variaron de 0,31 a 0,66. 19 de los 28 ítems (67,9%); lo que lo constituye como un instrumento relevante para determinar la adherencia al tratamiento de los pacientes con HTA desde el ámbito clínico e investigativo [155].

4.9.2 Procedimiento para la recolección de la información. Para el uso de los instrumentos se contó con la autorización de los autores por medio de correo electrónico (Anexo E). Asimismo, para la recolección de la información en el escenario de estudio, se solicitó de forma escrita direccionada por la coordinación de la maestría en Salud Pública de la Universidad de Córdoba al representante legal de la ESE, autorización para la aplicación de los instrumentos de recolección de la información (Anexo F) en los espacios de las salas de espera de la consulta externa de la sede urbana de atención para la población con HTA (sede centro); donde se tuvo una respuesta afirmativa, firmada por el representante legal (Anexo G).

Fases del procedimiento para la recolección de la información.

- **Fase 1:** durante el proceso de recolección de la información se utilizó como elemento importante el uso del consentimiento informado (Anexo H) el cual fue requisito fundamental para la aplicación de los instrumentos a cada participante; dichos consentimientos fueron firmados por el paciente (firma o huella) previo a la recolección de la información.
- **Fase 2:** previo a la aplicación de los instrumentos, se solicitó en cada día de trabajo la programación impresa de las agendas medicas de pacientes con HTA, las cuales incluyen el número total de usuarios programados durante la consulta con un tiempo de atención de 30 minutos para cada uno.
- **Fase 3:** se realizó prueba piloto con una muestra de 30 usuarios; no se identificaron limitaciones durante el proceso demostrando la viabilidad del estudio.
- **Fase 4:** se identificó que diariamente se atendían 36 usuarios en total, durante ese proceso se aplicaron saltos de manera aleatoria en las agendas, identificando los usuarios con HTA con los que se recolectaría la información, a los cuales se le aplicaron los instrumentos de medición TPQHA y FSS previo al ingreso al consultorio o después de la atención médica, en un tiempo estimado de 20 minutos. La recolección de la información se realizó por parte del investigador y de auxiliares investigativos capacitados para tal fin; en este proceso se usó el espacio de la sala de espera de las diferentes sedes de la institución para garantizar accesibilidad, comodidad y confidencialidad de los participantes.
- **Fase 5:** el proceso de tabulación de la información se realizó en una matriz diseñada por el investigador en hoja de cálculo de Excel, versión 2010, en la que se incluyeron las variables de interés clínicas y sociodemográficas y las respuestas de los instrumentos TPQHA y FSS. En todo el proceso se mantuvo el anonimato y confidencialidad de la información registrada.
- **Fase 6:** en todo el proceso de recolección de la información se realizó el control de posibles sesgos para este tipo de estudios. Para controlar el sesgo de selección, se utilizó el tipo de muestreo aleatorio sistemático. Para controlar el sesgo de información, se utilizaron instrumentos válidos y confiables, a los cuales se les realizó pruebas de consistencia interna.
- **Fase 7:** Se calculó el alfa de Cronbach y el omega de McDonald para evaluar la fiabilidad de los instrumentos TPQHA y FSS en la población estudiada. Los

resultados se muestran en la tabla 3 donde se puede observar que, se obtuvo para la escala TAQPH un Alpha de 0,94 y un Omega de 0,95, asimismo para el FSS el resultado del alfa de Cronbach fue 0,80 y del Omega 0,82, resultados indican que son instrumentos válidos y confiables para ser usados en la investigación, teniendo en cuenta que con mayor tendencia del alfa de Cronbach y Omega a 1, mayor será la consistencia interna o precisión con que se mide la variable que se pretende medir.

Tabla 3. Alfa de Cronbach y Omega

Instrumento	alfa de Cronbach [IC]	Omega
Escala Apoyo familiar (FSS)	0.94 [0.93 – 0.95]	0.95
Instrumento Adherencia al tratamiento en pacientes con HTA (TPQHA)	0.80 [0.76 - 0.83]	0.82

IC: intervalos de confianza del alfa al 95%

Fuente: elaboración propia.

4.10 ANÁLISIS ESTADÍSTICOS

La información fue analizada en el programa estadístico The R Project For Statistical Computin V4.0.5-2021[157]. Teniendo en cuenta que en la investigación existen variables cualitativas y cuantitativas, se utilizó la estadística descriptiva para el análisis univariado y la estadística inferencial para el análisis bivariado. Para la descripción de las variables cualitativas se utilizaron frecuencias y porcentajes. En el caso de las variables cuantitativas se utilizaron medidas de tendencia central, de dispersión y de posición.

Todos los datos cuantitativos se analizaron inicialmente mediante la prueba de Shapiro-Wilk para evaluar la distribución normal. Para evaluar la relación entre el apoyo familiar y la adherencia al tratamiento se utilizó la prueba exacta de Fisher y el coeficiente de correlación de Spearman. Los valores de $p < 0,05$ se consideraron significativos. En este punto, se tuvo en cuenta la variable independiente de estudio (apoyo familiar) y la variable dependiente (adherencia al tratamiento antihipertensivo) las cuales determinan la hipótesis del investigador; “a mayor grado de apoyo familiar mejor adherencia al tratamiento antihipertensivo, asimismo, a menor grado de apoyo familiar, menor adherencia antihipertensiva tendrán los pacientes con HTA, connotación que las hace directamente proporcionales, es decir que existe una relación lineal de tipo directa” [158].

4.11 PRESENTACIÓN DE LA INFORMACIÓN

La presentación es proyectada en un informe escrito bajo los protocolos de presentación de informe de la Maestría en Salud Pública de la Universidad de Córdoba, que incluye los apartes teóricos, análisis estadísticos, resultados de medición cuantitativos y gráficos, y resultados de los mismos en respuesta a los cuatro objetivos específicos planteados en la investigación.

4.12 ASPECTOS ÉTICOS

El presente proyecto, estuvo sometido a revisión y evaluación por parte del comité de evaluación técnico – científico de la Maestría en Salud Pública de la Universidad de Córdoba en el que se determinó la viabilidad del mismo en concordancia con las líneas de investigación existentes, además de la relevancia de la temática de estudio en el campo de la salud pública. Asimismo, contó con el aval del representante legal de la E.S.E escenario de estudio.

En todas las fases del estudio se dio cumplimiento a los principios éticos y pautas instauradas en el Código de Núremberg y la Declaración de Helsinki, en las que se determinan los principios fundamentales para realizar investigación con seres humanos [159], además de obedecer con la regulación en Colombia para la investigación en salud a través de la Resolución 008430 del Ministerio de Salud y Protección Social de 1993, por la cual se establecen las normas científicas, técnicas y administrativas para la investigación en salud, y apoyado en el numeral b, artículo 1, del título II, capítulo 1, el estudio fue clasificado en la categoría de investigación “sin riesgo” por ser un estudio que emplean técnicas y métodos de investigación documental retrospectivos y aquellos en los que no se realiza ninguna intervención o modificación intencionada de las variables biológicas, fisiológicas, psicológicas o sociales de los individuos que participan en el estudio, entre los que se consideran: revisión de historias clínicas, entrevistas, cuestionarios y otros en los que no se le identifique ni se traten aspectos sensitivos de su conducta [160].

Así mismo responde a las normas éticas de carácter internacional en la investigación biomédica en seres humanos CIOMS [161], la Ley 911 de 2004 que establece la responsabilidad deontológica para el ejercicio de la profesión de enfermería en Colombia [162], la Ley estatutaria 1581 de 2012 [163] en conjunto con el decreto 1377 de 2013 [164] que dicta disposiciones generales para la protección de datos personales en Colombia.

De conformidad con los anteriores reglamentos, la presente investigación empleó el uso del consentimiento informado a través del cual se explicó al sujeto de estudio los objetivos de la investigación y la respectiva autorización en la participación de la misma, garantizando los principios de confidencialidad y

respaldo de información personal; de esta manera previo a la recolección de la información se garantizó la firma y revalidación de participación voluntaria por parte del paciente en la que no se incluyó información de carácter sensible a la discriminación como creencias religiosas, preferencias políticas, organizaciones sociales o sindicales pertenencia étnica. Bajo estas consideraciones, la información personal que se recolectó fue la estrictamente necesaria y oportuna para el cumplimiento de los objetivos de la investigación, en los que se asignó en lugar de nombres, números durante la recolección y análisis de los datos. Toda la información recolectada fue de uso exclusivo por parte del investigador sin necesidad de propagación o transferencia de la misma a terceros.

4.12.1 Principios éticos

Beneficencia y no maleficencia. Este principio determinó el hecho de no haber generado el más mínimo daño a la persona. En la presente investigación se procuró que los beneficios fueran mayores en aras de evaluar el estado de adherencia terapéutica en los pacientes con HTA. No se presentaron situaciones de alteración emocional (llanto, estrés, ansiedad) se tuvo en cuenta el retiro voluntario del sujeto de estudio a voluntad propia; se tuvo en cuenta que, para las situaciones de alteración emocional, se debía solicitar apoyo al personal interdisciplinario de la institución como trabajador social o psicología, de conformidad con el artículo 12 de la Resolución 008430 de 1993.

Confidencialidad y privacidad. Previo a la recolección de los datos cada participante recibió la información necesaria y requerida que garantizaron la confidencialidad y privacidad de su información, en este sentido la identidad de cada participante fue protegida a través del uso de códigos en lugar de nombres. Toda la data recolectada fue de uso exclusivo del investigador para fines exclusivos relacionados con la academia bajo la línea de investigación de la Maestría en Salud pública. La presentación de la información y publicación de sus resultados se realizó bajo estos principios sin la utilización de datos de identidad de ningún participante.

Veracidad y Fidelidad. A cada uno de los participantes se le socializó la metodología de trabajo y la información en cuanto a la naturaleza del estudio incluyendo el riesgo del mismo y el tiempo de la aplicación de instrumentos haciendo uso del consentimiento informado.

Autonomía. La presente investigación se realizó con la participación voluntaria, potestativa y discrecional de cada uno de los participantes, los cuales hicieron uso del derecho de retiro voluntario en cualquier momento del proceso y el investigador no empleó métodos disuasivos ni invasivos una vez tomada y manifestada la decisión. Tales criterios fueron socializados previo a la firma del consentimiento informado.

Reciprocidad. Una vez se realizó la validación y análisis del presente proyecto de investigación por parte del comité técnico – científico de la maestría en salud pública, se dio inicio al proceso de recolección y análisis de la información, los cuales a su vez fueron sometidos a revisión por parte del director temático y metodológico asignado de manera permanente; asimismo, una vez se terminó la organización del manuscrito en forma y contenido, se procedió a la revisión y crítica por pares de evaluación externo. Finalmente, los resultados objetivos se socializarán en los escenarios académicos e institucionales respectivos.

Justicia. Los directivos de la E.S.E escenario de estudio al igual que el talento humano en salud de la ruta cardiovascular metabólica y sus pacientes recibirán retroalimentación de los resultados obtenidos de la presente investigación, asimismo se facilitará la información pertinente en los procesos de mejora desde cada uno de los componentes evaluados.

4.12.2 Aspectos de propiedad intelectual y derechos de autor. La presente investigación ha respetado la propiedad intelectual y derechos de autor de las diferentes fuentes bibliográficas tomadas como recurso de representación teórica y referencial que han contribuido a dar soporte científico y respaldo investigativo a cada uno de los componentes del cuerpo escrito; esto bajo los lineamientos establecidos en la ley 23 de 1982 [165] y la decisión andina 351 de 1993 [166] en Colombia, a través de los cuales se establece la regulación del derecho de autor y derechos conexos.

Asimismo, una vez finalizado el proceso de análisis de la información, la publicación de los resultados estará sujeta a revisión sistemática y evaluativa en los diferentes comités científicos universitarios previo a la publicación del mismo en los repositorios académicos de la Universidad de Córdoba.

4.13 ESTRATEGIA DE SOCIALIZACIÓN DE LOS HALLAZGOS.

Los resultados del presente proyecto fueron socializados de manera inicial en los diferentes escenarios académicos y de evaluación interna de la Universidad de Córdoba, de forma escrita al director temático y metodológico, asimismo será socializado a través de una presentación al comité y jurados asignados por parte de la Maestría en Salud Pública posterior a su aprobación, resultante de la evaluación de los asesores y pares externos designados. Asimismo, de los resultados obtenidos se procederá a la realización de un artículo científico, el cual será enviado para evaluación en revistas indexadas a nivel nacional e internacional.

5. ANÁLISIS DE LOS RESULTADOS

A continuación, se presentan los resultados del estudio teniendo en cuenta el cumplimiento de los objetivos de la investigación.

5.1 CARACTERÍSTICAS SOCIODEMOGRÁFICAS Y CLÍNICAS DE LA MUESTRA

5.1.1 Características sociodemográficas. En el estudio se halló una edad mínima de 38 años y edad máxima de 94 años. La edad promedio fue de 64 ± 10.9 años. Según el curso de vida la mayor proporción se encuentra concentrada en la vejez con un 61,7%, seguido de la una edad adulta con un 38,3%, tal como se aprecia en la tabla 4.

Tabla 4. Edad agrupada por de curso de vida

Curso de vida	Frecuencia	Porcentaje (%)
Adulthood	115	38.3
Old age	185	61.7

Fuente: ficha de características sociodemográficas y clínicas diseñado por el investigador

Fuente: elaboración propia

Teniendo en cuenta que los factores de riesgo del padecimiento de las patologías crónicas no transmisibles como la HTA aumentan proporcionalmente a la edad, los resultados encontrados, determinan la necesidad de la aplicabilidad de los procedimientos e intervenciones a la población de edades extremas desde la promoción y mantenimiento de la salud contemplados en la Resolución 3280 del año 2018 y las acciones de recuperación de la misma por medio de la ruta cardiovascular y metabólica.

De los 300 pacientes entrevistados, el 69% fueron mujeres, lo cual responde al índice poblacional de la cohorte total de pacientes con HTA de la ESE escenario de estudio en la cual el 75% son mujeres. Con relación al nivel de escolaridad se encontró bajo nivel educativo, teniendo en cuenta que el 49% del total de pacientes encuestados sólo realizaron estudios de básica primaria y teniendo en cuenta que un 16,7% manifestaron ningún tipo de estudios. Los hallazgos son relevantes si se tiene en cuenta que el nivel educativo puede influir en el grado de comprensión de las recomendaciones dadas por el personal de salud y por tanto en la adherencia terapéutica, como se evidencia en la tabla 5.

Tabla 5. Características sociodemográficas de la muestra (n=300)

Característica	Frecuencia	Porcentaje (%)
Género		
Hombre	93	31.0
Mujer	207	69.0
Nivel de escolaridad		
Ninguno	50	16.7
Prescolar	11	3.7
Básica primaria	147	49.0
Básica secundaria	76	25.3
Técnico	9	3.0
Universitario	7	2.3
Estrato socioeconómico		
1	230	76.7
2	62	20.7
3	8	2.6
Raza		
Afroamericano	9	3.0
Blanco	32	10.7
Mestizo	259	86.3

Fuente: elaboración propia.

En la tabla 5 se puede observar que la mayor proporción de los sujetos de estudio pertenecen a estrato socioeconómico 1 (76,7%) y estrato 2 (20,7 %) correspondiente a estrato bajo-bajo y bajo respectivamente, que puede representar posiblemente factores de riesgo para la población con HTA sujeto de estudio asociados a la adherencia terapéutica; si se tiene en cuenta que en esta estratificación socioeconómica se agrupan personas que suelen tener marcadas necesidades básicas insatisfechas por alto nivel de pobreza monetaria [21]. En cuanto a la raza, los resultados hallados no fueron determinantes en la muestra de estudio.

5.1.2 Características clínicas: variables conductuales. A continuación, se presentan los resultados agrupados por variables conductuales relacionadas con el manejo de la HTA tales como la alimentación, el ejercicio, el tabaquismo y el consumo de alcohol. Las variables presentadas a continuación, fueron categorizadas teniendo en cuenta la guía de práctica clínica para el manejo de la HTA en Colombia, tal como se muestra en el anexo B.

Tabaquismo. Del total de encuestados 76 de ellos manifestaron que consumen cigarrillos. Las tablas 6, 7 y 8 muestran los resultados que evidencian la magnitud del problema frente a la presencia del factor de riesgo tabaquismo,

asociado al desarrollo de eventos cardiovasculares [4,81]. El promedio de consumo de cigarrillos por día fue de 10.9, con un tiempo promedio de consumo de 16 años con un promedio de Índice Paquetes Año (IPA) de 13.2. No obstante, el tabaquismo es considerado un factor de riesgo modificable, mediante intervenciones orientadas a la cesación del tabaco entregadas por personal especializado.

Tabla 6. Estadísticos de tendencia central y dispersión del número de cigarrillos que consumen en la muestra de estudio (n=76)

Número de cigarrillos	Valor
Mínimo	1
Máximo	40
Promedio	10.9
Mediana	8.5
Desviación estándar	11.1

Fuente: elaboración propia.

Tabla 7. Estadísticos de tendencia central y dispersión del número de años consumiendo cigarrillos en la muestra de estudio (n=76)

Número de años	Valor
Mínimo	1
Máximo	55
Promedio	16.6
Mediana	10
Desviación estándar	15.2

Fuente: elaboración propia.

Tabla 8. Estadísticos de tendencia central y dispersión del Índice paquete año (IPA) en la muestra de estudio (n=76)

IPA	Valor
Mínimo	0.05
Máximo	100
Promedio	13.2
Mediana	3
Desviación estándar	21.7

Fuente: elaboración propia.

Consumo de alcohol. En la tabla 9 se puede observar que un 78,3% del total de la muestra de estudio manifestaron no consumir alcohol, mientras que un 20% refieren consumo ocasional. En cuanto a la alimentación saludable un 76,7% afirma consumir frutas y un 97,7% verduras, mientras que un 87,7% manifiesta no consumir ningún tipo de comida chatarra; asimismo, el 51,3% niega el consumo frecuente de grasas saturadas y de azúcares (43%). Los resultados muestran que un porcentaje significativo de la muestra de estudio, manifestó tener una alimentación balanceada por el consumo de frutas y vegetales, lo cual es considerado un factor protector dentro de las medidas terapéuticas de su enfermedad. La modificación de la dieta en la HTA es trascendental para el logro de los objetivos y las metas terapéuticas del paciente [38,41], desde el descubrimiento de las estrategias de manejo terapéutico, se le ha dado gran importancia a la reducción de sodio en la alimentación del paciente con HTA [44], sumado a estrategias internacionales que buscan la garantía del establecimiento de patrones dietarios acordes a las necesidades fisiológicas de esta población [48,49,142].

Tabla 9. Características clínicas: variables conductuales (n=300)

Variable	Frecuencia	Porcentaje (%)
Consumo de alcohol		
Nunca	235	78.3
Ocasional	60	20.0
Semanal	5	1.7
Consumo de frutas		
Si	230	76.7
No	70	23.3
Consumo de verduras		
Si	293	97.7
No	7	2.3
Consumo de comida chatarra		
Si	37	12.3
No	263	87.7
Consumo de grasas		
Si	146	48.7
No	154	51.3
Consumo de azúcares		
Si	171	57.0
No	129	43.0
Intensidad de la actividad física		
Sedentario	97	32.3
Ligero	79	26.3
Moderado	77	25.7
Vigoroso	47	15.7

Frecuencia de la actividad física

Menor a 150 minutos/semana	172	57.3
Mayor a 150 minutos/semana	128	42.7

Fuente: elaboración propia.

En cuanto a la intensidad y frecuencia de la actividad física, como parte importante del tratamiento de la HTA, se halló que del total de la muestra el 32% se clasificó como sedentaria, seguido de un 26,3% que realiza actividad física ligera. Del 67,7% de la población que manifestó hacer algún tipo de actividad física, el 57,3% refiere realizarlo en un tiempo menor 15^o minutos por semana y un 42,7% manifestó hacerlo en un tiempo mayor de 150 minutos por semana.

5.1.3 Características clínicas: variables de riesgo cardiovascular y de enfermedad renal. A continuación, se presentan los resultados agrupados por variables que evalúan el riesgo cardiometabólico en el manejo de pacientes con HTA a partir del perfil lipídico, el índice de masa corporal

Perfil lipídico. Tomando como referencia los resultados de los laboratorios de los últimos 6 meses; se encontró que la mayor proporción de la muestra tiene resultados deseables en los exámenes de triglicéridos (53%), colesterol total (75,3%), HDL (68,7%) y LDL óptimo (49%) teniendo en cuenta los lineamientos establecidos en la Guía de práctica clínica para la prevención, detección temprana, diagnóstico, tratamiento y seguimiento de las dislipidemias en la población mayor de 18 años del Ministerio de Salud y Protección Social. Si bien en la muestra de estudio, estos parámetros mostraron resultados de laboratorio acorde a lo esperado, en una proporción importante de la muestra, se esperaría que la fue mayor considerando la exigencia del cumplimiento de metas para alcanzar estándares de calidad en los programas de control de HTA ya que se encontraron porcentajes significativos de pacientes fuera de la meta con HDL bajo (31,3%) y triglicéridos alto (23,7%), tal como se muestra en la tabla 10.

Tabla 10. Características clínicas: perfil lípido en la muestra de estudio (n=300)

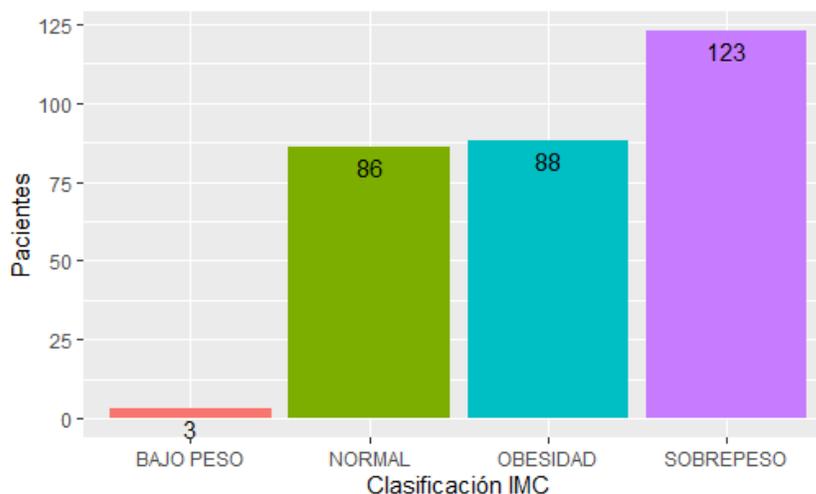
Variable	Frecuencia	Porcentaje (%)
Clasificación Triglicéridos		
Deseable	159	53.0
Límite	69	23.0
Alto	71	23.7
Muy alto	1	0.3
Clasificación Colesterol total		

Deseable	226	75.3
Límite	61	20.3
Alto	13	4.3
Clasificación LDL		
Óptimo	147	49.0
Cercano al óptimo	113	37.7
Límite	31	10.3
Alto	9	3.0
Clasificación HDL		
Bajo	94	31.3
Deseable	206	68.7

Fuente: elaboración propia.

Índice de masa corporal. En la figura 2, se evidencian los resultados obtenidos en relación al Índice de Masa Corporal (IMC), tomando como referencia la relación del peso y la talla de los últimos 6 meses, del total de la muestra, el 41% que corresponde a 123 pacientes se encontraron en sobrepeso, seguido de un 29,3% en obesidad grado 1.

Figura 2. Características clínicas: índice de masa corporal en la muestra de estudio (n=300)



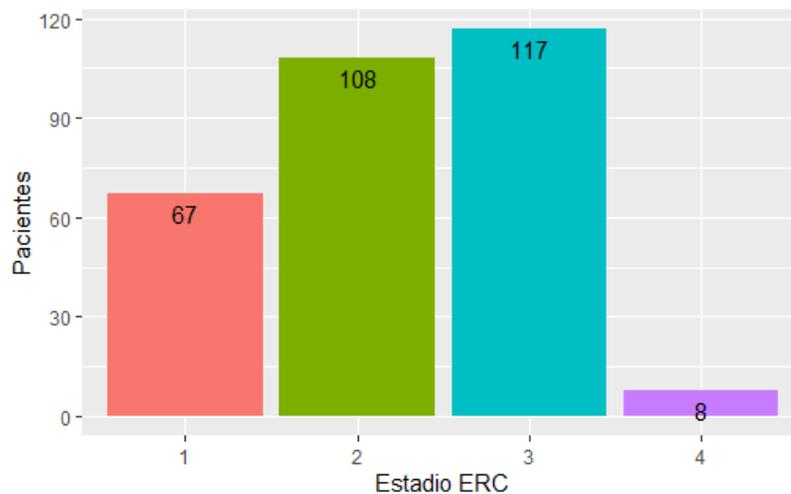
Fuente: elaboración propia.

El sobrepeso y la obesidad han demostrado ser uno de los factores de riesgo con mayor capacidad para el desarrollo de alteraciones cardiovasculares sistémicas, además de estar directamente relacionado con el riesgo del padecimiento de diabetes mellitus, dislipidemias e insuficiencia cardiaca; todo esto, debido al aumento en la resistencia a la insulina, aumento de la actividad adrenérgica y de

las concentraciones de aldosterona, que a su vez contribuyen a la retención de sodio y agua y por consiguiente al aumento del gasto cardiaco y alteración de la función endotelial [105]. En este sentido, según los hallazgos encontrados en la muestra de estudio, se evidencia un elevado factor de riesgo para el desarrollo de los eventos descritos, puesto que el 70% de los pacientes tienen IMC alterado, acompañado del cumplimiento parcial de las indicaciones de la dieta y el sedentarismo. De esta manera, se hace necesario la prioridad en las intervenciones al paciente frente a estos factores de riesgo para la modificación del patrón de conducta actual, bajo el acompañamiento de especialistas en nutrición y deporte para el establecimiento de metas en cuanto al peso a través de la modificación del patrón alimenticio y de la actividad física a corto plazo.

Riesgo de enfermedad renal crónica. En la figura 3 se muestra la clasificación según el estadio de la enfermedad renal crónica de la muestra de estudio, tomando como parámetro los resultados de los laboratorios de los últimos 6 meses de la Tasa de Filtración Glomerular; se encontró que la mayor proporción del total de la muestra está clasificada en estadio 3 (39%) y estadio 2 (36%).

Figura 3. Características clínicas: estadio de enfermedad renal crónica en la muestra de estudio (n=300)



Fuente: elaboración propia.

Teniendo en cuenta los hallazgos encontrados, el 41,6% de la población presenta daño renal, la cual es una de las complicaciones más comunes de la HTA cuando permanecen cifras de TA elevadas de acuerdo a lo establecido por la AHA [107], acompañado de inadecuado manejo del tratamiento farmacológico y no farmacológico de los pacientes; aunque, además, podría estar sujeto a

diagnósticos tardíos de la enfermedad hipertensiva. Estos resultados priorizan la necesidad de aumentar el seguimiento en frecuencia e intensidad de los pacientes con HTA y daño renal sin diálisis, teniendo en cuenta que aumenta el riesgo del desarrollo de patologías secundarias como la ICC. Por otro lado, se hace necesario garantizar el seguimiento médico especializado a esta población, monitorizar las metas terapéuticas de forma mensual y buscar alternativas de tratamiento efectivas orientadas a la protección renal frente al diagnóstico de HTA preexistente.

5.1.4 Características clínicas: antecedentes cardiovasculares. En la tabla 11 se muestra antecedentes de infarto agudo del miocardio en un 10,7% y de insuficiencia cardiaca congestiva en un 9%, en el total de la muestra. La HTA es considerada el factor de riesgo para la enfermedad cardiocerebrovascular, de ahí la importancia de la adherencia al tratamiento farmacológico y no farmacológico en los pacientes hipertensos para poder prevenir complicaciones agudas que ponen en riesgo la vida.

Tabla 11. Características clínicas: antecedentes cardiovasculares en la muestra de estudio (n=300)

Enfermedad cardiovascular	Frecuencia	Porcentaje (%)
Infarto agudo del miocardio (IAM)		
Si	32	10.7
No	268	89.3
Insuficiencia cardiaca congestiva (ICC)		
Si	27	9.0
No	273	91.0

Fuente: elaboración propia.

5.1.5 Características clínicas: tratamiento farmacológico. Se identificó que para el manejo de la HTA predomina el grupo de fármacos ARA II con un 82,3%, seguido de Estatinas 67,3% y ASA en un 53,3% (ver tabla 12). Es importante resaltar que un 93,7% recibe terapia combinada para el tratamiento de la HTA, siendo más frecuente la combinación de 3 fármacos en un 35% (ver tabla 13). Los resultados permiten evidenciar la adherencia del personal médico a las guías de manejo clínico del paciente con HTA definidas por el Ministerio de Salud y de Protección Social en la RIA cardiocerebrovascular y metabólica, como estrategia terapéutica basada en la evidencia recomendada para el logro de metas de control en la población hipertensa.

Tabla 12. Características clínicas: tratamiento farmacológico en la muestra de estudio (n=300)

Grupo de Fármacos	Frecuencia	Porcentaje (%)
IECA		
Si	31	10.3
No	269	89.7
ARA II		
Si	247	82.3
No	53	17.7
Antagonistas del calcio		
Si	74	24.7
No	226	75.3
Betabloqueantes		
Si	62	20.7
No	238	79.3
Alfabloqueadores		
Si	12	4.0
No	288	96.0
Diuréticos		
Si	134	44.7
No	166	55.3
Estatinas		
Si	202	67.3
No	98	32.7
ASA		
Si	140	53.3
No	160	46.7

Fuente: elaboración propia.

Tabla 13. Características clínicas: tratamiento farmacológico combinado en la muestra de estudio (n=300)

Número de fármacos combinados	Frecuencia	Porcentaje (%)
1	19	6.3
2	77	25.7
3	105	35.0
4	80	26.7
5	19	6.3

Fuente: elaboración propia.

5.2 NIVEL DE ADHERENCIA AL TRATAMIENTO ANTIHIPERTENSIVO EN LA MUESTRA DE ESTUDIO.

El nivel de adherencia del paciente con HTA determina el grado de cohesión al régimen terapéutico y no terapéutico establecido por el personal sanitario, el cual puede estar afectado por elementos de carácter externo y social propios de cada paciente [109], en este sentido, los resultados arrojaron resultados positivos, dado que el 67,7% del total de la muestra se clasificó en adherencia terapéutica, al obtener una puntuación en TAPQH mayor a 84 puntos establecido como punto de corte (ver tabla 14). El promedio de puntuación fue de 89 ± 9.75 (IC 95%= 87.9 - 90.1) y el valor mínimo y máximo del puntaje general de la adherencia al tratamiento fue de 50 y 112 respectivamente.

Tabla 14. Nivel de adherencia al tratamiento antihipertensivo en la muestra de estudio (n=300)

Adherencia terapéutica	Frecuencia	Porcentaje (%)
Adherentes	203	67.7
No adherentes	97	32.3

Fuente: elaboración propia.

Por otro lado, aunque no supone un porcentaje elevado, el 32,3% de los pacientes que no presentaron adherencia a su tratamiento, representan al grupo de pacientes en los cuales se incrementa el riesgo de complicaciones asociadas de su enfermedad y por consiguiente el estado de bienestar y calidad de vida. De esta manera se considera prioritario el abordaje integral del grupo con resultados desviados, a los cuales se le deben de fortalecer los sistemas de información propios de su enfermedad, identificar las barreras de acceso y causas de la inasistencia a las atenciones médicas generales y especializadas, evaluar el régimen farmacológico y posibles cambios en la medicación si fuere necesario, teniendo en cuenta los resultados de los parámetros clínicos y de laboratorio.

A continuación, se describen los resultados encontrados por cada una de las seis dimensiones de adherencia del instrumento que mide el instrumento TAPQH: medicación (9 ítems: 1 - 9), dieta (9 ítems: 10-18), control de estimulantes –como café, alcohol o cigarrillo– (3 ítems: 19 -21), ejercicio (2 ítems: 22 -23), control del peso (2 ítems: 24 -25), y manejo del estrés (3 ítems: 26-28).

Medicación. En la dimensión de medicamentos el puntaje promedio estuvo en 33,6 puntos, de esta manera al interrogar si el paciente se tomaba los

medicamentos con la frecuencia, dosis, y horario indicado por el profesional de la salud el 77,8% de los pacientes respondieron que todo el tiempo lo realizaba, solo el 2,1% manifestó que nunca o algunas veces no cumplían con estas indicaciones. Asimismo, el 87% de los pacientes refirieron no realizar modificaciones de las dosis y de las indicaciones establecidas por el médico, un 74, % han garantizado la permanencia en el consumo de los mismos y el 92% ha permanecido en el consumo de los mismos a pesar de la permanencia de algún tipo de sintomatología, como se aprecia en la tabla 15.

Tabla 15. Frecuencia por ítems del TAPQH: dimensión medicación

Ítem	Nunca 1	Algunas veces 2	Mayoría de veces 3	Todo el tiempo 4	Promedio ± DE	IC
1. ¿Se ha tomado los medicamentos según la frecuencia indicada en la fórmula dada por el médico?	3 (1)	9 (3)	23 (7,7)	265 (88,3)	3.83 ± 0.51	3.78 – 3.89
2. ¿Se ha tomado los medicamentos según la dosis indicada por el médico?	1 (3)	6 (2)	10 (3,3)	283 (94,3)	3.92 ± 0.37	3.87 – 3.96
3. ¿Ha tomado los medicamentos según el horario indicado por el médico?	2 (7)	17 (5,7)	128 (42,7)	153 (51)	3.44 ± 0.63	3.37 – 3.51
4. ¿Se ha tomado los medicamentos por un largo plazo sin interrupciones según indicaciones dadas por el médico?	6 (2)	41 (13,7)	31 (10,3)	222 (74)	3.56 ± 0.80	3.47 – 3.65
5. ¿Se ha tomado los medicamentos según indicaciones del médico, sin aumentar ni disminuir la dosis?	3 (1)	6 (2)	4 (1,3)	287 (95,7)	3.92 ± 0.42	3.87 – 3.96
6. ¿Se ha seguido tomando los medicamentos así no se hayan presentado síntomas de hipertensión?	1 (0,3)	6 (2)	11 (3,7)	282 (94)	3.91 ± 0.37	3.87 – 3.96
7. ¿Ha olvidado tomar sus medicamentos?	137 (45,7)	6 (2)	153 (51)	4 (71,3)	3.41 ± 0.60	3.34 – 3.48
8. ¿Ha suspendido los medicamentos cuando ha sentido que los síntomas han mejorado?	257 (85,7)	7 (2,3)	27 (9)	9 (3)	3.77 ± 0.64	3.70 – 3.85
9. ¿Ha mantenido el uso de los medicamentos a pesar de sentir que los síntomas han empeorado?	7 (2,3)	10 (3,3)	7 (2,3)	276 (92)	3.84 ± 0.58	3.77 - 3.91

Frecuencia N (%); DE: desviación estándar; IC: intervalos de confianza del promedio al 95%
Fuente: elaboración propia.

Dieta. En la dimensión dieta, se obtuvo puntaje promedio de 25. El 82,7% de los pacientes refieren mantener una dieta con bajo consumo de sal todo el tiempo y la mayoría de las veces, el 81,3% manifestaron no consumir todo el tiempo y la mayoría de las veces alimentos con alto contenido de grasa (preparaciones fritas, salsas, aderezos, embutidos); en cuanto al consumo de carnes rojas, tocino, piel de pollo, huevos, vísceras, mariscos, salsas, aceites, manteca y mantequilla, el 34,6% de los pacientes respondió cumplir con esta indicación todo el tiempo y la mayoría de las veces, el 49% ha disminuido el consumo de azúcar y dulces. Asimismo, el 33,3, % ha aumentado el consumo de fibra, un 49% consume todo el tiempo frutas y verduras, un 67,1% no ha aumentado el consumo de granos en su alimentación y solo el 5% ha disminuido el consumo de lácteos bajos en grasa, como se evidencia en la tabla 16.

Tabla 16. Frecuencia por ítems del TAPQH: dimensión dieta

Ítem	Nunca 1	Algunas veces 2	Mayoría de veces 3	Todo el tiempo 4	Promedio ± DE	IC
10. ¿Ha cumplido con una dieta baja en sal?	18 (6)	34 (11,3)	77 (25,7)	171 (57)	3.34 ± 0.90	3.23 – 3.44
11. ¿Ha cumplido con una dieta baja en grasa? Reduciendo el consumo de preparaciones fritas, salsas, aderezos, embutidos (salchichas – salchichón – mortadelas –comidas rápidas en general.	15 (5)	41 (13,7)	75 (25,0)	169 (56,3)	3.33 ± 0.84	3.23 – 3.43
12. ¿Ha cumplido con una dieta baja en colesterol? Reduciendo el consumo de carnes rojas, tocino, piel de pollo, huevos, vísceras (hígado, riñón, pajarilla, corazón), mariscos (camarones – langostinos), salsas (mayonesa – salsas de tomate – vinagretas industriales), aceites, manteca y mantequilla).	31 (10,3)	61 (20,3)	112 (37,3)	96 (32)	2.91 ± 0.97	2.80 – 3.02
13. ¿Ha disminuido el consumo de azúcares y dulces?	23 (7,7)	33 (11)	97 (32,3)	147 (49)	3.23 ± 0.93	3.12 – 3.33

14. ¿Ha aumentado el consumo de fibra? Tales como; papaya, piña, guanábana, duraznos, peras y manzanas; también cereales como avena, quinua y salvado.	58 (19,3)	96 (32)	46 (15,3)	100 (33,3)	2.63 ± 1.14	2.50 – 2.76
15. ¿Ha aumentado el consumo de verduras frescas?	15 (5)	55 (18,3)	33 (11)	197 (65,7)	3.37 ± 0.95	3.27 – 3.48
16. ¿Ha aumentado el consumo de frutas frescas?	54 (18)	94 (31,3)	53 (17,7)	99 (33)	2.66 ± 1.12	2.53 – 2.78
17. ¿Ha aumentado el consumo de granos? Incluye frijol, garbanzo, lentejas, arvejas. Además de frutos secos como el maní, almendras y nueces.	93 (31,1)	108 (36)	43 (14,3)	56 (18,7)	2.21 ± 1.08	2.08 – 2.33
18. ¿Ha aumentado el consumo de productos lácteos bajos en grasa?	162 (54)	91 (30,3)	32 (10,7)	15 (5)	1.67 ± 0.86	1.57 – 1.76

Frecuencia N (%); DE: desviación estándar; IC: intervalos de confianza del promedio al 95%
Fuente: elaboración propia.

Control de estimulantes. La dimensión control de estimulantes, se obtuvo un puntaje promedio general de 10. En cuanto al consumo de café el 35,3% de los pacientes manifestó no haber disminuido el consumo, el 89% todo el tiempo limita el consumo de alcohol, y en un 95,7% el consumo de cigarrillo, como se evidencia en tabla 17.

Tabla 17. Frecuencia por ítems del TAPQH: dimensión control de estimulantes

Ítem	Nunca 1	Algunas veces 2	Mayoría de veces 3	Todo el tiempo 4	Promedio ± DE	IC
19. ¿Ha disminuido el consumo de café?	106 (35,3)	42 (14)	76 (25,3)	76 (25,3)	2.41 ± 1.21	2.27 – 2.54
20. ¿Ha limitado el consumo de bebidas alcohólicas?	15 (5)	4 (1,3)	14 (4,7)	267 (89)	3.78 ± 0.71	3.70 – 3.86
21. ¿Ha dejado de fumar?	12 (4)	1 (0,3)	0 (0,0)	287 (95,7)	3.87 ± 0.60	3.81 – 3.94

Frecuencia N (%); DE: desviación estándar; IC: intervalos de confianza del promedio al 95%
Fuente: elaboración propia.

Actividad física. En cuanto a la realización de actividad física, el 55,7% de los pacientes refiere que nunca realiza ejercicio al menos 5 veces a la semana, frente a un 34,3% de los pacientes que manifestarlo si hacerlo algunas veces y todo el tiempo, de estos, solo el 42 % dedica al menos 30 minutos como tiempo promedio al momento de realizar dicha actividad, como se muestra en la tabla 18.

Tabla 18. Frecuencia por ítems del TAPQH: dimensión actividad física

Ítem	Nunca 1	Algunas veces 2	Mayoría de veces 3	Todo el tiempo 4	Promedio ± DE	IC
22. ¿Ha realizado ejercicios físicos al menos 5 veces a la semana?	167 (55,7)	30 (10)	12 (4)	91 (30,3)	2.09 ± 1.34	1.94 – 2.24
23. Al realizar un ejercicio físico, ¿le ha dedicado al menos 30 minutos?	123 (41)	26 (8,7)	25 88,3)	126 (42)	2.51 ± 1.38	2.36 – 2.67

Frecuencia N (%); DE: desviación estándar; IC: intervalos de confianza del promedio al 95%
Fuente: elaboración propia.

Control del peso. Un 59% de los participantes manifestaron que todo el tiempo han logrado controlar la cantidad de comida y un 42% el control su peso corporal, frente a un porcentaje representativo que no lo ha logrado nunca y sólo algunas veces, lo cual es coherente con los resultados presentados en el IMC que refleja sobre peso y obesidad grado 1 en la muestra de estudio, como lo evidenciado en la tabla 19.

Tabla 19. Frecuencia por ítems del TAPQH: dimensión control del peso

Ítem	Nunca 1	Algunas veces 2	Mayoría de veces 3	Todo el tiempo 4	Promedio ± DE	IC
24. ¿Ha podido controlar la cantidad de comida?	13 (4,3)	38 (12,7)	72 (24)	177 (59)	3.38 ± 0.87	3.28 – 3.48
25. ¿Ha mantenido bajo control su peso corporal?	28 (9,3)	57 (19)	89 (29,7)	126 (42)	3.04 ± 0.99	2.93 – 3.16

Frecuencia N (%); DE: desviación estándar; IC: intervalos de confianza del promedio al 95%
Fuente: elaboración propia.

Manejo del estrés. Finalmente, en cuanto a la dimensión que evalúa el manejo del estrés, se halló que el 51,7% de los pacientes todo el tiempo reservan un tiempo de relajación para sí mismos, sólo un 39% ha recurrido a algunas formas

para aliviar el estrés o la tensión y un 43% refieren haberse controlado emocionalmente ante eventos repentinos, tal como se refleja en la tabla 20.

Tabla 20. Frecuencia por ítems del TAPQH: dimensión manejo del estrés

Ítem	Nunca 1	Algunas veces 2	Mayoría de veces 3	Todo el tiempo 4	Promedio ± DE	IC
26. ¿Ha reservado diariamente un tiempo de relajación para sí mismo?	27 (9)	72 (24)	46 (15,3)	155 (51,7)	3.10 ± 1.05	2.98 – 3.22
27. ¿Ha recurrido a algunas formas para aliviar el estrés o la tensión?	34 (11,3)	69 (23)	80 (26,7)	117 (39)	2.93 ± 1.04	2.82 – 3.05
28. ¿Se ha controlado emocionalmente ante eventos repentinos?	35 (11,7)	62 (20,7)	74 (24,7)	129 (43)	2.99 ± 1.05	2.87 – 3.11

Frecuencia N (%); DE: desviación estándar; IC: intervalos de confianza del promedio al 95%
Fuente: elaboración propia.

5.3 NIVEL DE SOPORTE FAMILIAR PERCIBIDO EN LA MUESTRA DE ESTUDIO.

El promedio del puntaje general del soporte familiar percibido en la muestra de estudio fue de 43.8 ± 13.1 , con un intervalo de confianza de 42.3 y 45.2. De acuerdo con la escala FSS puntuaciones más altas reflejan una mayor percepción de soporte familiar. En este orden de ideas, de acuerdo a la puntuación global se encontró que un 67,7% del total de la muestra perciben un alto grado de soporte familiar, seguido de un 25,3% con soporte familiar moderado tal como se muestra en la tabla 21.

Tabla 21. Nivel de soporte familiar percibido en la muestra de estudio (n=300)

Soporte familiar Escala FSS	Frecuencia	Porcentaje (%)
Bajo (0 - 20 puntos)	21	7.0
Moderado (21- 40 puntos)	76	25.3
Alto (41- 60 puntos)	203	67.7

Fuente: elaboración propia.

El soporte familiar es considerado uno de los recursos principales en el fortalecimiento del estado de salud del paciente hipertenso [22,35,36], en este sentido, los resultados obtenidos en la estimación del soporte familiar percibido pueden ser considerados como un factor protector en este grupo de pacientes con HTA.

A continuación, se describen los resultados encontrados por cada una de las 20 dimensiones o áreas que contempla la escala FSS [151,154]: amor, respeto, actividades diarias, actividades religiosas, información, apoyo emocional, decisiones importantes, necesidades personales, eventos sociales, problemas personales, ayuda en la resolución de problemas, salud, tratamiento, gente importante, dinero, comida, sueño, compañía, felicidad y satisfacción.

En la tabla 22, se puede observar que en las dimensiones evaluadas se encontró que la mejor percepción es el respeto (81,3%), seguido del amor (73,3%), percibir que su familia los trata como personas importantes (71,7%) y sentir el acompañamiento por parte de la familia para resolver los problemas de salud (70,7%). Cabe resaltar que la mayor frecuencia de respuesta en todas las dimensiones se halló en la opción de respuesta bastante y medianamente, lo cual es coherente con los resultados del nivel de soporte familiar alto y moderado.

Tabla 22. Soporte familiar percibido por dimensión

Dimensión		No 0	Poco 1	Medianamente 2	Bastante 3	Promedio ± DE	IC
Amor	Frecuencia	9	21	50	220	2.60 ± 0.75	2.52 – 2.69
	Porcentaje (%)	3.0	7.0	16.7	73.3		
Respeto	Frecuencia	5	14	37	244	2.73 ± 0.62	2.66 – 2.80
	Porcentaje (%)	1.7	4.7	12.3	81.3		
Actividades diarias	Frecuencia	67	52	94	87	1.67 ± 1.12	1.54 – 1.80
	Porcentaje (%)	22.3	17.3	31.3	29.0		
Actividades religiosas	Frecuencia	86	50	82	82	1.53 ± 1.17	1.40 – 1.67
	Porcentaje (%)	28.7	16.7	27.3	27.3		
Información	Frecuencia	39	36	96	129	2.05 ± 1.03	1.93 – 2.17
	Porcentaje (%)	13.0	12.0	32.0	43.0		
Apoyo emocional	Frecuencia	35	32	79	154	2.17 ± 1.03	2.06 – 2.29
	Porcentaje (%)	11.7	10.7	26.3	51.3		
Decisiones	Frecuencia	24	35	86	155	2.24 ± 0.95	2.13 – 2.35
	Porcentaje (%)	8.0	11.7	28.7	51.7		

Necesidades	Frecuencia	17	45	90	148	2.23 ± 0.91	2.13 – 2.35
	Porcentaje (%)	5.7	15.0	30.0	49.3		
Eventos sociales	Frecuencia	75	62	80	83	1.57 ± 1.14	1.44 – 1.70
	Porcentaje (%)	25.0	20.7	26.7	27.7		
Problemas personales	Frecuencia	27	41	96	136	2.14 ± 0.97	2.03 – 2.25
	Porcentaje (%)	9.0	13.7	32.0	45.3		
Solución de problemas	Frecuencia	30	39	112	119	2.07 ± 0.96	1.96 – 2.18
	Porcentaje (%)	10.0	13.0	37.3	39.7		
Salud	Frecuencia	8	25	55	212	2.57 ± 0.76	2.48 – 2.66
	Porcentaje (%)	2.7	8.3	18.3	70.7		
Tratamiento	Frecuencia	47	29	66	158	2.12 ± 1.11	1.99 – 2.24
	Porcentaje (%)	15.7	9.7	22.0	52.7		
Gente importante	Frecuencia	10	16	59	215	2.60 ± 0.74	2.51 – 2.68
	Porcentaje (%)	3.3	5.3	19.7	71.7		
Dinero	Frecuencia	35	29	110	126	2.09 ± 0.99	1.98 – 2.20
	Porcentaje (%)	11.7	9.7	36.7	42.0		
Comida	Frecuencia	37	19	96	148	2.18 ± 1.01	2.07 – 2.30
	Porcentaje (%)	12.3	6.3	32.0	49.3		
Sueño	Frecuencia	48	19	95	138	2.08 ± 1.08	1.95 – 2.20
	Porcentaje (%)	16.0	6.3	31.7	46.0		
Compañía	Frecuencia	26	45	68	161	2.21 ± 1.00	2.10 – 2.33
	Porcentaje (%)	8.7	15.0	22.7	53.7		
Felicidad	Frecuencia	16	27	73	184	2.42 ± 0.86	2.32 – 2.51
	Porcentaje (%)	5.3	9.0	24.3	61.3		
Satisfacción	Frecuencia	10	22	78	190	2.49 ± 0.77	2.41 – 2.58
	Porcentaje (%)	3.3	7.3	26.0	63.3		

DE: desviación estándar; IC: intervalos de confianza del promedio al 95%

Fuente: elaboración propia.

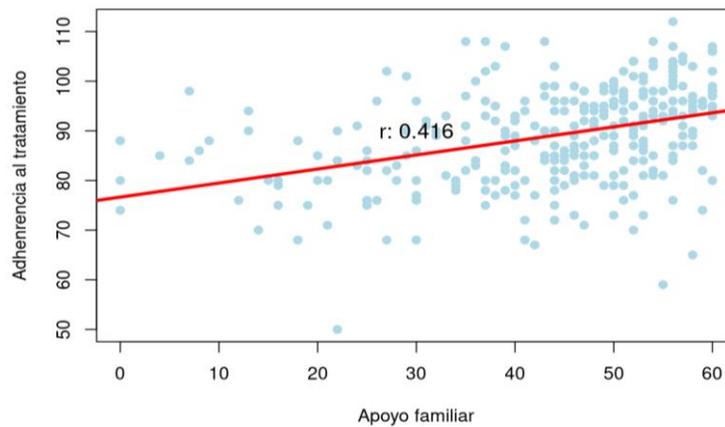
5.4 RELACIÓN DEL SOPORTE FAMILIAR Y LA ADHERENCIA AL TRATAMIENTO ANTIHIPERTENSIVO

Dado que inicialmente se probó la normalidad de las variables y se encontró que los datos no tienen distribución normal y además que se utilizó una escala ordinal, se utiliza la prueba de correlación de Spearman, para probar la relación entre la variable soporte familiar y la adherencia al tratamiento antihipertensivo

El valor de rho corresponde al coeficiente de correlación de Spearman fue de 0.416 ($p < 0.01$), lo que indica que existe una relación positiva entre las variables, es decir, a medida que los pacientes tienen mayor apoyo familiar, tienen mayor adherencia al tratamiento. El p-value hallado es altamente significativo, por lo tanto, se rechaza la hipótesis nula de independencia.

A partir de los resultados se realizó el gráfico. Los puntos representan cada paciente y la línea es la recta de regresión ajustada bajo la relación de las dos variables. Los puntos se ubican cerca de la línea, lo cual indica que existe una fuerte relación entre las variables $r: 0,416$. Esta relación es positiva dado que ambas variables aumentan al mismo tiempo.

Figura 4. Relación entre el soporte familiar y la adherencia al tratamiento



Fuente: elaboración propia.

6. DISCUSIÓN

En el siguiente apartado, se exponen y se comparan los principales resultados encontrados de la investigación con estudios e investigaciones previas a fines al objetivo central del estudio.

Teniendo en cuenta las características sociodemográficas y clínicas de la población estudiada, se identifica edades correspondientes a los cursos de vida de vejez con un 61,7% y la adultez con un 38,3%. En Colombia a 2019, el 38,4 % de la población corresponde al curso de vida de adultez, siendo el grupo poblacional como mayor proporción en el territorio nacional, con un 12,3% para la vejez, lo cual responde a la fase de transición demográfica de América Latina y el Caribe caracterizada por el rápido descenso de la tasa de natalidad dando como resultado concentraciones de las estructuras poblacionales con reducción en la población infantil y aumento de la población en personas mayores. El índice de dependencia de mayores ha aumentado, pasando de 9,97 personas mayores de 60 años por cada 100 personas entre 15 y 60 años en 2005, a 10,9 en 2019 [167]. En el departamento de Córdoba estos cursos de vida aumentaron un 5,4% [168].

Asimismo, según el análisis de situación en salud, en Colombia para el año 2020, el 61,9% de los casos nuevos de personas con HTA tenían entre 50 y 75 años, concentrando esta enfermedad a los cursos de vida de adultez y vejez [167], situación similar a los resultados encontrados en el estudio. Estos resultados también son similares a lo reportado en el estudio de Zurique, et al, quien determinó que la prevalencia de la HTA aumenta conforme a la edad en Colombia, encontrando en menores de 50 años una prevalencia del 22.33%, pero en mayores o iguales a 50 años aumenta hasta el 51.62% de la población [169].

La edad, es considerada un factor de riesgo no modificable asociados a la HTA, existe evidencia de que a medida que aumenta la edad, asimismo aumenta el riesgo del padecimiento de patologías crónicas, sin embargo, el objetivo del abordaje integral desde un enfoque preventivo en salud, busca desde políticas de salud pública el aumento de factores protectores, a través de la modificación de hábitos y estilos de vida [3].

En cuanto al sexo, las mujeres superaron en un 38% a los hombres; en Colombia según lo reportado en la información estadística de tamaño y volumen poblacional del 2018, se mantiene la brecha entre la hombre y mujer, encontrando que por cada 100 hombres, 105 mujeres [167]. Asimismo, según lo encontrado en el análisis demográfico por sexo para la HTA en Colombia y en la mayoría de sus departamentos la prevalencia para el sexo femenino es de 8,4%; un 2,4% por encima del sexo masculino [167].

Considerando el nivel de escolaridad, en el que se evidenció que el 49% de la muestra han realizado estudios de básica primaria, según lo reportado por Vilches, et al, el nivel educativo en la población, no es considerado un factor de riesgo concluyente para la aparición de la HTA [170], sin embargo, se relaciona con la capacidad para asumir prácticas de cuidado sustentadas sobre los conocimientos de la enfermedad y en este sentido de la forma correcta de aplicarlas en la vida diaria [19,22].

En relación al estrato socioeconómico, el 76,7% de la población pertenece al estrato 1, seguida del 20,7 % correspondiente al estrato 2. Considerando que el 47,7% de la población adulta en Colombia, se encuentra dentro del régimen subsidiado a salud pertenecientes a los estratos 1 y 2 [167], este factor puede reflejar el contexto de salud en los diferentes grupos poblacionales principalmente en las enfermedades de origen cardiovascular, visto como factor de riesgo en la adherencia terapéutica, dado el gran número de necesidades básicas insatisfechas y las desviaciones en varios de los determinantes sociales en salud [90].

Según lo encontrado a la raza la mayor parte de la muestra no presenta riesgo frente a la raza, sólo un 3% son afrodescendientes. Los diferentes factores y condiciones genéticas propias de cada etnia determinan el desarrollo de diferentes tipos de patologías [171,172], la raza negra ha demostrado tener mayor prevalencia a la HTA que otras razas dado a múltiples factores complejos y sistémicos, y esta a su vez de la capacidad de adherencia terapéutica de esta patología [173].

En cuanto a los factores de riesgo modificables en las dimensiones evaluadas el 25, 3% de los pacientes estudiados consumen tabaco, con un IPA de 13.2. En Colombia, según la Encuesta Nacional de Consumo de Sustancias Psicoactivas del 2019 realizada por el MSPS, el 82% de la población no es considerada fumadora activa o no consume tabaco, con una reducción del 3% en los últimos seis años [174]. Diferentes estudios han demostrado que el consumo de tabaco aumenta 4 veces la probabilidad del desarrollo de alteraciones de origen cardiovascular [37,39,40,175]. Por otro lado, la evidencia científica concluye que el consumo de tabaco con un IPA elevado, aumenta los niveles de tensión arterial para los pacientes con HTA como para los que no lo son [176]. Por tanto, la GPC para el manejo de la HTA en Colombia recomienda la realización de tamización y estrategias de prevención para el grupo de personas fumadoras a fin de disminuir el riesgo en salud [40].

El estudio reporta una alta proporción el no consumo de alcohol (87,3%), un hallazgo similar al encontrado por Dos Santos, quien reporta que una disminución en el consumo de alcohol en la población anciana con HTA en Colombia y una relación que señala que, a mayor edad, menor es la frecuencia del consumo de

alcohol, dado por la asociación de varios factores relacionados con vivencias propias del anciano y con el medio que le rodea [177].

Por otro lado, se halló que el 82,7% de los pacientes refieren mantener una dieta con bajo consumo de sal, al respecto, el estudio realizado por la OPS denominado “Sodium Intakes around the World” concluyó, que el consumo promedio de sal en Colombia para para hombres es de 5,3 g. de sodio/día (equivalente a 13,7 g. de sal/día) y para mujeres de 3,9 g. de sodio/día (equivalente a 10.1 g. de sal/día), valores que superan lo estimado por la OPS quien estima que la ingesta de sodio no supere el rango entre 120 y 1500 mg./día [178]. Se ha demostrado que el consumo de sal tiene una relación directa con el aumento de las cifras de presión arterial en la población en general y con el desarrollo de enfermedades cardiovasculares [179].

Los hallazgos relacionados con la alimentación permiten concluir que el 81,3% manifestaron no consumir todo el tiempo y la mayoría de las veces alimentos con alto contenido de grasa y un 49% consume todo el tiempo frutas y verduras. En este sentido, según lo encontrado en la investigación, en términos generales la población estudiada posee buenos hábitos alimentarios, sin embargo, existe un porcentaje significativo de pacientes sin adherencia a esta dimensión, lo cual afecta de forma directa el nivel de adherencia terapéutica, esta dimensión se relaciona con el grado de apoyo que proporciona la familia para la modificación de los hábitos dietarios [142]. Desde una visión multifactorial el estudio DASH y el *Trial of Hypertension Prevention*, han demostrado que la adecuada intervención nutricional del paciente con HTA mejoran los niveles de presión arterial y por consiguiente su nivel de adherencia terapéutica [180,181].

Diferentes investigaciones del National Heart, Lung and Blood Institute NHLBI de los Estados Unidos, demostraron que se logra mantener mejores niveles de presión arterial con una dieta baja en el consumo de grasas y fundamentada en el consumo de verduras y lácteos con bajo contenido de grasa, además de rica en fibra y en proteínas, y baja en sodio, identificando la disminución de hasta 7,1 mmHg en la TA sistólica en normotensos y 11,5 mm Hg en hipertensos [181].

En lo relacionado con el perfil lipídico la mayor parte de la población estudiada tienen resultados deseables de triglicéridos (53%), colesterol (75,3%), HDL 68,7% y LDL óptimo (49%), sin embargo, sólo el 28,6% tienen un IMC normal, llama la atención que un 41% se encontraban en sobrepeso, un 29,3% en obesidad grado 1, lo que indica un desequilibrio en cuanto a lo esperado como meta terapéutica de los pacientes con HTA.

Estos hallazgos concuerdan con lo encontrado en Colombia, en donde la obesidad y el sobrepeso en la población de 18 a 64 años ha aumentado al pasar de una prevalencia del 16,5 a 18,7, aumentando el riesgo del padecimiento de enfermedades cardiovasculares secundarias a HTA asociadas a patrones

metabólicos [167,182]; por otro lado, la ausencia o la baja permanencia de la actividad física, incide de manera directa con los reportes clínicos encontrados, asociados a dislipidemias, quien además se acompañan del crecimiento del perímetro abdominal, aumentando el riesgo metabólico de esta población a otras patologías crónicas como la diabetes mellitus [183,184]. Dado que la obesidad es un factor de riesgo para la HTA es recomendable disminuir de peso en personas con sobrepeso y obesidad [40].

Para González, et al, la modificación del estilo de vida, constituye un factor importante desde la gestión primaria en salud para garantizar la adherencia del paciente y deberá de estar apoyada con el vínculo familiar del paciente [185]. La adherencia a la actividad física es considerada efectiva para el aumento de la biogénesis mitocondrial, la traducción y translocación de los receptores de glucosa, garantizando mejor regulación de los niveles séricos de glicemia y lípidos en sangre [186,187].

Estos factores se acompañan de las otras dimensiones claves de la adherencia terapéutica, como es la medicación, en el estudio se encontró que el 93,7% de los encuestados recibe terapia farmacológica combinada dentro de su tratamiento para la HTA, lo cual coincide con las indicaciones de manejo clínico establecidas en la AHA, quienes demuestran que la mayoría de los pacientes con HTA necesitan de al menos 2 fármacos para lograr los objetivos de la PA, gracias a los mecanismos de acción eficientes en la respuesta endocrina de los mismos[188]. Asimismo, las terapias combinadas permanentes frente a las libres mejoran el cumplimiento terapéutico, lo que puede facilitar el logro de los objetivos de la adherencia a largo plazo [189].

Como hallazgo importante, se destaca que el 77,8% de los entrevistados respondieron consumir su medicación con la frecuencia, dosis, y horario indicado por el profesional de la salud y el 92% ha permanecido en el consumo de los medicamentos a pesar de la permanencia de algún tipo de sintomatología; resultados que coinciden a lo reportado por Esquivel, quien refiere que, de acuerdo al nivel de progresión de la enfermedad crónica, las personas se adhieren mejor al tratamiento [147].

De otra parte, el 39% se encuentra en un estadio 3 de ERC, seguido del 36% el cual se encuentra en estadio 2, esto, aunado a que el 55% de los pacientes presentan niveles séricos de hemoglobina por debajo de lo esperando, hallazgos similares a los de Giménez, quien determinó que el deterioro de la función renal desarrolla en la población con HTA problemas de anemia [190].

La evaluación general de la muestra mostro que el 67,7% de los pacientes tienen adherencia al tratamiento de la HTA, un resultado superior al encontrado por Esquivel en Ibagué-Colombia, quien identifico que sólo el 54,9% de los pacientes hipertensos de su investigación eran adherentes al tratamiento [147] y a los

reportados por Varleta, et al en Chile, quienes hallaron adherencia al tratamiento antihipertensivo en el 54% de la muestra de estudio [191]. Por otra parte, el nivel de adherencia es inferior al reportado en el estudio de Ramírez en Cuba, donde el predominio de adherencia al tratamiento antihipertensivo fue del 73,7% [192].

Asimismo, en Colombia, a través de la aplicación de otros instrumentos de medición, se han encontrado niveles de adherencia terapéutica similares en la población con HTA, tal como lo reportado por Romero, et al, donde se obtuvo un nivel de adherencia terapéutica general del 62,2, % [193], asimismo, Martínez, et al en su estudio encontró, que el 67,7% de los pacientes eran adherentes [194]. De igual manera, el estudio de Casas, que reportó que el 62% tenía adecuada adherencia terapéutica al tratamiento de la HTA [195].

En lo relacionado el nivel de soporte familiar, el 67,7% de los pacientes hipertensos del estudio reportaron un nivel alto de soporte familiar percibido; esta información coincide con los resultados encontrados por Poblete, et al, en Chile, quien, al evaluar 647 pacientes crónicos con una edad media de 63 años, encontró un nivel de apoyo social y familiar relativamente alto con una media de 73 puntos y una mediana de 78 (máximo 90) [196]. Así mismo Olvera y Salazar, en su investigación encontraron que el 63,3% de la población estudiada tenía un alto grado de apoyo familiar [197].

Por otro lado, la investigación realizada halló una relación positiva estadísticamente significativa entre el soporte familiar y la adherencia al tratamiento del paciente con HTA ($r= 0,416 - p<0.01$). Este resultado es similar con lo encontrado por Fajardo, et al, en México, quien encontró una asociación estadísticamente significativa entre las acciones de cuidado del paciente con HTA y el apoyo familiar de los mismos [104].

Poma, et al, determinó que la disfunción familiar en los pacientes con HTA fue un factor de riesgo para: bajo nivel de actividad física; en este sentido, determinan que existe una estrecha relación entre la funcionalidad familiar y la aparición de factores de riesgo predisponentes para la aparición de las ECNT [143]. En la investigación desarrollada por Suntaxi, se encontró que existe una dependencia significativa entre el apoyo familiar y el control de la HTA [144]. De igual manera, Pino, et al, en su estudio con enfoque cualitativo determino que la familia es la fuente principal de apoyo social para el paciente con HTA en su proceso de adherencia terapéutica, funciona como una red de apoyo que juega como un agente protector para el enfermo crónico y terminal; así mismo el apoyo brindado por la familia fortalece las estrategias para afrontar esa angustia que crea la enfermedad, en la etapa final dentro del ciclo vital [146].

La adherencia terapéutica se relaciona con un fenómeno que incluye cinco factores entre los que se encuentra el sistema de salud, el tratamiento farmacológico y no farmacológico, las condiciones socioeconómicas y el paciente en sí mismo [21], en el que la familia determina su acción como mediador orientador y motivador del cuidado y autocuidado [23] además de actuar de manera directa en la modificación de los hábitos y estilos de vida del paciente mismo [103]. El vínculo familiar del paciente con HTA proporciona elementos de protección, afecto y seguimiento que permiten estabilidad en su adherencia, en el que se percibe y de aplica de mejor forma el abordaje educativo establecido por el personal sanitario [89], también constituye una fuente de insatisfacción, malestar, estrés y enfermedad [21].

A este proceso se añaden factores complementarios como el nivel educativo y la cultura de autocuidado, la polifarmacia y el abandono u olvido del régimen terapéutico [198]; cuando el paciente hipertenso posee apoyo del vínculo social la adherencia en su terapia mejora significativamente, resultados evaluados de forma cuantitativa en la disminución de los valores de la presión arterial sistólica (PAS) y la presión arterial diastólica (PAD) dentro de los parámetros previstos por el personal sanitario [199,200].

En gran parte de los países de América Latina, la falta de una adecuada comunicación entre el vínculo social del individuo y su familia disminuye el interés a la terapia, sin embargo, para otros autores el problema se establece en el déficit de educación en el manejo de su enfermedad que recibe la población enferma [201], conclusión que se diferencia de algunos grupos poblaciones, en donde se identificó que los pacientes con bajos conocimientos sobre su patología tienen 1.5 veces más probabilidad de desarrollar adherencia parcial al tratamiento que los pacientes con alto conocimiento, es decir, sí existe asociación entre conocimiento sobre hipertensión arterial y grado de adherencia al tratamiento [202].

La percepción de fracaso en tratamientos anteriores, la ausencia de la participación en actividades recreativas y sociales, el inadecuado manejo del estrés, y la poca práctica de actividades recreativas durante el tiempo libre disminuye la adherencia terapéutica de los pacientes hipertensos [203], para algunos investigadores estas características son claves en la calidad de vida de la población con HTA [204].

7. CONCLUSIONES

En la muestra de estudio se halló una edad mínima de 38 años y edad máxima de 94 años. La edad promedio fue de 64 ± 10.9 años. Siendo más frecuente el curso de vida vejez con un 61,7%. El 69% fueron mujeres, se encontró bajo nivel educativo y socioeconómico.

En cuanto a los factores de riesgo cardiovasculares conductuales en las dimensiones evaluadas, se reporta tabaquismo (25, 3%) con un IPA de 13.2, sedentarismo (32,3%), sobre peso (41%) y obesidad grado 1 (29,3%).

Se identificó que el tratamiento farmacológico de la HTA predomina el grupo de fármacos ARA II (82,3%), Estatinas (67,3%) ASA (53,3%). El 93,7% recibe terapia combinada para el tratamiento de la HTA, siendo más frecuente la combinación de 3 fármacos.

El nivel de adherencia al tratamiento de la HTA farmacológico y no farmacológico (estilo de vida) hallado fue del 67,7% (TAPQH > 84 puntos). El promedio de puntuación fue de 89 ± 9.75 (IC 95%= 87.9 - 90.1). Teniendo en cuenta la frecuencia y distribución del total de los ítems según dimensión se puede concluir que la dimensión que más aportó a los resultados globales de adherencia terapéutica en la muestra del estudio fue la medicación, lo que supone mayor adherencia al tratamiento farmacológico frente al tratamiento no farmacológico (estilo de vida).

El promedio del puntaje general del soporte familiar percibido en la muestra de estudio fue de 43.8 ± 13.1 , con un intervalo de confianza de 42.3 y 45.2. De acuerdo a la puntuación global se encontró que un 67,7% del total de la muestra perciben un nivel alto de soporte familiar, donde predomina el respeto y el amor.

Se halló una relación positiva estadísticamente significativa entre el soporte familiar y la adherencia al tratamiento del paciente con HTA ($r= 0,416 - p<0.01$).

La adherencia terapéutica del paciente con HTA es un proceso complejo donde intervienen diferentes factores que de forma conjunta y con el mismo grado de importancia contribuyen a la consecución de los objetivos de manejo clínico y ambulatorio del paciente con HTA.

La adherencia terapéutica del paciente con HTA guarda estrecha relación con el soporte familiar recibido, la familia contribuye y aporta de forma proporcional al paciente mecanismos de ayuda, apoyo, y sostenimiento para el mantenimiento de

su estado de salud. Asimismo, se considera trascendental el uso de estrategias de abordaje colectivo bajo un enfoque preventivo y de mantenimiento de la salud según lo establecido en la resolución 3280 del año 2018.

8. RECOMENDACIONES

PARA LA INVESTIGACIÓN

Se recomienda para futuras investigaciones de esta línea de trabajo el uso de instrumentos de medición válidos y confiables en el contexto de la investigación cada vez más refinados para medir con mayor especificidad las variables en estudio. Para ello se pone a disposición los instrumentos TAPQH y el FSS los cuales fueron validos en este estudio con buena consistencia interna.

A partir de los hallazgos se recomienda la realización de otras investigaciones de tipo experimental que permitan evaluar la efectividad de intervenciones para mejorar la adherencia terapéutica del paciente con HTA y/o el soporte familiar y su efecto en el control del riesgo cardiovascular y metabólico.

PARA LA SECRETARÍA MUNICIPAL E INSTITUCIÓN DE SALUD ESCENARIO DEL ESTUDIO

Impulsar programas de educación continua dirigidas al personal de salud responsable de la RIAS cardiovascular y metabólica mediante procesos de capacitación y entrenamiento desde una perspectiva de cuidado integral, en la cual se resalte la importancia del soporte familiar y su influencia en la adherencia terapéutica del paciente con HTA; asimismo, se requiere el establecimiento de estrategias que garanticen la participación de la familia durante la consulta médica y en los procesos de educación en salud individual, familiar y grupal por parte del personal sanitario.

Se hace necesario el desarrollo de actividades que busquen potencializar los hábitos y estilos de vida desde un enfoque saludable por medio de la estrategia 4*4, estas actividades deberán de ejecutarse de forma paralela con la atención presencial en la institución de salud, en donde además se realice seguimiento y monitoreo de los pacientes inscritos en el programa de control de HTA.

Por otro lado, es importante establecer seguimiento estricto de los pacientes con factores de riesgo metabólicos elevados, así como de aquellos con alteraciones renales existentes a fin de evaluar las medidas farmacológicas y no farmacológicas actuales, estableciendo medidas terapéuticas estrictas a corto plazo, con el objetivo de prevenir complicaciones secundarias.

Considerando que la adherencia terapéutica es un fenómeno multifactorial en el cual interviene el personal sanitario, la familia, el contexto social, y el paciente mismo, se hace necesario la articulación con los diferentes actores del sistema de salud, a fin de reducir las desigualdades desde los determinantes sociales en

salud y por consiguiente el mejoramiento de la calidad de vida y el estado de bienestar de la población con HTA. Dichas acciones deberán ser abordadas bajo un enfoque diferencial atendiendo a las necesidades propias del individuo con la eliminación de barreras de acceso a los servicios de salud desde la atención primaria.

PARA LA ACADEMIA Y LA DOCENCIA

Desde una perspectiva académica se hace necesario el desarrollo de líneas de investigación con un alto grado de profundización basadas en la promoción y mantenimiento de la salud, desde un enfoque preventivo y con abordaje integral de poblaciones con enfermedades crónicas con la HTA en todos los cursos de vida a fin de identificar e intervenir oportunamente los factores de riesgos modificables a través de estrategias de intervención efectivas y eficientes con el apoyo intersectorial y transectorial.

Por otro lado, es importante que en los programas académicos de la formación del talento humano en salud (medicina, enfermería, nutrición etc.) se desarrollen temáticas actualizadas atendiendo las políticas de salud pública vigentes internacionales y de Colombia, para que los estudiantes del área de la salud alcancen las competencias necesarias para tener la capacidad de intervención oportuna para modificar los factores de riesgo cardiovasculares promoviendo la adherencia terapéutica en pacientes con HTA, desde el nivel primario y complementario en salud, así como también desde el ámbito familiar y comunitario.

PARA EL DESARROLLO DE POLÍTICAS PÚBLICAS

Se hace necesario la inclusión de estrategias de intervención con enfoque integral desde los determinantes sociales en salud para el paciente con patologías crónicas como la HTA, dichas estrategias deberán ser ejecutadas bajo un enfoque multicéntrico y transectorial de estricto seguimiento y monitoreo.

Garantizar el adecuado desarrollo de los lineamientos técnicos y operativos de los protocolos de manejo clínico y ambulatorio del paciente con HTA, así como también de las guías de manejo terapéutico desde el nivel primario en salud, desde una perspectiva de preventiva y del mantenimiento de la salud en cada uno de los cursos de vida.

En este sentido, la efectividad de las intervenciones desde el enfoque de salud pública dependerá del cumplimiento de los lineamientos técnicos y operativos que determina la ruta cardiovascular y metabólica establecida por el MSPS a través de la cual se deben definir las líneas de acción del talento humano de la institución

del nivel primario y complementario bajo un enfoque individual, familiar y comunitario y en el entorno urbano, rural y rural disperso.

Fortalecer la evolución de las políticas actuales y los objetivos de desarrollo vigentes en la población sana y con patologías crónicas, las cuales deberán de aumentar acciones desde la familia, la comunidad y el individuo en sí mismo.

PARA LAS PERSONAS CON HTA Y SUS FAMILIAS

A Las personas con HTA se les recomienda participar activamente en el cumplimiento de las recomendaciones del personal de salud para lograr mayores niveles de la adherencia al tratamiento farmacológico y no farmacológico (estilo de vida) y mantener fortalecido el soporte familiar como su red de apoyo principal para el adecuado control de la HTA.

Se recomienda a las familias del paciente con HTA mantener el acompañamiento del paciente en las consultas de atención médica general y especializada, asimismo garantizar el soporte familiar necesario para el acompañamiento permanente en el manejo y control de la HTA procurando el cumplimiento de las recomendaciones establecidas por el personal de salud y las demostraciones de amor, respeto, actividades diarias, actividades religiosas, información, apoyo emocional, decisiones importantes, necesidades personales, eventos sociales, problemas personales, ayuda en la resolución de problemas, salud, tratamiento, gente importante, dinero, comida, sueño, compañía, felicidad y satisfacción.

BIBLIOGRAFÍA

1. Organización Mundial de la Salud. Información general sobre la hipertensión en el mundo: Una enfermedad que mata en silencio, una crisis de salud pública mundial [Internet]. Día Mundial de la Salud 2019. p. 5–10. Disponible en:
https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/87679/WHO_DCO_WHD_2013.2_spa.pdf;jsessionid=A46B5E4E8DF5253F7E91E175ABD35CAA?sequence=1.
2. Jayasinghe J. Non-Adherence in the Hypertensive patient: ¿Can nursing play a role in assessing and improving compliance? Can J Cardiovasc Nurs [Internet]. 2009; 19(1):7–12. Disponible en:
<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/19226885>.
3. Organización Mundial de la Salud. Enfermedades no transmisibles. Disponible. 2019. en: <https://www.paho.org/es/temas/enfermedades-no-transmisibles>
4. Organización Panamericana de la Salud. Enfermedades no transmisibles: hechos y cifras. Washington, D.C: OPS, 2019. Disponible en:
<https://iris.paho.org/handle/10665.2/51482>
5. Márquez G, Muñoz A, Otero L. Guías colombianas para el diagnóstico y tratamiento de la hipertensión arterial. Revista Colombiana de Cardiología, Vol. 13. 2007, p. 10. Disponible en: <https://scc.org.co/wp-content/uploads/2012/08/4-GUIAS HIPERTENSION ARTERIAL-2007.pdf>
6. Jattin M, García C, Olivo C. Hipertensión Arterial Sistémica. Capítulo IV. Revista Colombiana de Cardiología. Vol. 13, suplemento 1. febrero 2012, p. 354 – 356. Disponible en: <https://scc.org.co/wp-content/uploads/2012/08/capitulo4.pdf>
7. Zurique M, Camacho P. Prevalencia de hipertensión arterial en Colombia. Revisión sistemática y metaanálisis. Acta Médica Colombiana Vol. 44 N°4. Octubre - diciembre 2019, p.7. Disponible en:
<http://www.actamedicacolombiana.com/ojs/index.php/actamed/article/view/1293>
8. Análisis de Situación de Salud con el Modelo de los Determinantes Sociales de Salud Departamento de Córdoba 2019. Grupo de planeación en salud. Departamento de Córdoba. 2019. Disponible en:
<https://www.minsalud.gov.co/sites/rid/Lists/BibliotecaDigital/Forms/DispForm.aspx?ID=21394>
9. Colombia, Ministerio de Salud y Protección Social. Informe al Congreso de la República 2018-2019. Disponible en:

<https://www.minsalud.gov.co/sites/rid/Lists/BibliotecaDigital/RIDE/DE/PES/informe-congreso-minsalud-20018-2019.pdf>.

- 10.** Martín Alfonso L, Grau Ábalo JA. La investigación de la adherencia terapéutica como un problema de la psicología de la salud. *Psicol y Salud*. 2004. DOI: 10.25009/pys.v14i1.869.
- 11.** Dilla T, Valladares A, Lizán L, Sacrista JA. Adherencia y persistencia terapéutica: causas, consecuencias y estrategias de mejora. *Aten Primaria*; 41(6):342–8. 2009. Disponible en: <https://www.elsevier.es/es-revista-atencion-primaria-27-articulo-adherencia-persistencia-terapeutica-causas-consecuencias-S0212656709001504>.
- 12.** Leiva A, Aguilo A, Fajo-Pascual M, Moreno L, Martin MC, Garcia EM, et al. Efficacy of a brief multifactorial adherence-based intervention in reducing blood pressure: a randomized clinical trial. *Patient Prefer Adherence*; 8:1683–90.2014. Disponible en: <https://www.dovepress.com/efficacy-of-a-brief-multifactorial-adherence-based-intervention-in-red-peer-reviewed-fulltext-article-PPA>.
- 13.** Schroeder K, Fahey T, Ebrahim S. Interventions for improving adherence to treatment in patients with high blood pressure in ambulatory settings. *Cochrane Database Syst Rev*. 2004. Disponible en: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/15106262/>.
- 14.** Castaño-Castrillón JJ, Echeverri-Rubio C, Giraldo-Cardona JF, Maldonado-Mora Á, MeloParra J, Meza-Orozco GA, et al. Adherencia al tratamiento de pacientes hipertensos atendidos en Assbasalud ESE, Manizales. 2012.. Disponible en: <https://revistas.unal.edu.co/index.php/revfacmed/article/view/38401>
- 15.** Wang PS, Bohn RL, Knight E, Glynn RJ, Mogun H, Avorn J. Noncompliance with antihypertensive medications: The impact of depressive symptoms and psychosocial factors. *J Gen Intern Med*; 17(7):504–11. 2002. Disponible en: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/12133140/>
- 16.** Guarín-Loaiza GM, Pinilla-Roa AE. Adherencia al tratamiento antihipertensivo y su relación con la calidad de vida en pacientes de dos hospitales de Bogotá, D.C. 2013-2014. *Rev Fac Med*. 2016. Disponible en: <http://www.scielo.org.co/pdf/rfmun/v64n4/0120-0011-rfmun-64-04-0065>
- 17.** Vrijens B, Vincze G, Kristanto P, Urquhart J, Burnier M. Adherence to prescribed antihypertensive drug treatments: longitudinal study of electronically compiled dosing histories. *BMJ*. 2008. Disponible en: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/18480115/>.

- 18.** Hill M, Miller N, Degeest S, Materson B, Black H, Izzo JJ, et al. Adherence and persistence with taking medication to control high blood pressure. *J Am Soc Hypertens*. 2011. Disponible en: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/21320699>.
- 19.** Sabate E. Adherence to long term therapies: evidence for action. Ginebra: World Health Organization. Illustrated Edition, p. 14 - 29. 2003. Disponible en: <http://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/42682/9241545992.pdf;jsessionid=42FFB65A35DBD71EF5E4CDFC2D928B22?sequence=1>.
- 20.** Vlasnik J. Medication adherence. Factors Influencing Compliance with Prescribed Medication Plans. *Elsevier-The Case Manager*. 2005; 16(2): 47-51. Disponible en: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/15818344/>.
- 21.** Herrera Guerra E. Adherence to Treatment of People with Arterial Hypertension. *Av En Enferm*. 2012; 30(2):67–75. Disponible en: <http://www.scielo.org.co/pdf/aven/v30n2/v30n2a06.pdf>.
- 22.** Peralta C, Flórez K. Comunicación terapéutica y adherencia al tratamiento en pacientes con hipertensión arterial, hospital municipal, Arequipa - 2019. Tesis de grado. Perú. 2019. Disponible en: <http://repositorio.unsa.edu.pe/handle/UNSA/10408>
- 23.** Veliz L, Bianchetti A. Acompañamiento y cuidado holístico de enfermería en personas con enfermedades crónicas no adherentes al tratamiento. *Revista electrónica. Enfermería actual en Costa Rica*. 2017. Disponible en: https://www.scielo.sa.cr/scielo.php?script=sci_abstract&pid=S1409-45682017000100186&lng=en&nrm=iso&tlng=es
- 24.** Nabi H, Vahtera J, Singh-Manoux A, Pentti J, Oksanen T, Gimeno D, et al. Do psychological attributes matter for adherence to antihypertensive medication The Finnish Public Sector Cohort Study. *J Hypertens*. 2008. DOI: 10.1097/HJH.0b013e32830dfe5f.
- 25.** Arévalo M. El reto de evaluar la adherencia al tratamiento en la hipertensión arterial *Pensamiento Psicológico*. Pontificia Universidad Javeriana Cali, Colombia, vol. 7, núm. 14. Junio, 2010. Disponible en: <https://www.redalyc.org/articulo.oa?id=80113673010>
- 26.** Sangster-Gormley E, Frisch N, Schreiber R. Articulating new outcomes of nurse practitioner practice. *J Am Assoc Nurse Pr [Internet]*. 2013. DOI: 10.1002/2327-6924.12040.
- 27.** Organización Mundial de la Salud. Adherencia a los tratamientos a largo plazo. Pruebas para la acción. *Red Mundial Interdisciplinaria sobre Adherencia*

Terapéutica. Washington, D.C., 2004, p. 13. Disponible en: <https://www.paho.org/spanish/ad/dpc/nc/adherencia-largo-plazo.pdf>

28. Situación de salud en los treinta municipios del departamento de Córdoba (ASIS). Secretaria Departamental de Salud, p. 31 – 72. 2019. Disponible en: <https://www.minsalud.gov.co/plandecenal/mapa/Analisis-de-Situacion-Salud-Cordoba-2019.pdf>.

29. Departamento Administrativo Nacional de Estadística –DANE. Defunciones no fatales 2019, preliminar. Defunciones por grupo de edad y sexo, según departamentos de residencia y grupos de causas de defunción (lista Colombia 105 para la tabulación de mortalidad) 2019. Disponible en: <https://www.dane.gov.co/index.php/estadisticas-por-tema/salud/nacimientos-y-defunciones/defunciones-no-fetales/defunciones-no-fetales-2020>.

30. Alcaldía Municipal de Cereté. Plan de Desarrollo Municipal PDM 2016 – 2019, p 49 – 91. Disponible en: <https://cpd.blob.core.windows.net/test1/23162planDesarrollo.pdf>.

31. Sabio Rodrigo. Hipertensión arterial y adherencia al tratamiento: la brecha entre ensayos clínicos y realidad. Rev Cubana Salud Pública [Internet]. 2018 Sep [citado 2021 Mayo 10] ; 44(3): e1233. Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0864-34662018000300017&lng=es.

32. Benjamin EJ, Blaha MJ, Chiuve S, Cushman M, Das SR, Deo R, et al. Heart Disease and Stroke Statistics-2017 Update: A Report From the American Heart Association. Circulation. 2017. Disponible en: <https://www.ahajournals.org/doi/10.1161/cir.0000000000000485>

33. Vogel I, Miksch A, Goetz K, Ose D, Szecsenyi J, Freund T. The impact of perceived social support and sense of coherence on health-related quality of life in multimorbid primary care patients. Chronic Illn. 2012. Disponible en: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/22517927/>

34. Osamor PE, Owumi BE. Factors Associated with Treatment Compliance in Hypertension in Southwest Nigeria. J Heal Popul Nutr. 2011. Disponible en: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/22283036/>

35. Congreso de la Republica. LEY 1438 de 2011. En línea]. Disponible en: [https://www.minsalud.gov.co/Normatividad Nuevo/LEY%201438%20DE%202011.pdf](https://www.minsalud.gov.co/Normatividad%20Nuevo/LEY%201438%20DE%202011.pdf).

36. Ministerio de salud y Protección Social. RESOLUCIÓN NÚMERO 1841 DE 2013. [En línea]. Disponible en:

<https://www.minsalud.gov.co/sites/rid/Lists/BibliotecaDigital/RIDE/DE/DIJ/resolucion-1841-de-2013.pdf>.

37. Ministerio de salud y Protección Social. RESOLUCIÓN NÚMERO 0429 DE 2016. [En línea]. Disponible en: https://www.minsalud.gov.co/Normatividad_Nuevo/Resoluci%C3%B3n%200429%20de%202016.pdf.

38. Ministerio de salud y Protección Social. RESOLUCIÓN NÚMERO 2626 DE 2019. [En línea]. Disponible en: https://www.minsalud.gov.co/Normatividad_Nuevo/Resoluci%C3%B3n%20No.%202626%20de%202019.pdf.

39. Ministerio de salud y Protección Social. Conoce tu Riesgo. [En línea]. Disponible en: <https://www.minsalud.gov.co/Paginas/Conoce-tu-riesgo-la-app-de-Minsalud-para-identificar-posibles-enfermedades.aspx>.

40. Ministerio de Salud y Protección Social. Guía de Práctica Clínica para el manejo de la hipertensión arterial primaria (HTA). 2017. Disponible en: https://www.minsalud.gov.co/sites/rid/Lists/BibliotecaDigital/RIDE/INEC/IETS/GPC_Completa_HTA.pdf

41. Organización Panamericana de la Salud. Hearts en las Américas. 2020. Disponible en: <https://www.paho.org/es/hearts-americas>.

42. Serpa F. Datos históricos sobre la hipertensión arterial. Breve recuento histórico. Revista académica nacional de medicina. Bogotá. 2001. Disponible en: http://www.sld.cu/galerias/pdf/sitios/santiagodecuba/datos_historicos.pdf

43. Mancia G, Zanchetti A, Agabiti-Rosei E, Benemio G, De Cesaris R, Fogari R y cols. Ambulatory blood pressure is superior to clinic blood pressure in predicting treatment-induced regression of left ventricular hypertrophy. *Circulation* 95: 1464-1470, 1997. Disponible en: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/9118514>.

44. García D. Historia de la Hipertensión. Fondo De Cultura Económica. Capítulo 2. USA, 2000. Disponible en: <https://files.sld.cu/hta/files/2010/07/historia-de-la-hipertension-arterial.pdf>.

45. Declaración de Alma Ata. Primera Conferencia Internacional sobre Atención Primaria de Salud en Alma-Ata, Kazajistán, URSS, 6-12 de septiembre de 1978. Disponible en: <https://www.paho.org/hq/dmdocuments/2012/Alma-Ata-1978Declaracion.pdf>

- 46.** Informe sobre la salud en el mundo 1999 - Cambiar la situación. Organización Mundial de la Salud. Ginebra 1999. Disponible en: <https://apps.who.int/iris/handle/10665/65478>
- 47.** Recomendaciones de Adelaida sobre las políticas públicas favorables a la salud. Segunda Conferencia Internacional de Promoción de la Salud: Políticas públicas favorables a la salud. Adelaida, Australia, 5-9 de abril de 1988. Disponible en: https://www.who.int/social_determinants/spanish_adelaide_statement_for_web.pdf
- 48.** Organización Mundial de la Salud. Dieta, nutrición y prevención de enfermedades crónicas. Informe Técnico N° 797. Ginebra: OMS; 1990. Disponible en: https://www.who.int/nutrition/publications/obesity/WHO_TRS_916_spa.pdf
- 49.** FAO/OMS. Conferencia Internacional sobre Nutrición. Informe final de la Conferencia. Roma 1992. Disponible en: <http://www.fao.org/3/ml542s/ml542s.pdf>
- 50.** Declaración de Sundsvall. Entornos propicios para la salud. Tercera Conferencia Internacional sobre Promoción de la Salud. Organización Mundial de la Salud. Sundsvall (Suecia), 9-15 de junio de 1991. Disponible en: <https://terceridad.net/forovirtualps/documentos/Sundsvall.pdf>
- 51.** Declaración de Sundsvall. Entornos propicios para la salud. Tercera Conferencia Internacional sobre Promoción de la Salud. Organización Mundial de la Salud. Sundsvall (Suecia), 9-15 de junio de 1991. Disponible en: <https://terceridad.net/forovirtualps/documentos/Sundsvall.pdf>
- 52.** Actas del Primer Seminario Internacional sobre políticas, estrategias, estructuras en Promoción de la Salud Instituto Nacional de Salud. París, Francia, del 21 al 23 Noviembre, 1994. Disponible en: <https://scielo.conicyt.cl/pdf/rchnut/v36n1/art04.pdf>
- 53.** Informe sobre la salud en el mundo 1995 - Reducir las desigualdades. Organización Mundial de la Salud. Ginebra, 1995. Disponible en: <https://www.who.int/whr/1995/es/>
- 54.** Informe sobre la salud en el mundo 1996-Combatir las enfermedades, promover el desarrollo. Organización Mundial de la salud. Ginebra, 1996. Disponible en: <https://www.who.int/whr/1996/es/#:~:text=Informes%20anteriores-,Informe%20sobre%20la%20salud%20en%20el%20mundo%201996%20%2D%20Combatir%20las,muerte%20prematura%20a%20nivel%20mundial.>
- 55.** Informe sobre la salud en el mundo 1996-Combatir las enfermedades, promover el desarrollo. Organización Mundial de la salud. Ginebra, 1996. Disponible en: <https://www.who.int/whr/1996/es/#:~:text=Informes%20anteriores->

,Informe%20sobre%20la%20salud%20en%20el%20mundo%201996%20%2D%20Combatir%20las,muerte%20prematura%20a%20nivel%20mundial.

56. Informe sobre la salud en el mundo 1996-Combatir las enfermedades, promover el desarrollo. Organización Mundial de la salud. Ginebra, 1996. Disponible en: <https://www.who.int/whr/1996/es/#:~:text=Informes%20anteriores-,Informe%20sobre%20la%20salud%20en%20el%20mundo%201996%20%2D%20Combatir%20las,muerte%20prematura%20a%20nivel%20mundial.>

57. 51ava Asamblea Mundial de la Salud. Organización Mundial de la Salud. WHA51.12 Punto 20 del orden del día 16 de mayo de 1998 Promoción de la Salud. Washington, 1998. Disponible en: <https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/258903/WHA51-1998-REC-1-spa.pdf?sequence=1&isAllowed=y>

58. Informe sobre la salud en el mundo 1998 - La vida en el siglo XXI. Organización Mundial de la Salud. Ginebra, 1998. Disponible en: <https://apps.who.int/iris/handle/10665/63886>

59. Informe sobre la salud en el mundo 2000 - Mejorar el desempeño de los sistemas de salud. Organización Mundial de la Salud. Ginebra 2000. Disponible en: <https://www.who.int/whr/2000/es/>

60. Declaración de México hacia una mayor equidad. Quinta Conferencia Internacional sobre Promoción de la Salud hacia una mayor equidad. Organización Mundial de la Salud. Organización Panamericana de la Salud. Santa Fe, México, 5-9 junio 2000. Disponible en: https://www.who.int/healthpromotion/conferences/previous/mexico/en/hpr_mexico_report_sp.pdf?ua=1

61. Organización Mundial de la Salud. La salud y los objetivos del desarrollo del milenio. 2005. Disponible en: https://www.who.int/hdp/publications/mdg_es.pdf

62. Organización Mundial de la Salud. Serie de Informes Técnicos, TRS, 916, 2002. Disponible en: https://www.who.int/nutrition/publications/obesity/WHO_TRS_916/es/

63. Informe sobre la salud en el mundo 2002 - Reducir los riesgos y promover una vida sana. Organización Mundial de la Salud. Ginebra, 2002. Disponible en: <https://apps.who.int/iris/handle/10665/67455>

64. Informe sobre la salud en el mundo 2003 - Forjemos el futuro. Organización Mundial de la Salud. Ginebra, 2003. Disponible en: <https://apps.who.int/iris/handle/10665/42822>

- 65.** Carta de Bangkok para el Fomento de la salud en antecedentes internacionales y nacionales de la promoción de salud en Chile: lecciones aprendidas y proyecciones 44 un mundo globalizado. VI Conferencia Mundial de Promoción de la Salud. Tailandia, Bangkok, 7-11 agosto 2005. Disponible en: https://www.who.int/healthpromotion/conferences/6gchp/BCHP_es.pdf
- 66.** World Health Organization. A comprehensive global monitoring framework including indicators and a set of voluntary global targets for the prevention and control of noncommunicable diseases [Internet]. Ginebra (Suiza): OMS; 2012 (Segundo documento de trabajo de la OMS, versión del 22 de marzo del 2012). Disponible en: https://www.who.int/nmh/events/2012/discussion_paper2_20120322.pdf
- 67.** Programa de las Naciones Unidas para el Desarrollo. Objetivos del Desarrollo Sostenible. 2021. Disponible en: <https://www.undp.org/content/undp/es/home/sustainable-development-goals.html>.
- 68.** Organización Mundial de la Salud. Objetivos del desarrollo Sostenible. 2016. Disponible en: <https://www.who.int/topics/sustainable-development-goals/es/>
- 69.** Chaparro-Díaz L. Objectives of Sustainable Development and Non Transmissible Chronic Disease. Rev. Latino-Am. Enfermagem. 2016;24: e2717. DOI: <http://dx.doi.org/10.1590/1518-8345.0000.2717>.
- 70.** Organización Mundial de la Salud – Organización Panamericana de la Salud. 160. a sesión del comité ejecutivo, Agenda de Salud Sostenible para las Américas 2018-2030: un llamado a la acción para la salud y el bienestar en la región de las Américas. Washington, D.C., EUA, del 26 al 30 de junio del 2017. CE160/14, Rev. 1. Disponible en: <https://iris.paho.org/bitstream/handle/10665.2/34194/CE160-14-s.pdf?sequence=2&isAllowed=y>
- 71.** Eriksson M, Lindström B. Validity of Antonovsky's sense of coherence scale: a systematic review. J Epidemiol Community Heal. 2005;59(6):460 Disponible en: <https://dx.doi.org/10.1136/jech.2003.018085>
- 72.** Lindström B, Eriksson M. Contextualizing salutogenesis and Antonovsky in public health development. Heal Promot Int. 2006;21(3):238-44. Disponible en: <https://dx.doi.org/10.1093/heapro/dal016>
- 73.** Netto L, Lara Silva K, dos Santos Rúa M. Competency building for health promotion and change in the care model. 2016;25(2):e2150015. Disponible en: <https://dx.doi.org/10.1590/0104-07072016002150015>

- 74.** Lindström B, Eriksson, M. Guía del Autoestopista Salutogénico, Camino Salutogénico hacia la promoción de la salud. Girona España: Documenta Universitaria; 2011. Disponible en: [https://www.academia.edu/22392053/Gu%C3%ADa del Autoestopista Salutog%C3%A9nico_1](https://www.academia.edu/22392053/Gu%C3%ADa_del_Autoestopista_Salutog%C3%A9nico_1)
- 75.** Rivera E. Camino salutogénico: estilos de vida saludable. Rev Digit Postgrado. 2019; 8(1):e159. Disponible en: <http://portal.amelica.org/ameli/jatsRepo/101/101599007/101599007.pdf>
- 76.** Hernán M, Morgan A. y Mena A. Formación en Salutogénesis y Activos para la salud. EASP. Granada. 2010. Disponible en: <https://www.easp.es/project/formacion-ensalutogenesis-y-activos-para-la-salud/>
- 77.** Becker C, Glascoff M, Felts W. Salutogenesis 30 Years Later. 2010; (13):25-32. Disponible en: <https://eric.ed.gov/?id=ej895721>
- 78.** Lindström B, Eriksson M. Salutogénesis. J Epidemiology Community Health; 2005. Disponible en: <http://jech.bmj.com/content/jech/59/6/440.full.pdf>
- 79.** Eriksson M, Lindström B. A salutogenic interpretation of the Ottawa Charter. 23(2):190-9. 2008. Disponible en: <https://dx.doi.org/10.1093/heapro/dan014>
- 80.** Antonovsky A. The salutogenic model as a theory to guide health promotion. 1996. 11(1):11-8. Disponible en: <https://dx.doi.org/10.1093/heapro/11.1.11>
- 81.** Langeland E, Wahl A, Kristoffersen K, Hanestad B. Promoting coping: salutogénesis among people with mental health problems. 28(3):275-95. 2007. Disponible en: <https://dx.doi.org/10.1080/01612840601172627>
- 82.** Alsén P, Eriksson M. Illness perceptions of fatigue and the association with sense of coherence and stress in patients one year after myocardial infarction. 25(3-4):526-33. 2016. Disponible en: <https://dx.doi.org/10.1111/jocn.13088>
- 83.** Super S, Wagemakers M, Picavet H, Verkooijen K, Koelen M. Strengthening sense of coherence: opportunities for theory building in health promotion; 31(4):869-78. 2016. Disponible en: <https://dx.doi.org/10.1093/heapro/dav071>
- 84.** Gómez L. Salutogénesis ¿Qué es lo que mantiene al ser humano sano? Retos para la Promoción de la Salud. 2018. Disponible en: <http://apoyoemocional.univalle.edu.co/salutogenesis.pdf>
- 85.** Surtees P, Wainwright N, Luben R, Khaw K-T, Day N. Sense of coherence and mortality in men and women in the EPIC-Norfolk United Kingdom prospective

cohort study; 158(12):1202-9. 2003. Disponible en: <https://dx.doi.org/10.1093/aje/kwg272>

86. Karlsson I, Berglin E, Larsson P. Sense of coherence: quality of life before and after coronary artery bypass surgery a longitudinal study; 31(6):1383-92. 2000. Disponible en: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/10849150>

87. Julkunen J, Ahlström R. Hostility, anger, and sense of coherence as predictors of health-related quality of life. Results of an ASOCOT substudy; 61(1):33-9. 2006. Disponible en: <https://dx.doi.org/10.1016/j.jpsychores.2005.12.005>

88. Nahlén C, Saboonchi F. Coping, sense of coherence and the dimensions of affect in patients with chronic heart failure. Eur J Cardiovasc Nurs; 9(2):118-25. 2010. Disponible en: <https://dx.doi.org/10.1016/j.ejcnurse.2009.11.006>

89. Skärsäter I, Langius A, Ågren H, Häggström L, Dencker K. Sense of coherence and social support in relation to recovery in first-episode patients with major depression: A one-year prospective study; 14(4):258-64. 2005. Disponible en: <https://dx.doi.org/10.1111/j.1440-0979.2005.00390.x>

90. Antonovsky A. Unraveling the mystery of health: How people manage stress and stay well. San Francisco, CA(US): Wiley; 1987. Disponible en: https://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_nlinks&pid=S0104-0707202000010050100058&lng=en

91. Linares N. Aplicación de los enfoques de salud de la población y los determinantes sociales en Cuba. Centro de Química Biomolecular. BioCubaFarma. La Habana, Cuba. Revista Cubana de Salud Pública. 2015;41 (1): 94. Disponible en: <https://www.scielosp.org/pdf/rcsp/2015.v41n1/o9>

92. Talavera M, Gavadia V. La construcción del concepto de salud. Departamento didáctica Experimentales y Sociales. Universidad de Valencia – España. Septiembre 2012, p. 162. Disponible en: <https://www.uv.es/comsal/pdf/Re-Esc12-Concepto-Salud.pdf>

93. Declaración de Alma-Ata. Conferencia Internacional sobre Atención Primaria de Salud, Alma-Ata, URSS, 6-12 de septiembre de 1978 (The Pan American Health Organization Promoting Health in the Americas). Disponible en: http://www.paho.org/spanish/dd/pin/alma-ata_declaracion.htm.

94. Carta de Ottawa para la promoción de la salud 1986: Disponible en: <http://www.fmed.uba.ar/depto/toxico1/carta.pdf>

- 95.** Organización Mundial de la Salud Ginebra World Health Organization 1998 : Disponible en: www.bvs.org.ar/pdf/glosario_sp.pdf.
- 96.** Álvarez, B. Prescripción del ejercicio, nuevo enfoque, 2007. Disponible en: <http://altorendimiento.com/prescripcion-de-actividades-fisico-deportivas-para-la-salud/>
- 97.** Organización Mundial de la Salud. Enfermedades crónicas no transmisibles. Informes Técnicos 2016. Disponible en : <https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/272712/9789243514161-spa.pdf?ua=1>
- 98.** Action Plan for the Global Strategy for the Prevention and Control of Noncommunicable Diseases 2008-2013. World Health Organization; 2008. p. 35. Disponible en: https://www.who.int/nmh/publications/ncd_action_plan_en.pdf
- 99.** Serra M. Las enfermedades crónicas no transmisibles: una mirada actual ante el reto. Finlay. Revista virtual. 2016. Disponible en: <http://www.revfinlay.sld.cu/index.php/finlay/article/view/418>
- 100.** Organización Mundial de la Salud. Plan de acción mundial para la prevención y el control de las enfermedades no transmisibles 2013-2020 [Internet]. Ginebra (Suiza). Disponible en: <https://www.paho.org/hq/dmdocuments/2015/plan-accion-prevencion-control-ent-americas.pdf>
- 101.** Organización Mundial de la Salud. Convenio Marco de la OMS para el Control del Tabaco [Internet]. Ginebra (Suiza): OMS; 2003 (adoptado por la Asamblea Mundial de la Salud el 21 de mayo del 2003, entró en vigor el 27 de febrero del 2005). Disponible en: https://www.who.int/tobacco/framework/WHO_ftc_spanish.pdf
- 102.** Colombia, Ministerio de Salud y Protección Social, Guía de Práctica Clínica para el manejo de la hipertensión arterial primaria (HTA). 2da edición. Guía No 18. [GPC en internet]. Bogotá D.C: El Ministerio; 2017. Disponible en: gpc.mimsalud.gov.co.
- 103.** Sixth report of the Joint National Committee on Prevention, Detection, Evaluation, and Treatment of High Blood Pressure. Arch Intern Med. 1997. P, 157. Disponible en: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/9385294/>
- 104.** Tagle R. Diagnóstico de la Hipertensión Arterial. Departamento de Nefrología, Escuela de Medicina. Facultad de Medicina. Pontificia Universidad Católica de Chile. Santiago, Chile. 2019. Disponible en: https://www.researchgate.net/publication/323209785_DIAGNOSTICO_DE_HIPERTENSION_ARTERIAL.

- 105.** Group SR, Wright JT, Jr., Williamson JD, et al. A Randomized Trial of Intensive versus Standard Blood-Pressure Control. *The New England journal of medicine* 2015; 373:2103-16. Disponible en: <https://www.nejm.org/doi/full/10.1056/nejmoa1511939>.
- 106.** Sociedad Colombiana de Cardiología y Cirugía Cardiovascular. Boletín N° 144, principales mensajes de las guías de hipertensión arterial de la ISH en el 2020. Disponible en: <https://scc.org.co/boletin-no-144-principales-mensajes-de-las-guias-de-hipertension-arterial-de-la-ish-en-el-2020/>
- 107.** Guía ESC/ESH sobre el diagnóstico y tratamiento de la hipertensión arterial. Grupo de Trabajo de la Sociedad Europea de Cardiología (ESC) y la European Society of Hypertension (ESH) sobre el diagnóstico y tratamiento de la hipertensión arterial. *Rev Esp Cardiol.* 2019;72(2): 160.e1-e78. Disponible en: <https://www.revespcardiol.org/es-guia-esc-esh-2018-sobre-el-articulo-S0300893218306791>
- 108.** Unger T, et al. Pautas practicas globales de hipertensión de la sociedad internacional de hipertensión. Vol. 75 N° 6. 2020. Disponible en: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/32370572/>
- 109.** Organización Mundial de la Salud. Adherencia a los tratamientos a largo plazo. Pruebas para la acción. Ginebra: OMS; 2004. Disponible en: <https://www.paho.org/spanish/ad/dpc/nc/adherencia-largo-plazo.pdf>.
- 110.** Libertad M. Repercusiones para la salud pública de la adherencia terapéutica deficiente. *Rev Cubana Salud Pública.* 2006. Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0864-34662006000300013
- 111.** Rueda J. Adherencia al tratamiento farmacológico antihipertensivo en pacientes atendidos por consultorio externo del Hospital Santa Rosa, Piura entre periodo enero marzo 2018. Proyecto Investigativo. 2018. Disponible en: <http://repositorio.unp.edu.pe/handle/UNP/1170>
- 112.** ICBF-OIM (2008). Lineamiento técnico para la inclusión y atención de Familias. Disponible en: <https://www.icbf.gov.co/el-instituto/sistema-integrado-de-gestion/lineamientos-tecnicos-para-la-inclusion-y-atencion-de>
- 113.** Oliva E, Villa V. Hacia un concepto interdisciplinario de la familia en la globalización. *Justicia Juris*, ISSN 1692-8571, Vol. 10. N° 1. Enero – junio de 2014 Pág. 16. Disponible en: <https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=5995439>
- 114.** Arevalo N. EL CONCEPTO DE FAMILIA EN EL SIGLO XXI. Ponencia presentada en el Foro Nacional de Familia. Bogotá D.C., 15 de mayo de

2014.Disponible en:
<https://www.minsalud.gov.co/sites/rid/Lists/BibliotecaDigital/RIDE/DE/PS/6.%20Min%20Justicia-%20El%20Concepto%20de%20Familia%20en%20el%20Siglo%20XXI.pdf>

115. Sarason, I. G., Levine, H. M., Basham, R. B. & Sarason, B. R. (1983). Assessing social support: the social support questionnaire. *Journal of Personality and Social Psychology*, 44(1), 127-139. Disponible en: <https://psycnet.apa.org/record/1983-22463-001>.

116. Rodríguez, M. S. & Cohen, S. (1998). Social Support. *Encyclopedia of mental health*. New York: Academic Press. Disponible en: http://www.scielo.org.co/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0123-417X2012000100002

117. Arias, M., y Ramírez, S. Apoyo familiar y prácticas de autocuidado del adulto mayor con Diabetes Mellitus Tipo 2. Zona Urbana-Distrito de Pachacamac. Universidad Ricardo Palma, Lima, Perú. 2013. Disponible en: <http://repositorio.urp.edu.pe/handle/urp/328>

118. Pinkerton, J. & Dolan, P. (2007). Family support, social capital, resilience and adolescent coping. *Child and Family Social Work*, 12(3), 219-228. Disponible en: <https://onlinelibrary.wiley.com/doi/abs/10.1111/j.1365-2206.2007.00497.x>

119. Ortego M, et al. El apoyo Social. Universidad de Catambria – Ciencias Psicosociales, p.2. 2015. Disponible en: https://ocw.unican.es/pluginfile.php/1420/course/section/1836/tema_13.pdf

120. Gallar M. Promoción de la salud y apoyo Psicológico al Paciente. 4ta edición. Madrid, 2006. Disponible en: <https://www.sintesis.com/data/indices/9788491711681.pdf>.

121. Fontana A. El apoyo familiar en el proceso de integración educativa de estudiantes con necesidades educativas en condición de discapacidad *Revista Electrónica Educare*, vol. XIII, núm. 2. Universidad Nacional Heredia, Costa Rica. Diciembre, 2009, p 20. Disponible en: <https://www.redalyc.org/pdf/1941/194114401003.pdf>

122. Alfonso LM, Bayarre Veá H, Coruego Rodríguez M del C, Vento Iznaga F, La Rosa Matos Y, Orbay Araña M de la C. Adherencia al tratamiento en hipertensos atendidos en áreas de salud de tres provincias cubanas. *Rev Cuba Salud Pública*. 2015. Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0864-34662015000100004

- 123.** Louro, I. La familia en la determinación de la salud. Sociedad Cubana de Administración de Salud La Habana, Cuba. Revista Cubana de Salud Pública, vol. 29, núm. 1, enero-febrero, 2003, p. 50. Disponible en: <https://www.redalyc.org/pdf/214/21411563007.pdf>.
- 124.** Leonel A, Fajardo G, Hernandez J. El apoyo familiar y la adherencia en el tratamiento de hipertensión arterial. Rev. enferm. Neurol, p. 2. Disponible en: <file:///C:/Users/DELL/Downloads/200-Texto%20del%20art%C3%ADculo-164-1-10-20190326.pdf>
- 125.** Arias M, Barrera L, Carrillo G, Chaparro L, Sanchez B, Vargas E. cuidadores familiares de personas con enfermedad crónica en las regiones de frontera colombiana: perfil y carga percibida de cuidado. Rev. Fac. Med., Volumen 62, Número 3. 2014. P. 387-397. Disponible en: <http://www.scielo.org.co/pdf/rfmun/v62n3/v62n3a8.pdf>
- 126.** Higuera E, Rojas M, Garzon D. Experiencia de hipertensión arterial en la relación paciente, familia y contexto de ayuda. *Revista de Salud Pública*. 2016. Disponible en: <http://www.scielo.org.co/pdf/rsap/v17n6/v17n6a05.pdf>
- 127.** Louro BI. Modelo de salud del grupo familiar. Rev Cubana Salud Pública [Internet]. 2005. Disponible en: <http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=artexpid=50864>.
- 128.** Ministerio de salud y Protección Social. LEY 10 DE 1990. [En línea]. Disponible en: https://www.minsalud.gov.co/Normatividad_Nuevo/LEY%200010%20DE%201990.pdf.
- 129.** Asamblea Nacional Constituyente. Constitución Política de Colombia. [En línea]. Disponible en: <https://pdba.georgetown.edu/Constitutions/Colombia/colombia91.pdf>
- 130.** Congreso de la Republica. LEY NUMERO 100 DE 1993. En línea]. Disponible en: <https://www.minsalud.gov.co/sites/rid/Lists/BibliotecaDigital/RIDE/DE/DIJ/ley-100-de-1993.pdf>.
- 131.** Congreso de la Republica. LEY 0715 de 2001. En línea]. Disponible en: https://www.minsalud.gov.co/Normatividad_Nuevo/LEY%200715%20DE%202001.pdf.
- 132.** Congreso de la Republica. LEY 1122 de 2007. En línea]. Disponible en: <https://www.minsalud.gov.co/sites/rid/Lists/BibliotecaDigital/RIDE/DE/DIJ/ley-1122-de-2007.pdf>.

- 133.** Ministerio de salud y Protección Social. DECRETO NÚMERO 3039 DE 2007. [En línea]. Disponible en: http://uvsalud.univalle.edu.co/pdf/plan_desarrollo/decreto_3039_de_2007_plan_nacional_de_salud_publica_2007.pdf.
- 134.** Ministerio de salud y Protección Social. LEY 1164 DE 2007. [En línea]. Disponible en: https://www.minsalud.gov.co/Normatividad_Nuevo/LEY%201164%20DE%202007.pdf.
- 135.** Ministerio de salud y Protección Social. RESOLUCIÓN NÚMERO 4003 DE 2008. [En línea]. Disponible en: <https://www.minsalud.gov.co/sites/rid/Lists/BibliotecaDigital/RIDE/DE/DIJ/resolucion-4003-2008.pdf>.
- 136.** Congreso de la Republica. LEY 1751 de 2015. En línea]. Disponible en: https://www.minsalud.gov.co/Normatividad_Nuevo/Ley%201751%20de%202015.pdf.
- 137.** Ministerio de salud y Protección Social. RESOLUCIÓN NÚMERO 0518 DE 2015. [En línea]. Disponible en: <https://www.minsalud.gov.co/sites/rid/Lists/BibliotecaDigital/RIDE/DE/DIJ/resolucion-0518-de-2015.pdf>.
- 138.** Ministerio de salud y Protección Social. RESOLUCIÓN NÚMERO 3202 DE 2016. [En línea]. Disponible en: <https://www.minsalud.gov.co/sites/rid/Lists/BibliotecaDigital/RIDE/DE/DIJ/resolucion-3202-de-2016.pdf>.
- 139.** Ministerio de salud y Protección Social. RESOLUCIÓN NÚMERO 3280 DE 2018. [En línea]. Disponible en: <https://www.minsalud.gov.co/sites/rid/Lists/BibliotecaDigital/RIDE/DE/DIJ/resolucion-3280-de-2018.pdf>.
- 140.** Gutiérrez M, Moreno M. Percepción del cuidado familiar de pacientes con enfermedad crónica no trasmisible sobre condiciones de seguridad del entorno hospitalario en una institución de segundo nivel. Tesis de Grado. Colombia. 2016. Disponible en: <https://repositorio.udes.edu.co/bitstream/001/84/1/Percepcci%C3%B3n%20del%20cuidado%20familiar%20de%20pacientes%20con%20Enfermedad%20cr%C3%B3nica%20no%20transmisible%20sobre%20condiciones%20de%20seguridad%20del%20entorno%20hospitalario%20en%20una%20instituci%C3%B3n%20de%20Segundo%20nivel.pdf>

- 141.** Veliz L, Bianchetti A. Acompañamiento y cuidado holístico de enfermería en personas con enfermedades crónicas no adherentes al tratamiento. Revista electrónica. Enfermería actual en Costa Rica. 2017. Disponible en: https://www.scielo.sa.cr/scielo.php?script=sci_abstract&pid=S1409-45682017000100186&lng=en&nrm=iso&tlng=es
- 142.** Santana E, Pérez A. Agregación familiar en pacientes con hipertensión arterial. Revista Cubana de Medicina General Integral. Cuba. 2017. Disponible en: <https://www.medigraphic.com/cgi-bin/new/resumen.cgi?IDARTICULO=79153>
- 143.** Poma J, Carrillo L, Gonzalez G. Family Functionality and Modifiable Risk Factors for Arterial Hypertension. Universitas. Médica. Colombia. 2018. Disponible en: http://www.scielo.org.co/pdf/unmed/v59n1/en_0041-9095-unmed-59-01-00003.pdf.
- 144.** Suntaxi S. Relación entre el nivel de apoyo socio familiar de pacientes con hipertensión arterial de 60 – 70 años y la carga de medicamentos necesarios para su control óptimo en el centro de salud conocoto - quito en el mes de octubre 2018. Pontificia Universidad Católica del Ecuador. Facultad de Medicina. Quito, 2018, p. 60. Disponible en: <http://repositorio.puce.edu.ec/bitstream/handle/22000/17912/TESIS%20FINAL.pdf?sequence=1&isAllowed=y>
- 145.** Peralta C, Flórez K. Comunicación terapéutica y adherencia al tratamiento en pacientes con hipertensión arterial, hospital municipal, Arequipa - 2019. Tesis de grado. Perú. 2019. Disponible en: <http://repositorio.unsa.edu.pe/handle/UNSA/10408>
- 146.** Pino K, Murillo M, Suarez L. Acompañamiento al enfermo crónico o terminal y calidad de vida en familia. Rev Poiesis. Colombia. 2019. Disponible en: <https://www.funlam.edu.co/revistas/index.php/poiesis/article/view/3194>
- 147.** Esquivel, N. Efectividad de la intervención “Desplegando mis recursos personales” sobre la adherencia en pacientes con hipertensión arterial. Universidad Nacional de Colombia Facultad de Enfermería Bogotá, Colombia 2019. Disponible en: <https://repositorio.unal.edu.co/bitstream/handle/unal/77716/28559438.2020.pdf?sequence=1&isAllowed=y>.
- 148.** Hernández S. Metodología de la investigación 6 ta edición. México. 2014. Isbn: 978-1-4562-2396-0. Disponible en: <https://www.uca.ac.cr/wp-content/uploads/2017/10/Investigacion.pdf>.
- 149.** Censo rutas de atención integral, grupos de riesgo. ESE Camu del Prado. Cereté – Cordoba. 2021.

- 150.** Montesano J. Manual del protocolo de investigación. México, D.F. Editorial Auroch;1999. Disponible en: <https://es.scribd.com/document/437994958/MONTESANO-J-Manual-Del-Protocolo-de-investigacion-pdf>
- 151.** Uddin MA, Bhuiyan AJ. Development of the family support scale (FSS) for elderly people. *MOJ Gerontol Ger.* 2019;4(1):17–20. DOI: 10.15406/mojgg.2019.04.00170.
- 152.** Procidano, Heller. Measures of perceived social support from friends and from family: three validation studies. *American Journal of Community Psychology.* 1983. Disponibe en: https://www.researchgate.net/publication/16360552_Measures_of_Perceived_Social_Support_from_Friends_and_from_Family_Three_Validation_Studies
- 153.** Julkunen J, Greenglass ER. The family support scale. York University, Ontario, Canada. 1989. Disponible en: https://www.academia.edu/18978783/The_13_item_Family_Support_Scale_Reliability_and_validity_of_the_Greek_translation_in_a_sample_of_Greek_health_care_professionals.
- 154.** Ma C, Chen S, You L, Luo Z, Xing C. Development and psychometric evaluation of the Treatment Adherence Questionnaire for Patients with Hypertension. *J Adv Nurs [Internet].* 2012 [citado el 8 de noviembre de 2019]. Disponible en: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/21954893/>.
- 155.** Ma C, Chen S, You L, Luo Z, Xing C. Development and psychometric evaluation of the Treatment Adherence Questionnaire for Patients with Hypertension. *J Adv Nurs [Internet].* 2012 [citado el 8 de noviembre de 2019]. Disponible en: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/21954893/>.
- 156.** Ma C, Chen S, You L, Luo Z, Xing C. Desarrollo y evaluación psicométrica del cuestionario de adherencia al tratamiento para pacientes con hipertensión. *J Adv Nurs.* 2012; 68(6):1402–13. DOI: 10.1111/j.1365-2648.2011.05835.x. Disponible en: <https://onlinelibrary.wiley.com/doi/abs/10.1111/j.1365-2648.2011.05835.x>
- 157.** R Core Team 2020 R: A language and environment for statistical computing. R foundation for statistical computing Computing, Vienna, Austria. Disponible en: <https://www.R-project.org/>
- 158.** Lahura E. El coeficiente de correlación y correlaciones Espureas. *Enero.* 2003, p. 17. Disponible en: <https://core.ac.uk/download/pdf/6445817.pdf>

159. Manzini JL. Declaración De Helsinki: Principios Éticos Para La Investigación Médica Sobre Sujetos Humanos. Acta Bioeth .2000; 6(2):321– 34. DOI: 10.4067/S1726-569X2000000200010. 207.

160. Ministerio de Salud. Normas Científicas, Técnicas y Administrativas para la Investigación en Salud. Resolución 008430. Bogotá; p. 1–12. Disponible en: https://www.hospitalsanpedro.org/images/Comite_Investigacion/Resolucion_8430_de_1993.pdf

161. Consejo de Organizaciones Internacionales de las Ciencias Médicas, Organización Panamericana de la Salud. Pautas éticas internacionales para la investigación biomédica en seres humanos [Internet]. 2002 [citado el 8 de noviembre de 2019]. p. 1–119. Disponible en: https://cioms.ch/wp-content/uploads/2017/12/CIOMS-EthicalGuideline_SP_INTERIOR-FINAL.pdf

162. Congreso de la Republica. Ley 911 de 2004. Por la cual se dictan disposiciones en materia de responsabilidad deontológica para el ejercicio de la profesión de Enfermería en Colombia; se establece el régimen disciplinario correspondiente y se dictan otras disposiciones. Diario Oficial No. 45.693 de 6 de octubre de 2004. Disponible en: https://www.mineducacion.gov.co/1621/articles-105034_archivo_pdf.pdf

163. Congreso de la República de Colombia. Ley Estatutaria 1581 de 2012. Disponible en: http://www.secretariassenado.gov.co/senado/basedoc/ley_1581_2012.html 211. Presidencia de la República de Colombia.

164. Decreto 1377 de 2013. Disponible en: <http://wsp.presidencia.gov.co/Normativa/Decretos/2013/Documents/JUNIO/27/DECRETO%201377%20DEL%2027%20DE%20JUNIO%20DE%202013.pdf>

165. Congreso de la República de Colombia. Ley Numero 23 de 1982. Sobre Derechos de Autor. Disponible en: <http://derechodeautor.gov.co:8080/documents/10181/182597/23.pdf/a97b8750-8451-4529-ab87-bb82160dd226>

166. Comisión del acuerdo de Cartagena. Régimen común sobre derechos de autor y derechos conexos. 1993. Disponible en: <https://www.wipo.int/edocs/lexdocs/laws/es/can/can010es.pdf>

167. Ministerio de salud y Protección Social. Analisis de Situacion en Salud. Direccion de Epidemiologia y Demografia. 2019. Disponible en: <https://www.minsalud.gov.co/sites/rid/Lists/BibliotecaDigital/RIDE/VS/ED/PSP/asis-2019-colombia.pdf>

- 168.** Gobernación de Córdoba. Análisis de Situación de Salud con el Modelo de los Determinantes Sociales de Salud Departamento de Córdoba 2019. Grupo planeación en salud. Disponible en: <https://www.minsalud.gov.co/sites/rid/Lists/BibliotecaDigital/Forms/DispForm.aspx?ID=21394>
- 169.** Zurique, et al. Prevalencia de hipertensión arterial en Colombia. Revisión sistemática y metaanálisis. Acta Médica colombiana. vol.44 no.4 Bogotá Oct./dic. 2019. Disponible en: <https://doi.org/10.36104/amc.2019.1293>
- 170.** Vilches Izquierdo E, Ochoa Montes LA, González Lugo M, Ramos Marrero L, Tamayo Vicente N, García Ones D, et al. Impacto de la hipertensión arterial esencial y la cardiopatía isquémica en las víctimas de muerte cardíaca súbita. Revista Cubana Salud Pública. 2016. Disponible en: <http://www.revsaludpublica.sld.cu/index.php/spu/article/view/662/771>
- 171.** Redmond N, Baer HJ, Hicks LS. Health behaviors and racial disparity in blood pressure control in the national health and nutrition examination survey. Hypertension.2011. Disponible en: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/21300667>
- 172.** Fuchs F. Why Do Black Americans Have Higher Prevalence of Hypertension? An Enigma Still Unsolved Hypertension. 2011. Disponible en: <https://www.ahajournals.org/doi/full/10.1161/HYPERTENSIONAHA.110.16319>
- 173.** Brewster L, Kleijnen J, van Montfrans Gert G. Effect of antihypertensive drugs on mortality, morbidity and blood pressure in blacks. Cochrane Database of Systematic Reviews 2015. Disponible en: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/15492341/>
- 174.** Colombia, Ministerio de Salud y Protección Social. ESTUDIO NACIONAL DE CONSUMO DE SUSTANCIAS PSICOACTIVAS COLOMBIA 2019. Disponible en: <https://www.odc.gov.co/Portals/1/publicaciones/pdf/estudio%20Nacional%20de%20consumo%202019.pdf>
- 175.** Fernández de Bobadilla J, Sanz de Burgoa V, Garrido Morales P, López de Sá E. Riesgo cardiovascular: evaluación del tabaquismo y revisión en atención primaria del tratamiento y orientación sanitaria. Estudio RETRATOS. Atención primaria. 2011. Disponible en: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC7025142/>
- 176.** Estudio multicéntrico: Hospital Maciel, Médica Uruguaya Corporación de Asistencia Médica (MUCAM), Centro de Asistencia del Sindicato Médico del

Uruguay (CASMU). Montevideo. Revista Uruguaya de Medicina 2021. Disponible en: <http://dx.doi.org/10.26445/06.01.6>

177. Dullius A, Fava S, Ribeiro P, Terra F. Alcohol consumption/dependence and resilience in older adults with high blood pressure. Revista Latino Am. Enfermagem. 2018. Disponible en: <https://www.scielo.br/j/rlae/a/gTn9cG3ZCV7svzB85J5nB4c/?lang=es&format=pdf>

178. Colombia, Ministerio de Salud y Protección Social. ABC de la Sal. 2020. Disponible en: <https://www.minsalud.gov.co/sites/rid/Lists/BibliotecaDigital/RIDE/VS/PP/SNA/abec-e-de-sal.pdf>

179. Organización Panamericana de la Salud, Organización Mundial de la Salud. Declaración de la Política “Prevención de las enfermedades cardiovasculares en las Américas mediante la reducción de la ingesta de sal alimentaria en toda la población”. 2009. Disponible en: <https://iris.paho.org/handle/10665.2/51451>

180. Trials of Hypertension Prevention Collaborative Research Group (TOHP). Effects of weight loss and sodium reduction intervention on blood pressure and hypertension incidence in overweight people with high-normal blood pressure. Arch Intern Med. 1997. Disponible en: https://schonline.getsmarter.com/presentations/lp/stanford-preventive-cardiology-online-short-course/?ef_id=c:527621938688_d:c_n:g_ti:kwd-299282428969_p:k:hypertension%20prevention_m:p_a:123233932933&gclid=Cj0KCQiAqbyNBhC2ARIsALDwAsBb-y0aUcT82l5m8nAUtuZyUtEVy1eiwl81D2zEW5044qQdE-i5Z90aAkQOEALw_wcB&gclsrc=aw.ds

181. Apple L, et al. A clinical trial of the effects of dietary patterns on blood pressure. DASH Collaborative Research Group. N Engl J Med. 1997. Disponible en: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/9099655/>

182. 182 Ministerio de salud y Protección Social. Encuesta Nacional de Situación Nutricional de Colombia (ENSIN). 2015. Disponible en: <https://www.minsalud.gov.co/sites/rid/Lists/BibliotecaDigital/RIDE/VS/ED/GCFI/libro-ensin-2015.pdf>

183. Cascaes, et al. Ejercicio físico, calidad de vida y salud de diabéticos tipo 2. Revista Psicol Deport. 2017. Disponible en: [http://www.redalyc.org/html/2351/235149687002/.](http://www.redalyc.org/html/2351/235149687002/)

184. Meseguer, et al. Influencia de un programa de ejercicio físico terapéutico en diferentes indicadores clínicos relacionados con la dislipidemia en sujetos adultos de 26 a 73 años con algún factor de riesgo cardiovascular. 2018 Disponible en:

<https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S1889183718300229?via%3DiHub>. <https://doi.org/10.1016/j.hipert.2018.02.001>.

185. González S, Llapur M. Tratamiento de la hipertensión arterial en niños y adolescentes. Revista Cubana de Pediatría. 2017 Disponible en: <http://www.medigraphic.com/pdfs/revcubped/cup-2017/-cup173i.pdf>.

186. Clark J. Diet, exercise or diet with exercise: comparing the effectiveness of treatment options for weight-loss and changes in fitness for adults (18-65 years old) who are overfat, or obese; systematic review and meta-analysis. Journal Diabetes Metab Disord. 2015. Disponible en: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/25973403/>

187. Washburn R, et al. Does the Method of Weight Loss Effect Long-Term Changes in Weight, Body Composition or Chronic Disease Risk Factors in Overweight or Obese Adults? A Systematic Review. PLoS One. 2014. Disponible en: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/25333384/>

188. Barrios V. Terapia combinada para el tratamiento de la hipertensión arterial. Sociedad Española de Cardiología. Actualidad en Cardiología Clínica. 2017. Disponible en: <https://secardiologia.es/clinica/publicaciones/actualidad-cardiologia-clinica/octubre-2017/9086-terapia-combinada-para-el-tratamiento-de-la-hipertension-arterial>

189. Escobar C, Barrios V. Combined therapy in the treatment of hypertension. Fundam Clin Pharmacol. 2010. Disponible en: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/19682088/>

190. Gimenez M, Gallo A. EL LABORATORIO EN LA HIPERTENSIÓN ARTERIAL. 2017, pag, 358. Disponible en: <http://www.saha.org.ar/pdf/libro/Cap.074.pdf>

191. Varela MT. El reto de evaluar la adherencia al tratamiento en la hipertensión arterial. Rev Pens Psic. 2010. Disponible en: <https://www.redalyc.org/pdf/801/80113673010.pdf>

192. Ramírez A, Ramírez J. Adherencia terapéutica antihipertensiva y factores asociados al incumplimiento en el primer nivel de atención en Cienfuegos, 2019. Revista Cubana de Farmacia. 2020. Disponible en: <http://www.revfarmacia.sld.cu/index.php/far/article/view/385>

193. Romero G, Sandra L.; Parra, Dora I.; Sánchez R, Javier M.; Rojas, Lyda Z. Adherencia terapéutica de pacientes con hipertensión arterial y diabetes mellitus tipo 2 de Bucaramanga, Colombia Revista de la Universidad Industrial de

Santander. Salud, vol. 49, núm. 1, enero-marzo, 2017, pp. 37-44. Disponible en: <https://www.redalyc.org/articulo.oa?id=343850079005>

194. Martínez L, et al. Adherencia terapéutica en pacientes hipertensos ambulatorios de un hospital de primer nivel de atención de Antioquia, Colombia. Revista Latinoamericana de Hipertensión. Vol. 10 - Nº 2, 2015. Disponible en : http://www.revhipertension.com/rlh_10_2_2015/Adherencia%20terapeutica.pdf

195. Casas Piedrahíta MC, Chavarro Olarte LM, Cardona Rivas D. Adhesión al tratamiento de la hipertensión arterial en dos municipios de Colombia 2010-2011. Hacia Promoc Salud [Internet]. 2013 [citado el 8 de noviembre de 2019];18(1):81-96. Disponible en: <https://www.redalyc.org/articulo.oa?id=309126802007>

196. Poblete, et al. Apoyo social percibido en pacientes con Hipertensión Arterial y Diabetes Mellitus tipo II en Atención Primaria y su relación con autopercepción de salud. Rev Med Chile 2018. Disponible en: <https://www.scielo.cl/pdf/rmc/v146n10/0034-9887-rmc-146-10-01135.pdf>

197. Olvera, S. Salazar, T. Impacto del apoyo familiar en la adherencia terapéutica de los pacientes hipertensos. Revista Mexicana de Enfermería Cardiológica. Vol. 17, Núms. 1-3 Enero-Diciembre 2009, p 10-13. Disponible en: <https://www.medigraphic.com/pdfs/enfe/en-2009/en091c.pdf>

198. Aid, J. Adherencia al tratamiento antihipertensivo en pacientes ambulatorios de un hospital urbano. Rev. virtual Soc. Parag. Med. Int. setiembre 2015; 2 (2):43-51. Disponible en: <https://www.revistaspmi.org.py/index.php/rvspmi/article/view/114>

199. Pomares A, et al. Relación entre la adherencia terapéutica y el apoyo social percibido en pacientes con hipertensión arterial. Revista Cubana de Medicina General Integral. 2020; 36(2): e1190. Disponible en: <http://www.revmgi.sld.cu/index.php/mgi/article/view/1190>

200. Akel C, Varleta P. Prevalencia y determinantes de adherencia a terapia antihipertensiva en pacientes de la Región Metropolitana. Rev Med Chile. 2015; 143: 569-576. Disponible en: https://scielo.conicyt.cl/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-98872015000500003.

201. Rosas-Chávez G, Romero-Visurraga CA, Ramirez-Guardia E, Málaga G. El grado de alfabetización en salud y adherencia al tratamiento en pacientes con hipertensión arterial en un hospital nacional de Lima, Perú. Rev Peru Med Exp Salud Pública. 2019; 36(2):214-21. doi: <http://dx.doi.org/10.17843/rpmesp.2019.362.4279>.

202. Rodríguez JC, Solís-Visscher RJ, Rogic-Valencia SJ, Román Y, Reyes-Rocha M. Asociación entre conocimiento de hipertensión arterial y adherencia al tratamiento en pacientes hipertensos del Hospital Nacional Edgardo Rebagliati Martins de Lima, Perú. 2015. Rev. Fac. Med. 2017;65(1): 55-60. Spanish. Disponible en: <http://dx.doi.org/10.15446/revfacmed.v65n1.56773>.

203. Veliz-Rojas L, Mendoza-Parra S, Barriga OA. Adherencia terapéutica en usuarios de un programa de salud cardiovascular de atención primaria en Chile. Rev Peru Med Exp Salud Pública. 2015; 32(1):51-7. Disponible en: http://www.scielo.org.pe/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1726-46342015000100008

204. Guarín G, Pinilla G. Adherencia al tratamiento antihipertensivo y su relación con la calidad de vida en pacientes de dos hospitales de Bogotá, D.C. 2013-2014. Rev. Fac. Med. 2016 Vol. 64 No. 4: 651-7. Disponible en: <https://revistas.unal.edu.co/index.php/revfacmed/issue/view/5338>

ANEXOS

ANEXO A. REVISIÓN DE LITERATURA.

Descripción de las características de los estudios contemplados en el marco de antecedentes investigativos

N°	Título	Autores/año/país	Objetivo del estudio	Método	Resultados
1	El apoyo familiar y la adherencia en el tratamiento de hipertensión arterial [124].	Adela Alba-Leonel, Guillermo Fajardo Ortiz y Joaquín Papaqui Hernández. 2014. México.	Conocer cómo influye el apoyo familiar en el cumplimiento o adherencia del tratamiento de hipertensión arterial.	Estudio cuantitativo transversal Muestra: 234 Instrumentos utilizados: se diseñó un cuestionario ex profeso validado por la Universidad de Guanajuato y Universidad la Salle Campus Guanajuato.	131pacientes (56%) son pacientes descontrolados (47% del género femenino y 57% masculino) 103 (44%) controlados (54% del género femenino y 46% masculinos). Con respecto al apoyo familiar el 84% vive con un familiar y sólo el 79% está en contacto diario con el paciente, en cuanto al apego farmacológico, el 56% le recuerda que debe tomar el medicamento, el 82% de la administración del medicamento la realiza el paciente mismo y el 76% le ayuda a su familiar a entender las indicaciones del médico. Las variables de apoyo familiar en las que se encontró una asociación estadísticamente significativa fue que el hipertenso debe medirse la tensión arterial en la casa y debe llevar su dieta y cuando el enfermo no la sigue lo amenaza de los riesgos que implica.
2	Cuidadores familiares de personas con enfermedad crónica en las regiones de frontera colombiana: perfil y carga percibida de cuidado [125]	Mauricio Arias Rojas, Lucy Barrera Ortiz, Gloria Mabel Carrillo, Lorena Chaparro-Díaz, Beatriz Sánchez Herrera y Elizabeth Vargas Rosero. 2014. Colombia	Comparar las características sociodemográficas y el nivel de carga percibido por los cuidadores familiares de personas con enfermedad crónica no trasmisible en las regiones de frontera de Colombia.	Estudio descriptivo correlacional realizado los años 2012 y 2013. Muestra: 256 Instrumentos utilizados: ficha técnica de GCPC-UN-C© y la Entrevista de percepción de carga del cuidado de Zarit.	Dentro de las conclusiones que plantean los autores encontramos que el cuidado de personas con ECNT se asocia con compromiso de la salud del cuidador, en especial cuando los apoyos no son suficientes; de allí la necesidad de la creación de políticas y programas para la atención de personas con ECNT que incluyan tanto al enfermo como a su cuidador familiar, por otro lado se encuentra la necesidad de amplia de abordaje del estudio de manera espacial y en relación a la muestra del mismo indagando características propias de cada una de las regiones con poblaciones tan diversas y culturas tan heterogéneas que puedan incidir en la percepción de carga de los cuidadores.
3	Experiencia de hipertensión	Elkin Higuera Dagovett, María	Comprender la forma como se configura	Investigación cualitativa, con	Se identificó que la experiencia de HTA se organiza desde

	arterial en la relación paciente, familia y contexto de ayuda [126]	P. Rojas-Gil y Dora I. Garzón de Laverde. 2015. Colombia	narrativa y conversacionalmente la experiencia de hipertensión arterial en la relación que establecen paciente, familia, médicos, e investigadores interventores y su reconfiguración en contextos de ayuda que faciliten la emergencia de relatos generadores de bienestar.	diseño narrativo-conversacional, reflexivo y contextual. Muestra: 1 paciente con diagnóstico de HTA, 1 una psicóloga y 2 médicos Instrumentos utilizados: Entrevista diseñada.	narrativas dominantes en una relación médico-paciente-familia donde predomina la definición biomédica, el promover procesos narrativo-conversacionales, donde se comprenda de manera compleja esta experiencia, y donde se puede hablar acerca de los aspectos que evitan las familias y que no escuchan los médicos, facilita la reconfiguración de la experiencia de enfermedad. Esto posibilita la inclusión de la familia en la generación de posturas narrativas conversacionales que facilitan la re-configuración de los relatos y de las dinámicas relacionales, pasando de situaciones puntuadas como de malestar a bienestar; lo que implica la agencia personal y colectiva de las personas para movilizar y organizar los recursos que tienen, en coherencia con la edad y el diagnóstico del paciente.
4	Percepción del cuidado familiar de pacientes con enfermedad crónica no trasmisible sobre condiciones de seguridad del entorno hospitalario en una institución de segundo nivel [140].	María Isabel Gutierrez Cristancho, Maikol Fabián Moreno Jaimes. 2016. Colombia	Describir la percepción del cuidador familiar de pacientes con enfermedad crónica no transmisible, sobre las condiciones de seguridad del entorno hospitalario en una institución de segundo nivel de Santander durante el año 2015- 2016.	Se realizó un estudio de abordaje cuantitativo, con un diseño descriptivo de corte transversal. Muestra: 62. Instrumentos utilizados: Ficha de Caracterización de la Diada Cuidador-Persona con Enfermedad Crónica GCPC-UN-D. Perfil PULSES. Prueba Cuestionario Corto Portátil de Valoración del Estado Mental SPMSQ-PFEIFFER. Escala de Valoración de Sobrecarga del Cuidador Zarit Versión 5.26 de Abril De 2014. Encuesta de Percepción del Cuidador Familiar sobre	Concluyeron que los cuidadores familiares tienen conocimiento relacionado con la causa de hospitalización o enfermedad de las personas que cuidan; así mismo manifiestan que la información brindada por el personal sanitario a los cuidadores familiares de personas con ECNT, parece ser insuficiente en temas relacionados con derechos, deberes del paciente, prevención de riesgos y actuaciones ante eventos no esperados dependientes de los riesgos de la atención sanitaria; además de que los familiares perciben que la atención brindada a las personas con ECNT durante la estancia hospitalaria es segura.

				Condiciones de Seguridad del Entorno Hospitalario GCPC-UN.	
5	Acompañamiento y cuidado holístico de enfermería en personas con enfermedades crónicas no adherentes al tratamiento [141].	Lizet Veliz-Rojas y Andrés Bianchetti Saavedra. 2017. Costa Rica	Determinar la importancia del rol de la profesión de enfermería en el manejo integral de pacientes con enfermedades crónicas no transmisibles.	Revisión Sistemática observacional y retrospectivo. Muestra: 16 Artículos	Los autores concluyeron que los altos niveles de no adherencia terapéutica en las personas con ECNT, constituye uno de los principales desafíos al que se enfrenta la enfermería, así mismo tanto el acompañamiento como los cuidados holísticos de enfermería tienen una dimensión humanista que van más allá de una técnica, de una atención planificada o de una educación rutinaria: implica estar con el otro, compartiendo sus sentimientos y emociones. Finalmente determinaron que la utilización de terapias alternativas o complementarias en los cuidados holísticos, representa una herramienta para alcanzar el bienestar y la sanación integral de la persona, la cual debería integrarse en los servicios de salud que atienden personas con ECNT, con el fin de establecer cambios en los estilos de vida y en la adherencia a los medicamentos.
6	Agregación familiar en pacientes con hipertensión arterial [142].	Elayne Esther Santana Hernández y Álvaro Pérez. 2017. Cuba	Describir el comportamiento de la agregación familiar de la hipertensión arterial.	Se realizó un estudio observacional, descriptivo, de corte transversal. Muestra: 54. Instrumentos utilizados: Entrevista estructurada	Los autores determinaron que en la aparición de la hipertensión arterial existe gran influencia de la agregación familiar hasta en un 60%; además de esta predisposición presente en los organismos susceptibles predomina igualmente los factores de riesgo modificables en los que se resaltan la ingestión excesiva de sal y el estrés emocional; asimismo los principales factores relacionados con el desarrollo de la HTA se encuentran ligados con el progreso y los cambios en los hábitos de vida y dietéticos, por otro lado el progresivo sedentarismo de la sociedad tras la era industrializada, con el consiguiente desequilibrio entre ingesta calórica y gasto energético, junto con elementos dietéticos propician al desarrollo de la misma.
7	Family Functionality and Modifiable Risk Factors for Arterial Hypertension [143].	Jorge Poma, Lucía Carrillo y José González. 2018. Colombia.	Determinar la relación entre funcionalidad familiar con factores de riesgo para HTA.	Transversal correlacional. Muestra: 414. Instrumentos utilizados: encuestas y observación directa	La prevalencia de disfunción familiar fue del 52,17%; bajo nivel de actividad física, 74,88%; consumo de tabaco, 26,09%; sobrepeso-obesidad, 73,91%; tensión arterial elevada en, 21,01% y alcohol de riesgo consumo, 35,75%. La disfunción

					familiar fue un factor de riesgo para: bajo nivel de actividad física; en este sentido, determinan que existe una estrecha relación entre la funcionalidad familiar y la aparición de factores de riesgo predisponentes para la aparición de las ECNT en los pacientes.
8	Relación entre el nivel de apoyo socio familiar de pacientes con hipertensión arterial de 60 – 70 años y la carga de medicamentos necesarios para su control óptimo en el centro de salud Conocoto - Quito en el mes de octubre 2018 [144].	Susana Alejandra Suntaxi Navarrete. 2019. Ecuador.	Determinar la relación entre el nivel de apoyo socio familiar de pacientes con hipertensión arterial y la carga de medicamentos necesarios para su control óptimo, en consulta externa en el Centro de Salud Conocoto – Quito, en el mes de Octubre 2018.	Investigación de campo cuantitativa, de tipo descriptivo transversal. Muestra: 278. Instrumentos utilizados: Historias Clínicas - Escala de apoyo socio familiar de Gijón	En la investigación se demostró que existe dependencia entre las variables de estudio: relación entre la situación socio familiar y la carga de medicamentos, con un valor $p < 0,05$. Al analizar la relación de la situación socio familiar con otras variables, solamente se demostró relaciones significativas con el control de la enfermedad y el sexo de los pacientes; las demás variables en estudio no reflejaron significancia estadística.
9	Comunicación terapéutica y adherencia al tratamiento en pacientes con hipertensión arterial, hospital municipal, Arequipa – 2019 [145].	Choquepuma Peralta, Katherine Danitza Flórez Méndez, Camila Ignacia. 2019. Perú.	Determinar la relación de la comunicación terapéutica con la adherencia al tratamiento en pacientes hipertensos que acuden al Hospital Municipal, Arequipa – 2019	Cuantitativo descriptivo de corte transversal. Muestra: 165. Instrumentos utilizados: instrumento de nivel de comunicación terapéutica. Instrumento de nivel de adherencia al tratamiento.	Los autores de la investigación concluyeron que las dimensiones de la Comunicación Terapéutica se apreciaron que en cuanto a gestos y expresión (59.4%), modulación de la voz (60.0%), interés (71.5%), respeto (48.5%) e información (49.7%) se encuentran en un nivel alto. En cambio, las dimensiones contacto visual (66.7%) y lenguaje (72.1%) se encuentran en un nivel medio. Resultando con una Comunicación Terapéutica de nivel medio (87.9%) y la Adherencia al tratamiento presentó un nivel alto (52.1%). En cuanto a las relaciones de las dimensiones respeto, información e interés no guardan relación significativa con Adherencia Terapéutica. Finalmente se demostró que existe una relación significativa entre ambas variables, deduciendo que, a mayor Comunicación Terapéutica, hay un alto nivel de Adherencia al Tratamiento, por lo tanto, se acepta la hipótesis alterna.

10	Acompañamiento al enfermo crónico o terminal y calidad de vida en familia [146].	Karina Pino Gómez, Michael Murillo Hurtado y Luisa Fernanda Suárez Bedoya. 2019. Colombia.	Identificar la percepción por parte del cuidador en el acompañamiento al enfermo crónico o terminal y calidad de vida en familia.	Enfoque cualitativo a través de una estrategia documental. Muestra: 55 revistas científicas y 2 tesis de grado	Los autores del estudio concluyeron que la familia es la fuente principal de apoyo social, funciona como una red de apoyo que juega como un agente protector para el enfermo crónico y terminal; así mismo el apoyo brindado por la familia fortalece las estrategias para afrontar esa angustia que crea la enfermedad, en la etapa final dentro del ciclo vital. Por otro lado, se identificó que las percepciones que se tienen del papel del cuidador se transforman en elementos importantes para que los profesionales en cuidados paliativos puedan adoptar un papel protagónico en la implementación de programas multidisciplinarios que apunten al apoyo de la población afectada por la enfermedad crónica o terminal, desde la educación enfatizada hacia este tema. Así mismo los autores determinaron que es a la calidad de vida a lo que apuntan la estructuración de las redes de apoyo y la psicoeducación, así como también que el factor económico es tenido en cuenta como un estado que puede condicionar la atención e intervención desde su área; y en los cuidados paliativos a los pacientes y sus familias, el diseño y coordinación de equipos interdisciplinarios que trabajan en pro de ofrecer alivio a quienes sufren, es uno de los deberes del encargado de la salud mental en la enfermedad crónica o terminal.
----	--	--	---	--	--

ANEXO B. ENCUESTA DE CARACTERIZACIÓN SOCIODEMOGRÁFICA Y CLÍNICA

Encuesta de caracterización sociodemográfica y Clínica de la persona con Hipertensión Arterial	
Fecha: _____	Código: _____

1. Determinantes y Condiciones Sociales

1.1. Edad _____

1.2. Sexo

Masculino Femenino

1.3. Zona

Rural Urbano

1.4. Nivel Educativo

- Ninguno
- Preescolar
- Básica Primaria
- Básica Secundaria
- Técnico
- Universitario
- Otro, Cual _____

1.5. Estrato Socioeconómico

- 1
- 2
- 3
- 4
- 5

1.6. Raza

- Blanco
- Afroamericano
- Otro

1.7. Antecedentes EAC

SI NO

2. Factores Riesgo Conductuales

2.1. Consumo de Tabaco

Actual Antecedentes Nunca

2.2. Numero Cigarrillos día _____

2.3. Número de Años Fumando _____

2.4. Consumo de Alcohol

Diario Semanal
 Nunca Ocasional

2.5. Alimentación Diaria

2.5.1. Frutas SI NO

2.5.2. Verduras SI NO

2.5.3. Comida Chatarra SI NO

2.5.4. Grasas SI NO

2.5.5. Azucares SI NO

2.6. Actividad Física

2.6.1. Intensidad

Sedentario Ligero
 Moderado Vigoroso

2.6.2. Frecuencia

< 150 min/Sem
 > o = 150 min/Sem

3. Factores de Riesgo Metabólico

3.1. PAS _____

3.2. PAD _____

3.3. Diabetes Mellitus

SI NO

3.4. Peso _____

3.5. Talla _____

3.6. IMC _____

3.7. Clasificación IMC

- Desnutrición
- Bajo Peso
- Normal
- Sobrepeso
- Obesidad

3.8. Perímetro Abdominal en CM _____

3.9. Colesterol Total _____

3.10. Colesterol HDL _____

3.11. Colesterol LDL _____

3.12. Triglicéridos _____

3.13. Hemoglobina _____

4. Función Renal

4.1. Creatinina _____

4.2. TFG _____

4.3. ERC

SI NO

4.17. Estadio ERC

- 1
- 2
- 3
- 4
- 5

6. Antecedentes de Enfermedades Cardiovasculares

6.1. IAM

SI NO

6.2. ICC

SI NO

6.3. ECV

SI NO

7. Tratamiento

7.1 Tipo de Tratamiento de la HTA

- IECA
- ARA II
- Antagonistas del Calcio
- Betabloqueantes
- Alfabloqueantes
- Agonistas de los Receptores alfa2
- Fármacos alfa y betabloqueantes combinados.
- Diuréticos

7.2. Estatinas

SI NO

7.3. ASA

SI NO

ANEXO C. ESCALA SOPORTE FAMILIAR (FAMILY SUPPORT SCALE (FSS) FOR ELDERLY PEOPLE)

ESCALA DE APOYO FAMILIAR PARA PERSONAS DE EDAD AVANZADA (versión traducida)	
Fecha: _____	Código: _____

Ítem no.	Ítem	No	Un poco	Medianamente	Bastante
1	Mi familia me ama.	0	1	2	3
2	Tengo respeto por parte de mi familia.	0	1	2	3
3	Mi familia me ayuda con las actividades diarias.	0	1	2	3
4	Mi familia me ayuda con mis actividades religiosas.	0	1	2	3
5	Mi familia me brinda información útil.	0	1	2	3
6	Mi familia me brinda soporte emocional.	0	1	2	3
7	Mi familia comparte decisiones importantes conmigo.	0	1	2	3
8	Mi familia entiende mis necesidades personales.	0	1	2	3
9	Mi familia me ayuda a participar en eventos sociales.	0	1	2	3
10	Mi familia escucha mis problemas.	0	1	2	3
11	Mi familia me ayuda a resolver mis problemas.	0	1	2	3
12	Mi familia es consciente de mi salud.	0	1	2	3
13	Mi familia me ayuda en mi tratamiento.	0	1	2	3
14	Mi familia me trata como una persona importante.	0	1	2	3
15	Mi familia me da dinero cuando lo necesito.	0	1	2	3
16	Mi familia es cuidadosa con mi comida.	0	1	2	3
17	Mi familia se preocupa con mi sueño.	0	1	2	3
18	Mi familia me brinda compañía.	0	1	2	3
19	Mi familia me ayuda a mantenerme feliz.	0	1	2	3
20	Estoy satisfecho con el soporte que me da mi familia.	0	1	2	3

ANEXO D: INSTRUMENTO DE ADHERENCIA AL TRATAMIENTO EN LOS PACIENTES CON HTA (TAPQH VERSIÓN ESPAÑOL-COLOMBIA).

CUESTIONARIO DE ADHERENCIA AL TRATAMIENTO EN PACIENTES CON HIPERTENSIÓN ARTERIAL

Fecha: _____ Código: _____

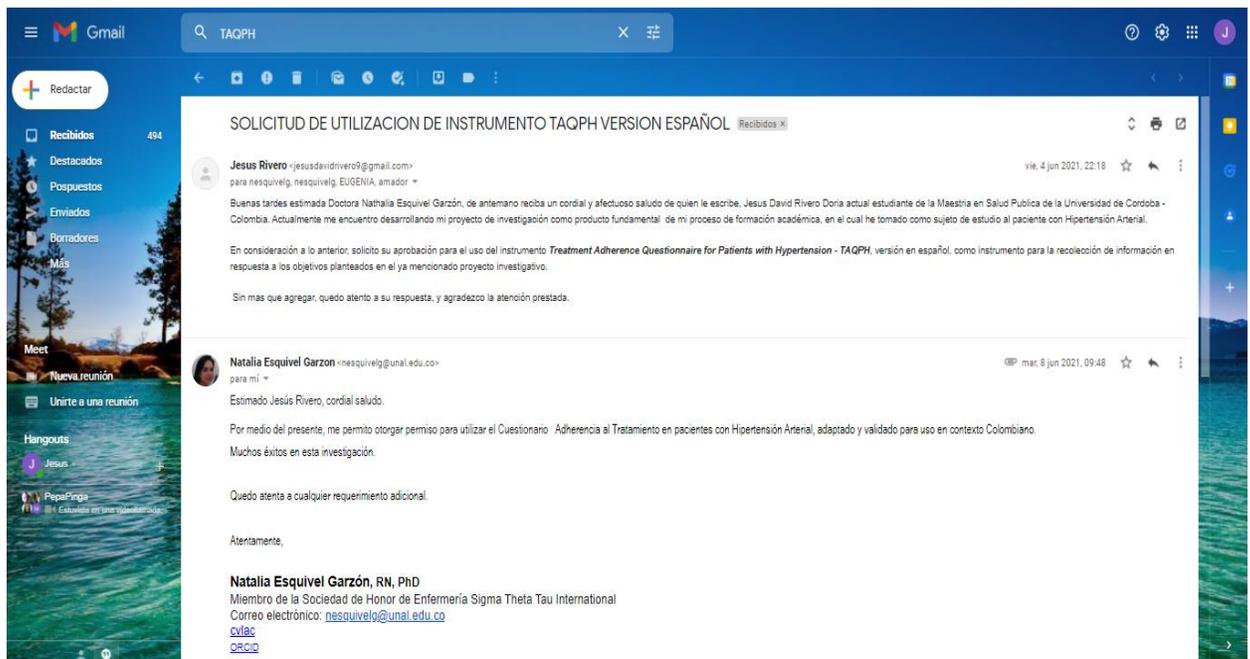
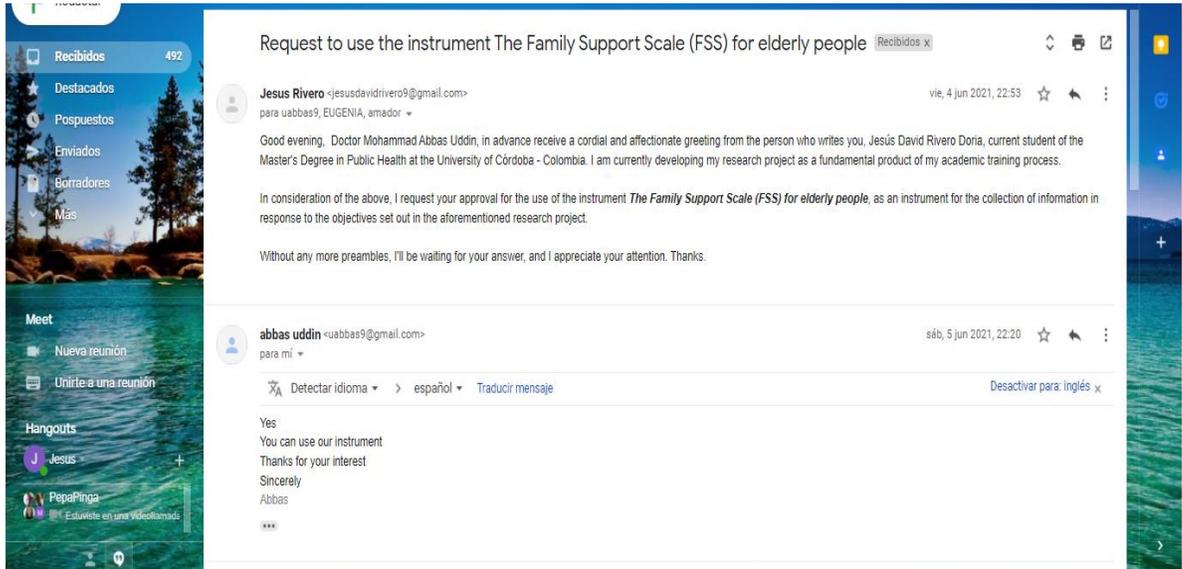
Instrucción para el diligenciamiento.

Por favor indicar cuál ha sido su comportamiento después de haber sido diagnosticado con hipertensión. ¿Usted ha cumplido con las siguientes actividades indicadas por el personal de salud? Marque cada enunciado en la columna correspondiente a: todo el tiempo, la mayoría de veces, ocasionalmente y nunca.

ITEMS	Todo el tiempo	La mayoría de veces	Algunas veces	Nunca
1. ¿Se ha tomado los medicamentos según la frecuencia indicada en la fórmula dada por el médico?				
2. ¿Se ha tomado los medicamentos según la dosis indicada por el médico?				
3. ¿Ha tomado los medicamentos según el horario indicado por el médico?				
4. ¿Se ha tomado los medicamentos por un largo plazo sin interrupciones según indicaciones dadas por el médico?				
5. ¿Se ha tomado los medicamentos según indicaciones del médico, sin aumentar ni disminuir la dosis?				
6. ¿Se ha seguido tomando los medicamentos así no se hayan presentado síntomas de hipertensión?				
7. ¿Ha olvidado tomar sus medicamentos?				
8. ¿Ha suspendido los medicamentos cuando ha sentido que los síntomas han mejorado?				
9. ¿Ha mantenido el uso de los medicamentos a pesar de sentir que los síntomas han empeorado?				
10. ¿Ha cumplido con una dieta baja en sal?				
11. ¿Ha cumplido con una dieta baja en grasa? Reduciendo el consumo de preparaciones fritas, salsas, aderezos, embutidos (salchichas – salchichón – mortadelas -comidas rápidas en general.				
12. ¿Ha cumplido con una dieta baja en colesterol? Reduciendo el consumo de carnes rojas, tocino, piel de pollo, huevos, vísceras (hígado, riñón, pajarilla, corazón), mariscos (camarones –langostinos), salsas (mayonesa – salsas de tomate – vinagretas industriales), aceites, manteca y mantequilla).				

13. ¿Ha disminuido el consumo de azúcares y dulces?				
14. ¿Ha aumentado el consumo de fibra? Tales como; papaya, piña, guanábana, duraznos, peras y manzanas; también cereales como avena, quinua y salvado.				
15. ¿Ha aumentado el consumo de verduras frescas?				
16. ¿Ha aumentado el consumo de frutas frescas?				
17. ¿Ha aumentado el consumo de granos? Incluye frijol, garbanzo, lentejas, arvejas. Además de frutos secos como el maní, almendras y nueces.				
18. ¿Ha aumentado el consumo de productos lácteos bajos en grasa?				
19. ¿Ha disminuido el consumo de café?				
20. ¿Ha limitado el consumo de bebidas alcohólicas?				
21. ¿Ha dejado de fumar?				
22. ¿Ha realizado ejercicios físicos al menos 5 veces a la semana?				
23. Al realizar un ejercicio físico, ¿le ha dedicado al menos 30 minutos?				
24. ¿Ha podido controlar la cantidad de comida				
25. ¿Ha mantenido bajo control su peso corporal?				
26. ¿Ha reservado diariamente un tiempo de relajación para sí mismo?				
27. ¿Ha recurrido a algunas formas para aliviar el estrés o la tensión?				
28. ¿Se ha controlado emocionalmente ante eventos repentinos?				

ANEXO E: AUTORIZACIÓN DE LOS AUTORES PARA EL USO DE LOS INSTRUMENTOS



ANEXO F: SOLICITUD DE AUTORIZACIÓN PARA LA APLICACIÓN DE LOS INSTRUMENTOS DE RECOLECCIÓN DE LA INFORMACIÓN

 **UNIVERSIDAD DE CÓRDOBA**
FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD
PROGRAMA DE MAESTRÍA EN SALUD PÚBLICA



Montería, 18 de marzo de 2021

Doctor

FECHA: 11 MAR 26 17:02:1
HORA: 11:02 AM
RECIBIDO
NO IMPLICA ACERTACION

Cordial saludo.

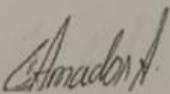
El estudiante de III semestre de la Maestría en Salud Pública, JESUS RIVERO DORIA, como parte de su formación investigativa está realizando la investigación titulada: "ASOCIACIÓN ENTRE SOPORTE FAMILIAR Y ADHERENCIA AL TRATAMIENTO DE PERSONAS CON HIPERTENSIÓN ARTERIAL INSCRITAS EN UN PROGRAMA DE CONTROL DE UNA INSTITUCIÓN DE SALUD. CÓRDOBA, 2021".

Teniendo en cuenta lo anteriormente expuesto, solicitamos su valiosa colaboración, para que nuestro estudiante pueda realizar el estudio en la institución que usted dirige y acceder a la Base de datos de seguimiento integral de pacientes con Enfermedades Crónicas No Transmisibles (Hipertensas) unificada o por EAPB de todas las sedes de la Institución que fueron diagnosticados con Hipertensión Arterial desde el año 2018. Esta información puede ser suministrada a través de la vía que usted considere (físico o digital), porque nuestro estudiante está en la disponibilidad de reclamarla.

De la misma manera, requerimos el aval para encuestar a la población que resulte seleccionada como muestra en los tiempos previamente estipulados por el estudio. Por ello, requerimos que su consentimiento quede expreso mediante oficio dirigido a esta dependencia, para continuar con los trámites respectivo.

Es importante mencionar que el trabajo de campo se realizará guardando los principios de confidencialidad, éticos y legales de investigación.

Le agradecemos su colaboración al respecto.



CONCEPCIÓN AMADOR AHUMADA
Coordinadora

Por una universidad con calidad, moderna e incluyente
Carrera 6ª. No. 77-305 Montería NIT. 891080031-3 - Teléfono: 7860300 - 7860920 www.unicordoba.edu.co

Confiados EC 5278-1

ANEXO G: AUTORIZACIÓN PARA LA APLICACIÓN DE LOS INSTRUMENTOS DE RECOLECCIÓN DE LA INFORMACIÓN

[REDACTED]

Cereté, 30 de marzo de 2021

Coordinadora de la Maestría en Salud Pública
Concepción Amador Ahumada

Cordial saludo

Atendiendo a su solicitud de acceso a la ejecución del proyecto de investigación titulado **ASOCIACIÓN ENTRE SOPORTE FAMILIAR Y ADHERENCIA AL TRATAMIENTO DE PERSONAS CON HIPERTENSIÓN ARTERIAL INSCRITAS EN UN PROGRAMA DE CONTROL DE UNA INSTITUCIÓN DE SALUD. CORDOBA, 2021** el cual será realizado por el estudiante Jesús David Rivero Doria, le manifiesto mi autorización y permiso para la ejecución del mismo en la E.S.E [REDACTED] a la que represento legalmente.

En este sentido, en mi calidad como gerente autorizo el acceso a la población objeto de estudio, el escenario de estudio determinado por el investigador en cualquiera de nuestras sedes, además del acceso a las bases de datos de seguimiento integral de pacientes con Enfermedades Crónicas No Transmisibles (Hipertensas) unificada o por EAPB de todas las sedes de la Institución que fueron diagnosticados con Hipertensión Arterial desde el año 2018, las cuales serán entregadas a través de correo electrónico por la coordinadora de rutas de promoción y mantenimiento al estudiante.

Para nuestra institución es importante que la ejecución de dicha investigación se mantenga sujeta bajo los lineamientos de rigor metodológico establecidos en el estudio, los cuales son necesarios para garantizar un adecuado desarrollo de la misma, además de tener en cuenta que una vez finalizado el estudio, los resultados sean retroalimentados a nuestra institución con el fin de establecer acciones de proceso si fuera necesario. Para la E.S.E [REDACTED] la investigación en salud pública es un recurso fundamental para el crecimiento científico y prospectivo en aras del mejoramiento en los procesos de calidad en la prestación del servicio.

[REDACTED]
Gerente E.S.E [REDACTED]

ANEXO H: CONSENTIMIENTO INFORMADO

TÍTULO DE LA INVESTIGACIÓN	SOPORTE FAMILIAR Y ADHERENCIA AL TRATAMIENTO ANTIHIPERTENSIVO EN PERSONAS INSCRITAS EN UN PROGRAMA DE CONTROL DE HIPERTENSIÓN ARTERIAL. CÓRDOBA, 2021.
AUTOR	Jesús David Rivero Doria
DIRECTORA	Eugenia Del Pilar Herrera Guerra

Estimado(a) participante

La adherencia o cumplimiento del tratamiento es la base del éxito del control de la presión arterial y es parte fundamental en la salud de las personas con Hipertensión Arterial, por ello es importante que se investigue sobre los aspectos que pueden ayudar a las personas a cumplir con su tratamiento.

Lo invito a participar en esta investigación que tiene como objetivo de evaluar si el soporte o apoyo familiar tiene relación con la adherencia al tratamiento en las personas hipertensas.

Su participación consiste en diligenciar unos formularios que incluyen una breve encuesta de características personales, sin datos de identificación y contestar las preguntas del instrumento adherencia al tratamiento en los pacientes Hipertensión Arterial y la escala Soporte familiar

Al participar no existen beneficios directos, ni riesgos aparentes para usted. Si acepta participar estará colaborando con información que puede servir para promover el desarrollo de intervenciones efectivas para el cuidado de la salud los pacientes Hipertensión Arterial.

Su participación es absolutamente voluntaria. Usted está en plena libertad de negarse a participar sin que ello le traiga consecuencias negativas. Si desea mayor información puede comunicarse conmigo al siguiente correo: jesusdavidrivero9@gmail.com

Yo, _____, declaro que he leído y comprendido la información contenida en este documento y que han contestado mis preguntas. Entiendo que la participación en este ejercicio académico es de carácter voluntario y puedo retirarme de participar en el momento que desee sin perjuicio alguno.

SI **NO**

Firma del voluntario _____ C.C. _____

Firma de los testigos _____ C.C. _____
_____ C.C. _____

Dirección: _____
Fecha: _____