



Investigación

CARACTERÍSTICAS SOCIODEMOGRÁFICAS Y ADHERENCIA FARMACOLÓGICA EN ADULTOS MAYORES CON HIPERTENSIÓN ARTERIAL Y DIABETES

SOCIODEMOGRAPHIC CHARACTERISTICS AND PHARMACOLOGICAL ADHERENCE IN ELDERLY ADULTS WITH ARTERIAL HYPERTENSION AND DIABETES

Elcy Cecilia Nieto Poveda¹

Christians Ferney Parra Olarte²

RESUMEN

Justificación: La adherencia al tratamiento en enfermedades crónicas suele tener elevadas tasas de fracaso, que originan complicaciones médicas y psicosociales, reducen la calidad de vida, aumentan la recurrencia de hospitalizaciones, así como la probabilidad de aparición de resistencia a los fármacos, incrementando los costos de los sistemas de salud. **Objetivo:** Describir la relación entre las características socio-demográficas de pacientes mayores de 60 años con diagnóstico y tratamiento para hipertensión arterial y/o diabetes mellitus y su adherencia al tratamiento farmacológico, en la Subred Integrada de Servicios de Salud Centro Oriente en Bogotá D.C. **Método:** diseño no experimental, de tipo transversal, descriptivo, correlacional, en el que se empleó el muestreo no probabilístico, mediante la técnica por conveniencia, realizado con 385 pacientes de la consulta ambulatoria. Como instrumento se empleó la escala de medición de la adherencia al tratamiento que fue desarrollada originalmente por Morisky Green y Levine de 4 ítems y cuyo Test esta validado para diversas enfermedades crónicas. **Resultados:** El 69,1% de los pacientes abordados eran mujeres; la edad promedio fue de 71,87 (DE=7,78), en su mayoría pacientes pertenecientes al estrato 1 y 2. Se encontró que el 9,1% de los participantes están diagnosticados y tienen tratamiento farmacológico para DM, el 28,1% para HTA y el 62,9% padecen comorbilidad entre HTA y DM. El 56,6% de los pacientes manifestó que alguna vez olvidó tomar la medicación, el 57,1% olvidó tomar los medicamentos a la hora indicada, el 86,8% no deja de tomar el medicamento a pesar de estar bien en salud y 88,8% manifestó que no deja de tomar los medicamentos a pesar de no sentirse bien. **Conclusiones:** Se encontraron relaciones estadísticamente significativas ente la adherencia al tratamiento y las variables sociodemográficas tales como sexo, estado civil, diagnóstico, tipo de creencia religiosa y convivencia con el conyugue y con los nietos.

Palabras clave:

Adulto mayor, enfermedad crónica, enfermedad cardiovascular, hipertensión, diabetes mellitus tipo II, adherencia al tratamiento, medicamentos, medicación.

ABSTRACT

Justification: Adherence to treatment in chronic diseases usually has high failure rates, which originate medical and psychosocial complications, reduce quality of life, increase the recurrence of hospitalizations, as well as the probability of the appearance of drug resistance, increasing the costs of health systems. **Objective:** To describe the relationship between the socio-demographic characteristics of patients over 60 years of age, with diagnosis and treatment for arterial hypertension and/or diabetes mellitus and adherence to treatment in the Subred Integrada de Servicios de Salud Centro Oriente in Bogotá D.C. **Method:** non-experimental, cross-sectional, descriptive, correlational design, in which non-probabilistic sampling was used, by means of the convenience technique, carried out with 385 patients of the outpatient clinic. The scale for measuring adherence to treatment was used as an instrument, originally developed by Morisky Green and Levine with four items, and whose test has been validated for various chronic diseases. **Results:** 69.1% of the patients were women; the average age was 71.87 (SD=7.78), most of them belonging to stratum 1 and 2. 9.1% of the participants were diagnosed and had pharmacological treatment for DM, 28.1% for HT and 62.9% had comorbidity between HT and DM. 56.6% of the patients reported adherence to treatment. 56.6% of patients stated that they ever forgot to take medication, 57.1% forgot to take medication at the indicated time, 86.8% do not stop taking medication despite being in good health and 88.8% stated that they do not stop taking medication despite not feeling well. **Conclusions:** Statistically significant relationships were found between adherence to treatment and the socio-demographic variables such as; gender, marital status, diagnosis, type of religious belief, and cohabitation with spouse and grandchildren.

Key words:

Older adults, chronic disease, cardiovascular disease, hypertension, type II diabetes mellitus, adherence to treatment, drugs, medication.



INTRODUCCIÓN

Según estadísticas de la OMS (2020) “41 millones de personas en todo el mundo murieron de enfermedades no transmisibles (ENT) en 2016, lo que equivale al 71% de todas las muertes, siendo cuatro las principales causantes de la mayoría de esas muertes: enfermedades cardiovasculares (17,9 millones de muertes), cáncer (9,0 millones de muertes), enfermedades respiratorias crónicas (3,8 millones de muertes) y diabetes (1,6 millones de muertes)” Entre las complicaciones cardiovasculares, la hipertensión arterial (HTA) es responsable de por lo menos el 45% de las muertes; por su parte la diabetes mellitus (DM), en las últimas dos décadas ha mostrado un aumento del 5% en mortalidad prematura en personas menores de 70 años y se encuentra dentro de los factores de riesgo para complicaciones de tipo cardiovascular. (Organización Mundial de la Salud, 2013) y (Organización Mundial de la Salud, 2016)

En Colombia a partir de los Registros Individuales de Prestación de Servicios (RIPS), entre 2009 y diciembre de 2018 el 65,4% de las atenciones en salud, se prestó a personas que consultaron por ENT, siendo para las personas mayores de 60 años la primera causa de atención durante el periodo generando el 81,17% de la demanda, donde de acuerdo con datos de la cuenta de alto costo, entre 2005 y 2017, la HTA y la DM, aportaron a la mayor cantidad de defunciones. (Ministerio de Salud y Protección Social, 2018).

En Bogotá, de acuerdo al análisis de situación de salud (2019), con base en los datos de la bodega del Sistema Integrado de Información de la Protección Social (SIS-PRO), la atención por la misma causa, en la adultez y personas mayores, representó el 63,79%, observándose una tendencia al aumento de la prevalencia de DM y de HTA durante el periodo 2013 al 2018, las cuales también aportaron a la mayor cantidad de años de vida potencialmente perdidos (AVPP). (Secretaría Distrital de Salud de Bogotá, 2019).

Enfermedades como HTA y DM, son factores de riesgo independientes para lesión cardiovascular, produciendo cada una por su cuenta complicaciones relacionadas con accidente cerebro vascular, infarto de miocardio, insuficiencia cardíaca, daño renal y neurológico (Organización Mundial de la Salud, 2013). Dichos padecimientos aumentan los índices de discapacidad y muerte que conllevan a importantes pérdidas económicas para las personas que las padecen y sus familias, así como para los sistemas de salud y las economías nacionales, debido principalmente a los costos médicos derivados de la atención hospita-

laria y ambulatoria, así como el aumento en el costo de medicamentos. (Organización Mundial de la Salud, 2016).

Es así que la prevención de factores de riesgo relacionados con estilos de vida y tratamiento farmacológico parecen ser la clave para el control de dichos padecimientos y sus consecuencias relacionados con morbilidad, mortalidad y aumento de costos (Organización Panamericana de la Salud, 2014), por lo cual es fundamental la participación del paciente en la adherencia a los tratamientos, de acuerdo a las recomendaciones del personal de salud.

Sin embargo, los incumplimientos con el tratamiento se observan en todas las situaciones en las que éste tiene que ser administrado por el propio paciente, principalmente en enfermedades de tipo cardiovascular, lo cual se convierte en un problema mundial que tiende a aumentar.

Es así que en los países desarrollados el cumplimiento por parte de los pacientes con enfermedades crónicas es de sólo el 50% y todavía mucho menor en los países en desarrollo. Dichos incumplimientos originan complicaciones médicas y psicosociales, reducen la calidad de vida, aumentan la recurrencia de hospitalizaciones, así como la probabilidad de aparición de resistencia a los fármacos incrementando los costos de los sistemas de salud (World Health Organization, 2003).

Algunos estudios evidencian que la adherencia al tratamiento en enfermedades crónicas suele tener elevadas tasas de fracaso, disminuyendo significativamente durante los primeros 6 meses después de la prescripción, afirmándose que los pacientes que abandonan la medicación en ese lapso ya no la retoman (Fuster, 2012); así se encuentran relaciones estrechas entre la falta de cumplimiento y la obtención de peores resultados en salud (Dillaa & et al, 2009).

De esta manera para el caso de pacientes hipertensos, según resultados del estudio de Ulises & et al (2017) para una muestra de pacientes mexicanos, se encontró que alrededor del 50% de la población no tenía un apego adecuado al tratamiento; en cubanos mayores de 60 años López Vasquez & et al (2016) encontró una adherencia del 42,7% y Herrera Guerra (2012) en Colombia, encontró tasas de no adherencia del 42%.

En pacientes diabéticos, Orozco Beltran & et al (2016) mostró tasas de incumplimiento terapéutico en españoles, entre el 30 y 51 % para quienes hacían uso de antidiabéticos orales y cerca del 25% en insulín dependientes; Cramer & et al (2008) encontró cifras de falta de adherencia del 42% en pacientes estadounidenses; Por

su parte Ortiz & et al (2011) encontró solo el 26% de adherencia en pacientes chilenos; sin embargo en Colombia Alayon & et al (2008) encontró un nivel de adherencia del 66% .

La OMS (2004) destaca algunas causas que motivan a que un paciente con enfermedad crónica sea incumplidor de su tratamiento, citando 5 grupos de factores relacionados con el paciente (edad, entorno cultural y social, nivel educativo y personalidad), relacionados con el tratamiento (efectos adversos, características del principio activo e incremento en el coste de los mismos), así como los relacionados con la enfermedad, el sistema de salud y con factores socioeconómicos. Es así que el Ministerio de la Protección Social (2009) afirma que el uso de tratamientos farmacológicos prescritos y de venta libre de manera concomitante pueden llevar a fallos en la adherencia, como a acciones inseguras especialmente en el adulto mayor, lo que a su vez puede provocar daños y complicaciones a su salud, poniendo en peligro su vida, teniendo en cuenta los distintos cambios cognitivos y fisiológicos del envejecimiento que pueden afectar tanto la farmacocinética como la farmacodinamia.

Por tanto, el presente estudio pretende hacer una descripción de características sociodemográficas de pacientes mayores de 60 años, con diagnóstico y tratamiento para hipertensión arterial y/o diabetes mellitus, y su relación con las conductas de adherencia al tratamiento.

MATERIALES Y MÉTODOS

La presente investigación, según la tipificación realizada por Hernández Sampieri, Fernandez Collado, & Baptista Lucio (2014) es un diseño no experimental, de tipo transversal descriptivo correlacional, cuyo universo fueron los pacientes ambulatorios adultos mayores, que asistieron al programa de paciente crónico de la Subred Integrada de Servicios de Salud Centro Oriente en Bogotá D.C, durante el primer semestre de 2019. Se empleó el muestreo no probabilístico, mediante la técnica por conveniencia, donde se tuvo en cuenta hombres y mujeres mayores de 60 años de edad, con diagnóstico y tratamiento farmacológico para hipertensión arterial y/o diabetes mellitus tipo 2 y que accedieron a firmar por su propia cuenta el consentimiento informado. De acuerdo a esto se abordó a 385 pacientes que cumplieron con los criterios establecidos.

La recolección de información, se realizó con el apoyo de personal, egresado del programa de Técnico en Salud Pública, de la regional Distrito Capital del SENA. Como instrumentos se empleó la escala de medición de la ad-

herencia al tratamiento que fue desarrollada originalmente por Morisky Green y Levine y cuyo Test está validado para diversas enfermedades crónicas (Rodríguez Chamorro & et al, 2008), el cual se constituye en un método indirecto de medición basado en la entrevista voluntaria, que consta de un pequeño cuestionario de cuatro preguntas que orientan a la adherencia o no adherencia al tratamiento (Ramírez Pinzón, 2014). La estructura de la respuesta de los ítems es de tipo dicotómico Sí/No, que refleja la conducta del enfermo respecto al cumplimiento.

Las preguntas que componen el cuestionario son las siguientes:

1. ¿Se olvida de tomar alguna vez la medicación?
2. ¿Olvida tomar los medicamentos a la hora indicada?
3. Cuando se encuentra bien, ¿deja de tomar la medicación?
4. Si alguna vez se siente mal, ¿deja usted de tomarla?

El paciente es considerado como cumplidor si responde de forma correcta a las 4 preguntas, es decir, No/ No/ No/No, en tanto si contesta "sí" en al menos una de las preguntas, se clasifica como no adherente (Ramírez Pinzón, 2014). A partir de las cuatro preguntas se obtiene una puntuación que oscila entre cero (0) y cuatro (4). Para la caracterización socio demográfica, se diseñó una ficha con los ítems de edad, sexo, estado civil, estrato socio económico, escolaridad, creencias religiosas, personas con quien vive y parentesco. Los instrumentos empleados fueron revisados y aprobados para su aplicación, por el Centro de Atención e Investigación Médica (CAIMED).

Posteriormente se estructuró un formulario en Microsoft Excel con lo que se realizó un análisis de consistencia de captura de la información y de posibles errores de digitación, para ser corregidos y así ofrecer mayor confiabilidad posible en los resultados. Al contar con la base de datos revisada y depurada, se procedió a exportar el archivo al Programa SPSS para Windows (versión 22) con el fin de hacer los correspondientes análisis, los cuales fueron de dos tipos: por un lado, un análisis psicométrico del test para el cual se emplearon estadísticas descriptivas básicas como medidas de tendencia central, de dispersión, de localización y asimetría y a través del Índice de Consistencia Alfa de Cronbach se estimó su confiabilidad. Por otro lado, se realizó un análisis socio demográfico de los pacientes estimando frecuencias, porcentajes y otras medidas estadísticas de acuerdo con la naturaleza de las variables; por último, se realizaron análisis bivariados, los cuales se centraron en análisis perfil fila y perfil columna y se utilizó la prueba de independencia de chi cuadrado

para establecer la asociación estadística entre las variables.

Al respecto se plantea la siguiente hipótesis:

H₀: Las variables socio demográficas de los pacientes no se relacionan con la adherencia al tratamiento farmacológico.

H₁: Las variables socio demográficas de los pacientes se relacionan con la adherencia al tratamiento farmacológico

Dado lo anterior, las hipótesis estadísticas a tratar en la investigación son:

H₀: variable socio demográfica i no se relacionan con la variable i de adherencia al tratamiento farmacológico

H₁: variable socio demográfica i se relacionan con la adherencia al tratamiento farmacológico

Dónde

Variable socio demográfica i: cada variable socio demográfica incluido en la investigación

Variable i de adherencia al tratamiento farmacológico: cada variable del test

RESULTADOS

De los 385 pacientes abordados, el 69,1% fueron mujeres; la edad promedio fue de 71,87 (DE=7,78) y osciló entre los 60 y 104 años, en su mayoría pertenecientes al estrato 1 y 2. Se encontró que el 9,1% de los participantes está diagnosticado y tiene tratamiento farmacológico para DM, el 28,1% para HTA y el 62,9% padecen comorbilidad entre HTA y DM.

En la tabla 1, se observa la distribución porcentual y frecuencias de otras variables sociodemográficas, donde se identifican en su mayoría personas casadas o viudas, que cuentan con nivel educativo bajo, profesantes de algún credo, donde predomina la religión católica. El 87% de los pacientes convive con alguien, siendo el promedio de convivientes de 3,048.

Análisis de Fiabilidad del Cuestionario

El índice de confiabilidad obtenido mediante el Coeficiente Alfa de Cronbach fue de 0,509, siendo dicho coeficiente un valor relativamente aceptable para instrumentos pertenecientes al ámbito de las ciencias de la salud (Streiner & Norman, 1989).

a. Análisis descriptivo del Test

Frente a las respuestas obtenidas mediante la aplicación del test, se encontró que el 56,6% de los pacientes manifestó que alguna vez olvidó tomar la medicación, el 57,1% olvido tomar los medicamentos a la hora indicada, el 86,8% no deja de tomar el medicamento a pesar de estar bien en salud y 88,8% manifestó que no deja de tomar los medicamentos a pesar de no sentirse bien. Respecto a la puntuación total de la prueba, el promedio fue de 1,3818 (DE=1,069). Como se muestra en la tabla 2, la mayoría de los pacientes (86%) tiene una puntuación de 2, el 50% de los pacientes tiene puntuaciones por debajo de 1, la puntuación mínima fue de 0 y la máxima de 4. El grupo en general tiende a tener puntuaciones bajas (Coef Asimetría = 0,310). Como se observa en la figura 1, en el gráfico B, hay un 25% de pacientes que tiene puntuaciones por encima de 2 (cuartil 3).

b. Análisis bivariado

De acuerdo con el análisis perfil fila y perfil columna, correspondientes a los datos de la ficha de caracterización sociodemográfica, con las respuestas de los pacientes a cada una de las preguntas del test de Morisky Green, se encontraron los siguientes resultados:

En la tabla 3 se observa la distribución de respuestas a las preguntas MG1: ¿Se olvida de tomar alguna vez la medicación? y MG2: ¿Olvida tomar los medicamentos a la hora indicada?

Se encontró una relación estadísticamente significativa entre el sexo de la persona con la pregunta MG1 ($X^2=4,359; p \leq 0,05$) y MG2 ($X^2=4,023; p \leq 0,05$). Como datos relevantes a estos resultados, se observó que las mujeres (60,2%) son quienes más olvidan tomar los medicamentos y suelen consumirlos en horas distintas a las indicadas (60,6%), frente al porcentaje de hombres quienes refirieron con menor frecuencia este tipo de olvidos; de la misma manera se encontró relación significativa entre el estado civil de la persona con la pregunta MG1 ($X^2=7,753; p \leq 0,05$), donde las personas que han tenido más olvidos a la hora de tomar los medicamentos, viven en unión libre (66,4%) y quienes refirieron mayor olvido en el manejo de los horarios son personas viudas (60,8%).

De otra parte, la mayoría de las personas de estrato 1 (52,9%) y estrato 2 (60,2%) son quienes más han olvidado tomar los medicamentos, mientras que la mayoría de las personas de estrato 2 (60,2%) y estrato 3 (58,8%) son quienes con mayor frecuencia olvidan los horarios

Frecuencia y porcentaje para Estado civil – Escolaridad – Religión que profesa – convivencia

		Frecuencia	Porcentaje
Estado civil	Casado (a)	94	24,4
	Soltero (a)	73	19
	Viudo (a)	102	26,5
	Otro	116	30,1
Escolaridad	Ninguna	76	19,7
	Primaria	244	63,4
	Bachillerato	55	14,3
	Técnico	6	1,6
	Tecnólogo	1	0,3
	Profesional	3	0,8
Religión que profesa	Ninguna	13	3,4
	Católica	310	80,5
	Cristiana	58	15,1
	Evangélica	3	0,8
	Otra	1	0,3
Convive con Cónyuge	No	182	54,33
	Si	153	45,67
Convive con Hijos	No	95	28,36
	Si	240	71,64
Convive con Nietos	No	171	51,04
	Si	164	48,96
Convive con otros familiares	No	213	63,58
	Si	122	36,42

Fuente: Elaboración propia

indicados; frente a la escolaridad a pesar de los olvidos de la mayoría de pacientes en la toma de los medicamentos como en los horarios, se encontró que los técnicos/tecnólogos refirieron con menor frecuencia este tipo de olvidos.

La mayoría de personas que tienen una creencia religiosa refirió haber tenido olvidos en la toma de sus medicamentos (57,3%), encontrándose una relación estadísticamente significativa entre el tipo de religión con la pregunta MG1 ($X^2=5,714$; $p\leq 0,05$), donde la mayoría de personas que son católicas o que profesan alguna otra religión, manifestó olvidos en la toma de los medicamentos (54,5% y 71,0% respectivamente) así como olvidos en la toma del medicamento a la hora indicada (54,8% y 66,1% respectivamente). Se encontró también, relación estadísticamente significativa entre la convivencia con nietos con la pregunta MG2 ($X^2=5,525$; $p\leq 0,05$) donde para este caso se observa, que cuando los pacientes viven con nietos, dejan de consumir con mayor frecuencia los medicamentos a la hora indicada (64,0%).

En la tabla 4, se observa la distribución de respuestas a las preguntas MG3: Cuando se encuentra bien, ¿deja de tomar la medicación? y MG4: Si alguna vez se siente mal, ¿deja usted de tomarla?

Se encuentra que independientemente de la condición de la variable sociodemográfica valorada y del estado de salud (estén bien o mal de salud) los pacientes refirieron en su mayoría, que no dejan de tomar sus medicamentos. Sin embargo, a pesar de esta tendencia, como datos relevantes se observó mayor frecuencia en el comportamiento de no consumir

Tabla 2
Distribución para cada una de las puntuaciones obtenidas en el test

	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje acumulado
0	98	25,5	25,5
1	107	27,8	53,2
2	126	32,7	86
3	43	11,2	97,1
4	11	2,9	100
Total	385	100	

Fuente: Elaboración propia

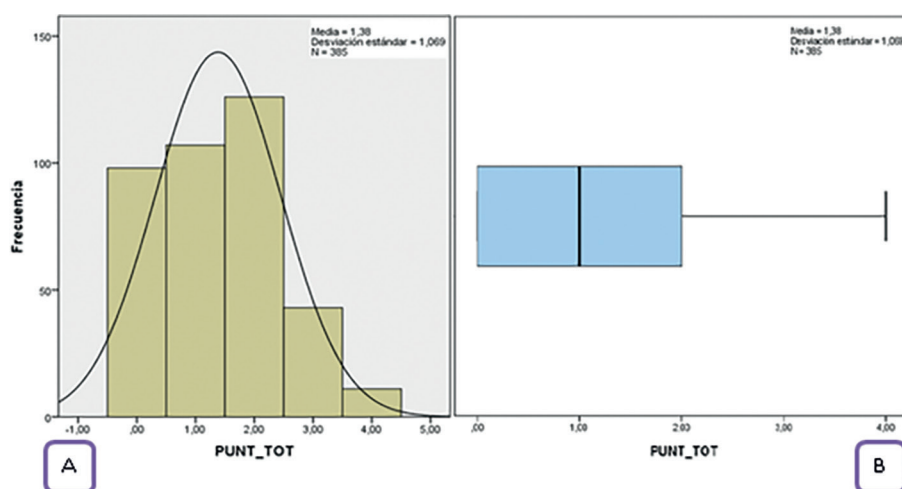


Figura 1. A) Histograma de la puntuación total y B) Box plot de la puntuación total

Tabla 3
Distribución de respuestas para las preguntas del test MG1 y MG2.

				Menor o igual a 72 años	Mayor a 72 años
				Cant.	%
Edad	MG1	Si	Cant.	128	90
			%	59,00%	53,60%
	MG2	Si	Cant.	121	99
			%	55,80%	58,90%
Sexo	MG1	Si	Cant.	160	58
			%	60,20%	48,70%
	MG2	Si	Cant.	161	59
			%	60,50%	49,60%
Estado civil	MG1	Si	Cant.	45	39
			%	47,90%	53,40%
	MG2	Si	Cant.	52	39
			%	55,30%	53,40%
Estrato	MG1	Si	Cant.	45	150
			%	52,90%	60,20%
	MG2	Si	Cant.	40	150
			%	47,10%	60,20%
Escolaridad	MG1	Si	Cant.	41	139
			%	53,90%	57,00%
	MG2	Si	Cant.	46	139
			%	60,50%	57,00%
Creencia religiosa	MG1	Si	Cant.	5	213
			%	38,50%	57,30%
	MG2	Si	Cant.	9	211
			%	69,20%	56,70%
Religión que profesa	MG1	Si	Cant.	169	44
			%	54,50%	71,00%
	MG2	Si	Cant.	170	41
			%	54,80%	66,10%
Convive con cónyuge	MG1	Si	Cant.	136	82
			%	58,60%	53,60%
	MG2	Si	Cant.	134	86
			%	57,80%	56,20%
Convive con hijos	MG1	Si	Cant.	76	142
			%	52,40%	59,20%
	MG2	Si	Cant.	78	142
			%	53,80%	59,20%
Convive con nietos	MG1	Si	Cant.	120	98
			%	54,30%	59,80%
	MG2	Si	Cant.	115	105
			%	52,00%	64,00%
Convive con otros	MG1	Si	Cant.	146	72
			%	55,50%	59,00%
	MG2	Si	Cant.	150	70
			%	57,00%	57,40%

Fuente: Elaboración propia

Tabla 4*Distribución de respuestas para las preguntas del test MG3 y MG4.*

		MG3				MG4			
		No		Sí		No		Sí	
		Cant.	%	Cant.	%	Cant.	%	Cant.	%
Edad	Menor igual 72 años	185	85,3%	32	14,7%	191	88,0%	26	12,0%
	Mayor a 72 años	149	88,7%	19	11,3%	151	89,9%	17	10,1%
Sexo	Mujer	231	86,8%	35	13,2%	234	88,0%	32	12,0%
	Hombre	103	86,6%	16	13,4%	108	90,8%	11	9,2%
Estado civil	Casado (a)	86	91,5%	8	8,5%	88	93,6%	6	6,4%
	Soltero (a)	63	86,3%	10	13,7%	64	87,7%	9	12,3%
	Viudo (a)	87	85,3%	15	14,7%	88	86,3%	14	13,7%
	Otro	98	84,5%	18	15,5%	102	87,9%	14	12,1%
Estrato	Estrato 1	72	84,7%	13	15,3%	80	94,1%	5	5,9%
	Estrato 2	213	85,5%	36	14,5%	215	86,3%	34	13,7%
	Estrato 3	49	96,1%	2	3,9%	47	92,2%	4	7,8%
Nivel educativo	Ninguno	67	88,2%	9	11,8%	71	93,4%	5	6,6%
	Primaria	210	86,1%	34	13,9%	216	88,5%	28	11,5%
	Bachillerato	47	85,5%	8	14,5%	45	81,8%	10	18,2%
	Técnico/Tecnólogo	7	100,0%	0	0,0%	7	100,0%	0	0,0%
	Profesional	3	100,0%	0	0,0%	3	100,0%	0	0,0%
Creencia religiosa	No	10	76,9%	3	23,1%	12	92,3%	1	7,7%
	Sí	324	87,1%	48	12,9%	330	88,7%	42	11,3%
Religión que profesa	Católica	273	88,1%	37	11,9%	276	89,0%	34	11,0%
	Otra religión	51	82,3%	11	17,7%	54	87,1%	8	12,9%
Patología	DM	25	71,4%	10	28,6%	29	82,9%	6	17,1%
	DM HTA	219	90,5%	23	9,5%	218	90,1%	24	9,9%
	HTA	90	83,3%	18	16,7%	95	88,0%	13	12,0%
Convive Cónyuge	No	199	85,8%	33	14,2%	200	86,2%	32	13,8%
	Sí	135	88,2%	18	11,8%	142	92,8%	11	7,2%
Convive Hijos	No	129	89,0%	16	11,0%	129	89,0%	16	11,0%
	Sí	205	85,4%	35	14,6%	213	88,8%	27	11,3%
Convive nietos	No	199	90,0%	22	10,0%	199	90,0%	22	10,0%
	Sí	135	82,3%	29	17,7%	143	87,2%	21	12,8%
Convive otros	No	227	86,3%	36	13,7%	232	88,2%	31	11,8%
	Sí	107	87,7%	15	12,3%	110	90,2%	12	9,8%

Fuente: Elaboración propia

los medicamentos ya sea porque se siente mal o bien de salud, en los pacientes con edad menor o igual a 72 años, respecto a los de mayor edad; sin embargo se encontró relación estadísticamente significativa entre el diagnóstico de la persona con la pregunta MG3 ($X^2_1=11,201; p \leq 0,05$) donde se identifica que un porcentaje de los pacientes que padecen de diabetes o hipertensión con mayor frecuencia dejan de consumir sus medicamentos si se sienten bien de salud, encontrándose este comportamiento mayormente en los pacientes diabéticos (28,6%).

También se encontraron relaciones estadísticamente significativas entre la convivencia con el conyugue con la pregunta MG4 ($X^2_1=4,052; p \leq 0,05$) donde se observa mayor tendencia del paciente que no vive con el conyugue a dejar de tomar sus medicamentos cuando se siente mal (13,8%); igualmente se encuentra relación entre la convivencia con nietos con la pregunta MG3 ($X^2_1=4,893; p \leq 0,05$), donde la mayoría de pacientes que respondió no suspender su medicamento si se sienten bien de salud, no conviven con nietos (59,6%), y de los que respondieron que sí suspenden el medicamento si perciben buen estado de salud, conviven con nietos (56,9%).

De acuerdo a los resultados de la Prueba de independencia de Chi-cuadrado a un nivel de significancia del 5%, no se encontró una relación estadísticamente significativa entre las variables de edad, estrato socioeconómico, escolaridad, convivencia con hijos o con otros familiares con ninguna de las preguntas del test.

DISCUSIÓN

Los datos sociodemográficos de los participantes, coinciden con las características propias de la población colombiana de acuerdo al censo realizado por el Departamento Administrativo Nacional de Estadística DANE, (2018) respecto a la prevalencia en número de la población femenina sobre la masculina, la tendencia al aumento de los adultos mayores de 65 años y la pertenencia de la mayoría de viviendas a los estratos 1, 2 y 3; respecto al predominio de las prácticas religiosas cristianas especialmente el catolicismo, se relaciona con datos presentados por la Universidad de los Andes (2017) en su publicación sobre prácticas religiosas en Colombia; frente a la convivencia, la cual mayormente se hace con otros familiares diferentes al conyugue, coincide con lo descrito por el Departamento Nacional de Planeación (2015), quien refiere una mayor diversificación de la cohabitación de las diferentes generaciones según el ciclo de vida de la población colombiana. De la misma manera se encuentra coincidencia de estas características sociodemográficas

de este estudio, con los datos presentados por Rincón Romero & et al (2017), en su estudio sobre adherencia al tratamiento en la población colombiana.

La presencia de la comorbilidad entre hipertensión y diabetes en el 62,9% de la población abordada, corresponde con datos de Ara (Baena-Díez, 2011) ya Orozco, (2004) quien refiere que son comorbilidades muy frecuentes, afectando el 20-60% de la población con diabetes mellitus; Górriz Teruel & et al, (2008) explica factores que condicionan una elevación de la presión arterial en la DM, relacionados con un aumento del volumen extracelular y un incremento de las resistencias vasculares periféricas. Sin embargo, como refiere Nieto Poveda, (2018) en sus conclusiones: “se ha estudiado muy poco frente a cómo influyen las complicaciones propias de la misma enfermedad y la presencia de comorbilidades en los comportamientos de adherencia”.

Se encuentra una relación estadísticamente significativa entre el consumo de los medicamentos cuando se tiene un buen estado de salud, donde se observa que se deja de consumir cuando se tiene alguno de los dos diagnósticos, ya sea DM o HTA, pero más se deja de consumir en presencia de diabetes, lo anterior se relaciona con los resultados del estudio de Martín C.S, & Et al, (2014) donde se encontró una relación significativa de la mala adherencia al tratamiento en presencia de multimorbilidad incluyendo factores como la edad avanzada. De otra parte, Ortega Cerda & et al, (2018) refiere que se ha observado que los pacientes que padecen enfermedades cardiometabólicas múltiples tienen mayor riesgo de no apegarse adecuadamente al tratamiento.

Se obtiene solo el 25,5% de pacientes adherentes totales al tratamiento, lo cual se soporta en el reconocimiento de que, después de los 60 años debido a la disminución de las funciones sensoriales como la audición y la visión, el deterioro de la fuerza y la movilidad, muchas de las funciones cognitivas empiezan a disminuir siendo común que falle un poco la memoria y disminuya la velocidad de procesamiento de la información lo cual puede impactar la calidad de vida y por tanto la capacidad de autocuidado, disminuyendo significativamente el uso adecuado de los tratamientos. (Organización Mundial de la Salud, 2015). Otros estudios como el de Parody Rua & et al (2019) realizado en la ciudad de Cali, muestra resultados muy similares a éste, donde se encontró una adherencia al tratamiento farmacológico de solo el 20% de los pacientes según el test de Morisky-Green, comparado con otros test como el de Haynes-Sackett que reportó el 91% de adherencia y el de Batalla con el 63,5%, por lo cual se infiere que las diferencias pueden deberse principal-

mente a que cada test aborda la medición de adherencia desde un aspecto diferente. De la misma manera los resultados de este estudio fueron similares a los obtenidos por Chunhua, (2016) en pacientes hipertensos de una población rural china, quienes, utilizando el test de Morisky, obtuvieron una adherencia del 21,3% frente a un 78.7% de no adherencia.

De manera contraria a los datos obtenidos y de acuerdo a la cita textual que hace Ortega Cerda & et al, (2018): “según el profesor John Weinman, director del Departamento de Psicología de la Salud en el King's College de Londres, “sólo el 30% del abandono de la medicación del paciente se debe a causas no intencionales como el olvido o la falta de habilidades para seguir el tratamiento; el 70% de la no adherencia se debe a una decisión del paciente”. Tampoco hay coincidencia con los resultados presentados por Baena-Díez, (2011) quien al emplear test de Morisky Green obtiene solo el 15,4% de mala adherencia. De la misma manera según Journey Ben & et al, (2012) quienes analizaron la fiabilidad y desempeño de la versión en portugués de las pruebas de Morisky Green (TMG) y del Brief Medication Questionnaire (BMQ), donde este último presentó mejor desempeño, con mayor sensibilidad y especificidad.

De acuerdo a la puntuación asignada para la medición de la adherencia (0 a 4 puntos), los resultados de los participantes que obtuvieron puntajes menores o iguales a 2 indicando baja adherencia, se encuentran muy cercanos a los obtenidos por Hennein & Hwang, (2018) donde bajo la misma puntuación, se observó que el 12% de participantes reportaron baja adherencia a la medicación; de la misma manera se encontraron semejanzas donde se identificó una mayor tendencia a los olvidos en la toma del medicamento y descuidos en el cumplimiento de la hora indicada, especialmente en los pacientes que reportaron baja adherencia; e igualmente la mayoría de pacientes refirieron no suspender sus medicamentos si se sienten bien o mal de salud.

No se encontró ninguna relación estadísticamente significativa entre la edad del paciente y la adherencia al tratamiento, donde a pesar de la tendencia a no abandonar los tratamientos, se observó mayor frecuencia en el comportamiento de no consumir los medicamentos ya sea porque se siente mal o bien de salud, en los pacientes con edad menor o igual a 72 años, respecto a los de mayor edad; es así que en los resultados de Parody Rua & et al, (2019) se encontró que a mayor edad hay una mayor probabilidad de ser adherente a la medicación, lo cual se explica indicando que “es posible que, a mayor edad, más patologías y más medicamentos, por lo tanto,

las personas mayores puedan ser más conscientes de su situación de salud y adherirse más al tratamiento, sin embargo, es posible que con la edad puedan presentarse mayores problemas de memoria, afectando negativamente la adherencia terapéutica”; igualmente en otro estudio, la edad más temprana fue asociada negativamente con la probabilidad de ser adherente (Tunceli & et al, 2015); un estudio realizado en pacientes coreanos con hipertensión, también demostró que la edad avanzada se asocia con una mejor adherencia al tratamiento debido a la susceptibilidad percibida y la gravedad de la enfermedad. (Hyo Yoon & et al., 2017). A Diferencia de los resultados obtenidos por Villafania Barroso & et al,(2009) citado por Rodríguez Chamorro & et al,(2012) donde se concluye que el cumplimiento terapéutico no depende de la edad.

Un dato relevante del estudio de Rua & Vásquez Vera (2018), fue que no se encontró asociación del género con ser o no adherente, donde tanto hombres como mujeres mostraron el mismo comportamiento frente a la medicación que toman según se explica “por el hecho de igualdad de acceso a la consulta y a los medicamentos”, en contraste con nuestros resultados donde se encontró una relación estadísticamente significativa entre el género y los olvidos a la hora de tomar el medicamento y consumirlo a la hora indicada al aplicar el test de Morisky, donde las mujeres reportan mayores olvidos y descuidos, lo cual en este contexto se puede explicar teniendo en cuenta que es la mujer quien en mayor porcentaje es quien se ha caracterizado por asumir el cuidado de su familia y en general tener a la vez dedicación a las labores del hogar adicional a otras responsabilidades, lo cual en cierta medida puede tener efectos negativos como disminución de la calidad de vida, aumento del estrés y problemas de salud que se ven reflejados en fallas en el autocuidado (Giraldo Molina & et al, 2006) y (Chaparro Díaz & et al, 2016). Por otro lado, la Sociedad Española de Farmacia Hospitalaria SEFH, (2017) hace referencia a que “Según la encuesta realizada por la National Community Pharmacists Association (NCPA), casi la mitad de encuestados decía haber olvidado tomar la medicación”, al aplicar el test de Morisky Green.

Respecto a si se práctica o no una creencia religiosa, no se encuentra relación con la adherencia al tratamiento, por lo tanto, no importa si se tiene creencias religiosas o no, hay pacientes que se van a adherir o no al tratamiento. Sin embargo se resalta que con mayor frecuencia los pacientes que tienen alguna creencia religiosa suelen olvidar consumir el medicamento y no lo hacen a la hora indicada, encontrándose una relación estadísticamente significativa, entre el tipo de religión y la adherencia al tratamiento, donde las personas que profesan la religión ca-



tólica han olvidado mayormente tomarse el medicamento; lo cual puede explicarse teniendo en cuenta lo referido por Prestes, (2017) quien refiere que si bien el practicar una creencia religiosa “no altera el curso de una enfermedad, si puede brindar optimismo, sentido de propósito en la vida, generosidad y gratitud encontrándose en ancianos con enfermedades crónicas un menor nivel de fatiga o mayor energía para realizar sus actividades diarias debido a un efecto neurofisiológico en el organismo, similar al que ocasiona el efecto placebo” lo cual puede hacer que por este nivel de confianza a nivel espiritual se pueda llegar a subestimar el beneficio de la medicación.

El estrato socio económico no se relaciona con la adherencia al tratamiento, sin embargo, es importante resaltar que la mayoría de pacientes de estrato 1 y estrato 2 alguna vez han olvidado tomar el medicamento, pero los pacientes de estrato 2 y estrato 3 suelen consumir los medicamentos en otra hora que no es la indicada. Por último, no importa cuál sea el estrato de la persona, el paciente no deja de tomarse lo medicamentos independiente de su estado de salud. A diferencia de esto, según Toledo Carreón & el al, (2020) en sus conclusiones hace referencia a que existe asociación estadísticamente significativa entre el nivel socioeconómico y el apego al tratamiento farmacológico, siendo las mujeres con un nivel socioeconómico medio alto y bajo alto quienes mejor adherencia tienen, del mismo modo García Reza & et al, (2012) hace referencia a que “la baja adhesión al tratamiento se correlaciona con el bajo nivel socioeconómico en individuos con hipertensión arterial.”

El nivel educativo no se relaciona con la adherencia al tratamiento, por lo tanto, no importa que formación académica tenga la persona, hay pacientes que se van adherir o no al tratamiento, lo cual coincide con resultados de (Rodríguez Chamorro & et al, (2012) donde el nivel educativo no presentó influencia en la adherencia; sin embargo este autor, hace referencia a que otros estudios demuestran que el nivel educativo tiene relación con el cumplimiento, donde los pacientes con una educación superior fueron cumplidores en el 67% de los casos, mientras que los pacientes con estudios primarios sólo lo fueron en el 41% de los casos, así como que el incumplimiento no intencional se relaciona con un menor nivel educativo.

Los resultados también muestran que el consumo del medicamento cuando se tiene un mal estado de salud depende de que el paciente viva o no con el cónyuge, para este caso, se observa que cuando el paciente no vive con el cónyuge deja de tomar su medicamento cuando se siente mal, caso opuesto al que si convive con este; por lo tanto, al parecer el cónyuge actúa como supervisor,

facilitador o apoyo para que se tenga continuidad al tratamiento cuando el paciente presenta episodios negativos en su salud, esto se justifica teniendo en cuenta que para Louro Bernal, (2003) “la familia constituye la primera red de apoyo social que posee el individuo a través de toda su vida, y por lo tanto se reconoce que esta instancia ejerce función protectora ante las tensiones que genera la vida cotidiana. El apoyo que ofrece la familia es el principal recurso de promoción de la salud y prevención de la enfermedad y sus daños, así como el más eficaz que siente y percibe el individuo frente a todos los cambios y contingencias a lo largo del ciclo vital en el contexto social”. De la misma manera en otros estudios se determina que los miembros de la familia, parientes, vecinos y amigos proporcionaron recursos más tangibles y apoyo emocional y pueden ser un impulso poderoso para que los pacientes continúen implementando comportamientos de adherencia y participen en el autocuidado como cita (Chunhua, 2016) a (Cott, Gignac, & et al., 1999).

Convivir con los hijos u otros familiares para esta investigación, no se relaciona con la adherencia al tratamiento; mientras que vivir con los nietos se relaciona con el consumo del medicamento a la hora indicada y con el consumo del medicamento cuando el paciente se encuentra en buen estado de salud. Para este caso, se observa que cuando se vive con nietos se deja de consumir el medicamento a la hora indicada y de la misma manera, vivir con nietos se relaciona con dejar de consumir los medicamentos cuando se tiene un buen estado de salud. Por lo tanto, los nietos al parecer tienen una función que inhibición del consumo del medicamento bajo las condiciones definidas en el tratamiento; por lo anterior también se afirma que la familia es para el individuo un valor de alto significado y compromiso personal y social, fuente de amor, satisfacción, bienestar y apoyo, pero también constituye fuente de insatisfacción, malestar, estrés y enfermedad. Las alteraciones de la vida familiar son capaces de provocar alteración emocional, desequilibrio y descompensación del estado de salud. La vivencia de problemas familiares precipita respuestas de estrés, entre las cuales se encuentra el descontrol de la enfermedad crónica o su inicio. (Louro Bernal, 2003). Según resultados de Tlatelpa Romero, (2016) a mayor apoyo familiar mayor adherencia al tratamiento y en caso contrario el resultado es el opuesto, lo que sugiere que es necesario ver a la familia en contexto y no solo la persona con el padecimiento.

Este estudio presenta algunas limitaciones por el tipo de muestreo, sin embargo, es un referente importante tanto para la institución de salud, como para otras entidades interesadas en mejorar la calidad de vida de los pacientes, promoviendo y fortaleciendo programas orientados a la

optimización de la adherencia a los tratamientos y prácticas de auto cuidado. Es necesario continuar realizando este tipo de investigaciones en otras poblaciones y así identificar argumentos que promuevan cambios significativos en el sistema de salud y la atención de los usuarios.

A pesar que en la forma de recolectar los datos se procuró hacer sentir al paciente que sus respuestas no iban a afectar su situación de tratamiento, es probable tener sesgos en el estudio debido al encuestado: la información que éste proporcionó puede ser incorrecta debido a olvido o temor, subjetividad, confusión y desconfianza. Para mitigar la situación se seleccionaron pacientes que se mostraban tranquilos y con disponibilidad de tiempo para responder.

También es probable el sesgo de respuesta, ya que usualmente los pacientes tienden a responder lo que se espera de ellos, sin embargo, para controlar esta situación, se informó a los usuarios que el estudio pretendía mejorar el servicio de salud e implementar estrategias para garantizar los tratamientos. Para brindar mayor seguridad, se tuvo en cuenta el nivel de habilidades de comunicación de los entrevistadores; que fueran muy cordiales, usaran un buen tono de voz y que independientemente del nivel de alfabetización del paciente le hicieran comprender las preguntas.

De otra parte, teniendo en cuenta el tiempo establecido para la aplicación del instrumento y entrega de productos para dar cumplimiento al cronograma establecido en el desarrollo del estudio, no fue posible medir la estabilidad de los datos obtenidos en el tiempo, realizando una segunda aplicación del test a los mismos participantes.

Se hace interesante que, para próximos estudios de este tipo, se puedan aplicar diferentes test validados que permitan brindar información sobre barreras y factores determinantes para una adecuada adherencia al tratamiento y que no solo valoren la conducta del paciente combinándolos con métodos de medición directa como la concentración del medicamento en plasma, que contribuyan a aportar información objetiva respecto a la adherencia, lo cual no fue posible en este estudio debido a limitaciones de tipo presupuestal.

CONCLUSIONES

Solo un tercio de la población abordada (25,5%) reporta adherencia total al tratamiento, donde la principal causa de no adherencia son los olvidos y descuidos en la hora de la toma de los medicamentos, lo cual puede asociarse a los cambios cognitivos experimentados después de

los 60 años, haciendo estas causas no intencionales por parte del paciente, teniendo en cuenta que la tendencia de la mayoría de los participantes es a no abandonar los medicamentos independientemente de si se sienten bien o mal de salud.

Se encontraron relaciones estadísticamente significativas entre las variables sexo, estado civil, diagnóstico, tipo de práctica religiosa, convivencia con el conyugue y con los nietos con el hecho de ser o no adherente al tratamiento. Al respecto se presume en las mujeres más fallas en el autocuidado al encontrar que son quienes más olvidan tomar los medicamentos y suelen consumirlos en horas distintas a las indicadas. Así mismo, las personas que profesan una religión y especialmente la religión católica son quienes más refieren haber olvidado tomar su tratamiento donde es posible que la sensación de confianza y bienestar espiritual pueda llevar a descuidar el uso de los medicamentos.

Hubo presencia de comorbilidad entre hipertensión arterial y diabetes mellitus tipo II en el 62,9% de la población abordada, sin embargo, este estudio encuentra mayor tendencia de los pacientes que padecen solo alguna de las dos enfermedades a abandonar el consumo de los medicamentos especialmente cuando se sienten bien de salud, encontrándose esta tendencia en mayor medida en los pacientes diabéticos. De igual manera cuando el paciente no vive con el cónyuge deja de tomar su medicamento cuando se siente mal de salud, caso opuesto al que si convive con este; por lo tanto, al parecer el cónyuge actúa como supervisor, facilitador o apoyo para que se tenga continuidad en el tratamiento cuando el paciente presenta episodios negativos en su salud.

Se observa que cuando se vive con nietos hay tendencia a los olvidos en el consumo del medicamento a la hora indicada e igualmente se deja de consumir cuando el paciente percibe un buen estado de salud, por lo tanto, los nietos al parecer tienen una función que inhibición del consumo del medicamento bajo las condiciones definidas para el uso del tratamiento, lo anterior presumiblemente asociado a que las alteraciones de la vida familiar son capaces de provocar respuestas de estrés, entre las cuales puede encontrarse descontrol de la enfermedad y descuido en el autocuidado.

Por lo anterior es importante que, desde los programas de atención al paciente crónico, se planteen diferentes estrategias de acuerdo a las condiciones de cada individuo, las cuales incluyan el mantener informado al paciente sobre su enfermedad, así como del cuidado que debe auto proveerse, incluyendo al grupo familiar en función de brin-



- family Medicine, 39. Obtenido de <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC6250947/>
- Journey Ben, A., & et al. (Abril de 2012). Prueba de Morisky-Green y breve cuestionario de medicación para evaluar la adherencia a medicamentos. *Saúde Pública*, 46(2).
- López Vasquez, S., & et al. (2016). Adherencia al tratamiento antihipertensivo en pacientes mayores de 60 años. *haban cienc méd*, 15(1), 40-50. Obtenido de http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1729-519X2016000100006
- Louro Bernal, I. (2003). La familia en la determinación de la salud. *Revista cubana de salud pública*, 29(1). Obtenido de http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0864-34662003000100007&lng=es&nrm=iso. ISSN 0864-3466.
- Luna Breceda, U., & et al. (2017). Nivel de adherencia terapéutica en pacientes con hipertensión arterial: experiencia en una unidad de medicina familiar de Zapopan Jalisco, México. *Aten Fam*, 3(24). Obtenido de <https://www.medigraphic.com/pdfs/atefam/af-2017/af173f.pdf>
- Martín C.S, W., Jing, L., Shenglai Zhou, Z., & Et al., (Septiembre de 2014). The association between multimorbidity and poor adherence with cardiovascular medications. *International Journal of Cardiology*(177), 477-482. Obtenido de <https://reader.elsevier.com/reader/sd/pii/S0167527314018233?token=655E1B430656D9EE47F9C02262E74FC-18B3F3E5C57E8666FA0F0DBD38B34B0ECB2E-FBAF47473273F82386E93B517AEB6>
- Ministerio de la Protección Social. (2009). Mejorar la Seguridad en la Utilización de medicamentos. Recuperado el 16 de Dic de 2017, de <https://www.minsalud.gov.co/sites/rid/Lists/BibliotecaDigital/RIDE/DE/CA/seguridad-en-la-utilizacion-de-medicamentos.pdf>
- Ministerio de Salud y Protección Social. (2018). Análisis de Situación de Salud (ASIS) Colombia. Bogotá. Recuperado el 11 de Septiembre de 2020, de <https://www.minsalud.gov.co/sites/rid/Lists/BibliotecaDigital/RIDE/VS/ED/PSP/asis-colombia-2018.pdf>
- Nieto Poveda, E. C. (2018). Adherencia al tratamiento de enfermedades crónicas en adultos mayores con hipertensión arterial y diabetes tipo 2. 2(1), 51-63. Recuperado el 18 de Noviembre de 2020, de <http://revistas.sena.edu.co/index.php/rediis/article/view/2076>
- Organización Mundial de la Salud. (2003). El incumplimiento del tratamiento prescrito para las enfermedades crónicas es un problema mundial de gran envergadura. *Gunebra*. Obtenido de <https://www.who.int/mediacentre/news/releases/2003/pr54/es/>
- Organización Mundial de la Salud. (2004). Adherencia a los tratamientos a largo plazo. Recuperado el 15 de Noviembre de 2020, de <https://www.paho.org/hq/dmdocuments/2012/WHO-Adherence-Long-Term-Therapies-Spa-2003.pdf>
- Organización Mundial de la Salud. (2013). Información general sobre hipertensión en el mundo. Recuperado el 2 de Septiembre de 2020, de https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/87679/WHO_DCO_WHD_2013.2_spa.pdf?sequence=1
- Organización Mundial de la Salud. (2015). Informe mundial sobre envejecimiento y la salud. Recuperado el 1 de Septiembre de 2020, de <https://www.who.int/ageing/publications/world-report-2015/es/>
- Organización Mundial de la Salud. (2016). Informe mundial sobre la diabetes. Recuperado el 29 de agosto de 2020, de http://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/204877/WHO_NMH_NVI_16.3_spa.pdf;jsessionid=AC7FD2FDE6CBDA530F-9079B1500A9149?sequence=1
- Organización Mundial de la Salud. (2016). Perfiles de los países para la diabetes. Recuperado el 29 de Agosto de 2020, de <https://www.fundaciondiabetes.org/general/material/108/diabetes-perfiles-de-los-paises-2016-obtenidos-por-la-oms>
- Organización Mundial de la Salud. (24 de mayo de 2018). Recuperado el 29 de agosto de 2020, de <https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/the-top-10-causes-of-death>
- Organización Mundial de la Salud. (8 de Junio de 2020). Recuperado el 29 de agosto de 2020, de <https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/diabetes>
- Organización Panamericana de la Salud. (2014). Plan de acción para la prevención y el control de las enfermedades no transmisibles en las américas 2013-2019. Recuperado el 15 de Noviembre de 2020, de <https://www.paho.org/hq/dmdocuments/2015/plan-accion-prevencion-control-ent-americas.pdf>
- Orozco Beltrán, D., & et al. (2016). Abordaje de la adherencia en diabetes mellitus tipo 2: situación actual y propuesta de posibles soluciones. *Aten. Primaria*, 48(6), 406-420. Obtenido de <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC6877892/pdf/main.pdf>
- Ortega Cerda, J. J., & et al., (Julio/septiembre de 2018). Adherencia terapéutica: un problema de atención médica. *Acta méd. Grupo Ángeles*, 16(3). Obtenido de http://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1870-72032018000300226
- Ortiz, M., & et al. (2011). Factores Psicosociales Asociados a la Adherencia al Tratamiento de la Diabetes Mellitus Tipo 2. *Terapia Psicológica*, 29(1), 5-11. Obtenido de <https://scielo.conicyt.cl/pdf/terpsicol/v29n1/art01.pdf>

- Parody Rua, E., & Vásquez Vera, A. F. (2019). Prevalencia y factores asociados a la adherencia en un centro de atención primaria de Cali: comparación de 3 test de adherencia. *Pharmaceutical Care*, 21(1), 23-40.
- Prestes, C. (Junio de 2017). Religión como tratamiento complementario, posibles consecuencias en la terapéutica. *Humanidades: Revista de la Universidad de Montevideo*(1), 135-153. Recuperado el 11 de Noviembre de 2020, de <http://revistas.um.edu.uy/index.php/revistahumanidades/article/view/179/157>
- Ramírez Pinzón, C. J. (Julio-Diciembre de 2014). Adherencia a la farmacoterapia en pacientes hipertensos ambulatorios que asisten al programa de control de hipertensión arterial en el Hospital Jorge Cristo Sahium, Norte de Santander (Colombia). *Cien. Tecnol y Salud*, 12(2), 27-35. Obtenido de <https://ciencia.lasalle.edu.co/cgi/viewcontent.cgi?article=1293&context=svo>
- Rincón Romero, M. K., & et al. (Junio de 2017). Adherencia terapéutica en personas con diabetes mellitus tipo 2. *Ciencia y cuidado*, 14(1), 40-59. Obtenido de <https://revistas.ufps.edu.co/index.php/cienciaycuidado/article/view/806/773>
- Rodríguez Chamorro, M. Á., & et al. (2008). Revisión de tests de medición del cumplimiento terapéutico utilizados en la práctica clínica. *Aten. Primaria*, 40(8), 413-417. Obtenido de <https://www.elsevier.es/es-revista-atencion-primaria-27-pdf-13125407>
- Rodríguez Chamorro, M. A., & et al., (2012). Influencia de las características sociodemográficas y clínicas en la adherencia al tratamiento farmacológico de pacientes con riesgo cardiovascular. *Pharmaceutical care*, 14(4), 138-145. Obtenido de <https://www.pharmacareesp.com/index.php/PharmaCARE/article/view/80/74>
- Secretaría Distrital de Salud de Bogotá. (2019). Análisis de Situación de Salud con el Modelo de los Determinantes Sociales de Salud para el Distrito Capital. Bogotá. Recuperado el 11 de Septiembre de 2020, de <https://www.minsalud.gov.co/sites/rid/Lists/BibliotecaDigital/RIDE/VS/ED/PSP/asis-bogota-2018.pdf>
- Sociedad Española de Farmacia Hospitalaria (SEFH). (2017). Lo que debes saber sobre adherencia al tratamiento. Barcelona. Recuperado el 16 de Noviembre de 2020
- Streiner, D. L., & Norman, G. L. (1989). Health measurement scales. A practical guide to their development and use. New York: Oxford University Press.
- Tlatelpa Romero, B. (junio de 2016). Apoyo Familiar y su Relación con la Adherencia al Tratamiento en un Integrante con Diabetes Tipo 2. Puebla, México. Recuperado el 16 de Noviembre de 2020, de <https://repositorioinstitucional.buap.mx/bitstream/handle/20.500.12371/2368/438516T.pdf?sequence=1&isAllowed=y>
- Toledo Carreón, A. A., & et al. (2020). Relación entre nivel socioeconómico y el apego al tratamiento farmacológico en pacientes con diabetes mellitus tipo 2. *Medicina Genela y de Familia*, 2(9), 61-65. Obtenido de http://mgyf.org/wp-content/uploads/2020/06/MGYF2020_015.pdf
- Tunceli, K., & et al. (Septiembre de 2015). Factors associated with adherence to oral antihyperglycemic monotherapy in patients with type 2 diabetes mellitus in the United Kingdom. *Diabetes Research and Clinical Practice*, 109(3), e27-e31.
- Universidad de los Andes-Observatorio de la democracia. (2017). Características y actitudes de los colombianos según su religión. Recuperado el 21 de Octubre de 2020, de <https://obsdemocracia.org/publicaciones/noticias/caracteristicas-y-actitudes-de-los-colombianos-seg/>
- Villafania Barroso, A., & et al., (2009). Grado de conocimiento y cumplimiento terapéutico, y prevalencia de los problemas relacionados con los medicamentos en mayores de 70 años en una zona básica de salud. *Pharmaceutical care España*, 11(1), 3-12. Obtenido de <https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=3037916>
- World Health Organization. (2003). ADHERENCE TO LONG-TERM THERAPIES-Evidence for action. Recuperado el 2 de Septiembre de 2020, de <https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/42682/9241545992.pdf;jsessionid=FFFA7A136B9569B2D5441286B3D41C81?sequence=1>
- World Health Organization. (2020). World Health statistics 2020: Monitoring Health for the SDGs Sustainable Development Goals. Recuperado el 1 de Septiembre de 2020, de <https://apps.who.int/iris/handle/10665/332070>

NOTAS

¹Enfermera. Especialista en Docencia Universitaria, Especialista en Gerencia en Seguridad y Salud en el Trabajo. Filiación institucional: Sena, Centro de Formación de Talento Humano en Salud. Correo: enieto@sena.edu.co

²Psicólogo. Especialista en Estadística. Correo: christparraolarte@gmail.com