



Neiva, 18 de Julio de 2022

Señores

CENTRO DE INFORMACIÓN Y DOCUMENTACIÓN

UNIVERSIDAD SURCOLOMBIANA

Ciudad

El (Los) suscrito(s):

Laura Marcela Castro Quiroz, con C.C. No. 1075318361.

Ana Maria Conde Garzon, con C.C. No.1010144254,

Diego Munar Arias, con C.C. No. 1117548621,

Autor(es) de la tesis y/o trabajo de grado o Titulado “Alfabetización en salud y adherencia al tratamiento farmacológico y no farmacológico en pacientes con hipertensión arterial” presentado y aprobado en el año 2022 como requisito para optar al título de Enfermeros; Autorizo (amos) al CENTRO DE INFORMACIÓN Y DOCUMENTACIÓN de la Universidad Surcolombiana para que, con fines académicos, muestre al país y el exterior la producción intelectual de la Universidad Surcolombiana, a través de la visibilidad de su contenido de la siguiente manera:

- Los usuarios puedan consultar el contenido de este trabajo de grado en los sitios web que administra la Universidad, en bases de datos, repositorio digital, catálogos y en otros sitios web, redes y sistemas de información nacionales e internacionales “open access” y en las redes de información con las cuales tenga convenio la Institución.
- Permita la consulta, la reproducción y préstamo a los usuarios interesados en el contenido de este trabajo, para todos los usos que tengan finalidad académica, ya sea en formato Cd-Rom o digital desde internet, intranet, etc., y en general para cualquier formato conocido o por conocer, dentro de los términos establecidos en la Ley 23 de 1982, Ley 44 de 1993, Decisión Andina 351 de 1993, Decreto 460 de 1995 y demás normas generales sobre la materia.
- Continúo conservando los correspondientes derechos sin modificación o restricción alguna; puesto que, de acuerdo con la legislación colombiana aplicable, el presente es un acuerdo jurídico que en ningún caso conlleva la enajenación del derecho de autor y sus conexos.

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



CARTA DE AUTORIZACIÓN

CÓDIGO

AP-BIB-FO-06

VERSIÓN

1

VIGENCIA

2014

PÁGINA

2 de 2

EL AUTOR/ESTUDIANTE:

Firma:

Ana Maria Conde Garzon

EL AUTOR/ESTUDIANTE:

Firma:

Laura Marcela Castro Quiroz

EL AUTOR/ESTUDIANTE:

Firma:

Diego Munar Arias

Vigilada Mineducación

La versión vigente y controlada de este documento, solo podrá ser consultada a través del sitio web Institucional www.usco.edu.co, link Sistema Gestión de Calidad. La copia o impresión diferente a la publicada, será considerada como documento no controlado y su uso indebido no es de responsabilidad de la Universidad Surcolombiana.



TÍTULO COMPLETO DEL TRABAJO: Alfabetización En Salud Y Adherencia Al Tratamiento Farmacológico Y No Farmacológico En Pacientes Con Hipertensión Arterial

AUTOR O AUTORES:

Primero y Segundo Apellido	Primero y Segundo Nombre
Castro Quiroz	Laura Marcela
Conde Garzón	Ana Maria
Munar Arias	Diego

DIRECTOR Y CODIRECTOR TESIS:

Primero y Segundo Apellido	Primero y Segundo Nombre
Gutiérrez Barreiro	Reinaldo

ASESOR (ES):

Primero y Segundo Apellido	Primero y Segundo Nombre
Gutiérrez Barreiro	Reinaldo

PARA OPTAR AL TÍTULO DE: Enfermeros

FACULTAD: Salud

PROGRAMA O POSGRADO: Enfermería

CIUDAD: Neiva

AÑO DE PRESENTACIÓN: 2022

NÚMERO DE PÁGINAS: 157

TIPO DE ILUSTRACIONES (Marcar con una X): No aplica

Diagramas___ Fotografías___ Grabaciones en discos___ Ilustraciones en general___ Grabados___
Láminas___ Litografías___ Mapas___ Música impresa___ Planos___ Retratos___ Sin ilustraciones___ Tablas
o Cuadros_X_

Vigilada Mineducación

La versión vigente y controlada de este documento, solo podrá ser consultada a través del sitio web Institucional www.usco.edu.co, link Sistema Gestión de Calidad. La copia o impresión diferente a la publicada, será considerada como documento no controlado y su uso indebido no es de responsabilidad de la Universidad Surcolombiana.



SOFTWARE requerido y/o especializado para la lectura del documento: No aplica

MATERIAL ANEXO:

PREMIO O DISTINCIÓN (*En caso de ser LAUREADAS o Meritoria*): No aplica

PALABRAS CLAVES EN ESPAÑOL E INGLÉS:

Español

Inglés

- | | |
|------------------------------|------------------------|
| 1. Hipertensión arterial | 1. Hypertension |
| 2. Alfabetización en salud | 2. health literacy |
| 3. Adherencia al tratamiento | 3. Treatment adherence |
| 4. Revisión sistemática | 4. Systematic review |
| 5. Enfermería. | 5. Nursing |

RESUMEN DEL CONTENIDO: (Máximo 250 palabras)

Introducción: Una persona con la presencia de enfermedades crónicas como la HTA necesita de un adecuado cumplimiento de su régimen terapéutico, para lo cual es necesario un adecuado nivel de conocimientos y habilidades que permitan la búsqueda, comprensión y aplicación de conductas saludables; para así mejorar su calidad de vida y su estado de bienestar. **Objetivo:** Analizar la relación descrita en la evidencia disponible, entre la AS y la AT, en población con hipertensión arterial. **Métodos:** Revisión sistemática de literatura con enfoque descriptivo en 5 bases de datos. El análisis, la organización y la integración de la información se realizó teniendo en cuenta algunas de las recomendaciones metodológicas planteadas por Whittmore y Knafl. **Resultados:** Se incluyeron 7 artículos que cumplían con los criterios de inclusión y exclusión, Brasil fue el país con más producción científica; el 86% de los estudios fueron descriptivos, la fuente con mayores resultados fue Pubmed, el idioma principal de las publicaciones fue el inglés, y los años de publicación se encuentran entre el 2016 y el 2021. Asimismo, se encontró una relación de baja a moderada entre la AS y la AT en pacientes con HTA. Ningún estudio analizó la AT no farmacológica. **Conclusión:** Aunque a nivel conceptual y teórico se encontró que la AS es un importante predictor de una adecuada AT, a nivel empírico se evidenció que estos dos constructos tienen una relación entre baja a moderada, demostrando la necesidad realizar nuevos estudios que indaguen la naturaleza próxima entre estos fenómenos.



ABSTRACT: (Máximo 250 palabras)

Background: A person with the presence of chronic diseases such as hypertension needs adequate compliance with their therapeutic regimen; for that reason, an adequate level of knowledge and skills are necessary, allowing the searching, understanding and application of healthy behaviors; in order to improve their quality of life and their well-being state. **Objective:** To analyze the relationship described in the available evidence, between HL and TA, in a population with hypertension. **Methods:** Systematic review with a descriptive approach in 5 databases. The analysis, organization and integration of the information was carried out considering some of the methodological recommendations proposed by Whitemore and Knafl. **Results:** 7 articles that met the inclusion and exclusion criteria were included, Brazil was the country with the most scientific production; 86% of the studies were descriptive, the source with more results was PubMed, the main language of the publications was English, and the publication years were between 2016 and 2021. Likewise, a relationship of low to moderate between HL and TA in patients with HTA. Any study analyzed non-pharmacological TA. **Conclusion:** Although at conceptual and theoretical level was found that AS is an important predictor of an adequate AT, at an empirical level it was shown that these two constructs have a relationship between low and moderate, demonstrating the need to carry out new studies that investigate the proximal nature between these phenomena.

APROBACION DE LA TESIS

Nombre Presidente Jurado: Reinaldo Gutiérrez Barreiro

Firma: _____

Nombre Jurado: Claudia Andrea Ramírez Perdomo

Firma: _____

ALFABETIZACIÓN EN SALUD Y ADHERENCIA AL TRATAMIENTO
FARMACOLOGICO Y NO FARMACOLOGICO EN PACIENTES CON
HIPERTENSIÓN ARTERIAL

LAURA MARCELA CASTRO QUIROZ
ANA MARIA CONDE GARZÓN
DIEGO MUNAR ARIAS

UNIVERSIDAD SURCOLOMBIANA
FACULTAD DE SALUD
PROGRAMA DE ENFERMERIA
NEIVA
2022

ALFABETIZACIÓN EN SALUD Y ADHERENCIA AL TRATAMIENTO
FARMACOLOGICO Y NO FARMACOLOGICO EN PACIENTES CON
HIPERTENSIÓN ARTERIAL

LAURA MARCELA CASTRO QUIROZ
ANA MARIA CONDE GARZÓN
DIEGO MUNAR ARIAS

Trabajo de grado presentado como requisito para optar al título de Enfermeros

Asesor:

REINALDO GUTIÉRREZ BARREIRO

Enfermero

MsC, PhD (E). Enfermería

Profesor catedrático programa de enfermería

UNIVERSIDAD SURCOLOMBIANA

FACULTAD DE SALUD

PROGRAMA DE ENFERMERIA

NEIVA

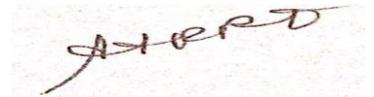
2022

Nota de aceptación:

Aprobado

Reinaldo Gutierrez

Firma presidente del jurado



Firma del jurado

DEDICATORIA

El presente trabajo está dedicado:

A Dios por darnos el don de la vida y permitirnos tener salud para poder llevar a cabo este importante proyecto.

De igual manera a nuestros padres y hermanos, por ser los pilares más fuertes de nuestras vidas, por su incondicional compañía y motivación a lo largo de nuestro proceso de formación profesional.

Laura Marcela

Ana María

Diego

AGRADECIMIENTOS

Agradecemos especialmente a Dios por la oportunidad de finalizar esta investigación y de esta forma culminar de manera exitosa un paso importante en nuestro proyecto de vida como lo es la finalización de nuestros estudios de pregrado.

De igual manera, extendemos nuestros agradecimientos a nuestros padres y hermanos, quienes nos han apoyado durante todo este proceso formativo, brindándonos su amor incondicional y guiándonos con sus consejos para alcanzar la excelencia como personas y profesionales.

Así mismo expresamos nuestro profundo agradecimiento y admiración al docente y asesor Reinaldo Gutiérrez Barreiro, por ser un excelente asesor, profesor y amigo durante este proceso investigativo; además de ser fuente de inspiración y ejemplo para un buen ejercicio profesional.

De la misma forma, queremos agradecer a todos los profesores, compañeros y amigos que de una u otra forma contribuyeron en la realización de este proyecto aportando su valioso conocimiento y apoyo.

A la Universidad Surcolombiana, nuestra alma máter por siempre; muchas gracias

Contenido

	Pág.
INTRODUCCION	16
1. JUSTIFICACIÓN	20
1.1. SIGNIFICANCIA SOCIAL	20
1.2. SIGNIFICANCIA EMPÍRICA	23
1.3. SIGNIFICANCIA DISCIPLINAR	25
2. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA	28
2.1. PREGUNTA DE INVESTIGACIÓN	32
3. OBJETIVOS	33
3.1. OBJETIVO GENERAL	33
3.2. OBJETIVOS ESPECÍFICOS	33
4. MARCO TEÓRICO	34
4.1. HIPERTENSIÓN ARTERIAL	34
4.2. ANÁLISIS CONCEPTUAL- TEÓRICO-EMPÍRICO DE LA ALFABETIZACIÓN EN SALUD	38
4.2.1. Conceptualización de Alfabetización en salud	38
4.2.2. Análisis teórico del Modelo conceptual de AS de Sørensen	40
4.2.3. Evidencia empírica del concepto de AS	50
4.3. ANÁLISIS CONCEPTUAL-TEÓRICO-EMPÍRICO DE LA ADHERENCIA AL TRATAMIENTO FARMACOLÓGICO Y NO FARMACOLÓGICO.	55
4.3.1. Conceptualización de la adherencia al tratamiento farmacológico y no farmacológico.	55
4.3.2. Modelos teóricos y teorías aplicadas en el estudio de la AT	60
4.3.3. Análisis Modelo Multidimensional de la Adherencia propuesto por la OM	64
4.3.4. Evidencia empírica del concepto de adherencia al tratamiento	75
5. METODOLOGÍA	85

	Pag.
5.1. TIPO DE ESTUDIO	85
5.2. ETAPAS DE DESARROLLO DE LA RS	85
5.2.1. Identificación del Problema	85
5.2.2. Búsqueda de la literatura	86
5.2.3. Definición de términos de búsqueda	87
5.2.4. Fuentes de búsqueda	87
5.2.5. Filtros de Selección y criterios de inclusión y exclusión	89
5.2.5.1. Criterios de inclusión	89
5.2.5.2. Criterios de exclusión	89
5.2.5.3. Extracción de los datos	90
5.2.5.4. Plan de análisis	90
5.2.5.5. Evaluación de la calidad de los artículos incluidos en la RS	90
5.2.6. Sesgos	91
5.2.6.1. Sesgo de selección	91
5.2.6.2. Sesgo del observador	92
5.2.6.3. Sesgo de análisis, interpretación y subjetividad	92
5.2.6.4. Sesgo de publicación	92
6. CONSIDERACIONES ETICAS	93
7. RESULTADOS Y DISCUSIÓN	95
7.1. BÚSQUEDA Y SELECCIÓN DE LOS ARTÍCULOS	95
7.2. EVALUACIÓN DE DATOS	97
7.3. CODIFICACIÓN Y CARACTERIZACIÓN DE LOS ARTÍCULOS SELECCIONADOS EN LA REVISIÓN	97
7.4. VARIABLES ANALIZADAS POR ARTÍCULO	107
7.4.1. Caracterización sociodemográfica y clínica de los estudios	107
7.4.2. Asociación entre las variables sociodemográficas y clínicas con la AS y la AT	112
7.4.3. Análisis del grado de relación entre la AS y la AT	119

8.	CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES	Pag. 122
9.	LIMITACIONES	125
	REFERENCIAS BIBLIOGRFICÁS	126
	ANEXO	154

LISTA DE TABLAS

	Pág.
Tabla 1. Caracterización sociodemográfica de las variables estudiadas 107107	
Tabla 2. Caracterización clínica	110
Tabla 3. Asociación entre variables sociodemográficas y clínicas y la AS 113113	
Tabla 4. Asociación entre las variables sociodemográficas con la AT. 11414	
Tabla 5. Asociación entre las variables clínicas y la AT 1177	
Tabla 6. Grado de correlación entre la AS y la AT 12020	

LISTA DE CUADROS

	pág.
Cuadro 1. Clasificación de la HTA.	355
Cuadro 2. Dimensiones de la AS	41
Cuadro 3. Bases de datos consultadas	87
Cuadro 4. Codificación de los artículos incluidos	988
Cuadro 5. Caracterización de los artículos incluidos	99
Cuadro 6. Calidad de los artículos	103
Cuadro 7. Instrumentos utilizados en los artículos incluidos	105

LISTA DE FIGURAS

	pág.
Figura 1. Esquema pictórico del modelo de AS, propuesto por Sørensen 455	
Figura 2: Esquema del modelo multidimensional de la AT propuesto por la OMS 666	
Figura 3. Diagrama pictórico del análisis conceptual-teórico-empírico de asociación entre AS y AT en personas con HTA	81
Figura 4. Selección de artículos 966	

LISTA DE ANEXO

	pág.
ANEXO A BIBLIOMETRÍA	155
ANEXO B LISTA DE CHEQUEO STROBE	157

GLOSARIO

Hipertensión arterial (HTA): Trastorno, en el cual se aumenta la resistencia vascular periférica, causando mediciones elevadas de la presión arterial sistémica persistentemente; con valores iguales o superiores a 140/90 mmHg (71).

Adherencia al tratamiento farmacológico y no farmacológico (AT): El grado en que el comportamiento de una persona; como el tomar el medicamento, seguir un régimen alimentario y ejecutar cambios del estilo de vida, corresponde con las recomendaciones acordadas de un prestador de asistencia sanitaria” (1).

Alfabetización en salud (AS): El nivel de habilidades sociales y cognitivas que tienen las personas de acceder, comprender, y evaluar la información para así consolidar los conocimientos necesarios para la adecuada toma de decisiones relacionadas con su salud, para controlar factores de riesgo, afrontar las alteraciones en el estado de bienestar y promover o mejorar su calidad de vida.

RESUMEN

Introducción: Una persona con la presencia de enfermedades crónicas como la HTA necesita de un adecuado cumplimiento de su régimen terapéutico, para lo cual es necesario un adecuado nivel de conocimientos y habilidades que permitan la búsqueda, comprensión y aplicación de conductas saludables; para así mejorar su calidad de vida y su estado de bienestar. Objetivo: Analizar la relación descrita en la evidencia disponible, entre la AS y la AT, en población con hipertensión arterial. Métodos: Revisión sistemática de literatura con enfoque descriptivo en 5 bases de datos. El análisis, la organización y la integración de la información se realizó teniendo en cuenta algunas de las recomendaciones metodológicas planteadas por Whittemore y Knafl. Resultados: Se incluyeron 7 artículos que cumplían con los criterios de inclusión y exclusión, Brasil fue el país con más producción científica; el 86% de los estudios fueron descriptivos, la fuente con mayores resultados fue Pubmed, el idioma principal de las publicaciones fue el inglés, y los años de publicación se encuentran entre el 2016 y el 2021. Asimismo, se encontró una relación de baja a moderada entre la AS y la AT en pacientes con HTA. Ningún estudio analizó la AT no farmacológica. Conclusión: Aunque a nivel conceptual y teórico se encontró que la AS es un importante predictor de una adecuada AT, a nivel empírico se evidenció que estos dos constructos tienen una relación entre baja a moderada, demostrando la necesidad realizar nuevos estudios que indaguen la naturaleza próxima entre estos fenómenos.

Palabras clave: Hipertensión arterial, alfabetización en salud, adherencia al tratamiento, revisión sistemática, enfermería.

Abstract

Background: A person with the presence of chronic diseases such as hypertension needs adequate compliance with their therapeutic regimen; for that reason, an adequate level of knowledge and skills are necessary, allowing the searching, understanding and application of healthy behaviors; in order to improve their quality of life and their well-being state. **Objective:** To analyze the relationship described in the available evidence, between HL and TA, in a population with hypertension. **Methods:** Systematic review with a descriptive approach in 5 databases. The analysis, organization and integration of the information was carried out considering some of the methodological recommendations proposed by Whitemore and Knafl. **Results:** 7 articles that met the inclusion and exclusion criteria were included, Brazil was the country with the most scientific production; 86% of the studies were descriptive, the source with more results was PubMed, the main language of the publications was English, and the publication years were between 2016 and 2021. Likewise, a relationship of low to moderate between HL and TA in patients with HTA. Any study analyzed non-pharmacological TA. **Conclusion:** Although at conceptual and theoretical level was found that AS is an important predictor of an adequate AT, at an empirical level it was shown that these two constructs have a relationship between low and moderate, demonstrating the need to carry out new studies that investigate the proximal nature between these phenomena.

Keywords: Hypertension, health literacy, treatment adherence, systematic review, nursing.

INTRODUCCION

Según cifras de la organización mundial de la salud (OMS) las enfermedades cardiovasculares fueron la principal causa de mortalidad en el mundo para el año 2019, provocando la muerte de 17,9 millones de personas, correspondiendo al 32% de las muertes reportadas a nivel global (3,4). Por tanto, representan el principal problema de salud pública a nivel mundial, destacando que más de tres cuartas partes de las muertes relacionadas con cardiopatías y accidentes cardiovasculares ocurren en países de medianos y bajos ingresos (5).

A nivel nacional las cifras de la mortalidad en Colombia concuerdan con los indicadores epidemiológicos registrados en el mundo, ya que históricamente las enfermedades isquémicas del corazón, las Enfermedades cerebrovasculares y las Enfermedades hipertensivas han ocupado el primer, segundo y cuarto lugar dentro de las 10 principales causas de muerte en el país (6), siendo superadas en el año 2021, por las muertes reportadas por Covid-19, que es una situación excepcional en salud pública a nivel mundial.(7). Así mismo; según el departamento administrativo nacional de estadísticas (DANE) para año 2019 se presentaron 244.355 defunciones a nivel nacional, de las cuales 75.731 fueron provocadas por estas alteraciones. Es decir; casi un 31% del total de muertes y solo un punto por debajo de indicador mundial (8).

La mortalidad en el departamento del Huila presenta un comportamiento similar, ya que las principales causas de mortalidad corresponden a estas patologías, con el agravante de presentar tasas mayores de mortalidad por estas mismas causas, respecto al nivel nacional para el mismo periodo. Pues según el DANE, de las 5.854 defunciones que se presentaron el año 2019, 1.859 se atribuyen a las enfermedades cardiovasculares; con un porcentaje del 32% de los decesos totales. Por tanto, el

departamento Huila presenta indicadores iguales a los porcentajes de mortalidad reportados a nivel global (8).

Dentro de las enfermedades cardiovasculares, se destaca la relevancia clínica y epidemiológica de la hipertensión arterial (HTA), que además de ser la cuarta causa de mortalidad en Colombia, es el principal factor de riesgo para enfermedades cardiovasculares, ocasionando complicaciones y la muerte prematura, lo que se traduce en años de vida saludable perdidos de estos pacientes (7,8). Según datos de la OMS de las muertes causadas por alteraciones cardiovasculares, casi la mitad estaban asociadas a la HTA (9,10). En Colombia, según el ministerio de salud en el año 2015 el 49% de los ataques cardíacos, y el 62% de los trastornos cerebrovasculares fueron causados por la HTA (12). Llama la atención, que el tratamiento de esta enfermedad no es costoso y la prevención de complicaciones patológicas dependen del control de factores de riesgo cardiovasculares (FRC) que son modificables y podrían disminuir la presentación de estos indicadores epidemiológicos tan desoladores (10,11).

Según lo descrito anteriormente, se evidenció el impacto que representa a nivel de la salud, la economía y lo social el padecimiento de la HTA y la presentación de sus complicaciones para el paciente, su familia y la sociedad. Este impacto se puede apreciar en las implicaciones que representa la alta prevalencia de HTA y en el gasto de los servicios sanitarios generado en la atención de los pacientes que presentan alguna complicación de esta patología; complicaciones que influyen en la persona no solo a nivel somático, sino además a nivel emocional y anímico, por el deterioro del estado físico, la percepción de pérdida de sus fuerzas y sus capacidades para desempeñar su rol, familiar y laboral. (12,13).

Sin embargo, pese a las graves complicaciones que puede presentar el paciente con HTA, esta entidad patológica presenta la característica de estar presente en una persona sin manifestar ninguna sintomatología. Complicando la situación

clínica de quienes la padecen ya que esta enfermedad va modificando estructuras de diferentes órganos, convirtiéndola en un “enemigo o asesino silencioso” (16). Así mismo, la falta de sintomatología de la HTA incide negativamente en la adherencia al tratamiento farmacológico y no farmacológico (AT), especialmente en el control de los factores de riesgo cardiovasculares (FRC) y en la adopción de hábitos de vida saludables, indispensables para el control de las cifras tensionales; ya que, sin manifestaciones clínicas, los pacientes no perciben la necesidad de cumplir con su régimen terapéutico (17). Esta situación evidencia la necesidad que tienen los pacientes hipertensos de obtener el conocimiento para comprender su patología y la relevancia de cumplir el plan terapéutico y el control de los FRC (16).

Frente a la compleja situación que debe afrontar el paciente que padece HTA, diversos autores han abordado investigaciones para comprender las aptitudes y las conductas adoptadas por estas personas frente al manejo de su enfermedad. Dentro de la literatura científica se encuentran el concepto de alfabetización en salud (AS), dicho fenómeno es importante para los pacientes hipertensos ya que parece tener influencia en la AT (18), pues según la evidencia científica, el adecuado nivel de AS es determinante en la adquisición de información y conocimientos sobre la enfermedad, el tratamiento y cómo prevenir sus posibles complicaciones mediante la adopción de hábitos de vida saludable y del cumplimiento y apego al régimen terapéutico (14).

Recientemente el estudio del concepto de la AS ha demostrado que es un fenómeno importante en el comportamiento adoptado por las personas frente a sus conductas de salud, como lo es la AT (19), En estos constructos se basa el enfoque de la presente investigación, ya que es pertinente analizar la literatura disponible para comprender si los niveles de AS tienen o no alguna asociación conceptual, teórica y empírica con el nivel de AT, en el contexto de personas que padecen HTA. Es importante establecer que hasta el momento en la literatura científica no se ha reportado una asociación fuerte, estadísticamente significativa entre estos dos

fenómenos en el contexto de personas con HTA (18, 16). Por lo tanto, para dar respuesta a este vacío investigativo, la presente investigación tiene el objetivo de analizar la relación descrita en la evidencia disponible, entre la alfabetización en salud y la adherencia al tratamiento farmacológico y no farmacológico, en población con hipertensión arterial.

Para alcanzar el anterior objetivo, se llevó a cabo un estudio secundario, específicamente una revisión integrativa de literatura científica; aplicando la metodología de análisis de asociación conceptual-teórico-empírico entre la AS y la AT, en pacientes con HTA. Este análisis representó un aporte significativo para la salud, la sociedad y para la disciplina de enfermería, porque amplió la comprensión de las necesidades de conocimientos necesarios para la toma de decisiones y la adopción de conductas saludables en los pacientes hipertensos. Esto permitiría a los profesionales de enfermería implementar estrategias que promuevan la salud, aseguren la adherencia y apego al régimen terapéutico y así, fomenten la prevención de complicaciones de la HTA y mejoramiento de la calidad de vida en esta población.

1. JUSTIFICACIÓN

La justificación de la presente investigación se realizó según las recomendaciones de Fawcett (1999) quien exhorta a los profesionales de enfermería a enfatizar la pertinencia y relevancia de los protocolos de investigación en la significancia social, empírica y disciplinar de los resultados a ser obtenidos. De esta manera se exponen los posibles aportes que se pretenden realizar a la sociedad y en especial a la práctica clínica de los profesionales de enfermería, así como al conocimiento propio de enfermería (44).

1.1. SIGNIFICANCIA SOCIAL

Como se describió en el planeamiento del problema, las enfermedades cardiovasculares representan unas de las principales causas de muerte a nivel mundial, nacional y departamental. Las enfermedades hipertensivas además de ser la cuarta causa de muerte en Colombia (1,4,6), tienen la importancia clínica de ser el principal factor de riesgo de otras enfermedades cardiovasculares (10,11).

La alta prevalencia de HTA y la presentación de sus complicaciones, genera un impacto negativo en la sociedad debido al pobre control de esta patología, tanto en la salud pública por los indicadores epidemiológicos de morbilidad, discapacidad y mortalidad (45), como en el incremento del gasto público, debido al costo que genera la atención de las complicaciones de la HTA; ya que para su adecuado manejo se requieren servicios de mayores niveles de complejidad, que demandan más inversión financiera y humana, generando un gran impacto económico en el sistema de salud de cada país (13). Según Centurión y García (2020) (46) los pacientes que padecen una crisis hipertensiva (ya sea urgencia o emergencia) precisan de medios diagnósticos, terapéuticos o quirúrgicos invasivos, traslado a

unidades de terapia intensiva y un mayor número de días de hospitalización, encareciendo la atención en salud de esta población (47).

Por otro lado, el padecimiento de la HTA y sus complicaciones clínicas no solo representan afectaciones negativas para las personas que la padecen, sino también a su familia y a la sociedad en general. El hecho de afrontar una alteración del estado de salud y la experiencia desagradable por la sintomatología somática, y la percepción de pérdida de las capacidades físicas, producto de una complicación de la HTA, genera en los pacientes un impacto en su salud mental que afecta la autopercepción en cuanto a su salud, sus capacidades para desempeñar actividades de la vida diaria y el desempeño de sus roles familiares, laborales y sociales. (48–50) Esto se traduce en la dependencia de otras personas para realizar sus cuidados, afectando directamente a los miembros de la familia quienes deben interrumpir su ritmo habitual y limitar su vida social para suplir las necesidades de cuidados de su familiar, lo que trae con el tiempo una repercusión negativa en la salud del cuidador (51,52).

Ante la problemática que genera el padecimiento de enfermedades hipertensivas y sus complicaciones, en Colombia se han planteado políticas públicas como el plan decenal de salud pública (PDSP) que prioriza la promoción de una serie de intervenciones poblacionales, colectivas e individuales (53). Así como la política de atención integral en salud (PAIS), que busca promover entornos cotidianos que favorezcan una vida saludable, con el propósito de controlar y prevenir las complicaciones de las condiciones crónicas prevalentes como la HTA (54). Estas estrategias establecen el abordaje efectivo de las enfermedades no transmisibles a través de las rutas integrales de atención en salud (RIAS). En estas rutas se incluyen el adecuado control de los FRC y la disminución del daño acumulado por las patologías crónicas. De esta manera se espera poder disminuir la carga de las enfermedades evitables, la discapacidad de los individuos y el impacto en su familia y comunidad (55).

Se puede evidenciar que el objetivo de estas políticas es orientar al sistema sanitario para mejorar las condiciones de salud de la población, a través de la promoción de esta y de la reducción de los factores de riesgo modificables mediante el fomento y adopción de hábitos de vida saludables; como por ejemplo reducir el tabaquismo, generar un ambiente en el cual se propicie una vida plena y saludable, además de buscar garantizar un plan terapéutico farmacológico y no farmacología eficaz. Estas estrategias se apoyan en la educación basada en la promoción de la salud, en el autocuidado y la comunicación asertiva entre el paciente y los profesionales del equipo de atención (56), para lograr de esta manera prevenir la aparición de complicaciones que se traduzcan en el deterioro clínico, discapacidad y/o muerte de los pacientes (53).

Sin embargo, pese a los objetivos de estrategias tales como; promover la salud de las personas con enfermedades crónicas y de la disposición de recursos en la atención de estos pacientes, se siguen presentado un importante número de complicaciones en la población hipertensa, y desafortunadamente según evidencias, la presentación de estas complicaciones se relaciona principalmente con el incumplimiento del régimen terapéutico por parte de los pacientes (57). Así mismo, existen autores que afirman que este incumplimiento se ha relacionado con la falta de conocimiento para llevar un adecuado control de las enfermedades (57,58)

Por lo tanto, se evidencia la necesidad de realizar estudios que busquen y analicen los posibles fenómenos que estén relacionados con la presentación de la baja AT. Ya que la comprensión de los factores relacionados a este tipo de conductas adoptadas por los pacientes hipertensos podría ayudar a orientar guías de manejo y hasta políticas públicas que promuevan y garanticen la adecuada adherencia de los tratamientos y la adopción de estilos de vida saludables que deben tener los

pacientes para controlar las cifras tensionales y así promover la salud de estas personas, garantizando una adecuada calidad de vida.

1.2. SIGNIFICANCIA EMPÍRICA

En este apartado se describen las principales proposiciones y los vacíos identificados en la literatura revisada entre los conceptos de AS y AT en el contexto de los pacientes con HTA.

Según la literatura científica el tratamiento farmacológico y no farmacológico de la HTA es efectivo, de bajo costo y reduce la posible aparición de complicaciones y su mortalidad. Se estima que cerca del 30% de pacientes diagnosticados no están controlados; indicando así una baja AT (17). Este problema es relevante debido a que las complicaciones de la HTA ocasionan un importante número de muertes prematuras y años de vida perdidos anualmente, lo que se traduce en una importante problemática para ser abordada por los miembros del equipo de salud (11,59).

Por consiguiente, la baja AT constituye el principal factor implicado en el mal manejo de la HTA, puesto que el control de esta requiere compromiso por parte del paciente y la adherencia de forma permanente al tratamiento farmacológico y no farmacológico, para obtener buenos resultados en el manejo, disminución de cifras tensionales y prevención de las complicaciones (59). Según Ramírez et al. (2020), los factores más influyentes en la baja adherencia son: abandono a los tratamientos por olvido, poli medicación, duración del tratamiento, disminución de signos y síntomas físicos, entre otros (16). Del mismo modo, existe evidencia científica que atribuye el abandono al tratamiento por parte de las personas hipertensas a la falta de conocimiento de las posibles consecuencias que esta conducta puede causar a largo plazo en su estado de bienestar (36,60,61).

De acuerdo con Martínez, et al. (2019) existe una relación entre el incumplimiento del tratamiento y el empeoramiento de los resultados en salud (59). Además, la baja adherencia interfiere en la valoración de la eficacia y la efectividad de los tratamientos instaurados, situación que dificulta el establecimiento de metas terapéuticas (62). Esta situación demuestra la necesidad de los pacientes hipertensos de adquirir información y nuevos conocimientos que puedan modificar sus aptitudes frente a la enfermedad. En relación con el nivel de conocimiento, el concepto de AS ha demostrado ser un predictor importante para que los pacientes dispongan de un nivel adecuado de conocimiento relacionado con su salud, que les facilite la toma acertada de decisiones y les permita adoptar conductas de autocuidado que prevengan o controlen FRC, para preservar su estado de bienestar, disminuir el progreso de la enfermedad, prevenir complicaciones, y conservar su calidad de vida (38,60,63).

Como se describió en el planteamiento del problema, existen investigaciones que han abordado los fenómenos de AT y la AS, indagando la relación entre estos dos conceptos en personas con HTA y con resultados de correlación entre débiles a moderados (18,20). Lo anterior evidencia la pertinencia de desarrollar este estudio, que tiene como objetivo analizar la relación entre la AS y la AT en la evidencia disponible, en población con hipertensión arterial.

Esto representaría un gran aporte para los profesionales de enfermería ya que con los resultados de la presente investigación se brindaría una herramienta que les permitiría identificar y profundizar en la comprensión de la relación que presentan estos dos fenómenos, lo que a su vez direccionaría la práctica clínica de enfermería, pues se ofrecerían intervenciones eficaces que promuevan el aumento de conocimientos de los pacientes con HTA sobre su enfermedad y su régimen terapéutico, impactando positivamente en el compromiso que tienen las personas en el cuidado de su salud y en la adherencia a sus tratamientos.

Adicionalmente, se resalta que a partir de los resultados obtenidos en la revisión de literatura, se pretende dar continuación a la investigación en una segunda etapa con un estudio correlacional, para aplicar el análisis teórico en un ambiente clínico real en personas con HTA, brindando de esta manera a la comunidad científica un aporte fundamental en la comprensión de los fenómenos centrales de esta investigación, permitiendo al personal de enfermería tener unas herramientas más efectivas para intervenir en el nivel de AS y así mejorar la AT en esta la población.

1.3. SIGNIFICANCIA DISCIPLINAR

La significancia disciplinar de la presente investigación se basó en el desafío que establece para los profesionales de enfermería la comprensión de los fenómenos que presentan los pacientes con HTA, que afectan la conducta que adoptan frente al manejo de su enfermedad. (64)

El personal de enfermería constituye el recurso humano más numeroso en los escenarios de atención en salud (65,66), La principal función de enfermería en la atención de pacientes con HTA es ofrecer cuidados profesionales, orientados a la promoción, mantenimiento y recuperación de la salud, ayudando de esta manera a mitigar el progreso de esta enfermedad (66,67). Para alcanzar estos objetivos, los profesionales de enfermería se basan en el seguimiento y control de las cifras tensionales y la oferta de estrategias educativas sobre la enfermedad y su tratamiento, con el fin de mejorar el control de los FRC, la adopción de hábitos de vida saludables y la promoción del cumplimiento del régimen terapéutico (68,69). Sin embargo, pese a que los pacientes hipertensos reciben el tratamiento, las indicaciones, la educación sobre su enfermedad y lo que deben realizar para controlarla, un porcentaje importante de estos pacientes no cumplen con su régimen

terapéutico, ni realizan los cambios necesarios en sus hábitos para controlar los FRC y/o prevenir complicaciones de la HTA (17).

Estas conductas que adoptan los pacientes con HTA frente a su salud no dependen exclusivamente de su razonamiento, pues la toma de decisiones para ejecutar acciones que promuevan la propia salud, están determinadas por múltiples factores, dentro de los cuales el conocimiento en salud es uno de los más relevantes. Por esta razón es prioritario conocer el nivel de AS, ya que resulta fundamental considerar qué tanto sabe el paciente sobre su enfermedad, complicaciones y tratamiento, para así poder realizar unas intervenciones de enfermería más efectivas y eficaces; en el contexto de la presente investigación, brindar cuidados de enfermería que busquen promover la AT como medida en el control de la HTA (69,59, 69).

Con lo anterior, la pertinencia de desarrollar el presente estudio queda demostrado, al documentar que el concepto de AS podría estar relacionado con el fenómeno de AT. Lo que ayudaría a comprender la influencia del nivel de conocimiento sobre las conductas que adoptan las personas con una enfermedad crónica frente al manejo de su salud. Por lo tanto, se demuestra que para la disciplina de enfermería es importante comprender la naturaleza próxima entre estos dos conceptos en el contexto de pacientes con HTA reportada en la literatura científica. Con los resultados de este estudio se podrían ofrecer hallazgos que contribuyan al fortalecimiento del conocimiento propio de la ciencia de enfermería.

La utilidad de los resultados que se pretenden obtener con la presente investigación, podría ayudar a establecer nuevas estrategias de enseñanza para los pacientes, brindando cuidados de calidad relacionados con la educación en salud, para que logren aumentar la AS y de esta manera aumenten el grado de comprensión y puedan conocer su patología, teniendo claras las implicaciones que conlleva el tener una baja AT (71). Por otro lado, se estaría promoviendo el estado de bienestar de

estos pacientes, aumentando su calidad de vida, previniendo las complicaciones de la HTA, disminuyendo las muertes prematuras y el costo en la atención de las personas con estas alteraciones (42).

2. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

La HTA corresponde a la condición patológica en la cual una persona presenta cifras de presión arterial elevadas, con mediciones sistemáticas iguales o mayores a 140/90mmHg. Aunque todavía no se ha determinado las causas exactas de esta enfermedad, su presentación se ha asociado a la presencia de factores de riesgo que favorecen su aparición, tales como: dieta rica en sal, grasas; antecedentes familiares de la enfermedad, obesidad, condiciones crónicas, sedentarismo, tabaquismo, alcoholismo, algunos medicamentos, estrés entre otros (8,19).

Por otra parte, la HTA puede presentarse de forma asintomática, aun cuando la persona tenga cifras tensionales elevadas, causando deterioro progresivo a nivel vascular en diferentes órganos (22). De igual manera, cuando esta patología es sintomática se manifiesta clínicamente con signos de alerta como cefaleas matutinas, epistaxis, ritmo cardiaco irregular, alteraciones visuales y acúfenos. Además, cuando la HTA no se encuentra controlada puede provocar fatiga, náuseas, vómitos, confusión, ansiedad, dolor torácico y temblores musculares. (21,22)

La persistente elevación de la presión arterial puede ocasionar cambios morfológicos en órganos blancos tales como el cerebro, corazón, riñón; provocando el desencadenamiento de las principales complicaciones de la HTA que son; el accidente cerebro vascular (ACV), enfermedad coronaria, insuficiencia cardiaca, (IC) enfermedad renal crónica (ERC) y enfermedad vascular periférica (24). Por lo descrito anteriormente, la HTA es uno de los principales factores de riesgo dentro del grupo de las enfermedades isquémicas y valvulares del corazón e igualmente se ha asociado con la mayoría de los casos de aneurismas y otras complicaciones que van apareciendo con el desarrollo de la enfermedad (7,20,24)

Además de las potenciales complicaciones que causa esta enfermedad en quienes la padecen, llama la atención su alta prevalencia, ya que, según datos de la OMS se estima que para el año 2017 había 691 millones de personas diagnosticadas con HTA a nivel mundial y que actualmente son 1130 millones casos a nivel global. Representado de esta manera el principal factor de riesgo de las muertes por enfermedades circulatorias (24,26). En países desarrollados se ha reportado un aumento en la prevalencia de la HTA en los grupos etarios de mayor edad, evidenciando que más de dos tercios de los adultos mayores padecen esta patología (24). Igualmente, cerca de dos tercios del número actual de casos a nivel mundial pertenecen a países de bajos y medios ingresos (28).

De acuerdo con las estadísticas brindadas por el ministerio de salud, para el año 2020, la prevalencia de la hipertensión arterial en Colombia fue de 9,08 casos por 100 habitantes, lo que equivale a 4.527.098 personas diagnosticadas con esta patología. Asimismo, la edad de mayor prevalencia fue aproximadamente a los 64 años, evidenciando que los adultos mayores son los más predispuestos a esta alteración de salud (29). En el departamento del Huila, según cifras del DANE y del ministerio de salud, para el 2019 se presentaron 200 defunciones a causa de la HTA, de las cuales el 92% fueron en adultos mayores de 60 años, cumpliendo con la edad de mayor prevalencia a nivel nacional. La prevalencia de la enfermedad en el Huila para el 2020 fue de 7,98 por 100 habitantes, a tan solo 11 puntos por debajo de la prevalencia nacional (6,27).

Sin embargo, los organismos de vigilancia en salud pública, estiman que existe un importante número de personas que padecen HTA y aún no están diagnosticadas, e ignoran su enfermedad (28), evidenciando que; en primer lugar, es necesario realizar más esfuerzos por obtener mediciones más efectivas de la incidencia de esta enfermedad, tanto a nivel nacional, como regional; y segundo lugar la necesidad de ejecutar estrategias adecuadas para el control de FRC que propicien la disminución de los indicadores epidemiológicos de esta enfermedad.(22)

Pese a que en que la evidencia científica se ha demostrado la efectividad del manejo farmacológico para la HTA y su bajo costo para controlarla, las tasas de AT siguen siendo bajas, pues una de cada tres personas fracasa en su régimen terapéutico y no logra las metas terapéuticas establecidas (12). Esta situación indica que el incumplimiento terapéutico por parte de los pacientes es considerado como el principal factor relacionado con el mal control de la enfermedad (31). Este fenómeno es denominado baja AT por los investigadores en salud. La AT es definida como el grado en que el comportamiento de una persona corresponde a las indicaciones brindadas por el prestador de servicios de salud, sea éste un médico, enfermero, o cualquier personal sanitario (30,31).

Es decir, que una baja AT es el no cumplimiento a las indicaciones brindadas y la imposibilidad de llegar a las metas preestablecidas. En el caso de personas con HTA, de mantener las cifras tensionales controladas (menor a 140/90mmHg), y prevenir la aparición de complicaciones patológicas, tales como el ACV, infarto agudo de miocardio (IAM), entre otras enfermedades cardiovasculares a nivel general (26),28,32). El mantenimiento de estas cifras se obtiene mediante la promoción de la salud, principalmente en acciones que promuevan los cambios en los estilos de vida, y el cumplimiento y apego del tratamiento farmacológico y no farmacológico (1). Estos dos tipos de tratamientos efectuados de una manera adecuada disminuyen la probabilidad de que los pacientes con HTA presenten complicaciones secundarias a su enfermedad y puedan alcanzar o mantener su estado de bienestar y mejorar su calidad de vida de una manera considerable.

En la literatura científica se ha descrito que fenómenos como la baja AT resultan lesivos para la salud de las personas y están asociados a la falta conocimientos en salud (34). Pues la falta de comprensión y de conocimientos de los objetivos del tratamiento, predispone a conductas contrarias a las promovidas por los profesionales de salud, haciendo que los pacientes abandonen su plan terapéutico

(35). En el contexto de personas con HTA esta situación se presenta principalmente en los pacientes asintomáticos, o cuando no controlan sus cifras tensionales, por esta razón no relacionan ninguna sintomatología que justifique la AT (22). Por otra parte, los pacientes hipertensos no comprenden que esta es una patología crónica que no tiene cura, y en la mayoría de los casos su tratamiento es de por vida (36), lo que provoca que muchos pacientes desistan de su tratamiento o solo consuman sus medicamentos, controlen FRC y adopten conductas protectoras de salud, cuando presentan alguna sintomatología de la HTA. (17)

La baja AT; está influenciada por algunos factores los cuales son de vital importancia al momento de identificar y estimar su presencia, con el objetivo de ser intervenida oportunamente. Estos factores se pueden describir en 5 grandes grupos: Factores socioeconómicos, los factores relacionados con el equipo o el sistema de asistencia sanitaria, con la enfermedad, con el tratamiento y con el paciente (34,35,36).

Los factores socioeconómicos hacen referencia a los recursos disponibles y cuánto dinero le cuesta al paciente tratar su enfermedad. Los relacionados con el equipo o el sistema de asistencia sanitaria incluyen las limitaciones del sistema de salud; por ejemplo, la falta de educación en salud brindada a los pacientes. Los factores relacionados con la enfermedad comprenden la parte fisiológica de la patología. Los factores concernientes al tratamiento abarcan la duración, cumplimiento y el mantenimiento de los tratamientos. Y los factores asociados con el paciente, son las actitudes y comportamientos que adopta frente a su patología y las actividades que debe realizar para controlar su enfermedad. En el contexto de la presente investigación, este se refiere a cumplir con el tratamiento farmacológico y no farmacológico para mantener las cifras tensionales y FRC controlados (37).

Dentro de los factores personales que predisponen a la baja AT, se encuentra también la falta en de conocimiento en salud (34), el estudio de este fenómeno ha

dado origen al recientemente al concepto conocido como AS el cual se define como el grado con el que los individuos pueden entender, aplicar y utilizar la información brindada por el personal de salud, para tomar decisiones respecto al cuidado de sus enfermedades y la promoción de su salud con el objetivo de mejorar su calidad de vida(20). Este concepto ha sido estudiado en diferentes contextos en salud (37,38,39), evidenciando que una baja AS incide en la capacidad de identificar los síntomas de enfermedad, la aplicación de medidas de prevención, la utilización adecuada de medicamentos y la imposibilidad de establecer una satisfactoria relación entre el paciente y los profesionales de salud, complicando, retrasando o incluso frenando los procesos de mejoría en estos pacientes (16,33).

Existen estudios que han documentado la influencia del nivel de AS en el nivel de adherencia a los tratamientos en otros contextos clínicos (40,41,42). Sin embargo, se advierte que estos estudios tienen como resultados grados de correlación entre débil a moderado. Se destaca que, a la fecha, no se ha reportado una relación estadísticamente significativa entre estos dos fenómenos en el contexto de HTA (17,18), esto evidencia la pertinencia y necesidad de comprender la naturaleza próxima entre el fenómeno de AS y la AT en personas hipertensas, por medio del análisis de los reportes de la evidencia científica y así, poder determinar las posibles relaciones conceptuales, teóricas y empíricas entre estos dos fenómenos

2.1. PREGUNTA DE INVESTIGACIÓN

Teniendo en cuenta lo anteriormente descrito se la plantea la siguiente pregunta de investigación

¿Cuál es el grado de relación entre la alfabetización en salud y la adherencia al tratamiento farmacológico y no farmacológico en pacientes con hipertensión arterial, según la literatura científica indexada disponible entre los años 2010 a 2021?

3. OBJETIVOS

3.1. OBJETIVO GENERAL

- Analizar la relación descrita en la evidencia disponible, entre la alfabetización en salud y la adherencia al tratamiento farmacológico y no farmacológico, en población con hipertensión arterial.

3.2. OBJETIVOS ESPECÍFICOS

- Caracterizar la literatura científica indexada disponible sobre la alfabetización en salud y la adherencia al tratamiento farmacológico y no farmacológico en pacientes con hipertensión arterial, entre los años 2011 a 2021.
- Integrar la literatura científica indexada disponible sobre la alfabetización en salud y la adherencia al tratamiento farmacológico y no farmacológico en pacientes con hipertensión arterial, entre los años 2011 a 2021.
- Determinar la relación entre la alfabetización en salud y la adherencia al tratamiento farmacológico y no farmacológico en pacientes con hipertensión arterial según la literatura científica indexada disponible entre los años 2011 a 2021.

4. MARCO TEÓRICO

En el presente capítulo se describirá en primer lugar un análisis del contexto clínico en el que se propone desarrollar la presente investigación, es decir pacientes con HTA; quienes presentan la necesidad de tener un nivel adecuado de conocimientos en salud, que le permitan adherirse a los tratamientos y de esta forma logren un control de sus cifras tensionales. Posteriormente se realizará un análisis conceptual-teórico-empírico de los principales fenómenos de interés de la presente propuesta de investigación, como lo son la AS y la AT en el contexto de personas con HTA. Luego de esto, se hará una descripción generalizada de dicha patología, y se continuará con la conceptualización de los fenómenos de AS y AT, los principales modelos y teorías que abordan estos conceptos, los instrumentos que han sido utilizados para su medición; y, por último, los resultados de investigaciones previas que han estudiado estos dos constructos y los han relacionado entre sí. Todo esto teniendo como base una revisión de literatura científica realizada preliminarmente. Finalmente se presentará el grafico de una posible correlación entre la AS y la AT en el contexto de pacientes hipertensos y las posibles proposiciones de correlación entre estos dos conceptos.

4.1. HIPERTENSIÓN ARTERIAL

La hipertensión arterial es el principal factor de riesgo cardiovascular a nivel mundial y se constituye como una problemática de salud pública debido a su alta prevalencia en todo el mundo y a la cantidad de consecuencias clínicas que pueden llegar a ser fatales en las personas que la padecen (5). Esta enfermedad es definida como un trastorno, en el cual se aumenta la resistencia vascular periférica, causando mediciones elevadas de la presión arterial sistémica persistentemente; con valores iguales o superiores a 140/90 mmHg (72).

Dicha patología se ha clasificado de diversas maneras, para el presente estudio investigativo se tendrá en cuenta la clasificación propuesta por la Sociedad Europea de Cardiología (ESC) y la Sociedad Europea de Hipertensión (ESH) para personas mayores de 18 años, sin enfermedades preexistentes (73).

Cuadro 1. Clasificación de la HTA.

Categoría	Presión sistólica (mmHg)		Presión diastólica (mmHg)
Optima	<120	Y	<80
Normal	120-129	Y/o	80-84
Normal - Alta	130-139	Y/o	85-89
HTA grado 1	140-159	Y/o	90-99
HTA grado 2	160-179	Y/o	100-109
HTA grado 3	>180	Y/o	>o=110
HTA sistólica aislada	>o= 140	Y	<90

Fuente: Guía de práctica clínica sobre el diagnóstico y tratamiento de la HTA de la ESC y la ESH (2018). (73)

De acuerdo con la fisiopatología de la HTA y debido a su lenta progresión en el organismo, esta enfermedad suele presentarse de manera asintomática en los primeros grados de evolución, siendo estos por lo general los de mayor duración. Por lo anterior, los pacientes en su mayoría no se percatan de su padecimiento, sino hasta la aparición de síntomas como cefalea, parestesia, náuseas, epistaxis, confusión o alteraciones en la visión; los cuales aparecen en grados avanzados de la enfermedad y pueden ser señal de daño orgánico, principalmente en corazón, cerebro y riñón (73).

El daño es causado por los cambios estructurales en las arterias de dichos órganos a lo largo de la progresión de la enfermedad por el mal manejo terapéutico y/o la falta de adherencia por parte del paciente; por lo tanto, se pueden desencadenar complicaciones como ACV, enfermedad coronaria, insuficiencia cardíaca crónica, ERC, enfermedad arterial periférica, retinopatía, entre otros (24). Además de estas complicaciones, un inadecuado manejo terapéutico aumenta la probabilidad de que un paciente hipertenso presente una crisis hipertensiva, la cual se define como un aumento abrupto de la presión arterial, en donde la presión sistólica es mayor a 180 mmHg y la presión diastólica mayor a 120 mmHg.

La crisis hipertensiva se clasifica en; urgencia hipertensiva, cuando solo se presenta un aumento abrupto de la tensión arterial sin lesión a ningún órgano; y emergencia hipertensiva cuando el aumento abrupto de la tensión arterial produce algún daño orgánico (47). Es por esta razón, que el personal de salud debe intervenir pronta y oportunamente en el manejo de la HTA, enfatizando en la importancia de que el paciente conozca y se apropie de su tratamiento, el cual implica no solo la prescripción de los medicamentos y la orientación por parte del profesional sanitario, sino también de la capacidad del usuario para seguir dichas recomendaciones y adoptar las conductas saludables que sean necesarias para el mantenimiento y mejora de su salud.

La HTA es una patología multicausal, ya que su aparición depende de distintos factores de riesgo como los genéticos, clínicos, comportamentales, ambientales y sociales dentro de los cuales se encuentran: la obesidad, la diabetes, las dislipidemias, el sedentarismo, el alcoholismo, el tabaquismo, el estrés, la edad, entre otras. Esta patología es controlable siempre y cuando haya un buen manejo terapéutico y un adecuado control de los factores de riesgo, es por esto por lo que el paciente debe conocerlos y entender la importancia de contrarrestarlos a través del seguimiento a las recomendaciones brindadas por el personal de salud (9,11). En las anteriores premisas, radica la importancia de que el paciente se apropie de

los conocimientos relacionados con la patología, los aplique en los procesos de salud-enfermedad, y desarrolle habilidades que le permitan adherirse adecuadamente al tratamiento, para que así pueda reducir las cifras tensionales, las posibilidades de presentar complicaciones futuras y tener una mejor calidad de vida.

Existen dos tipos de tratamiento que se indican de forma combinada a las personas diagnosticadas con HTA, teniendo en cuenta el grado de la enfermedad y algunos factores como la edad, la preexistencia de otras patologías, antecedentes farmacológicos, antecedentes toxicológicos, entre otros; que determinan el esquema óptimo según cada caso; estos tratamientos se definen como farmacológico y no farmacológico (74). Teniendo en cuenta lo anterior, es indispensable que el paciente conozca y entienda el propósito del tratamiento, para qué y por qué se deben realizar cambios en las conductas diarias, la importancia de tomarse los medicamentos a tiempo, los efectos adversos de la medicación y las consecuencias que pueden traer el no cumplir el régimen terapéutico tal y como se prescribe; pues si el paciente es consciente de todo esto, facilitará el proceso terapéutico y la obtención de las metas en las cifras tensionales.

Actualmente dentro del tratamiento farmacológico se incluyen 6 grupos de medicamentos; los diuréticos, los betabloqueadores, los antagonistas de los canales de calcio, los inhibidores de la enzima convertidora de angiotensina (IECA) y los bloqueadores de los receptores de la angiotensina II (ARA II) (75). Por otra parte, el tratamiento no farmacológico se basa en el cambio de hábitos nocivos y la adopción de conductas saludables, dentro de las cuales se incluyen acciones como la reducción de la ingesta de sodio, una dieta rica en potasio, la disminución del índice de masa corporal (IMC), la inclusión de ejercicios físicos en la rutina diaria, la disminución de la ingesta de alcohol, evitar el tabaquismo y controlar los niveles de estrés (76).

Sin embargo, el cumplimiento del plan terapéutico en algunas ocasiones puede representar un verdadero reto para el paciente; por ejemplo, en el tratamiento farmacológico, en muchas ocasiones las personas no se adhieren correctamente debido a que la medicación es de larga duración por ser una enfermedad crónica, lo que genera frustración y en la mayoría de las veces olvido en la toma de los medicamentos, ocasionando un inadecuado control de las cifras tensionales. Esta situación también se evidencia en las fallas en la adherencia al tratamiento no farmacológico que presentan los pacientes con HTA, ya que no es nada fácil reemplazar las conductas de riesgo por acciones saludables; por ejemplo, para algunos pacientes es complejo adquirir el hábito de practicar ejercicios físicos después de llevar toda una vida en el sedentarismo; o peor aún, abandonar hábitos adictivos como el alcoholismo y tabaquismo cuando han sido costumbres presentes en la mayor parte de la vida.

4.2. ANÁLISIS CONCEPTUAL- TEÓRICO-EMPÍRICO DE LA ALFABETIZACIÓN EN SALUD

4.2.1. Conceptualización de Alfabetización en salud. La AS es un concepto multidimensional relativamente reciente, fue descrito a mediados de la década de los setenta y desde entonces ha sido usado para la identificación del nivel de conocimientos de las personas que enfrentan una alteración en salud (77). La OMS define la AS como: las habilidades sociales y cognitivas que determinan el nivel de motivación y la capacidad de una persona para acceder, entender y utilizar la información de forma que le permita promover y mantener una buena salud (78). Así mismo, varios autores han propuesto diversas definiciones para este concepto, algunas de ellas se describen a continuación:

- Ratzan y Parker (2000): “La AS es el grado en el cual los individuos tienen la capacidad de tener, procesar y entender la información básica en salud y servicios necesarios para tomar decisiones apropiadas para su bienestar” (79).

- Kawan et al. (2006): “La AS es la habilidad de las personas de tomar decisiones adecuadas sobre su salud y así acceder, entender y evaluar la información que ellos necesitan para mejorar y mantener su bienestar a lo largo de su vida” (80).
- Berkman et al. (2011): “La AS describe las habilidades sociales y cognitivas que los individuos usan para acceder, entender y actuar en salud” (81)
- Sørensen, et al. (2012) “La alfabetización sanitaria está vinculada a la alfabetización e implica el conocimiento, la motivación y las competencias de las personas para acceder, comprender, valorar y aplicar la información sanitaria con el fin de emitir juicios y tomar decisiones en la vida cotidiana en relación con la asistencia sanitaria, la prevención de enfermedades y la promoción de la salud para mantener o mejorar la calidad de la salud y vida durante el transcurso de la vida” (2).

A partir de los anteriores enunciados, en la presente investigación se definirá el fenómeno de AS como: “El nivel de habilidades sociales y cognitivas que tienen las personas de acceder, comprender, y evaluar la información para así consolidar los conocimientos necesarios para la adecuada toma de decisiones relacionadas con su salud, para controlar factores de riesgo, afrontar las alteraciones en el estado de bienestar y promover o mejorar su calidad de vida”. De este modo, una persona con un nivel adecuado de AS dispondrá de la habilidad de buscar información que le permitiría tener una adecuada comprensión de su estado de salud y de las acciones de autocuidado que debería realizar cuando presente alguna enfermedad o desee promover su bienestar. Por ejemplo, un individuo con apropiación y aplicación correcta de conocimientos en salud, es decir con adecuada AS, daría un uso correcto de los medicamentos, a los dispositivos médicos en casa, y tendría autonomía para tomar decisiones sobre su propia salud.

En el contexto de atención de personas con HTA, es importante para el profesional de enfermería evaluar el nivel de conocimientos y grado de entendimiento del paciente acerca de la patología y de las conductas que debe ejecutar para cumplir con los objetivos del tratamiento (82). De esta manera, sería posible implementar estrategias de educación que fueran más efectivas, que respondieran a las necesidades del paciente hipertenso de obtener la información y conocimientos necesarios que le permita ejecutar las acciones de autocuidado que incidan positivamente en el control de su enfermedad, en su mejoría clínica y la prevención de complicaciones de la HTA; puesto que se ha determinado que entre mayor sea el nivel de AS, los pacientes obtienen mejores resultados en el control de sus cifras tensionales. (83)

4.2.2. Análisis teórico del Modelo conceptual de AS de Sørensen

En la búsqueda preliminar de literatura, se encontraron varios soportes teóricos de la AS abordados desde otras disciplinas; como por ejemplo la teoría del campo de fuerza de Kurt Lewin que sirve como una estrategia para identificar y eliminar las barreras a la información en los servicios y la atención en salud, y de esta forma mejorar la AS (84). Esta teoría aplica el concepto de AS, pero no describe un modelo propio para este fenómeno, ni logra integrar el conocimiento existente de AS.

Por otra parte, Sørensen et al. (2012), realizaron una recopilación y revisión de las definiciones y conceptualizaciones de AS. A partir de este análisis, esta autora, propone un nuevo modelo conceptual para la AS, reúne las principales dimensiones de los modelos ya existentes y las integra entre sí. Este modelo se enfoca en la salud pública, sin embargo, la misma autora propone algunas indicaciones para que el modelo pueda ser aplicable a nivel individual. Según Sørensen et al. (2012), este modelo puede servir como base para desarrollar intervenciones, fortalecer la AS y proporcionar una base conceptual para crear nuevos instrumentos y para cuantificar

este fenómeno en procesos investigativos que aborden el nivel de conocimientos en salud (2).

Sørensen et al. (2012), plantearon su propuesta conceptual a través de una búsqueda sistemática de literatura, en la cual identificaron 17 definiciones distintas de AS y 12 modelos conceptuales de dicho fenómeno. Esta revisión permitió proponer un modelo conceptual integrador de AS con 12 dimensiones enumeradas en el Cuadro 1.

Cuadro 2. Dimensiones de la AS

Alfabetización en salud	Acceder / obtener información relevante para la salud	Comprender la información relevante para la salud.	Procesar / evaluar información relevante para la salud	Aplicar / utilizar información relevante para la salud
Cuidado de la salud	1. Capacidad para acceder a información sobre cuestiones médicas o clínicas.	2. Capacidad para comprender la información médica y derivar su significado.	3. Capacidad para interpretar y evaluar información médica.	4. Capacidad para tomar decisiones informadas sobre problemas médicos.
La prevención de enfermedades	5. Capacidad para acceder a información sobre factores de riesgo para la salud	6. Capacidad para comprender la información sobre los factores de riesgo y	7. Capacidad para interpretar y evaluar información sobre factores de riesgo para la salud.	8. Capacidad para tomar decisiones informadas sobre factores de riesgo para la salud.

		derivar su significado.		
Promoción de la salud	9. Capacidad para actualizarse sobre los determinantes de la salud en el entorno social y físico.	10. Capacidad para comprender la información sobre los determinantes de la salud en el entorno social y físico y derivar su significado.	11. Capacidad para interpretar y evaluar información sobre determinantes de la salud en el entorno social y físico.	12. Capacidad para tomar decisiones informadas sobre los determinantes de la salud en el entorno social y físico.

Fuente: tomado de “Alfabetización en salud y salud pública, una revisión sistemática e integración de definiciones y modelos” Sørensen et al. (2012) (2)

Al revisar el cuadro número 2, Sørensen et al. (2012) organizaron de forma vertical los tres dominios en los cuales se basa el proceso de AS: cuidado de la salud, la prevención de enfermedades y promoción de la salud, y los agrupa teniendo en cuenta las cuatro capacidades básicas para tener un adecuado grado de AS: acceder/obtener, comprender, procesar/evaluar y aplicar/utilizar la información relevante para la salud, obteniéndose de esta manera doce dimensiones de AS. (2)

Además de las dimensiones de la AS, Sørensen et al. (2012) también plantearon los antecedentes correspondientes a las características, factores y condiciones, que interfieren en el adecuado desarrollo de la AS, por lo tanto, inciden negativamente

en la adquisición de información y conocimientos en salud, lo que impide a las personas tomar decisiones acertadas para su bienestar (2). Este modelo confirma las proposiciones de Nutbeam (2000) quien señala que la AS, no solo es el nivel del conocimiento que las personas poseen sobre su salud, sino, también, su influencia en las acciones de promoción de la salud, educación, y la movilización social (85).

Sørensen et al. (2012) clasificaron los antecedentes de AS en tres grupos; en determinantes o condicionantes sociales y ambientales, personales y situacionales (2).

- Determinantes sociales y ambientales (por ejemplo, situación demográfica, cultura, idioma, fuerzas políticas, sistemas sociales).
- Determinantes personales. (verbigracia: edad, sexo, raza, nivel socioeconómico, educación, ocupación, empleo, ingresos, alfabetización).
- Determinantes situacionales (por ejemplo, apoyo social, influencias familiares y de pares, uso de los medios y entorno físico).

De igual manera, los autores proponen los posibles consecuentes cuando se dispone de un adecuado nivel de AS, que traen consigo una mejoría en el bienestar de la persona, permitiéndole analizar objetivamente no solo sus conductas en salud, sino también las de las personas de su núcleo familiar y de su entorno. Esta retroalimentación de conocimientos en salud, acompañada de actitudes positivas, promueve la adopción de conductas saludables; como, por ejemplo, la adherencia al tratamiento permite que se disminuya el uso reiterado de los servicios sanitarios, el tiempo de hospitalización, los costos en la atención y a su vez se mejoren los resultados en salud. (2,82,86)

Por otra parte, Sørensen et al. (2012), aseveraron que cuando la persona dispone de poca motivación y baja autoeficacia para buscar información relacionada con los procesos de salud-enfermedad, interfiere en la confianza hacia los profesionales de

salud, y no se consolidan adecuadamente los conocimientos necesarios para la comprensión de las conductas que se deben ejecutar con el objetivo de controlar el estado mórbido y/o propender una buena calidad de vida (2).

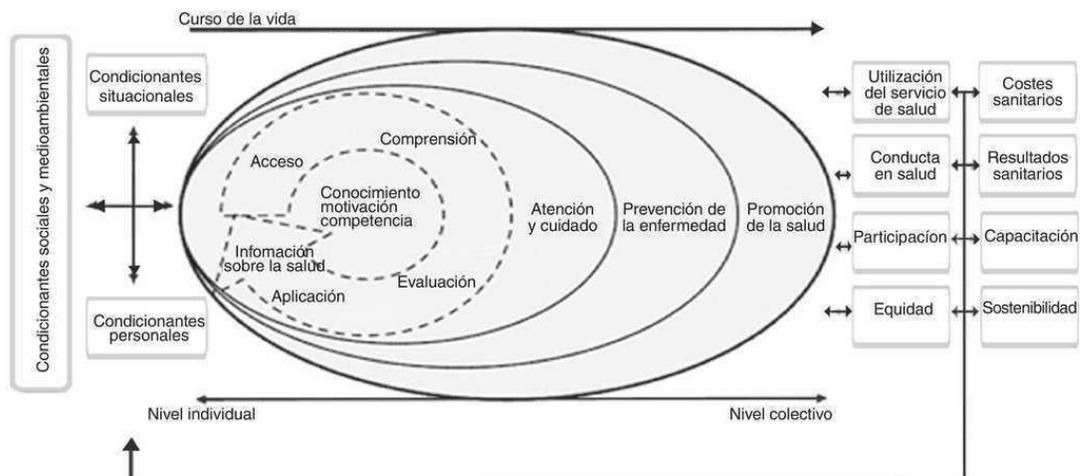
Las anteriores proposiciones conceptuales, son aplicables al contexto disciplinar de enfermería, ya que brinda las herramientas necesarias para que los enfermeros logren identificar precozmente los factores de riesgo que conllevan a niveles bajos de AS, así como las consecuencias que estos pueden traer en la salud de las personas, lo que le permitiría al enfermero, intervenir eficazmente para incentivar la adquisición de los nuevos conocimientos que cada individuo necesita para mantener y promover su salud. Por esta razón, es importante considerar el grado de AS para identificar el nivel de conocimientos, la comprensión y capacidad del paciente al momento de establecer estrategias educativas en salud, para que sean más efectivas y de este modo se obtengan los objetivos planteados, como fortalecer el conocimiento del paciente, afianzar sus competencias, mejorar la confianza y seguridad del individuo hacia el personal de salud y promover la salud.

Por lo anterior, se resalta la importancia de continuar con la realización de procesos investigativos relacionados con el concepto de AS, que afiancen su aplicación en la práctica clínica de enfermería. Según Sørensen et al. (2012), citando a Paashe et al. (2007), la AS influye en tres factores principales que intervienen a su vez en algunos resultados de salud, como se presenta a continuación (2):

- En Las habilidades para buscar, comprender interpretar, juzgar y aplicar información en salud que permiten a la persona adoptar conductas saludables e identificar las barreras que interfieren en sus acciones de autocuidado a lo largo del proceso de atención en salud. De esta forma se mejora la percepción del paciente frente a la atención recibida por parte de los profesionales sanitarios, lo que incide en el aumento de la demanda, el acceso y un adecuado uso a los servicios de salud.

- En las creencias culturales y religiosas, los aprendizajes adquiridos a lo largo de la vida, la comunicación mediante el lenguaje verbal y no verbal de las personas y la forma en como toman decisiones sobre su estado de bienestar y que influyen en la relación que se establece entre los servicios de salud y los usuarios.
- El Aumentar la voluntad, el nivel de motivación e iniciativa en el individuo para una adecuada adopción de comportamientos saludables mejora la confianza de la persona en sí misma e incrementa el nivel de conocimientos en salud, lo que a su vez influye en las conductas que adopta la persona para propender de una buena calidad de vida y salud.

Figura 1. Esquema pictórico del modelo de AS, propuesto por Sørensen



Fuente: tomado de “Alfabetización en salud y salud pública, una revisión sistemática e integración de definiciones y modelos” Sørensen et al. (2012), (2).

Como se observa en la figura1, el modelo tiene dos componentes principales, el primero corresponde a las dimensiones de la AS y el segundo son los factores que

pueden influir directa e indirectamente en la AS, además de las formas en cómo se puede relacionar este fenómeno con los resultados de salud (2).

En el centro del esquema se encuentran las competencias que la persona debe tener para un adecuado proceso de AS, las cuales también corresponden a dimensiones propias de este fenómeno y para las que se necesitan de habilidades cognitivas específicas. La primera competencia hace referencia al proceso de acceso, en el que el individuo indaga, busca y encuentra información necesaria para gerenciar su salud; dicha competencia depende de la capacidad de entendimiento de la persona, el tiempo y la veracidad de la información.

La segunda competencia se refiere al proceso de entendimiento y comprensión de la información que se ha obtenido; depende de las expectativas que tenga el usuario en la búsqueda, el uso que se le puede dar a los datos encontrados y el análisis de las razones que lo llevaron a la búsqueda de información. La tercera competencia es la relacionada con la validación de la información; en ella la persona analiza y procesa los datos a los que ha accedido, escoge lo que le es útil y lo valora. Esta competencia depende del lenguaje y la jerga utilizada (2).

Por último, se encuentra la competencia en la que se aplica, utiliza y comunica la información obtenida de una forma eficaz, para una adecuada toma de decisiones y la mejora de conductas que puedan alterar o que alteren el estado de bienestar general; esta competencia depende de las habilidades comunicativas de la persona, su nivel de comprensión y la motivación, para así promover su estado de salud a través de la toma de decisiones y adopción de conductas saludables basadas un adecuado nivel de AS (2).

En consecuencia, la persona adquiere y fortalece habilidades durante el desarrollo de la AS, que se reflejan en los tres dominios presentados en el cuadro 2: el primero es la atención y el cuidado, cuando la persona presenta alteraciones de salud; el

segundo es la prevención de las enfermedades cuando está expuesta al riesgo de enfermar y el último hace referencia a cuando la persona se suma a los esfuerzos de la promoción de la salud. El continuo proceso de AS en estos tres dominios permite al individuo tener la capacidad de tomar el control de su salud, aplicando las capacidades específicas de búsqueda, análisis y consolidación de información para la toma de decisiones autónomas en salud (2).

A partir del análisis teórico del modelo de Sørensen et al. (2012), se puede intuir que el individuo no es considerado como un ser pasivo, sino que por el contrario la persona desempeña un rol importante en su propio cuidado, ya que debe disponer de habilidades para identificar las necesidades de información sobre su salud, de los comportamientos aprendidos a través de sus creencias y experiencias previas, además de sentirse motivado para adquirir nuevos conocimientos; y así controlar factores de riesgo para recuperar o mantener el estado de salud.

Así mismo, en este modelo, el personal de salud, dentro del cual se encuentran los profesionales de enfermería, desempeñan un papel preponderante para cubrir las demandas de conocimientos terapéuticos; de esta manera, el enfermero propicia la comprensión del paciente de la necesidad de ejercer acciones que procuren promover la salud, prevenir enfermedades o para recuperar o mantener su bienestar al padecer una alteración de su estado de salud. Es decir, el profesional de enfermería no solo debe transmitir la información, sino ofertar procesos de educación en salud de calidad, propendiendo un asesoramiento eficaz, sin fallas en la comunicación, con una información clara y completa, además de incentivar la motivación y la confianza para afianzar los conocimientos y realizar el seguimiento a las conductas que los pacientes deben adoptar para mejorar su salud.

Por lo anterior se destaca, la importancia de identificar el nivel de AS y las posibles consecuencias de alteraciones de esta, en el marco de la presente investigación, ante la ausencia de información concreta y veraz, el paciente hipertenso, no

desarrollará un verdadero compromiso para auto-gerenciar su salud. Por lo tanto, el profesional de enfermería no podrá intervenir oportunamente para instruir al paciente en el control de su enfermedad y en la prevención de las posibles complicaciones, al no controlar factores de riesgo o no adoptar conductas para recuperar mantener y/o promover su propia salud. Aquí radica la importancia de que el profesional de enfermería tenga buenas bases teóricas y habilidades comunicativas adecuadas para poder transmitir la información de la manera más clara y precisa para el paciente, fortaleciendo así su nivel de AS (2).

Por otra parte, el concepto de la AS dispone de un importante número de indicadores empíricos, ya que existen diferentes instrumentos que permiten medirla; Montesi (2017), indica que no hay un instrumento único de medición de la AS; según este autor, existen más de 51 instrumentos que ayudan a estimar y clasificar la AS dependiendo del contexto situacional que se desee investigar; dentro de los instrumentos más conocidos están: REALM (Rapid Estimate of Adult Literacy in Medicine), TOFHLA (Test of Functional Health Literacy in Adults) o NVS (Newest Vital Sign), (87).

Sørensen et al. (2013), desarrolló el cuestionario European Health Literacy Survey (HLS-EU-Q47), bajo el enfoque de validación de concepto y el diseño del modelo conceptual de la AS derivado de una revisión bibliográfica sistemática de las definiciones y conceptualizaciones existentes de este fenómeno (76,82). Este instrumento consta de dos secciones, una sección básica de AS y una sección sobre determinantes y resultados asociados a la AS.

La sección de AS incluye 47 ítems que abordan las dificultades auto-informadas para acceder, comprender, evaluar y aplicar la información en tareas relacionadas con la toma de decisiones en el cuidado de la salud, la prevención de enfermedades y la promoción de la salud. La segunda sección incluyó ítems relacionados con comportamientos en salud, estado de salud, uso de servicios de salud, participación

comunitaria, factores sociodemográficos y socioeconómicos de la salud (88). Al aplicar este instrumento se puede clasificar la AS en cuatro niveles: Inadecuada (0-25), problemática (>25-33), suficiente (>33-42) y excelente (>42-50) (87).

Sin embargo, se debe tener en cuenta que el anterior instrumento es de carácter genérico, es decir, fue diseñado para ser aplicado a la población en general o para pacientes con cualquier enfermedad o condición clínica, por lo tanto el uso de un instrumento específico para una población o una enfermedad en particular puede ser más sensible, ya que de esta forma se podrían valorar aspectos fundamentales para esa población específica; por ejemplo, en el marco de la presente investigación en personas con HTA, se podría utilizar el instrumento que cuantifica el nivel de AS en personas hipertensas: High Blood Pressure Health Literacy Scale (HBP-HLS) desarrollado por Kim et al. (2012), (89).

Este instrumento consta de dos subescalas, la primera corresponde a la alfabetización impresa que estima la capacidad de los pacientes para pronunciar terminología médica seleccionada relacionada con la HTA, su tratamiento y autocuidado. La segunda hace referencia a la alfabetización funcional en la que se evalúa la capacidad de interpretar la información relacionada a las habilidades importantes de autocuidado que las personas con HTA deberían tener para lograr un adecuado control de su enfermedad (89).

En resumen, por la característica de multidimensionalidad del concepto de la AS, existen diversos instrumentos validados para medir este fenómeno de manera general o específica, ya sea para condiciones clínicas, enfermedades o poblaciones particulares. Por lo tanto, el modelo conceptual de AS dispone de herramientas con potencial para la realización de procesos investigativos y/o establecer estrategias que busquen mejorar la AS y a su vez, evaluar los resultados de intervenciones aplicadas en poblaciones específicas.

4.2.3. Evidencia empírica del concepto de AS

Como se ha venido reportando, el fenómeno de la AS ha sido abordado en un número importante de estudios; la capacidad de comprobación empírica de este concepto se da gracias al adecuado soporte conceptual y teórico del mismo, para direccionar las investigaciones que indagan aspectos relacionados con la capacidad de la persona de buscar información y consolidar los conocimientos relacionados a su propia salud. Las diferentes investigaciones que han estudiado este fenómeno han sido abordadas por distintas disciplinas, dentro de las cuales se encuentra la disciplina de enfermería. A continuación, se presentará una muestra de los estudios encontrados en la revisión preliminar de literatura, los cuales proporcionan los principales hallazgos y vacíos reportados por los autores, que han estudiado este fenómeno para explicar las conductas adoptadas por las personas frente al manejo de su salud.

Costa et al. (2017), indagaron sobre el nivel de AS en pacientes con ERC a través de una revisión sistemática de literatura, donde encontraron dos hallazgos importantes; el primero, es que entre mayor sea el grado de la ERC, mejor es el nivel de AS, y el segundo hallazgo, fue que los pacientes trasplantados tienden a tener un mejor nivel de AS, en comparación con las personas que se encuentran en estadios iniciales de la enfermedad. Lo anterior podría presentarse por el mayor tiempo de tratamiento de la ERC, por tanto, la persona dispondría de un conocimiento y experiencia mayor en el manejo de su enfermedad. Además de esto, los autores sugieren que, dentro de las intervenciones dirigidas a mejorar la AS en ERC, debe incluirse el diseño de programas que orienten la retroalimentación de los conocimientos aprendidos sobre la enfermedad, y el entrenamiento a todo el personal de salud para que tengan las capacidades de detectar los bajos índices de AS en los pacientes, para ofrecer intervenciones más efectivas (84).

De igual forma, Strijbos et al. (2018), reportaron un alta prevalencia de niveles inadecuados de AS, en pacientes con enfermedades arterio-vasculares, demostrando que esta población presenta una deficiencia generalizada de conocimientos, y que tener una edad avanzada y/o un bajo grado académico son predictores independientes de un bajo nivel de AS (90). Estos autores reafirman las recomendaciones de Costa et al. (2017), quienes exhortan la investigación de mejores métodos para brindar la información en salud de forma adecuada en la población con enfermedades cardiovasculares (79,87).

De modo similar, León et al. (2019), estudiaron el nivel de AS en personas con diabetes mellitus (DM), y encontraron que los pacientes de mayor edad tienden a presentar bajos niveles de AS, específicamente en el dominio de la promoción de la salud y la dimensión de acceder/obtener información en salud, esta situación se presenta debido a las fallas que existen en el proceso de transmisión y comprensión de la información en esta población. Los autores, asociaron esta problemática a la saturación de múltiples recomendaciones y de información ofrecida a los pacientes una vez son diagnosticados sobre las acciones que deberían implementar para el control de su enfermedad. Por otro lado, los autores también demostraron que el bajo nivel educativo y las deficiencias en los procesos de lecto-escritura de las personas con DM, son barreras importantes que interfieren en la consolidación de conocimientos para entender las indicaciones clínicas, influyendo así, en la presentación de bajos niveles de AS. Para finalizar, los autores recomiendan fomentar nuevas estrategias de AS, especialmente en las personas de edad avanzada para que puedan auto gestionar su salud y tener mayor control de su enfermedad (38).

De la misma manera, es posible encontrar estudios que indagan la AS en el contexto de la HTA; como por ejemplo la investigación adelantada por Batista et al. (2018), quienes demostraron que los pacientes que tienen un bajo nivel de AS no cuentan con las herramientas necesarias para poder sobrellevar su enfermedad, ni para

mejorar sus conocimientos en salud. Además, los participantes de este estudio percibieron que los profesionales de enfermería y medicina son los únicos que podrían ayudarlos a mejorar sus conocimientos necesarios para el adecuado manejo de su enfermedad y así poder mantener su estado de salud. Por lo tanto, los autores sugieren que es necesario implementar estrategias o planes específicos para aumentar los niveles de AS no solo en pacientes con HTA, sino también en personas que padezcan otras enfermedades crónicas (91).

A diferencia de los hallazgos de León et al. (2019) (38), en el estudio realizado por Botelho et al. (2019), en pacientes hipertensos, se demostró una correlación positiva entre el nivel de AS y la edad, puesto que los autores encontraron que, a mayor edad, mayores conocimientos tienen las personas sobre sus procesos de salud-enfermedad. Además, también evidenciaron una relación proporcional entre los niveles de AS, el grado académico de la persona y el positivismo de los pacientes frente a su patología. Pero niegan una relación entre el nivel de AS, el género, y el control de la enfermedad. Finalmente, los autores recomiendan que, aunque el nivel de AS sea alto en la mayoría de la población hipertensa que participó en este estudio, se deben seguir adoptando estrategias de promoción y educación de la salud. Para ello es relevante identificar previamente el nivel de AS, y de esta forma intervenir oportunamente en el porcentaje de pacientes que cuentan con conocimientos insuficientes, para que de esta manera se continúen mejorando los niveles de AS en esta población y se contribuya en la disminución de las complicaciones hipertensivas (92).

Del mismo modo, Estrada et al. (2018), realizaron un estudio en pacientes con HTA, y documentaron que factores como el nivel educativo y la edad de las personas, pueden influir en la presentación de un nivel inadecuado de AS, así mismo, los autores describen que los pacientes que reportaron bajos niveles de AS también presentaban bajos niveles de AT; argumentados por el desconocimiento de las consecuencias del abandono al plan terapéutico. Por lo anterior, los autores

recomiendan aumentar los niveles de AS a través de la ejecución de estrategias adecuadas de educación, en las que se enfatice la comprensión de la importancia del cumplimiento al tratamiento y las indicaciones relacionadas con la toma de medicamentos (93).

Igualmente, Lima et al. (2020), en su estudio realizado en personas hipertensas, documentaron que un mayor poder adquisitivo, y un mejor nivel educativo puede influir en los niveles de AS; así mismo, los autores determinaron que entre mayores sean los niveles de AS, las personas podrían presentar una mayor AT. Estos investigadores también encontraron una relación negativa entre la edad y los niveles de AS, atribuyendo estos resultados al proceso degenerativo que trae consigo el envejecimiento y que generan en los adultos mayores una disminución de las capacidades de entendimiento, comprensión y ejecución de las indicaciones brindadas por el personal de salud. Por esta razón, los autores recomiendan a los profesionales sanitarios entender los cambios de dicho proceso, individualizar los planes de manejo y cuidado e incluir a los cuidadores en la adherencia de los tratamientos y el control de la enfermedad (94).

Así mismo, Arboleda et al. (2015), comprobaron que una falla importante en el proceso de consolidación de la AS se presenta porque el personal sanitario brinda una educación en salud de manera generalizada, sin indagar el nivel de comprensión, conocimientos y experiencias previas para cada persona; lo que impide que sean identificadas las características y necesidades de información de cada paciente. La ausencia de una educación objetiva y eficaz genera pocas expectativas de mejoría en las personas y una baja motivación para continuar en la adopción de conductas saludables (95).

Benítez et al. (2014), evidenciaron que, no es suficiente que las personas con HTA sepan sobre los cambios que necesitan realizar en su estilo de vida para controlar sus cifras tensionales. Sino que, además las personas necesitan comprender el

propósito de los cambios que deben adoptar para cumplir con las metas terapéuticas y así mantener sus cifras tensionales controladas. Además de esto, los autores demostraron que la mayoría de los pacientes no relacionaban el cumplimiento del tratamiento farmacológico con la disminución de sus cifras tensionales, posiblemente debido a la falta de conocimiento de los objetivos terapéuticos que se configura en un nivel bajo de AS, probablemente ocasionada por el desconocimiento en las consecuencias de no cumplir con su régimen farmacológico (96).

Según lo anterior, se puede evidenciar que, desde que surgió el concepto de AS han sido varios los autores interesados en el estudio del comportamiento de este fenómeno en diversos contextos, especialmente en el afrontamiento de diversas enfermedades de carácter crónico. Es pertinente recalcar que las investigaciones analizadas anteriormente reportan diferentes hallazgos que convergen en varios aspectos; en primer lugar, la mayoría demuestra el impacto que tienen factores socioeconómicos como el nivel educativo, la edad y el poder adquisitivo de las personas en el nivel de conocimientos en salud. En segundo lugar, en los estudios se evidenció la influencia del estadio de la enfermedad, la falta de motivación, la percepción del paciente hacia su enfermedad, los fallos en los procesos educativos y la saturación de información ofrecida por el personal de salud sin considerar el grado de entendimiento y conocimientos previos del paciente. Todo esto, permite inferir que dichos factores son grandes predictores del nivel de AS.

Los anteriores hallazgos empíricos confirman los presupuestos teóricos del modelo conceptual de AS propuesto por Sørensen et al. (2012), en el que se establecen distintos factores como componentes que anteceden la presentación de un nivel inadecuado de AS. En consecuencia, la falta de conocimientos, el escaso acceso a la información, diferentes fallas en la transmisión de conocimientos, la carencia de las habilidades comunicativas y el entorno en el que la persona convive, influyen de manera negativa en el adecuado desarrollo de la AS, lo que consecuentemente, le

impide a la persona con alguna alteración de salud, adoptar las conductas necesarias para auto-gerenciar su salud, como por ejemplo: tener un buen autocuidado y una buena adherencia a su plan terapéutico (2).

Por último, cabe resaltar que los anteriores estudios concuerdan en la importancia que tiene el personal sanitario en los procesos de mejora de la AS en los pacientes, puesto que el aprendizaje en salud parte desde la consolidación de conocimientos que tiene este personal y la capacidad de comunicación y transmisión efectiva de la información individualizada para cada paciente. Es decir, un profesional de enfermería necesita de una base adecuada de conocimientos, que le permita identificar el nivel de AS en sus sujetos de cuidados, además de contar con habilidades de comunicación efectivas, que le permitan transmitir la información a sus pacientes de manera confiable y segura. De esta forma se podría influir positivamente en la promoción y/o el mantenimiento de la salud de las personas.

4.3. ANÁLISIS CONCEPTUAL-TEÓRICO-EMPÍRICO DE LA ADHERENCIA AL TRATAMIENTO FARMACOLÓGICO Y NO FARMACOLÓGICO.

4.3.1. Conceptualización de la adherencia al tratamiento farmacológico y no farmacológico.

La AT es un concepto de gran relevancia en la práctica clínica de enfermería; ya que, cuando un paciente cumple con las indicaciones brindadas por el personal sanitario podría llegar a alcanzar sus metas terapéuticas y así, recuperar, mantener o promover su estado de salud. Este fenómeno se ha venido estudiando según Ortego et al. (2004) desde la década de los 70, y ha sido aplicado en diferentes contextos en el área de la salud; lo que demuestra su utilidad, aplicabilidad y nivel de comprobación empírica (97); es por esto por lo que la AT ha sido definida y contextualizada por varios autores. A continuación, se expondrán las definiciones más sobresalientes sobre dicho fenómeno:

- Haynes et al. (1979) “El grado en que la conducta de un paciente en relación con la toma de medicamentos, el seguimiento de una dieta o la modificación de hábitos de vida coincide con las instrucciones proporcionadas por el médico o personal sanitario” (98).
- García et al. (2000) “El grado de coincidencia entre las orientaciones médico-sanitarias, no limitándose a las indicaciones terapéuticas, de tal forma que incluye asistencia a citas programadas, participación en programas de salud, búsqueda de cuidados y modificación del estilo de vida”.
- OMS (2004) “El grado en que el comportamiento de una persona; como el tomar el medicamento, seguir un régimen alimentario y ejecutar cambios del estilo de vida, corresponde con las recomendaciones acordadas de un prestador de asistencia sanitaria” (1).

Para el contexto de la presente investigación se utilizará la definición de AT propuesta por la OMS, por ser la conceptualización más aplicada en los reportes investigativos que abordan este fenómeno, además porque es la definición en la cual se evidencia que este concepto no corresponde únicamente a la toma de los medicamentos a lo largo del tiempo según la dosis prescrita en el plan de manejo; sino también, incluye el cumplimiento del tratamiento no farmacológico como lo es la ejecución de cambios en los estilos de vida mediante la adopción de conductas saludables y la evitación conductas de riesgo. Es importante recalcar que en la presente investigación el concepto de AT aplica no solo para el tratamiento farmacológico, sino también para el no farmacológico como lo indica la anterior definición.

El cumplimiento de los tratamientos se debería aplicar a todas las indicaciones brindadas por el personal sanitario; sin embargo, como se citó en el planteamiento del problema, la evidencia científica demuestra que generalmente no se presenta

de esta manera, pues pese a los esfuerzos del personal sanitario por brindar la información sobre las indicaciones farmacológicas y no farmacológicas, existe un número importante de personas que no cumplen con su régimen terapéutico, lo que equivaldría a la presentación de una inadecuada AT. Esta situación representa para los pacientes el aumento en la posibilidad de presentar algún deterioro de su estado de salud; además, el paciente no adherido no alcanzaría su objetivo de controlar la progresión de su enfermedad, lo que a su vez aumentaría la probabilidad de presentar alguna complicación clínica provocada por el mal manejo de su patología (31).

Una de las principales causas de la presentación de una inadecuada AT, es la complejidad de este constructo, ya que según Ortego et al. (2004), la AT es selectiva y circunstancial. La característica de selectividad se puede presentar en aquellas situaciones en las que el individuo no se adhiera a todas las recomendaciones; por ejemplo, podría suceder que un paciente cumpla con la toma de sus medicamentos en el horario y la dosis indicada, pero no realice actividad física, ni abandone el hábito de fumar (97)

Por otro lado, la característica de circunstancialidad de la AT se presenta cuando la persona interrumpe el cumplimiento de su tratamiento o lo cumple de manera parcial, lo que los autores describen como falta de continuidad en la adherencia; es decir, los pacientes no persisten con las indicaciones brindadas por el personal de salud. En esta situación los pacientes cumplen de forma intermitente su tratamiento en períodos variables de tiempo, en ocasiones prolongados en los que no toman la medicación, o bien lo hacen de forma parcial y selectiva. Esta situación se puede presentar por la percepción de alivio de los síntomas, provocando que la persona por decisión propia interrumpa su plan terapéutico, pues el individuo percibe que su problema de salud se ha solucionado (97).

Igualmente, diversos autores describen que este fenómeno se puede presentar debido a diferentes factores como la falta de aceptación del diagnóstico, la ausencia de conocimientos en salud, la falta de comprensión de la prescripción, el afrontamiento ineficaz de la enfermedad, la falta de experiencia en el manejo de la enfermedad, la presentación de efectos adversos al tratamiento, la baja autoeficacia para cumplir con el tratamiento, adoptar una conducta saludable o abandonar un hábito nocivo, entre otros (99).

Por consiguiente, la presencia de uno o varios factores descritos anteriormente, ocasionaría una baja AT, por lo tanto la persona no tendría la capacidad de dar continuidad al plan de manejo, debido principalmente a la falta de conocimientos relacionados con su patología, lo que imposibilitaría la comprensión de las consecuencias del incumplimiento de su tratamiento que, a largo plazo podría verse reflejado en un deterioro no solo en su estado físico, sino también en su estado emocional por la pérdida de su funcionalidad, siendo este el resultado del inadecuado control de su patología (17,100). En cuanto a los pacientes hipertensos, una inadecuada AT puede impactar negativamente en el pronóstico clínico de la persona, ya que no se alcanzarían los objetivos del plan terapéutico ni las metas en el control de las cifras tensionales, aumentando el riesgo de sufrir complicaciones clínicas propias de la HTA (99).

Por el contrario, de acuerdo con el estudio realizado por Ramírez et al. (2020) en pacientes hipertensos, se puede encontrar que una persona con adecuada AT es capaz de tomar la medicación en los horarios establecidos durante el tiempo indicado, adoptar los cambios que sean necesarios en sus hábitos rutinarios, buscar atención médica cuando lo requiera, conocer los objetivos de su tratamiento e indagar sobre las consecuencias de no cumplir con la medicación. A partir de las anteriores proposiciones se puede inferir que, cuando las personas con HTA cuentan con un adecuado nivel de comprensión y conocimiento de los objetivos de su tratamiento, es posible garantizar la obtención y cumplimiento de sus metas

terapéuticas; de esta forma se puede evitar la presentación de posibles complicaciones relacionadas con la HTA, preservando y/o mejorando de este modo la calidad de vida del paciente (16,99).

Pese a los beneficios que representa para las personas con HTA el adherirse a su tratamiento indicado, se sigue presentando un porcentaje importante de pacientes que incumplen el régimen terapéutico. Según López y Chávez (2016) aunque la AT en pacientes hipertensos puede reducir la aparición de complicaciones clínicas, alrededor del 30% de los hipertensos diagnosticados, no presentan cifras tensionales debidamente controladas, resultado de una mala adherencia terapéutica (17). Además de esto, es preocupante que, aunque los pacientes son conscientes de su inadecuada AT, se muestran reacios a aceptarlo (17), llevando así a una progresión de la enfermedad, que aumentaría las probabilidades de presentar complicaciones y podrían afectar de manera negativa la calidad de vida de estas personas (99).

Con lo anterior se demuestra que a pesar de los avances en el manejo de la HTA desde el enfoque farmacológico y no farmacológico; su efectividad se ve condicionada a la presencia de una adecuada AT; es decir, si no existe un compromiso por parte de los pacientes para cumplir con las indicaciones terapéuticas, no se presentará una reducción significativa en la morbilidad y mortalidad de la HTA (17,93).

Frente a esta problemática, los profesionales de la salud implementan diferentes estrategias para mejorar la AT en los pacientes y de esta manera prevenir el desenlace desfavorable de su estado patológico. Dentro de este equipo multidisciplinario se destaca el profesional de enfermería, quien es el principal responsable del cuidado integral y la educación en salud durante todo el proceso de atención. Lo anterior es confirmado por Rojas y Moscoso (2020), quienes afirman que el enfermero debe ayudar a la persona a mantener un comportamiento

adherente frente a su tratamiento, a través de una participación en la identificación de factores de riesgo para una Inadecuada AT, lo que le permitiría establecer intervenciones eficaces que respondan a las necesidades de cada persona para comprender los objetivos de su tratamiento y así promover el cumplimiento de su régimen terapéutico (101).

Además de esto, Orellana et al. (2016) reafirma la importancia de realizar intervenciones de enfermería enfocadas en mejorar la AT de los pacientes hipertensos, pues identificó una relación proporcional entre estas intervenciones y el nivel de AT; es decir, entre más sea el número de intervenciones realizadas por enfermería enfocadas a mejorar la AT, mayor será el nivel de AT que van a tener los pacientes. Esto permite resaltar la responsabilidad del profesional de enfermería frente al cumplimiento terapéutico de los pacientes, pues si no se realizan intervenciones eficientes y de calidad para mejorar los niveles de AT en estas personas, no se obtendrán las metas del tratamiento y se aumentará la posibilidad de presentar complicaciones relacionadas con la patología (102).

De la misma manera, Zabalegui (2003), afirma que para realizar intervenciones eficientes, se debe tener una adecuada relación enfermero-paciente, en donde el profesional de enfermería sirva como puente de comunicación entre el paciente, su familia y los demás profesionales sanitarios, de forma que se puedan identificar las percepciones y las necesidades de la persona, y así establecer un plan de cuidado individualizado, todo esto con el propósito de evitar la fragmentación del cuidado a causa de la desinformación (66).

4.3.2. Modelos teóricos y teorías aplicadas en el estudio de la AT

Es importante resaltar que la AT ha sido estudiada ampliamente en varias disciplinas de salud, por lo que han surgido diversas teorías, modelos conceptuales y constructos que explican este fenómeno. En el caso enfermería existen teorías

propias de esta disciplina que, aunque su fenómeno de estudio principal no sea la AT, han sido aplicadas como predictores de un adecuado cumplimiento al régimen terapéutico. Así mismo, existen diversas teorías que abordan este fenómeno como, por ejemplo: el modelo de cumplimiento en salud o health compliance model (HCM) de Heiby y Carlston (1986), el modelo sistémico de cuidados preventivos (MSSP) de Walsh y McPhee (1992) y el modelo multidimensional de la adherencia propuesto por la OMS (2004), este último fue analizado ampliamente y elegido para dar el sustento teórico a la presente propuesta de investigación.

En primer lugar, se presentarán algunos de los modelos y teorías de enfermería que han sido aplicadas en el estudio de la AT, para esto se utilizaron los hallazgos de Rojas y Moscoso (2020) quienes analizaron los enfoques teóricos de enfermería usados en la investigación de la AT, estos autores identificaron cuatro teorías de enfermería que han trabajado con este fenómeno, de las cuales 3 son aplicables en pacientes hipertensos. La primera es la teoría del Proceso de Enfermería Deliberativa de Jean Orlando, que se basa en la comunicación interpersonal e indica que la confianza generada en una buena relación entre el personal sanitario y el paciente puede influir positivamente en la AT, es decir que el personal de salud no solo debe tener adecuados conocimientos para el proceso de atención, sino también debe contar con una excelente habilidad comunicativa que le permita educar apropiadamente al paciente, y además de esto poseer virtudes como empatía y respeto; con el fin de evitar el abandono prematuro del tratamiento por parte del paciente (101).

La segunda teoría descrita por Rojas y Moscoso (2020), es la de autoeficacia propuesta por Bárbara Resnik, la cual propone que, para mejorar la AT de los pacientes es necesario un círculo de confianza entre el profesional de enfermería y el usuario para que este comprenda la importancia del cumplimiento del régimen terapéutico en su enfermedad y permita aumentar la percepción de autoeficacia, es decir que se sienta capaz de cumplir con su tratamiento instaurado y así empoderar

al paciente de su propia salud y su propio cuidado, contribuyendo de esta forma a una adecuada AT, disminuyendo a su vez la morbilidad y mortalidad de la HTA (101).

La tercera y última teoría de enfermería mencionada por Rojas y Moscoso (2020) aplicable en el contexto de pacientes hipertensos, es la teoría del déficit de autocuidado de Dorothea Orem, que está integrada por tres teorías relacionadas entre sí: La teoría de autocuidado, teoría del déficit autocuidado y la teoría de los sistemas de Enfermería (101,103). En estas teorías se plantea que el autocuidado es la responsabilidad que tiene cada individuo para el fomento, la conservación y cuidado de su propia salud siendo esto predictor de una buena adherencia; sin embargo, la teoría, advierte que esta capacidad puede ser influenciada por factores propios de cada individuo y por tanto puede afectar la AT. Además, este postulado teórico direcciona el rol que debe tener el profesional de enfermería, en el cual se debe definir el grado de déficit de autocuidado, para así, establecer intervenciones dirigidas a fomentar la agencia de autocuidado (capacidad de la persona de ejercer su propio cuidado), lo que permite que el profesional de enfermería actúe como un sistema de apoyo para el paciente en el cumplimiento de su régimen terapéutico.

Por otro lado; Aristizábal et al. (2011), realizaron un análisis teórico del modelo de promoción de la salud de Nola Pender, que considera cinco categorías de factores: socio-demográficos y relacionados con prácticas y creencias socio-culturales; los relacionados a las percepciones individuales sobre la salud, la enfermedad y los beneficios o efectos del tratamiento; los factores asociados a la percepción sobre problemas y obstáculos en los cambios de estilo de vida; los desencadenantes o alertadores de malestar del paciente como fatiga, el dolor y otros signos o síntomas corporales y los de probabilidad de adopción de comportamientos de salud (104). A partir de estas explicaciones teóricas, es evidente la importancia de implementar intervenciones que estén encaminadas a que el individuo tome conciencia acerca de los buenos hábitos que puede adoptar con el fin de mejorar su calidad de vida

(105). De esta manera es posible relacionar el cumplimiento terapéutico como uno de los hábitos saludables al que un paciente hipertenso debería adherirse con el fin de mejorar su estado de bienestar.

Por último, Zenteno et al. (2016), describen que el modelo de adaptación propuesto por Sor Callista Roy (106), permite reconocer e intervenir la capacidad adaptativa que tiene un paciente, por tanto este modelo orienta a los profesionales de enfermería en la implementación de estrategias que ayuden al paciente a fomentar su autodeterminación, responsabilizándolos de una adecuada toma de decisiones en salud y de la aplicación de los mecanismos que este debe emplear para favorecer su adaptación al tratamiento indicado (107). Por lo anterior, es necesario que el personal de enfermería determine el grado de dependencia de su sujeto de cuidado, para implementar intervenciones que sean efectivas y ayuden al individuo a desenvolverse de manera independiente en la medida de lo posible (107).

Por otra parte, en la literatura disponible se hallaron otros modelos y postulados teóricos propuestos desde otras disciplinas, que indagan, analizan las actitudes, conductas y factores que explican los comportamientos que adoptan las personas frente la AT. A continuación, se describen algunos de estos modelos:

- El modelo de cumplimiento en salud o health compliance model (HCM) propuesto por Heiby y Carlston (1986), modelo socio-comportamental aplicado al estudio de la AT, esta propuesta teórica está dividida en tres componentes: relativos a las características del tratamiento o situacionales, al paciente especialmente las de carácter subjetivo y a las consecuencias sociales, personales y económicas, a partir de las percepciones de las anteriores características el paciente determina si son beneficiosas o inconvenientes, por tanto que afectan positiva o negativamente la AT (104,108).

- El modelo sistémico de cuidados preventivos (MSSP), creado en 1992 por Walsh y McPhee, es un modelo integrador que involucra tanto rol del personal de salud, del paciente y/o cuidador; además este modelo describe tres tipos de factores predisponentes de una AT inadecuada: las características socio-demográficas, las creencias culturales, religiosas y motivaciones entre otros, además menciona los factores facilitadores o capacitadores de la adherencia como el nivel de conocimientos, las habilidades, capacidades y competencias que posee tanto el paciente como el profesional de salud y por último los factores reforzadores como los efectos positivos del tratamiento que percibe el paciente, el apoyo recibido del entorno social, y la satisfacción por los beneficios percibidos con su tratamiento (104,108).
- El modelo multidimensional de la adherencia propuesto por la OMS en el (2004), en el que se desarrolla un análisis conceptual y define las cinco dimensiones interrelacionadas en la adherencia en las cuales varios factores están interactuando entre sí: Los factores socioeconómicos, los factores relacionados con el paciente, los factores relacionados con el sistema o el equipo de asistencia sanitaria, los factores relacionados con el tratamiento y los factores relacionados con la enfermedad. Estas dimensiones son descritas en este modelo en términos de oportunidades y/o barreras en el cumplimiento del régimen terapéutico.

4.3.3. Análisis Modelo Multidimensional de la Adherencia propuesto por la OMS

Se realizará una profundización en el análisis del modelo multidimensional de la adherencia propuesto por la OMS (2004), ya que este ha sido ampliamente comprobado a nivel empírico y aplicado en diversas investigaciones. La capacidad empírica de este modelo se debe a la claridad en que son descritos los factores que

influyen en el cumplimiento del régimen terapéutico. Además, en el modelo también se agrupan dichos factores en una serie de dimensiones que repercuten en el grado de AT que presentan las personas (31,36,102).

Como se citó anteriormente, la OMS define la AT como: “El grado en que el comportamiento de una persona; como el tomar el medicamento, seguir un régimen alimentario y ejecutar cambios del estilo de vida, corresponde con las recomendaciones acordadas de un prestador de asistencia sanitaria” (1). Es decir, la AT se puede definir como un proceso complejo, influenciado por la acción recíproca de un conjunto de dimensiones que, según la OMS están conformadas por un grupo de factores que pueden ser de naturaleza modificable o no, dependiendo de: Las características propias de cada persona, la capacidad y disposición de los pacientes para modificar las conductas de riesgo y la influencia de los diferentes ámbitos en la vida de cada individuo.

Como se presenta en la Figura 2, el modelo se configura en cinco dimensiones influyentes en la AT que corresponden a: la dimensión relacionada con los factores socioeconómicos. La dimensión que contiene la de los factores relacionados con el equipo o el sistema de asistencia sanitaria, la relacionada con la enfermedad, la dimensión que describe los factores relacionados con el tratamiento y por último la dimensión de los factores concernientes a el paciente. Es pertinente comprender la importancia de analizar estas dimensiones de manera holística al momento de identificar y abordar el fenómeno de la baja AT, pues todas estas características se complementan, se presentan y se configuran en función de ellas mismas, por lo tanto, se deben abarcar de manera integral. Por lo anterior, las intervenciones que se realicen bajo este modelo no pueden ser enfocadas a una sola dimensión o un solo factor, pues, se obtendrían resultados parciales, y por consecuencia ineficaces.

Figura 2: Esquema del modelo multidimensional de la AT propuesto por la OMS.



Fuente: Esquema adaptado de: “Adherencia al tratamiento a largo plazo, pruebas para la acción” OMS (2004) (1) y “Plan de adherencia al tratamiento, uso responsable del medicamento” (2016) (110).

La primera dimensión corresponde a los factores socioeconómicos y las barreras económicas que les impiden a las personas, –especialmente a los de más bajos estratos socioeconómicos– cumplir con todas las recomendaciones del personal sanitario y por ende no adherirse al tratamiento o adherirse parcialmente. Dentro de estas barreras se destacan: la pobreza, dificultades en el acceso a la atención de salud y a los medicamentos, analfabetismo, el poco conocimiento de redes de apoyo

social efectivas, y baja oferta de mecanismos que garanticen la prestación de servicios de salud que tengan en cuenta la diversidad cultural, religiosa y étnica de las comunidades (1,99). Todos estos obstáculos pueden influir de manera negativa en la salud del paciente hipertenso, por ejemplo, cuando el paciente no dispone de recursos económicos, muchas veces deben elegir entre el dilema de satisfacer sus necesidades vitales y/o las de su familia, o darle continuidad a los tratamientos prescritos; decisión en la cual generalmente se priorizan las necesidades básicas y se deja a un lado el manejo terapéutico de la enfermedad, interrumpiendo el proceso de control de su enfermedad, propiciando de esta manera el deterioro del estado de salud de la persona (31,36).

La segunda dimensión abarca los factores relacionados con el equipo sanitario o sistema asistencial. En este grupo se pueden encontrar barreras tanto en el sistema para acceder a los servicios de salud, como las dificultades relacionadas al talento humano sanitario. Este modelo describe que es posible relacionar una pobre adecuación de las instalaciones, falta de recurso material como dispositivos, medicamentos e insumos con la prestación de un servicio sanitario inadecuado, aunado a servicios de salud poco desarrollados y desactualizados.

Además de lo anterior, falta de conocimiento, formación y experiencia de los profesionales; ejerce un efecto en la atención ofrecida a los pacientes debido a las intervenciones poco efectivas por parte del personal de salud, lo que termina por incidir en la adherencia a los tratamientos (31,36). Dentro de esta dimensión también se describe la carga laboral que se le asigna al personal de salud, puesto que el número de pacientes es excesivo para la poca cantidad de profesionales sanitarios habilitados para prestar servicios de salud, imposibilitando que este cumpla de manera idónea sus funciones; empeorando así la prestación y calidad de dichos servicios (37). Todo lo anterior impacta negativamente en la AT, puesto que muchas veces el paciente requiere de intervenciones complejas e individualizadas

que no se ejecutan por la falta de equipos o talento humano capacitado para realizarlas.

La tercera dimensión caracteriza los factores asociados a la enfermedad, síndrome, trauma o alteración de salud a la cual el paciente se enfrenta; dentro de ellos se destacan la percepción de signos y síntomas, la gravedad de los síntomas, el grado de la discapacidad (física, psicológica, social y vocacional), la velocidad de progresión de la patología, la disponibilidad de tratamientos efectivos, entre otros (1). En el caso de la HTA, al ser una enfermedad asintomática en la mayoría de su historia natural, se puede presentar negación al diagnóstico y consigo la percepción de no necesitar cumplir con el tratamiento, ya que al no tener sintomatología el paciente ignora la importancia de la toma de sus medicamentos y la necesidad de hacer cambios en sus hábitos de vida, aumentando las probabilidades de desarrollar complicaciones clínicas secundaria a la HTA (17).

Dentro de la cuarta dimensión se abarcan los factores relacionados con el tratamiento, en donde se encuentran; la complejidad del régimen terapéutico, la duración del tratamiento, las experiencias de fracasos de tratamientos anteriores, los cambios frecuentes en este, los efectos colaterales y la disponibilidad de apoyo médico para tratarlos (1). En el contexto de los pacientes hipertensos, que requieren de un tratamiento farmacológico, en la mayoría de los casos de manera permanente y adopción y mantenimiento de hábitos de vida saludables, esta situación aumenta la posibilidad de abandono a dichos tratamientos debido a la falta de conocimientos sobre la patología, el propósito del tratamiento y la duración de estos. Cuando los pacientes desconocen el manejo terapéutico, o las metas en el control de sus cifras tensionales, se generan falsas expectativas, pues esperan efectos inmediatos una vez se toman los medicamentos, o una curación definitiva de la enfermedad; generando frustración, un nivel inadecuado de AT o un abandono definitivo del tratamiento. Este desenlace también se puede presentar cuando los pacientes

presentan efectos colaterales a los fármacos y suponen que los medicamentos empeoran su condición patológica (100).

En la quinta dimensión se encuentran los factores que involucra las características de la persona, tales como; el conocimiento y las creencias del paciente acerca de su enfermedad, la motivación para tratarla, el nivel de autoeficacia, la capacidad para involucrarse en comportamientos terapéuticos relacionados con la enfermedad, las expectativas respecto al resultado del tratamiento y las consecuencias de una adherencia inadecuada. (1).

La presencia de algún o algunos de estos factores en el paciente se potencializa negativamente cuando se presenta concomitantemente con otro factor externo de otra u otras dimensiones descritas anteriormente. Por ejemplo, el estrés que sienten los pacientes ante el hecho de afrontar una enfermedad y las acciones que debe ejecutar para controlarla, –cumplir con los regímenes terapéuticos y con los cambios en los estilos de vida– repercute negativamente en la perspectiva que tiene los pacientes hacia su enfermedad, su tratamiento y en sus propias capacidades para cumplirlos; lo que resulta en cumplimientos parciales y en algunas ocasiones su abandono total del tratamiento, pues los pacientes consideran que las modificaciones de sus hábitos de vida son tan drásticas que se sienten incapaces de realizarlas o de cumplirlas (100).

Pese a que el modelo de la OMS, es planteado a través del análisis de las dimensiones que describen las diversas condiciones, características y factores que pueden influir en niveles de AT; estos factores pueden presentarse de manera negativa o positiva, por ejemplo, un alto grado de educación, ha sido descrito como predictor de una adecuada adherencia al régimen terapéutico; pues una persona que disponga de mejores niveles educativos, posiblemente tendría las condiciones para desarrollar las habilidades necesarias para la búsqueda, comprensión y análisis de informaciones relacionados con su patología y de su plan terapéutico

farmacológico y no farmacológico. Por el contrario, cuando una persona tiene un nivel de escolaridad bajo, afectaría negativamente la AT debido a que la persona no ha tenido un adecuado aprendizaje, por lo que no tendría las habilidades suficientes para comprender las razones por las cuales tiene que cumplir con la medicación y hacer los cambios en los hábitos de vida.

De manera similar sucedería con una persona con altos ingresos económicos, ya que tendría mayor accesibilidad a servicios de salud complementarios o particulares en los que los procesos administrativos y asistenciales son más rápidos, pues podría contar con varias opciones en el manejo de su patología, asegurando una adecuada AT. además, las personas con mayores recursos no afrontan el dilema de escoger entre la atención de su enfermedad o subsanar sus necesidades básicas. Caso contrario a una persona que no tiene la capacidad económica básica para cubrir los gastos relacionados a su atención medica más los rubros de transporte para cumplir con las citas médicas, cuando no cuenta con un centro de atención medica en su localidad, situaciones que limita la priorización del manejo de su patología, afectando negativamente en su AT.

Según lo anterior se puede inferir que los factores mencionados en cada una de las dimensiones, además de influir positiva o negativamente en la AT de las personas; el modelo advierte que algunos, no son modificables, pues son características intrínsecas de cada persona. Consecuentemente, la presentación de la AT es el resultado de la acción conjunta de dichos factores que, aunque podrían ser analizados de manera aislada, no tendrían ninguna relevancia en la comprensión de dicho fenómeno. Por el contrario, el modelo explica que las relaciones entre los factores de esta o de otras dimensiones, pueden actuar como precursores y/o potencializadores de conductas favorables o desfavorables en la presentación de la AT. Esto demuestra la importancia para el personal de salud de identificar precozmente los factores implicados en la AT, especialmente los modificables que influyen negativamente en dicho fenómeno, y así puedan ser intervenidos

oportunamente, incentivando a los pacientes en el compromiso de cumplir con los objetivos del manejo terapéutico.

Se aclara que, los factores no modificables, aunque no pueden ser intervenidos directamente, deben ser considerados en los diferentes abordajes que se realicen para promover la AT, principalmente a través de la educación en salud. Por ejemplo, a una persona no se le puede modificar la edad, pero se puede brindar educación enfocada en el grupo etario en que se encuentre, además también es posible enseñar a los pacientes que el riesgo y complicaciones de padecer HTA se incrementa a medida que aumentan los años, pues se ha evidenciado que, entre mayor edad, mayor es el riesgo de padecer de esta patología (111). Otro ejemplo es la herencia genética, la cual no puede ser modificada, sin embargo, se puede profundizar en la importancia de hacer cambios en los estilos de vida cuando existe predisposición genética de padecer esta enfermedad. Esto le permitía al paciente potencializar habilidades que le posibiliten tomar el control de su salud y modificar los comportamientos que lo orienten a tener una adecuada relación con su patología, mejorando los niveles de AS y de esta manera favoreciendo la AT en el individuo.

Además de lo anterior, el modelo multidimensional de adherencia de la OMS también propone las consecuencias de presentar una adecuada AT, dentro de las cuales se encuentran la mejora los resultados en salud a través de intervenciones efectivas relacionadas con el buen manejo terapéutico, favoreciendo de este modo una disminución en el costo de la atención y aumentando en la persona su calidad de vida (100). Así mismo, una adecuada AT permitiría al paciente tener un control de la enfermedad, y obtener los objetivos terapéuticos.

Por otra parte, el análisis teórico de las dimensiones del modelo multidimensional de AT propuesto por la OMS brinda las pautas para que se lleve a cabo esta transmisión de conocimientos en salud de manera eficaz, que promuevan la AT. El

profesional de enfermería que aborde este fenómeno debe tener claro los conceptos teóricos de este modelo relacionados con la enfermedad y el tratamiento, garantizando de este modo un adecuado nivel de AS en sus sujetos de cuidado. Además de esto, el enfermero también debe tener la capacidad de gestionar de manera organizada en la institución prestadora de servicios de salud los insumos y medicamentos necesarios para poder brindarle un adecuado tratamiento a la persona, así mismo el modelo brinda las herramientas a los profesionales de enfermería para ofrecer intervenciones que tengan como objetivo reforzar en los pacientes la comprensión de los objetivos del plan terapéutico y establecer el respectivo seguimiento del control de la enfermedad a través del grado de AT.

Al analizar el modelo de AT propuesto por la OMS desde la perspectiva disciplinar de enfermería en la cual se desarrolla la presente propuesta de investigación, es posible percibir a la persona como un ser integral, es decir, visionar al individuo en su totalidad integrando cada uno de sus elementos y comportamientos en conjunto; los cuales son influenciados por los diferentes entornos socioculturales de cada uno, ya sea a través de los factores personales, económicos, demográficos, religiosos, entre otros. Según lo anterior se deduce que la persona al caracterizarse como un ser holístico no puede ser reducida a ninguna de sus partes como individuo, puesto que se alteraría la armonía entre las dimensiones propias del ser humano.

Esto se puede interpretar como una ventaja del modelo, ya que el profesional de enfermería no debe contar solo con un corpus de conocimientos del modelo biomédico del proceso salud enfermedad, sino que también debe identificar y aplicar a los procesos investigativos, los conceptos y proposiciones de las distintas teorías y modelos que orienten el desarrollo y potencialice las habilidades para identificar y abordar todos los factores que puedan influir en la AT de las personas y así mismo intervenir oportunamente en el fomento de la adherencia, teniendo en cuenta la integralidad del ser humano. Dentro del proceso anteriormente mencionado es necesario establecer una relación colaborativa entre el paciente y el enfermero, de

tal forma que el paciente participe de manera autónoma en la toma de decisiones relacionadas con su patología, y así contribuya activamente en su propio cuidado y fomente el compromiso con su plan terapéutico.

En el modelo de AT de la OMS, han sido comprobadas las proposiciones teóricas en procesos investigativos que han indagado el grado de compromiso que presentan los pacientes frente al tratamiento farmacológico y no farmacológico, evidenciando de esta forma la capacidad de comprobación empírica con la que cuenta el modelo, además se han propuesto a través de los años diversos instrumentos que permiten estimar el grado de AT en las personas, para identificar los factores que influyen en este fenómeno. A continuación, se presentarán los instrumentos que han sido utilizados en investigaciones previas de la AT y/o los que estén adaptados para medir este fenómeno en HTA.

La escala de Morisky Green (MMAS-8) es un instrumento de 8 ítems el cual, según Valencia et al. (2017) es el instrumento más utilizado para medir la AT en pacientes hipertensos (112). Este instrumento consta de una serie de preguntas con respuestas SI/NO en donde se miden comportamientos específicos con respecto a la ingesta de medicamentos. Un puntaje inferior a 8 puntos sería obtenido por una persona no adherente al tratamiento. Es de fácil aplicación e interpretación por lo que se puede tener un resultado confiable y rápido acerca de la adherencia de los pacientes hipertensos al tratamiento (112).

Así mismo, el cuestionario de determinantes de la adherencia desarrollada por DiMatteo, citado por D'Anello (2006), en el que se tienen en cuenta diferentes variables, tales como las cognitivas, motivacionales, sociales y conductuales que pueden ser relacionadas con la AT. Este cuestionario cuenta con 38 ítems dirigidos a la evaluación de 7 determinantes de la adherencia (113). Este instrumento brinda una visión más amplia de los factores relacionados con la persona en la inadecuada AT, permitiendo de esta manera identificar la presencia de este fenómeno y realizar

planes de cuidado de enfermería más acertados, de mejor calidad y adaptabilidad para cada persona.

Del mismo modo, el instrumento Martín-Bayarre-Grau (MBG), es un cuestionario desarrollado por investigadores de la Escuela Nacional de Salud Pública de Cuba y validado en la población cubana para evaluar la adherencia terapéutica en hipertensión arterial. Este, permite evaluar la AT del paciente hipertenso en el tratamiento farmacológico, pero añade la evaluación del tratamiento no farmacológico (114).

De igual manera, es importante mencionar el cuestionario de adherencia al tratamiento para casos de hipertensión arterial (CAT-HTA), creado por Cáceres et al. (2009), en donde se tienen en cuenta no solo los aspectos farmacológicos de la AT, sino también las acciones de hábitos saludables correspondientes al tratamiento no farmacológico, para mejorar la AT en los pacientes. (115).

Por último, cabe resaltar que la disciplina de enfermería cuenta con un instrumento propio con el que es posible efectuar la medición de la AT, este corresponde a una etiqueta de resultado de enfermería Nursing Outcomes Classification (NOC), el cual está inmerso en el resultado de enfermería "Conducta terapéutica: enfermedad o lesión", en donde se busca medir los cambios que tiene el paciente luego de las intervenciones relacionadas con la AT que le sean impartidas (116). En este resultado se evalúan la adherencia farmacológica y la no farmacológica en los individuos mediante una escala de medición tipo Likert, cuyas opciones de respuesta van de desde 1 (Nunca) hasta 5 (Siempre) para diferentes indicadores (116). Según Páez et al. (2014), este instrumento demostró tener las características apropiadas para la medición de la adherencia terapéutica en la HTA (116).

De esta manera queda demostrada la variedad de instrumentos con los que es posible realizar la medición de la AT en pacientes hipertensos, resaltando que son

instrumentos que han sido validados o están en proceso de validación para este grupo de personas, permitiendo así tener una perspectiva más clara de cuál es el nivel de adherencia de los pacientes hipertensos a su tratamiento. En este punto radica la importancia de la medición del grado de AT, puesto que esto evita que se realicen cambios innecesarios en el tratamiento prescrito y, además estas mediciones sirven para determinar el impacto de las intervenciones que se realizan en los pacientes.

4.3.4. Evidencia empírica del concepto de adherencia al tratamiento

El fenómeno de la AT ha sido incluido en un número considerable de investigaciones abordadas desde diferentes disciplinas, incluyendo la de enfermería. Con el objetivo de dar una visión global de la posible correlación que puede existir entre los fenómenos de AS y AT; a continuación, se presentará una pequeña muestra de estudios que han abordado los fenómenos anteriormente mencionados.

En la investigación desarrollada por Carvalho et al. (2021), los autores demostraron una relación entre la adherencia al tratamiento y la calidad de vida en pacientes con cáncer de mama y próstata, en donde los pacientes que tienen un mayor grado de AT gozan de una mejor calidad de vida a comparación de los que no se adhieren al tratamiento. Además de esto, también identificaron algunos factores que pueden predecir una inadecuada AT tanto en los hombres con cáncer de próstata como en las mujeres que presentaron cáncer de mama. En el caso de los hombres, se evidenció que las emociones producidas por el diagnóstico, el nivel de estrés generado por el afrontamiento de la enfermedad y la dificultad financiera, entorpecen una adecuada AT (117).

Por otro lado, los factores más influyentes en las mujeres son; la falta de apoyo por parte de la sociedad, síntomas secundarios asociados a la patología, dificultad financiera, el desempeño de roles debido a la ausencia en su núcleo familiar por el

proceso de la enfermedad y las emociones y cambios en el cuerpo que pueden ocasionar el diagnóstico. Para finalizar, los autores concluyeron que para garantizar en el paciente una buena AT, se deben identificar los problemas que puedan afectar dicho proceso y establecer intervenciones en las cuales se disminuya su impacto, para que así el paciente pueda tener una adecuada adherencia (117).

Así mismo, Muñoz et al. (2021), analizaron los diferentes factores que influyen en una buena AT en pacientes con riesgo cardiovascular y que, tienen una mayor tasa de ingresos a la unidad de cuidados intensivos (UCI). Estos autores destacan la importancia de una buena relación entre el paciente y el personal de salud, ya que esto influye en el grado de adherencia al tratamiento, puesto que una mala atención a los pacientes, fallas en la comunicación y falta de empatía por parte de dicho personal, pueden causar Inadecuada AT y consigo reingresos a la UCI por complicaciones (121).

De la misma manera Correia et al. (2021), también analizaron los factores asociados a la AT y la prevalencia de dicho fenómeno en pacientes con enfermedad arterial coronaria. En este estudio, los autores encontraron que la mayoría de los participantes no tenían una buena AT porque consideraban difícil el cumplimiento a los tratamientos, a los horarios prescritos, la adopción de hábitos de vida saludable y la asistencia a los controles médicos; ocasionando no solo una inadecuada AT sino también un acceso limitado a la información en salud que puede ayudar en el control de la enfermedad. Es por esto por lo que los autores recomiendan ejecutar intervenciones educativas que fortalezcan los conocimientos en salud de las personas para que comprendan la importancia de seguir las recomendaciones brindadas por el personal sanitario y así mejorar el grado de AT en los pacientes (122).

Por su parte, Vellozo et al. (2021), evaluaron la efectividad de las intervenciones de educación en salud enfatizadas en el autocuidado y la AT en pacientes con

insuficiencia cardiaca crónica. A través de este estudio se compararon el cuidado diario de la persona incluyendo la AT, antes de la intervención y después de esta. Los autores concluyeron que la educación para la salud mejora los resultados en la adherencia al tratamiento, pero no de autocuidado, ya que esta práctica va de la mano con hábitos aprendidos a lo largo de la vida de la persona, diferente a la educación que se le brinda específicamente a un paciente para promover el adecuado manejo y control de su patología, lo que permite que la persona tenga un elevado entendimiento y maneje una buena adherencia (118).

Por su parte, Tavares et al. (2021), caracterizaron los factores asociados a la AT farmacológico y no farmacológico en pacientes hipertensos a través de la evaluación de aspectos como: el consumo de alcohol y tabaco, verificación diaria de la tensión arterial (TA), conocimiento sobre los medicamentos prescritos y satisfacción de la atención en salud. Los resultados relacionados con el tratamiento no farmacológico evidenciaron una buena AT, pues los participantes demostraron tener buenos conocimientos acerca de su plan terapéutico y una buena adaptación a los hábitos de vida saludable. Por el contrario, en el tratamiento farmacológico la población tenía una inadecuada AT, debido principalmente al bajo cumplimiento en la verificación diaria de la TA. Es por esto por lo que los autores recomiendan reforzar los conocimientos en salud, enfatizándolos en la importancia de verificar diariamente la TA, para que pueda haber una AT completa. (119).

Oliveira et al. (2021), también evaluaron los factores influyentes en la AT teniendo en cuenta el tratamiento farmacológico y no farmacológico en pacientes hipertensos. Dentro de los componentes que se valoraron se encontraban; el control de peso, el perímetro abdominal, la actividad física, la actividad laboral, el consumo de alcohol, el sexo, el manejo del estrés, comorbilidades preexistentes y el tratamiento farmacológico. Los resultados evidenciaron una asociación entre estos factores socioeconómicos y clínicos y el nivel de AT de los pacientes. Es por esto por lo que los autores sugieren implementar técnicas novedosas para intervenirlos,

por ejemplo, el modelo transteórico del cambio, las entrevistas motivacionales y el autocuidado con apoyo que permiten mejorar las conductas saludables y consigo el nivel de AT (120).

Real et al. (2021), realizaron un estudio observacional, prospectivo, multicéntrico en hombres y mujeres mayores de edad con HTA, en tres unidades de atención familiar en Paraguay; en el cual encontraron que el 68% de los participantes estaban adheridos al tratamiento antihipertensivo y el nivel de conocimiento sobre hipertensión arterial que fue del 82%. Así mismo, determinaron los factores asociados al descontrol de la presión arterial como lo son la presencia de comorbilidades preexistentes especialmente la obesidad grado 1 y la DM, las cuales influyen negativamente en el cumplimiento de las metas de las cifras tensionales. Esto evidencia que la población no practica estilos de vida saludables en pro del control de su enfermedad, aumentando la posibilidad de presentar complicaciones futuras como IAM Y ACV. Por esta razón los autores concluyen que no es suficiente con brindar información en salud, si el paciente no la comprende y/o la aplica para mejorar su grado de AT y auto-gerenciar su salud (121).

Ante la importancia de identificar el grado de conocimientos que tienen los pacientes sobre su salud y la posible influencia en las conductas que adoptan las personas frente a sus regímenes terapéuticos; Pelayo et al. (2021), indagaron el grado de incumplimiento terapéutico en función del nivel de la AS en 35 pacientes en hemodiálisis. En los resultados se evidencia una inadecuada AT en la mayoría de los participantes, sin embargo, debido al pequeño tamaño de la muestra, los autores recomiendan continuar estudiando la correlación, entre estos fenómenos en una muestra mayor (122).

Además de otros factores implicados en la baja AT, los autores también encontraron que existen características específicas en cada persona que influyen negativa o positivamente en la AT. Por ejemplo; algunos participantes del estudio manifestaron

que su inadecuada AT se debía a los efectos adversos que producen los medicamentos y que, por esta razón abandonaban el tratamiento. Por lo anterior, los autores recomiendan que mejorar los niveles de AS, para que los pacientes conozcan y comprendan las posibles reacciones de la medicación y sepan la importancia de acudir a los profesionales de salud para que ajusten o cambien el tratamiento (122).

Por su parte, Pérez et al. (2021), estudiaron la asociación entre AT a los antirretrovirales en personas con VIH y la Alfabetización funcional en salud. En esta investigación encontraron una asociación significativa entre AS y AT, es decir, que entre menor sea la AS, mayor es la dificultad de adherirse al tratamiento. Por otro lado, los autores afirman que el comportamiento anteriormente mencionado entre los dos fenómenos ocurre debido a que las personas no cuentan con los conocimientos necesarios sobre su plan terapéutico, ocasionando un incumplimiento por parte de los pacientes a las recomendaciones brindadas o una mala adopción de conductas saludables, obteniendo así una baja adherencia al plan terapéutico (123).

En un estudio transversal adelantado por Coskun y Bagcivanb (2020), con 200 pacientes que padecían alguna enfermedad crónica y estaban recibiendo tratamiento para esta; se examinó la relación entre el nivel de AS y la AT en estos pacientes. Dicha investigación mostró que la AT de los participantes aumentó a medida que aumentaba su AS, por lo que los autores concluyeron en su estudio que se recomienda mejorar los niveles de AS de los pacientes con enfermedades crónicas a través de intervenciones efectivas, todo esto para garantizar una mejor AT (15).

Finalmente, Figueroa et al. (2020), estudiaron la asociación entre la AS y la AT en 119 adultos mayores con enfermedades crónicas en Temuco-Chile. En este estudio se encontró que el 24% de los participantes presentaron un AS inadecuado y el 42%

no cumplían con la prescripción de medicamentos. A partir de estos resultados los autores documentaron un nivel moderado de asociación entre estos dos fenómenos, por lo que estos investigadores recomiendan continuar con el estudio de la relación entre estos constructos en otros contextos clínicos y con muestras más representativa (18).

Según la anterior revisión de estudios, se puede determinar que el fenómeno de AT ha sido ampliamente estudiado por distintas disciplinas clínicas, dentro de las cuales se destaca la de enfermería y a su vez, en distintas patologías incluyendo la HTA. Además de esto, también han sido varios los investigadores interesados en documentar la influencia de la AS sobre el fenómeno de la AT, y aunque algunos autores han reportados asociaciones entre estos dos constructos, solo se han encontrado asociaciones débiles y moderadas, además dichos hallazgos fueron obtenidos en contextos clínicos diferentes al de pacientes con HTA, esto nos permite inferir que es posible que exista una relación proporcional entre estos dos conceptos en esta población.

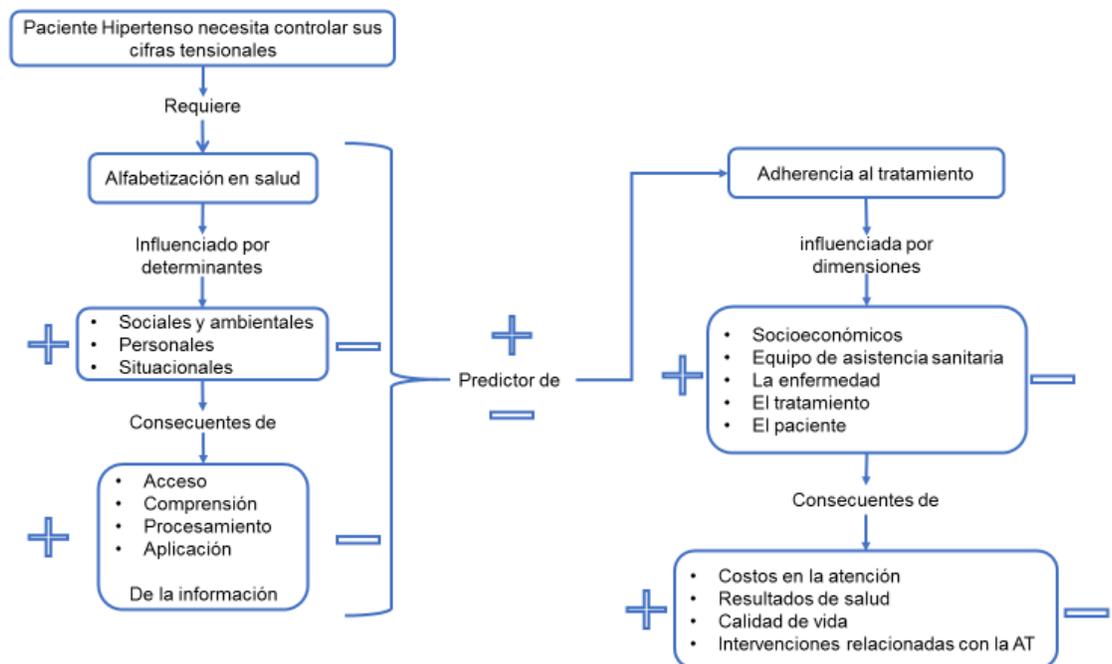
Estos hallazgos encontrados en la evidencia empírica confirman los postulados del modelo de AT de la OMS, los cuales son importantes para la presente investigación, puesto que todos los estudios anteriormente descritos concuerdan en que existen diversos factores que interfieren directa e indirectamente en el nivel de AT, además los estudios reportan que dichos factores también afectan la AS en las personas con alguna patología, como por ejemplo; los efectos adversos a los medicamentos, el conocimiento insuficiente sobre la enfermedad y el tratamiento de la misma, la mala relación entre el paciente y el personal sanitario, y los inadecuados hábitos de vida que potencializan el desarrollo de complicaciones, afectando la calidad de vida y el bienestar de la persona.

Por lo anteriormente descrito se plantea la pertinencia de realizar una búsqueda mayor de literatura que permita documentar la relación descrita en la evidencia

disponible, entre la AS y la AT farmacológico y no farmacológico, en población con HTA. Con estos hallazgos se permitiría abrir paso a la posterior realización de un estudio que compruebe estadísticamente el grado de asociación entre estos dos fenómenos específicamente en pacientes hipertensos.

Después de realizar el análisis de los fenómenos de AS y AT desde el enfoque conceptual, teórico y empírico; es decir, a partir de la conceptualización de cada fenómeno, de la revisión profunda de los modelos conceptuales y teóricos y desde la exploración de los estudios citados para cada uno de los conceptos principales del estudio. se realizó un esquema del análisis de asociación entre los fenómenos de AS y la AT, en el contexto clínico de personas con HTA. representado a continuación en la figura 3.

Figura 3. Diagrama pictórico del análisis conceptual-teórico-empírico de asociación entre AS y AT en personas con HTA



Elaborado por: Gutiérrez Barreiro Reinaldo, Munar Arias Diego, Conde Garzón Ana María, Castro Quiroz Laura Marcela; Universidad Surcolombiana, (2022).

Como se puede observar en la figura anterior; para que las personas con HTA logren un adecuado control de sus cifras tensionales, es necesario que, en primer lugar, dispongan de un grado adecuado de AS. Con este nivel de conocimientos, las personas comprenderían la importancia de adoptar conductas adherentes, es decir, de este modo se facilitaría la obtención de un buen grado de AT. A partir de lo anterior, se puede deducir que la AS es un predictor de la AT. A su vez, cada fenómeno se ve influenciado positiva o negativamente por factores, descritos como antecedentes en el modelo de AS (determinantes sociales y ambientales, personales y situacionales) los cuales repercuten al mismo tiempo en las competencias de este constructo (el acceso, la comprensión, el procesamiento y la aplicación de la información en salud).

Por su parte, en el modelo de la AT se describen dichos factores como dimensiones (socioeconómicas, del equipo de asistencia sanitaria, de la enfermedad, del tratamiento y del paciente) los cuales también impactan en los consecuentes de la AT (resultados de salud, intervenciones relacionadas con la AT, costos en la atención y calidad de vida). Por lo tanto, una adecuada AS conduce a una adecuada AT, y una inadecuada AS conlleva a una inadecuada AT. Por lo anterior, es importante comprender la naturaleza próxima entre estos dos fenómenos, ya que están íntimamente involucrados con las conductas en salud que llevan a un buen control de las cifras tensionales.

Teniendo en cuenta lo descrito en la totalidad del marco teórico, se prosigue con la formulación de las siguientes proposiciones de correlación a nivel conceptual, teórico y empírico entre los fenómenos de AS y AT; en el contexto de pacientes hipertensos:

- Según el concepto de la AS, la consolidación de conocimientos, la adquisición de habilidades sociales y cognitivas garantizarían una adecuada toma de decisiones en salud dentro de las cuales se encuentran la adopción

de conductas saludables como la AT farmacológico y no farmacológico. A su vez para que las personas adopten un comportamiento adherente, deben tener un grado adecuado de conocimientos y comprensión sobre su patología y el propósito de su tratamiento. Por lo tanto, es posible inferir que el concepto de AS es predictor del concepto de la AT.

- El estudio de la AS y la AT ha permitido el desarrollo de modelos teóricos para cada fenómeno, el modelo de Sørensen para el fenómeno de AS y el modelo multidimensional de la AT propuesto por la OMS, para el concepto de AT. Ambos modelos describen elementos antecedentes y consecuentes de cada fenómeno, donde se explica teóricamente como el nivel de conocimientos (adecuado o inadecuado) determina la adopción de conductas saludables, como la AT. Además, estos modelos soportan adecuadamente las investigaciones que indagan aspectos relacionados con los mismos.
- La AS y la AT cuentan con un importante número de instrumentos que permiten medir cada constructo, asociarlos con diferentes fenómenos en salud, estimar el impacto de las intervenciones y estrategias que busquen promover dichos fenómenos. Además de esto, y según la evidencia empírica, dichos conceptos han presentados niveles leves y moderados de correlación en contextos clínicos diferentes a la HTA. lo que permite inferir que una adecuada AS predice una adecuada AT y una inadecuada AS predice una inadecuada AT.
- Para que una persona hipertensa tenga un buen control de sus cifras tensionales es necesario que disponga de un apropiado nivel de conocimientos es decir una adecuada AS, lo que le permitiría adoptar comportamientos y conductas saludables como la AT, que evitarían posibles complicaciones y deterioro de su estado de salud.

Según las anteriores proposiciones, es posible evidenciar una relación a nivel conceptual, teórico y empírico de la asociación entre la AS y la AT; resaltándose que dichos grados de correlación no han sido reportados en pacientes hipertensos. A partir de este importante hallazgo, especialmente en la proposición relacionada con la evidencia empírica, se demuestra la importancia de realizar una pesquisa más profunda en la evidencia científica sobre la relación de estos dos conceptos específicamente en pacientes con HTA mediante una revisión sistemática de literatura. Los resultados de dicha revisión plantarían las bases para realizar estudios posteriores donde se compruebe estadísticamente la correlación entre los fenómenos de AS y AT en pacientes hipertensos.

5. METODOLOGÍA

5.1. TIPO DE ESTUDIO

Se realizó una revisión sistemática de literatura (RS), mediante la cual se buscaron estudios científicos que reportaran la posible asociación o correlación entre los fenómenos de AS y AT en el contexto de pacientes hipertensos.

Una RS es una síntesis de la evidencia disponible publicada en la literatura científica sobre un tema en específico, esta puede ser interpretada como la primera etapa de un proceso investigativo, en el cual, de manera retrospectiva se realiza una revisión de aspectos cualitativos y cuantitativos de los fenómenos de interés, con el objetivo de resumir la información encontrada, extrayendo ideas, datos y evidencias sobre un punto de vista en particular. De esta manera es posible identificar los vacíos de conocimientos sobre los temas investigados, expresar opiniones sobre el desarrollo del tema y la forma en la que se va a realizar el estudio (127,128,124).

5.2. ETAPAS DE DESARROLLO DE LA RS

En este apartado se describen las etapas que van a ser utilizadas en el desarrollo de la presente investigación; las cuales corresponden a algunas recomendaciones de las planteadas por Whitemore y Knafl (2005) (126).

5.2.1. Identificación del Problema

En esta fase se determinaron los tipos de estudios que van a ser incluidos en el trabajo investigativo; de manera que se tienen en cuenta: la pregunta investigativa, la definición de la población, los criterios de búsqueda y los resultados a medir (126).

- Pregunta norteadora: ¿Cuál es la relación entre la alfabetización en salud y la adherencia al tratamiento farmacológico y no farmacológico en pacientes con hipertensión arterial, según la literatura científica indexada disponible entre los años 2011 a 2021?
- Tipo de participantes: Para la presente RS se seleccionaron estudios que incluyeron pacientes diagnosticados con HTA en cualquier estadio de la enfermedad, en adolescentes, adultos, adultos mayores, en todos los niveles de complejidad de atención en salud.
- Tipos estudios a seleccionar: Según la naturaleza de la presente propuesta investigativa, los tipos de estudio a incluir se definieron considerando los resultados de correlación entre AS y AT que estos reportaron. Sin embargo, dado el fundamento de esta investigación se incluyeron estudios observacionales (transversales, correlaciones) y analíticos (estudio de cohorte y de casos y controles).
- Población: Se tomo como población a toda aquella literatura científica relacionadas con el tema de estudio, disponible en bases de datos publicada entre los años 2011 y 2021.

5.2.2. Búsqueda de la literatura

- Criterios de búsqueda: Se seleccionaron las bases de datos, las palabras claves de búsqueda (descriptores controlados), los filtros de búsqueda se consideraron los posibles sesgos y los criterios de exclusión e inclusión. Para lograr lo anterior los investigadores recibieron un entrenamiento en búsqueda y selección de artículos identificados en las bases de datos, que respondían a la pregunta norteadora.

5.2.3. Definición de términos de búsqueda

Se definieron los términos de búsqueda (descriptores controlados) por medio de los Descriptores en Ciencias de la Salud (DeCS) y el vocabulario controlado para bases de datos biomédicas Medical Subject Headings (MeSH); en español, inglés y portugués dentro de los cuales se incluyeron: Alfabetización en salud, adherencia al tratamiento, hipertensión, health literacy, treatment adherence and compliance, letramento em saúde, cooperação e adesão ao tratamento, hipertensão. Todos estos relacionados a través del operador booleano AND.

5.2.4. Fuentes de búsqueda

La búsqueda de la literatura disponible fue realizada en las bases de datos de: SCOPUS, National Library Of Medicine (PUBMED), CINHALL, Scientific Electronic Library Online (SCIELO), Y Excerpta Medica dataBASE (EMBASE).

Cuadro 3. Bases de datos consultadas.

Base de datos	Descripción
SCOPUS	Scopus es una base de datos bibliográfica, revistas electrónicas, base de datos de citas y de resúmenes documentales que contiene artículos, revistas indexadas de Gold Open Access, documentos de Open Access, libros, actas de congresos, artículos in Press y títulos. Fue iniciada en 2004 y cubre 40 idiomas.

PUBMED	PubMed es un recurso de libre acceso a la base de datos MEDLINE (Biblioteca Nacional de Medicina de los Estados Unidos) que apoya la búsqueda de literatura de ciencias de la salud y biomédica. Contiene más de 19 millones de referencias bibliográficas.
CINHAL	Cinhal es la base de datos más importante de enfermería. Surgió en 1982 y en la actualidad sigue vigente. Contiene artículos en inglés y artículos seleccionados de revistas en otros idiomas. Además de temas en enfermería, contiene temas de salud aliada, biomedicina y atención médica.
SCIELO	Permite la publicación electrónica de ediciones completas de revistas científicas mediante una plataforma de software que posibilita el acceso a través de distintos mecanismos, incluyendo listas de títulos por tema, índices de autores y campos de acción. Su objetivo principal es aumentar la difusión y visibilidad de la ciencia generada en Latinoamérica, el Caribe, España y Portugal.

EMBASE	Es una base de datos biomédica y farmacológica de publicaciones y farmacovigilancia. es propiedad de la editorial Elsevier, contiene más de 23 millones de registros de artículos y conferencias indexados en más de 7.500 revistas internacionales. Cuenta con el tesoro de consulta Emtree y realiza el mapeo automático de términos de consulta.
--------	---

Fuente: Adaptado de “Rol de enfermería en el cuidado de la persona con cáncer gástrico en América del Sur: revisión integrativa” Zambrano Et al. (2020) (127).

5.2.5. Filtros de Selección y criterios de inclusión y exclusión

Filtros de selección: Se establecieron los siguientes filtros para realizar la búsqueda de literatura: Artículos científicos publicados entre los años 2011 y 2021, escritos en inglés, español y portugués, pertenecientes a cualquier disciplina de ciencias de la salud, bajo los descriptores controlados relacionados con el operador booleano AND, en las bases de datos previamente nombradas.

5.2.5.1. *Criterios de inclusión:*

- Publicaciones científicas indagaron y reportaron algún grado de relación entre la AS y la AT en pacientes hipertensos.

5.2.5.2. *Criterios de exclusión*

- Publicaciones de literatura gris
- Publicación de resúmenes ponencias de congresos y demás eventos académicos

- Artículos científicos que no indagaron ni reportaron ningún tipo de relación entre los fenómenos de AS y AT en HTA.

5.2.5.3. *Extracción de los datos*

La identificación y extracción de la información se realizó de manera sistemática mediante una bibliometría en una matriz de Excel, donde se consignaban los siguientes datos de los artículos incluidos: base de datos en donde fue encontrado, revista, autores, año de publicación, país, idioma, título, diseño del estudio nivel académico de los investigadores principales, calidad de la publicación, población, instrumento utilizado para la medición de cada fenómeno y resultados de correlación.

5.2.5.4. *Plan de análisis*

Se realizó una lectura crítica de los artículos incluidos y un análisis profundo de los datos extraídos, con esta información, en primer lugar se caracterizaron las publicaciones, la calidad de cada publicación según la lista de chequeo STROBBE, el factor de impacto de las revistas, el nivel académico de los autores y finalmente los resultados de correlación entre AS y AT en pacientes hipertensos; para esto se tuvo en cuenta cualquier prueba estadística de relación con sus respectivos intervalos de confianza y significancia estadística.

5.2.5.5. *Evaluación de la calidad de los artículos incluidos en la RS*

Para determinar la calidad de los artículos incluidos, como primera medida, se utilizó la lista de chequeo STROBE, que proporciona recomendaciones generales para el reporte de estudios observacionales descriptivos y aquellos que investigan asociaciones entre variables de exposición y resultados de salud. Así mismo, este instrumento permite comprobar el cumplimiento de dichas recomendaciones que garantizan la clara y detallada divulgación de los resultados obtenidos y así evaluar las fortalezas y las debilidades de la investigación (128).

En segunda mediada, se identificó el nivel de impacto de cada revista de los artículos incluidos; que corresponde a la estimación del número de veces que se cita un artículo publicado, para esto se utilizó el indicador SCImago Journal Rank (SJR) que es una medida de la influencia científica de las revistas académicas según el número de citas en otros medios y periódicos o revistas de importancia. Así mismos se evaluaron, los cuartiles que ordenan las revistas de mayor a menor en lo relativo al índice o factor de impacto: (Q1, grupo conformado por el primer 25% de las revistas del listado, Q2, grupo que ocupa del 25 al 50%, Q3, grupo que se posiciona entre el 50 y el 75%, Q4, grupo que está situado entre el 75 y el 100% del ranking ordenado). Las revistas de mayor impacto ocupan el primer cuartil, Q1, y sucesivamente su importancia irá decreciendo según van ocupando los siguientes cuartiles (129).

Por último, se relacionó el grado académico del principal autor de cada artículo incluido, esto sirvió para determinar el grado de experticia metodológica y el nivel de conocimiento de los fenómenos de AS y AT del que dispone el investigador.

5.2.6. Sesgos:

En el presente estudio se consideraron y controlaron los posibles sesgos que podían encaminar a una conclusión errónea a partir de la mala interpretación de la información recolectada, por tanto, se tuvieron en cuenta los siguientes sesgos:

5.2.6.1. *Sesgo de selección:*

Para evitar este sesgo, se aplicaron criterios de selección e identificación de la información, donde no se tuviera en cuenta reportes de asociación entre los fenómenos de AS y AT relacionados con patologías diferentes a HTA. Para esto, se realizó una revisión independiente en las bases de datos, y luego una revisión grupal de los artículos seleccionados para este estudio acorde a los filtros de selección.

5.2.6.2. *Sesgo del observador:*

Para controlar este sesgo, se realizó un entrenamiento previo en cuanto a la búsqueda y selección de la información; dicho entrenamiento lo realizó el asesor de esta investigación a los tres autores de esta. Cuando se presentaron desacuerdos en la selección de algún artículo, el orientador actuó como moderador reiterando los criterios de inclusión y exclusión y evaluando la información seleccionada.

5.2.6.3. *Sesgo de análisis, interpretación y subjetividad:*

Una vez identificados y seleccionados los artículos se consolidó la información extraída de las publicaciones en una matriz de Excel, que permitió realizar un análisis individual con la posterior discusión grupal en conjunto con el orientador, que permitió verificar el cumplimiento de los objetivos de la presente RS, que era determinar la posible relación entre los fenómenos de AS y AT en personas con HTA reportada en la literatura científica.

5.2.6.4. *Sesgo de publicación:*

Se controló este sesgo a través de la selección de artículos que presentaron cualquier nivel de correlación ya fuera nula, débil, moderada o fuerte entre los fenómenos de AS y AT en personas con HTA. Además de lo anterior, también se incluyeron artículos publicados por todas las disciplinas de las ciencias de la salud; para no favorecer inconscientemente únicamente a los estudios de la disciplina de enfermería sin tener en cuenta los criterios reales de búsqueda de la información.

6. CONSIDERACIONES ETICAS

El presente estudio se realizó teniendo como base la revisión de la evidencia empírica y científica que sustentan los fenómenos de AS y AT en personas hipertensas, por lo tanto, en el desarrollo de esta investigación no se ejecutaron intervenciones en seres vivos y/o componentes anatómicos. De esta manera, y a la luz del artículo 11 de la resolución 8430 de 1993 (130), en la cual se establecen las normas científicas, técnicas y administrativas para la investigación en salud del ministerio de salud y protección social de Colombia, esta investigación hace parte de los estudios sin riesgos.

Al ser una investigación realizada desde la disciplina de enfermería se tiene en cuenta ley 266 de 1996 (131), y la dimensión ética de la Ley 911 de 2004, la cual exhorta al enfermero a participar en procesos de investigación, y a salvaguardar la dignidad, la integridad y los derechos humanos como principio ético fundamental. Además, se tuvo en cuenta el valor de la honestidad, debido a que no se infringieron los derechos de autor de cada artículo citado, y se respetó lo estipulado en la ley 1915 del 2018 (132), en la cual se establecen las disposiciones relativas al derecho de autor y los derechos conexos.

Además de tener en cuenta las anteriores consideraciones, la presente investigación se basó en los siguientes principios y aspectos éticos: el principio ético de Beneficencia y no mal eficiencia del código de Nuremberg, puesto que a través de esta investigación se busca el beneficio no solo de los pacientes con HTA, sino de todo el personal de salud que participe en la atención de estos, también se tuvo en cuenta el principio de justicia, puesto que cada autor tendrá las mismas oportunidades de ser seleccionado en la RS y les fueron reconocidos su autoría y sus aportes. Además, se tuvo en cuenta el principio de veracidad: los

datos obtenidos se identificaron, extrajeron y analizaron con veracidad, así mismo se esperan divulgar con exactitud los resultados de esta investigación (133).

Con esta investigación se espera realizar la publicación de los resultados consistentes en dos artículos científicos, en revistas indexada a corto o mediano plazo, así mismo, teniendo como base los resultados de la presente investigación se pretende continuar con la realización de un estudio correlacional entre la AS y la AT en pacientes hipertensos, aportando positivamente al conocimiento de la disciplina de enfermería y a la investigación del programa de Enfermería de la Universidad Surcolombiana. A través de los nuevos hallazgos encontrados en este estudio, se espera brindar herramientas al profesional de enfermería para orientar las intervenciones que busquen fomentar la AS en sus sujetos de cuidado, y con esto propiciar que la persona tenga un adecuado cumplimiento del régimen terapéutico, para evitar complicaciones de la enfermedad y mejorar la calidad de vida.

Por último, cabe resaltar que la presente investigación corresponde a un estudio secundario, por tal motivo, no requirió ser sometido a evaluación por el comité de ética.

Conflictos de interés

Los autores declaran no tener ningún tipo de conflicto de interés

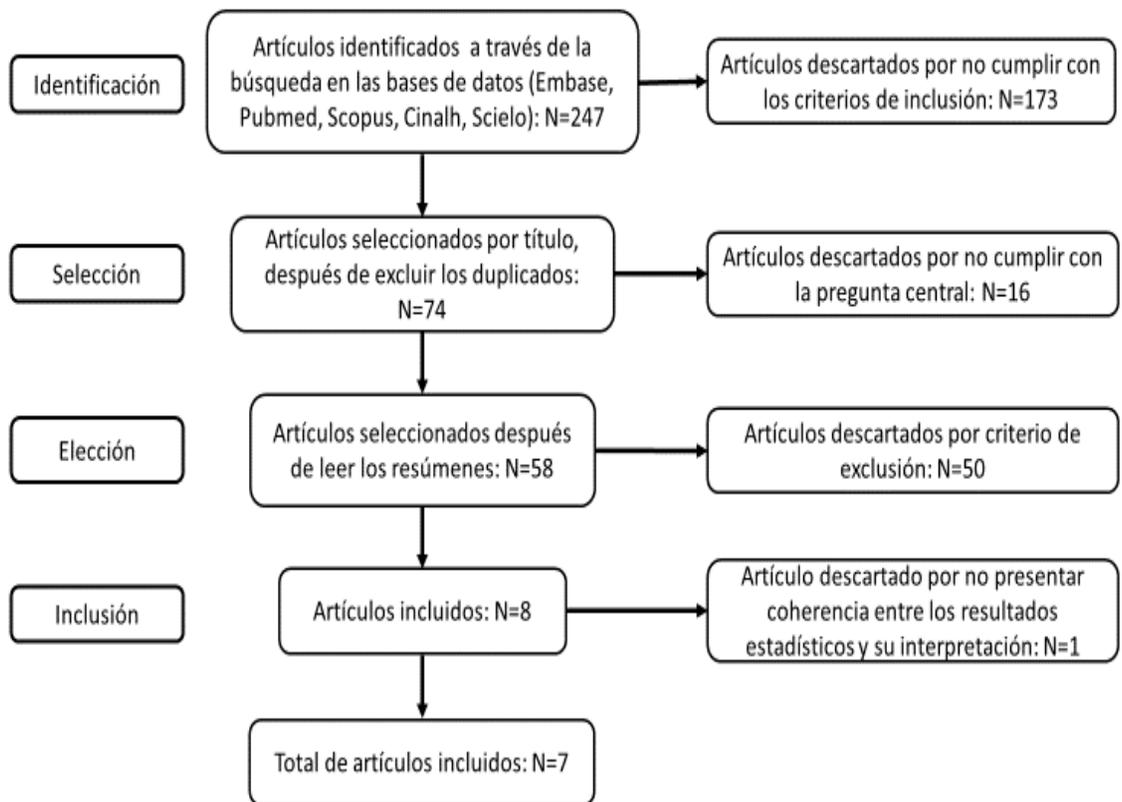
7. RESULTADOS Y DISCUSIÓN

7.1. BÚSQUEDA Y SELECCIÓN DE LOS ARTÍCULOS

La búsqueda de estudios que reportaron resultados de correlación entre los dos fenómenos AS y AT en pacientes hipertensos, fue realizada en los siguientes pasos: En primer lugar, fueron aplicados los descriptores DeCS y MeSH; en español, inglés y portugués: Alfabetización en salud, adherencia al tratamiento, hipertensión; todos estos relacionados a través del operador booleano AND. En las bases de datos: SCOPUS, PUBMED, CINHALL, SCIELO, EMBASE. De esta manera fueron identificadas 247 citas en las cinco bases de datos; no se realizó búsquedas de referencias en la literatura gris. Después de la lectura de los títulos se seleccionaron 74 referencias, y se descartaron 173 artículos por no cumplir criterios de inclusión.

Posteriormente a la lectura de los resúmenes, fueron elegidos 58 publicaciones y se excluyeron 16 citas por no cumplir con la pregunta central. Luego fue realizada una lectura integral de cada artículo, donde fueron descartados 50 estudios por criterios de exclusión, por tanto, fueron incluidos 8 artículos. A partir del análisis de los 8 artículos seleccionados para extracción de datos, fue excluido 1 estudio por presentar incoherencias entre los resultados estadísticos y su interpretación. En la Figura 4 es detallado el proceso de identificación, selección, elección e inclusión de estudios.

Figura 4. Selección de artículos



Elaborado por: Gutiérrez Barreiro Reinaldo, Munar Arias Diego, Conde Garzón Ana María, Castro Quiroz Laura Marcela; Universidad Surcolombiana, (2022).

En la figura número 4, se describe el proceso de identificación y selección de estudios, mediante el cual fueron incluidos 7 artículos para la extracción de datos. Es importante resaltar que, aunque cada fenómeno estudiado en la presente investigación cuenta con un modelo conceptual propio, disponen de instrumentos validados para su estimación, y en la literatura científica presentan un número importante de estudios que respaldan su evidencia empírica; en la bibliografía analizada, se encontró número reducido de estudios que indagaran la relación

entre la AS y AT en el contexto clínico de pacientes con HTA. Esto demuestra el poco abordaje que ha tenido el estudio de la posible asociación entre estos dos fenómenos, lo que permite identificar la necesidad de realizar estudios que indaguen la relación próxima entre estos constructos en pacientes hipertensos.

7.2. EVALUACIÓN DE DATOS

Una vez fueron caracterizados los estudios seleccionados, se procedió a ordenarlos para la extracción de datos, que correspondían a las variables de interés para la presente investigación. De la misma manera, los artículos fueron identificados con un código numérico que facilitara la descripción y análisis de los resultados. Posteriormente los artículos fueron ordenados según el título y sus respectivos autores, base de datos, el año, el idioma, el país en el que estos fueron publicados, el tipo de estudio y tamaño de la muestra. Luego fue analizada la calidad de los artículos seleccionados mediante la aplicación la lista de chequeo STROBE de recomendaciones generales para estudios observacionales, descriptivos, y correlaciones, así mismo, fue documentado el factor de impacto de la revista de cada artículo, la clasificación de Colciencias y nivel académico del autor principal. Asimismo, se analizaron los instrumentos utilizados para la medición de los fenómenos de AT y AS. De la misma manera, fueron descritas las características sociodemográficas y clínicas de la muestra de cada artículo y su relación con los fenómenos objeto de estudio de esta investigación. Finalmente, fue analizado el grado de correlación entre el nivel de AS y AT reportado en los artículos revisados.

7.3. CODIFICACIÓN Y CARACTERIZACIÓN DE LOS ARTÍCULOS SELECCIONADOS EN LA REVISIÓN

En el cuadro número 4 se presenta el listado de los artículos seleccionados con sus respectivos códigos numéricos, títulos y autores, en el cuadro 5 se presenta la

caracterización de los artículos según la base datos, el año, el idioma, el país el tipo de estudio y el tamaño de la muestra

Cuadro 4. Codificación de los artículos incluidos

Código Numérico	Título	Autores
1	El grado de alfabetización en salud y adherencia al tratamiento en pacientes con hipertensión arterial en un hospital nacional de lima, Perú	Giovanna Rosas Chávez, Carlos A. Romero Visurraga, Elsa Ramírez-Guardia y Germán Málaga
2	Association Between Health Literacy and Medication Adherence Among Hispanics with Hypertension	Maichou Lor, Theresa A. Koleck, Suzanne Bakken, Sunmoo Yoon y Ann Margaret Navarra
3	The prevalence and associated factors of nonadherence to antihypertensive medication in secondary healthcare	Renata Romanholi Pinhati, Renato Erothildes Ferreira, Moisés Carminatti, Paula Liziero Tavares, Elisa Oliveira Marsicano, Emiliana Spadarotto, Sertório, Fernando Antonio Basile, Colugnati, Rogério Baumgratz de Paula y Helady Sanders-Pinheiro
4	Medication adherence and its association with health literacy and performance in activities of daily livings among elderly hypertensive patients in Islamabad, Pakistan	Muhammad Saqlain, Asad Riaz, Muhammad Naeem Malik, Salman Khan, Ali Ahmed, Sohail Kamran y Hussain Ali

5	Intentional and unintentional medication non-adherence in hypertension: The role of health literacy, empowerment, and medication beliefs	Lilla Náfrádi, Elisa Galimberti, Kent Nakamoto y Peter J. Schulz
6	The relationship between health literacy and medication adherence in a population of hypertensive patients.	Hulya Firat Kilic y Sinem Dag
7	Adherence to antihypertensive medication after referral to secondary health care: a prospective cohort study.	Renata Pinhati, Renato Ferreira, Moisés Carminatti, Fernando Colugnati, Rogério de Paula, Helady Sanders Pinheiro

Elaborado por: Gutiérrez Barreiro Reinaldo, Munar Arias Diego, Conde Garzón Ana María, Castro Quiroz Laura Marcela; Universidad Surcolombiana, (2022).

Cuadro 5. Caracterización de los artículos incluidos

Código	Base de datos	Año	Idioma	País	Tipo de estudio	Muestra
1	PubMed	2019	Español	Perú	Descriptivo transversal	276 personas
2	PubMed	2019	Inglés	EE. UU.	Descriptivo transversal	1355 personas
3	PubMed	2021	Inglés	Brasil	Descriptivo transversal	485 personas

4	Scopus	2019	Inglés	Pakistán	Descriptivo transversal	262 personas
5	Scopus	2016	Inglés	Suiza	Descriptivo transversal	109 personas
6	CINALH	2020	Inglés	Chipre	Descriptivo transversal	101 personas
7	Embase	2020	Inglés	Brasil	Cohorte prospectiva	311 personas

Elaborado por: Gutiérrez Barreiro Reinaldo, Munar Arias Diego, Conde Garzón Ana María, Castro Quiroz Laura Marcela; Universidad Surcolombiana, (2022).

Según el cuadro 5, se puede evidenciar que la mayoría de los artículos seleccionados fueron hallados en la base de datos PubMed, mientras que en la base de datos Scielo no se encontró ningún estudio. Estos resultados se relacionan con el importante número de revistas indexadas en la base de datos Pubmed; según Trueba Et al. (2010) esta base cuenta con una gran cobertura temática, terminología biomédica, recoge trabajos publicados en más de 5000 revistas científicas en el ámbito de la salud, es gratuita, se pueden realizar búsquedas sencillas y/o avanzadas, y posee otras cualidades que hacen de esta base de datos uno de los principales repositorios de información en salud a nivel mundial. (134) Sin embargo, se debe tener en cuenta que la base Scielo también cuenta con un amplio catálogo de revistas científicas. No obstante, los parámetros de búsqueda aplicados en la presente revisión obtuvieron resultados de estudios publicados principalmente en inglés en revistas indexadas en otras bases de datos.

Con respecto al año de publicación, es posible evidenciar que, pese a que en los criterios de inclusión y exclusión se definió un rango de 10 años anteriores a la realización del presente estudio para la búsqueda de literatura, los artículos seleccionados fueron publicados en los últimos 6 años; de este modo se encuentra

que las publicaciones más antiguas corresponden al año 2016, y las más recientes corresponden al año 2021. Lo anterior demuestra el corto periodo de tiempo en que ha sido abordado el análisis de la relación de entre el fenómeno de AS y AT. Con estos resultados se logró la obtención de información actualizada que orientó la actual revisión. Lo anterior favoreció al presente estudio, teniendo en cuenta que unas de las principales problemáticas los estudios de revisión, corresponde a la no disponibilidad de artículos recientes. Según Manterola Et. al (2013) la calidad de los reportes de revisiones se ve comprometida cuando se incluyen artículos antiguos y desactualizados que no corresponden a las problemáticas actuales del campo investigativo (125).

Así mismo, es posible observar en el cuadro 5 la distribución de los artículos según el idioma de publicación, encontrándose que 6 de los artículos seleccionados fueron publicados en el idioma inglés, mientras que 1 fue hallado en español. Según la información anterior, se puede deducir que a pesar de que los autores tengan otra lengua nativa, el idioma más utilizado para la publicación de producciones científicas es el inglés. Esto confirma la universalidad de la lengua anglosajona y lo argumentado por Niño (2013) en su estudio relacionado con la importancia del inglés en la investigación científica, en el cual se determina que, si bien la investigación posee un efecto transformador de las sociedades actuales, es necesario contar con una lengua universal como el inglés, de tal forma que se fortalezca el desarrollo científico y socio cultural de las sociedades (135).

Por otra parte, en la distribución de los artículos según los países de publicación, se encontró que 2 de ellos fueron publicados en Brasil y 1 en Perú, resaltando que no se encontraron artículos de otros países de Sur América que cumplieran con los criterios de inclusión y exclusión en la búsqueda realizada. En lo anterior recae la importancia a nivel nacional, y de Latinoamérica, de realizar nuevas investigaciones que indaguen los fenómenos de AT y AS en personas con HTA.

Además de lo anterior, en el cuadro 5 se puede evidenciar la distribución de los artículos seleccionados según el tipo de estudio. De las 7 publicaciones seleccionadas, 6 de ellas fueron estudios de tipo descriptivo transversal y el restante fue un estudio de cohorte prospectivo. Con esto es importante resaltar la utilidad de los estudios descriptivos para documentar el nivel de evidencia referente a la asociación entre variables, por lo que este tipo de estudios brindan información relevante para la presente investigación. Por otra parte, los estudios de cohorte prospectivo estiman la magnitud de asociación entre la exposición y el desenlace de interés en las investigaciones, así como también clasifican la asociación en causal y no causal, dando paso al uso de estadísticos de asociación y por ende siendo de utilidad para este (136).

Por otro lado, también es posible evidenciar el tamaño de la muestra de cada una de las investigaciones incluidas. Se estima que el número acumulado de participantes es de 3073 personas en todos los artículos; asimismo se observa que el estudio que manejó el mayor número de participantes fue el número 2 con 1355 personas, mientras que la investigación 6 analizó 101 participantes, resaltándose como el artículo con el menor tamaño de muestra. Sin embargo, el número de participantes no debe afectar la calidad de las investigaciones incluidas, pues, según García Et al. (2013) el tamaño de la muestra es una función matemática que se debe calcular de tal forma que exprese la relación entre las variables estudiadas, el número de participantes en el estudio y el poder estadístico; es decir que, el número de participantes no es escogido al azar por los autores, sino que está sustentado matemáticamente dependiendo del tipo de estudio y las variables a investigar en el mismo (137)

Cuadro 6. Calidad de los artículos

Prueba STROBE ¹	SJR/Q ²	Clasificación Colciencias	Formación autor principal
80,60%	0,28/Q3	B	Especialista
77,40%	0,64/Q1	a1	Doctorado
77,40%	0,62/Q2	A2	Doctorado
62,50%	0,53/Q3	A2	Doctorado
78,10%	0,58/Q2	A2	Doctorado
77,40%	0,68/Q2	C	Doctorado
70,96%	0,76/Q2	A2	Doctorado

¹ la declaración STROBE proporciona recomendaciones generales para estudios observacionales descriptivos y aquellos que investigan asociaciones entre variables de exposición y resultados de salud. Comprende los tres tipos principales de estudios observacionales: de cohortes, de casos y controles, y transversales. ² expresa el número de enlaces que una revista recibe a través de la citación ponderada de sus documentos en relación con el número de documentos publicados en el año por cada publicación.

Elaborado por: Gutiérrez Barreiro Reinaldo, Munar Arias Diego, Conde Garzón Ana María, Castro Quiroz Laura Marcela; Universidad Surcolombiana, (2022).

En el cuadro 6 se presenta el nivel de calidad de cada artículo evaluado a través de la declaración STROBE, la cual consiste en una lista de chequeo para determinar la calidad de las publicaciones a través de la presencia de ciertos criterios mínimos que deben tener los reportes de los estudios de cohortes, de casos y controles y los transversales publicados (144). Según lo anterior y teniendo en cuenta el porcentaje obtenido de esta declaración en cada investigación, se calculó la media aritmética de los datos extraídos dando como resultado 74,91%; lo cual indica que la mayoría de los estudios analizados cumplieron en casi un 75% de los ítems de la declaración

STROBE. Estos resultados, según Vandenbroucke Et al (2009) permiten identificar las fortalezas y debilidades de los estudios seleccionados, así como también la confiabilidad en las interpretaciones de los resultados, conclusiones y la aplicación de las recomendaciones presentadas en cada uno (128).

Asimismo, es posible evidenciar el factor de impacto de las revistas en las que fueron encontrados los artículos seleccionados a través del indicador SRJ/Q, el cual valora el número de citas que reciben los estudios en una revista específica. Dentro del cuadro 6 se observa que 5 de las revistas se encuentran dentro de los cuartiles 1 y 2, y solo 1 pertenece al cuartil 3; esto permite inferir que las revistas científicas en las que se encontraron los artículos seleccionados presentan un buen nivel de impacto y pertenecen a la elite de las revistas científicas en salud, favoreciendo la calidad de la información obtenida a través de dichos estudios. Sin embargo, Uribe Et al (2006) advierte que este indicador de la calidad de las revistas debe ser analizado con cautela, debido a que no todos los artículos publicados en una revista determinada cumplen con los mismos criterios de calidad; es decir, en una revista perteneciente al cuartil 1 se puede encontrar un artículo con baja calidad y que no cuente con un gran número de citas (145).

De igual manera, en el cuadro 6 se encuentra la clasificación de las revistas según Colciencias (Departamento administrativo de ciencia, tecnología e innovación en Colombia). Cabe resaltar que esta clasificación depende de la realizada en el factor de impacto, es decir que, si la revista tuvo un buen indicador en el factor de impacto, tendrá una buena clasificación en Colciencias. Se puede observar que 5 de las revistas pertenecen a la categoría A, por lo tanto, son revistas que se destacan por la calidad y veracidad de sus artículos. De la misma manera, es posible observar el nivel de formación académica de los autores principales de cada estudio seleccionado, donde se resalta que todos tenían formación posgradual. De los 7 autores principales 6 contaban con un título doctoral y 1 con estudios de especialización, es decir que todos los investigadores tenían un alto nivel

académico; por lo cual se espera que la información recopilada en los artículos escogidos esté respaldada por un alto rigor científico, debido a que una persona con estudios de doctorado cuenta con las capacidades intelectuales y cognitivas para desarrollar investigaciones amplias y profundas en un área específica del saber, en este caso las ciencias de la salud (146).

Cuadro 7. Instrumentos utilizados en los artículos incluidos

Artículo	Instrumentos AS	Instrumentos AT
1	SAHLSA-50	Morisky Green
2	NVS	Morisky Green
3	SAHLPA	Morisky Green
4	SILS	Morisky Green
5	NVS	MARS
6	AHLS	MASES
7	SAHLPA	Morisky Green

Elaborado por: Gutiérrez Barreiro Reinaldo, Munar Arias Diego, Conde Garzón Ana María, Castro Quiroz Laura Marcela; Universidad Surcolombiana, (2022).

Con respecto a los instrumentos utilizados en las investigaciones incluidas, es posible observar que el instrumento de Morisky Green ha sido usado en la mayoría de los estudios; este consiste en 4 preguntas con las cuales se puede determinar la AT farmacológico en los pacientes de manera general (86); su alto uso se puede asociar a que ha sido validado en una gran cantidad de países del mundo y su fácil y rápida aplicación. Pese a esto se resalta el hecho de que este instrumento solo permite estimar el nivel de AT en el ámbito farmacológico; pues si se quisiera medir este fenómeno en el ámbito no farmacológico sería necesario utilizar otro instrumento que haya sido validado para este fin; ya que la AT no farmacológica no

fue estimada en las investigaciones que usaron únicamente la prueba de Morisky (86,138–141).

Por otra parte, en los estudios restantes se usaron escalas para medir la AT farmacológica diferentes al instrumento Morisky, una de estas está basada en la escala Commitment to Medical Treatment/Adherence Self-Efficacy (MASES) la cual está conformada por 26 ítems que miden la autoeficacia para el cumplimiento de los medicamentos en los pacientes hipertensos (142); además, se encontró la escala the Medication Adherence Report (MARS) que originalmente contenía 5 ítems, pero en la investigación desarrollada por Náradi et al. (2016) se agregaron 10 ítems más, con el fin de medir la AT farmacológica de una manera más precisa (143).

Se destaca que la aplicación de escalas que solo midan la dimensión de la AT farmacológica, crea un sesgo que impide al investigador determinar la existencia de una adecuada AT, debido a que, para determinar la presencia de este fenómeno se debe considerar ambos componentes ya que la dimensión no farmacológica de la AT comprende la ejecución de cambios en los estilos de vida mediante la adopción de conductas saludables y la evitación conductas de riesgo que son indispensables para que el paciente logre controlar sus tensionales y alcance sus metas terapéuticas. Esto hallazgos contrastan con los resultados de la revisión de literatura realizada para el marco teórico, donde se encontraron instrumentos que permiten la estimación de ambos componentes de la AT en pacientes con HTA, como lo son el cuestionario de adherencia al tratamiento para casos de hipertensión arterial (CAT-HTA), propuesta por (37), Cáceres et al (2009) (115) y la escala de Conducta terapéutica: enfermedad o lesión encontrada como etiqueta de resultado en el NOC (151).

Según los resultados presentados anteriormente, se percibe la pertinencia de realizar nuevas investigaciones que indaguen la AT en los pacientes hipertensos desde sus dos dimensiones, ya que, según lo descrito en el marco teórico, la

dimensión no farmacológica podría influir en el cumplimiento de metas terapéuticas en los pacientes con HTA que a su vez inciden positivamente en la prevención de complicaciones y su calidad de vida.

7.4. VARIABLES ANALIZADAS POR ARTÍCULO

7.4.1. Caracterización sociodemográfica y clínica de los estudios

En la tabla 1 y 2 se presentan algunas de las variables que fueron analizadas por los autores en los artículos seleccionados para la presente investigación tales como: edad, sexo, formación académica, ocupación, presencia de comorbilidades, tiempo de la enfermedad y número de medicamentos; así mismo reportan su relación con los fenómenos objeto de estudio.

Tabla 1. Caracterización sociodemográfica de las variables estudiadas

Variable	Art 1 N= 276		Art 2 N= 1355		Art 3 N= 485		Art 4 N= 262		Art 5 N= 109		Art 6 N= 101		Art 7 N= 311	
	n	%	N	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%
Edad														
18-29	3	1,1	-	-	36	7,4	-	-	-	-	-	-	21	7
30-59	82	29,7	-	-	21	44,7	-	-	-	-	-	-	54	17,2
>60	19	69,1	-	-	23	49,8	26	10,2	10	0	-	-	7	75,6
Sexo														
Masculino	92	33,3	32	24	21	43,2	93	35,4	6	63,9	3	34,5	14	45,1

Femenino	18 4	66, 7	10 29	76	27 3	56, 3	16 9	64, 5	5 0	17, 4	6 6	65, 3	17 0	54, 6
Formación académica														
Analfabetos	-	-	-	-	29 9	61, 6	14 6	55, 7	-	-	-	-	20 3	65, 3
Primaria	12 0	43, 5	92 5	68, 3	96	19, 8	68	26	-	-	-	-	53	17
Secundaria	13 5	48, 9	23 5	17, 3	90	18, 6	34	13	-	-	-	-	55	17, 7
Superior	21	7,6	18 9	13, 9			14	5,3	-	-	-	-		
Ocupación														
Empleado	-	-	-	-	-	-	11 2	42, 7	-	-	-	-	-	-
Desempleado	-	-	-	-	-	-	15 0	57, 3	-	-	-	-	-	-

Elaborado por: Gutiérrez Barreiro Reinaldo, Munar Arias Diego, Conde Garzón Ana María, Castro Quiroz Laura Marcela; Universidad Surcolombiana, (2022).

En la tabla 1, se observa que los artículos 1,3,4,6 y 7 evaluaron la variable edad, donde se resalta que la mayoría de los participantes eran adultos a partir de los 30 años principalmente personas mayores de 60, esto se debe a la relación proporcional entre la edad y la aparición de las enfermedades crónicas, pues según García Et al. (2016) entre más edad tenga el individuo, mayor riesgo presenta de padecer alguna de estas patologías, específicamente la HTA (13) Sin embargo, se encontró que en las investigaciones también se hallaron en menores de 30 años; lo

que permite demostrar que la HTA no solo afecta a personas en la adultez y vejez, sino que también es posible encontrarla en individuos en edades tempranas. Por otro lado, en lo correspondiente a la variable sexo, se puede observar que, en todos los artículos a excepción del 5, el sexo predominante en la muestra fue el femenino, con cifras muy superiores al masculino. Los anteriores resultados contrastan con lo reportado por Romero et al (2020) quienes describen que esta patología afecta principalmente al sexo masculino. Los hallazgos de la presente investigación, puede estar relacionado con la mayor disposición de las mujeres para participar en investigaciones científicas (151).

De la misma manera, la variable formación académica fue estudiada por todos los artículos a excepción del 5 y el 6. Los estudios que tomaron en cuenta esta variable clasificaron los niveles académicos en analfabetismo, primaria, secundaria y educación superior. Es menester mencionar que, al analizar las investigaciones se evidencia el predominio del nivel educativo más bajo ya sea el analfabetismo o la educación primaria, y que la educación superior solo se presenta en una pequeña parte de la población estudiada.

De esta manera se confirman los postulados realizados en el marco teórico, específicamente en el análisis de concepto de AS. Según Torres Et al. (2021), se debe a que las personas con menos conocimientos y estudios son las más propensas a desarrollar alguna patología crónica, pues presentan dificultades para comprender y analizar su estado de salud, y la forma de prevenir dichas enfermedades (147). Además de lo anterior, Campos Et. Al (2018), demostraron que los adultos con un mayor nivel de educación tenían una prevalencia más baja de HTA que los adultos con educación primaria o analfabetos. Es por esto por lo que, los autores resaltan la importancia de desarrollar estrategias de educación dentro de los centros asistenciales que le permitan a la población analfabeta o con niveles básicos de educación, entender fácilmente los factores de riesgo, síntomas,

y demás saberes relacionados con las enfermedades crónicas, especialmente la HTA (148).

Respecto a la variable ocupación, se puede observar que solo fue estudiada por el artículo 4; en este se puede evidenciar que la gran mayoría de la población se encontraba desempleada al momento de realizar el estudio y solo una pequeña parte contaba con un empleo. Estos resultados concuerdan con los hallazgos de Martínez Et Al. (2019) en su estudio sobre AT en pacientes hipertensos, en el cual se encontró que la principal ocupación de la población estudiada está relacionada con las actividades del hogar (59). Lo anterior confirma lo expuesto en el marco teórico de la presente investigación, en el cual se menciona que el no tener un empleo estable incide en el estado de salud de la persona, en este caso en la aparición de enfermedades cardiovasculares tales como la HTA.

Tabla 2. Caracterización clínica

Variable	Art 1 N= 276		Art 2 N= 1355		Art 3 N= 485		Art 4 N= 262		Art 5 N= 109		Art 6 N= 101		Art 7 N= 311	
	n	%	N	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%
Comorbilidades														
Si	24 1	87, 3	-	-	36 4	71, 1	16 6	63, 4	-	-	-	-	23 1	74, 2
No	35	12, 7	-	-	12 1	24, 9	96	36, 6	-	-	-	-	80	25, 3
Tiempo de la enfermedad														
<1 año	14	5	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
>1 año	26 2	94, 9	-	-	-	-	-	-	-	-	5 8	57, 4	-	-

Numero de medicamentos														
<3	-	-	-	-	30	61,	95	36,	-	-	-	-	15	51,
					0	9		3					9	1
≥3	-	-	-	-	18	38,	16	63,	-	-	-	-	15	48,
					5	1	7	7					2	9

Elaborado por: Gutiérrez Barreiro Reinaldo, Munar Arias Diego, Conde Garzón Ana María, Castro Quiroz Laura Marcela; Universidad Surcolombiana, (2022).

En la Tabla 2 se observa que la variable comorbilidades fue estudiada por los artículos 1,3, 4 y 7, en los que se encontró que la mayoría de los participantes de dichos estudios presentaron alguna comorbilidad; confirmando que la HTA no es una enfermedad que se presenta de manera aislada, sino que está asociada a la presentación concomitante de otras patologías. Es importante mencionar que la HTA sumadas al padecimiento de otras comorbilidades preexistentes como la diabetes y los problemas cardio cerebrovasculares, llevan al paciente a un mayor deterioro de su estado clínico. Según García Et. Al (2016) debido a que la HTA depende de múltiples factores que se pueden ver alterados fácilmente al momento de presentar alguna otra alteración en salud. Así mismo la HTA es un importante factor de riesgo de otras patologías crónicas (13).

En lo relacionado a la variable tiempo de la enfermedad, se encontró que fue estudiada por los artículos 1 y 6. En estas investigaciones se evidencia que gran parte de la población contaba con un proceso de enfermedad mayor a un año, es decir que habían sido diagnosticadas recientemente. Estos hallazgos no concuerdan con los encontrados en el estudio realizado por Campos Et. Al (2018), donde se evidenció que es más frecuente la detección de pacientes con un tiempo de enfermedad entre los 4 y 10 años, debido a la gran prevalencia de la enfermedad

y a que la mayoría de los participantes en estudios relacionados con enfermedades crónicas son adultos mayores que han sido diagnosticados con la enfermedad desde edades tempranas (148).

Finalmente se tiene la variable relacionada con el número de medicamentos prescritos, la cual fue estudiada por los artículos 3, 4 y 7. En estas investigaciones se puede determinar que gran parte de la población estudiada en los artículos tiene menos de 3 medicamentos ordenados, mientras que una minoría manifestó tener más de 3 medicamentos prescritos; es decir, la población evaluada en los artículos anteriormente mencionados presentaba terapia farmacológica combinada. Estos hallazgos concuerdan con la investigación realizada por Ramírez Et al. (2020), en la que se evidenció que la mayoría de la población intervenida contaba con un tratamiento farmacológico combinado, esto debido a que gran parte de los pacientes tenían con un grado de HTA avanzado y/o presentaban alguna otra comorbilidad (16).

7.4.2. Asociación entre las variables sociodemográficas y clínicas con la AS y la AT

Para calcular el nivel de asociación entre la AS y la AT con las variables sociodemográficas y clínicas, los estudios 1, 2, 3, 4 y 7 utilizaron estadísticos como Chi cuadrado de Pearson, coeficiente beta de regresión logística y Odds ratio; además, también usaron el valor de p para verificar la significancia estadística de los resultados, así mismo los autores establecieron un error alfa entre el 5% y el 20%. En las tablas 3, 4 y 5 se puede observar la asociación de las variables mencionadas anteriormente con la AS y la AT en su dimensión farmacológica.

Tabla 3. Asociación entre variables sociodemográficas y clínicas y la AS

Variable	Art 1		Art 2-7	
	X2	p	-	-
Edad	1,6	0,45	-	-
Sexo	0,28	0,594	-	-
Formación académica	3,06	0,80	-	-
Comorbilidades	1,8	0,18	-	-
Ocupación	-	-	-	-
Tiempo de la enfermedad	7,98	0,157	-	-
Numero de medicamentos	-	-	-	-

Elaborado por: Gutiérrez Barreiro Reinaldo, Munar Arias Diego, Conde Garzón Ana María, Castro Quiroz Laura Marcela; Universidad Surcolombiana, (2022).

En la tabla 3 se evidencia que solo el artículo 1 realizó una comparación entre las variables sociodemográficas y clínicas con la AS. Por su parte, los demás estudios la analizaron como una variable clínica y no como un fenómeno principal dentro de las investigaciones, impidiendo así, el planteamiento de un análisis más detallado de la posible relación entre la AS y la AT farmacológico y no farmacológico; lo cual corresponde al objetivo de la presente investigación. Cabe aclarar que, aunque en el estudio 1 se mencione la aplicación de chi cuadrado para determinar la asociación entre las variables sociodemográficas y clínicas y la AS, no fue posible encontrarlos dentro del artículo, por lo cual los autores de la presente investigación decidieron calcular el valor de este estadístico para cada una de las variables de acuerdo con la información presentada en el artículo 1.

Asimismo, también es posible evidenciar que no existe una asociación estadísticamente significativa entre las variables estudiadas en el artículo 1 y la AS,

lo que indica que dicho constructo es un fenómeno independiente de las condiciones de vida y los factores modificables y no modificables de la persona. Lo anterior contradice lo descrito en el marco teórico de la presente investigación, pues en este se describe la influencia que tienen diversos factores y condiciones de vida en la toma de decisiones que realiza una persona respecto a su salud, lo que determina un adecuado estado de bienestar y por ende una mejor calidad de vida de la persona.

Por otra parte, en las tablas 4 y 5 se pueden observar los estadísticos que fueron utilizados para determinar la posible asociación entre las variables sociodemográficas y clínicas con la AT farmacológico en cada artículo. De igual forma, los autores de la presente investigación realizaron el cálculo de la medida de asociación entre las variables planteadas en el artículo 1 y la AT.

Tabla 4. Asociación entre las variables sociodemográficas con la AT.

Variable	Art 1		Art 2		Art 3		Art 4		Art 5 y 6		Art 7	
	X2	p	b	p	OR	p	X2	P	-	-	OR	p
Edad	3,4 2	0,18 1	- 0,17	0,00 3	-	-	1,63 1	0,44 2	-	-	-	-
18-55	-	-	-	-	Ref .	0,14 2	-	-	-	-	Ref .	0,18 0
56-63	-	-	-	-	0,5 7		-	-	-	-	1,0 2	
64-70	-	-	-	-	0,6 5		-	-	-	-	1,5 8	
>70	-	-			0,8 8		-	-	-	-	1,8 7	

Sexo	-	-	-	-			1,24 0	0,26 5	-	-	-	-
Masculino	-	-	0,35 8	0,01 7	1,0 3	0,86 5	-	-	-	-	1,3 8	0,19 6
Femenino	-	-	Ref.		Ref. .		-	-	-	-	Ref. .	
Formación académica	4,1 3	0,51 5	-	-	-	-	3,89 7	0,27 3	-	-	-	-
Analfabetos	-	-	Ref.	-	Ref. .	0,72 3	-	-	-	-	Ref. .	0,92 3
Primaria	-	-	-	-	0,8 7		-	-	-	-	1,1 3	
Secundaria	-	-	0,50 5	0,00 4	0,8 4		-	-	-	-	1,0 7	
Superior	-	-	0,44 4	0,01 8			-	-	-	-		

Elaborado por: Gutiérrez Barreiro Reinaldo, Munar Arias Diego, Conde Garzón Ana María, Castro Quiroz Laura Marcela; Universidad Surcolombiana, (2022).

Según la información suministrada en la tabla 4, es posible evidenciar que existe una discrepancia entre los hallazgos presentados en algunos artículos; por ejemplo, en la variable edad los artículos 1 y 4 concuerdan en que esta es independiente de la AT (Art 1: $X^2= 3,42$ $p= 0,181$; Art 4: $X^2= 1,631$ $p=0,442$), es decir que dicho fenómeno no está determinado por la edad. Mientras que en el artículo 2 se presenta una asociación inversamente proporcional entre la edad y la AT ($b= -0,17$ $p=0,003$), esto quiere decir que entre mayor edad tenga la persona, menor será su grado AT, contradiciendo lo encontrado por Pelayo et al (2021), quienes en su

estudio demostraron que a mayor edad los pacientes presentan un grado de cumplimiento mayor con respecto a la población más joven (122).

Por otra parte, los artículos 3 y 7 muestran dos resultados distintos entre ellos, utilizando el estadístico Odds ratio resaltado que ninguno de ellos fue estadísticamente significativo (Art 3 OR= entre 0,5 y 0,88 $p= 0,142$; Art 7 OR= entre 1,02 y 1,87 $p= 0,180$). Por su parte, en el artículo 3 se evidencia una ausencia de asociación entre la edad y la AT, concordando con los resultados de los artículos 1 y 4, mientras que el artículo 7 muestra una asociación entre estas dos variables; esto concuerda con lo expuesto por Ramírez et al. (2019) quienes en su estudio sobre adherencia terapéutica antihipertensiva afirman que entre mayor edad tiene un paciente, mayor será su nivel de AT (16).

Por otro lado, respecto a la relación entre la variable sexo con el nivel de AT, se puede observar que según el análisis realizado en el artículo 4 ($X^2=1,240$ $p=0,265$) no existe relación entre el sexo y el nivel de AT, lo que respalda lo encontrado por Strijbos et al. (2018) en su estudio, donde se determinó que no existe una diferencia significativa entre ser hombre y ser mujer con el nivel AT de la persona (149). Por otra parte, en los artículos 1, 2 y 7, se determinó que si existe una asociación entre esta variable y la AT; asimismo en los estudios 2 y 7 se presenta una relación positiva entre ser hombre y tener un mayor nivel de AT, aclarándose que el artículo número 7 no obtuvo resultados estadísticamente significativos (Art 2: $b=0,358$ $p=0,017$; Art 7: OR= 1,38 $p=0,196$). Esto último contradice lo expuesto por Martínez Et al (2019) quienes en su estudio afirman que ser mujer está asociado con un nivel más alto de AT; esta aseveración también es confirmada por Alemán Et al (2018) en su estudio relacionado con la influencia del género sobre los factores de protección y vulnerabilidad en pacientes con enfermedades cardiovasculares, en el que se demostró una mayor adherencia por parte del género femenino debido a la capacidad que tienen las mujeres de aceptar y adaptarse más rápido al proceso de la enfermedad (59,150).

En lo relacionado con la variable de formación académica, en el artículo 1, se puede observar que esta, es independiente a la AT ($X^2= 4,13$ $p=0,515$), pese a que no es estadísticamente significativa, se puede inferir que dicho fenómeno no depende del nivel de estudios que tenga la persona, esto apoya lo hallado en el artículo 3 (OR= entre 0,87 y 0,84 $p= 0,723$) donde tampoco se encontró asociación entre esta variable y la AT ni significancia estadística. Por otro lado, el artículo 2 muestra una relación inversa entre la AT y el nivel de formación académica ($b=$ entre -0,444 y -0,505 $p=0,004$), afirmando que entre mayor sea el nivel de formación académica, menor será la AT de la persona; contradiciendo lo planteado por la OMS (2004) en su modelo multidimensional, donde se asevera que, para tener un nivel adecuado de AT, es necesario contar con grados mayores de escolaridad (1). Esta afirmación de la OMS respalda lo encontrado en el artículo 7 (OR= entre 1,07 1,13 $p= 0,923$); donde también se encontró una asociación positiva entre estas dos variables, aunque no es estadísticamente significativa.

Tabla 5. Asociación entre las variables clínicas y la AT

Variable	Art 1		Art 2		Art 3		Art 4		Art 5 y 6		Art 7	
	X ²	p	b	p	OR	p	X ²	p	-	-	OR	p
Comorbilidades	1,007	0,399	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Si	-	-	-	-	Ref .	0,144	4,022	0,045	-	-	Ref .	0,313
No	-	-	-	-	1,37			-	-	-	1,31	
Tiempo de la enfermedad	3,36	0,64	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
<1 año	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-

>1 año	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Numero de medicamentos	-	-	-	-	-	-	2,763	0,249	-	-	-	-
<3	-	-	-	-	Ref .	0,306		-	-	-	Ref .	0,315
≥3	-	-	-	-	1,02			-	-	-	1,28	

Elaborado por: Gutiérrez Barreiro Reinaldo, Munar Arias Diego, Conde Garzón Ana María, Castro Quiroz Laura Marcela; Universidad Surcolombiana, (2022).

En la tabla 5 es posible observar la asociación entre las variables clínicas con la AT; dentro de estos resultados se aprecia que, en lo relacionado a la presencia de comorbilidades, el artículo 1 no determinó ninguna relación entre esta variable y niveles adecuados de AT ($X^2= 1,007$ $p=0,399$). Por el contrario, el artículo 4 presento una relación estadísticamente significativa (Art 4: $X^2= 4,022$ $p=0,045$) entre la presencia de comorbilidades y tener niveles adecuados de AT. Por otra parte, los artículos 3 y 7, se evidencio una relación positiva entre no presentar comorbilidades y niveles adecuados de AT (Art 3: $OR= 1,37$ $p=0,144$; Art 7: $OR= 1,31$ $p=0,313$), sin embargo, estos resultados no fueron estadísticamente significativos; esto último está respaldado por Ramírez et al. (2019), quienes en su estudio afirman que una persona con comorbilidades es más propensa a incumplir el tratamiento terapéutico y por ende tener una menor adherencia (16).

De la misma manera, en la variable tiempo de la enfermedad, se evidencia que en el artículo 1 esta variable no tiene relación estadísticamente significativa con la AT ($X^2= 3,36$ $p=0,64$), la anterior afirmación se opone a lo planteado por Reyes et al. (2016), quienes afirman que entre mayor sea la cronicidad del tratamiento, menor será el grado de AT de la persona (100). Por último, en cuanto a la variable relacionada con el número de medicamentos se encontró que, en el artículo 4 no

hay relación entre esta y la AT (Art 4 X2: 2,763 $p=0,249$); mientras que en los artículos 3 y 7 se evidencia que una persona que toma más de 3 medicamentos tiene entre 1,02 y 1,28 veces más probabilidad de ser adherente al tratamiento no obstante estos resultados no son estadísticamente significativos; esta proposición se opone a los hallazgos de Vazques et al(2016), quienes en su estudio encontraron que los pacientes con monoterapia tienden a ser más adherentes a su tratamiento en relación a las personas con prescripción de terapia combinada debido a que al tener más medicamentos prescritos, la persona podría olvidarse de la toma o suspenderlos por sentir mejoría con respecto a la enfermedad (17).

Teniendo en cuenta el análisis anterior, se puede evidenciar que en los artículos incluidos solo se analiza la relación entre la AS y la AT farmacológico (138–143); es decir, se excluye la posible relación de la AS con la AT no farmacológico; esto apoya lo encontrado por López et al (2016) quienes en su artículo de revisión hallaron que los estudios que seleccionaron solo estimaron la AT farmacológica, dejando de lado aspectos claves como la dieta, el ejercicio, la actividad física y en general los cambios en el estilo de vida, que hacen parte del régimen terapéutico no farmacológico. Así mismo, estos hallazgos se oponen a la definición de AT propuesta por la OMS (2004) y adoptada para esta investigación, en donde se establece la AT como “El grado en que el comportamiento de una persona; como el tomar el medicamento, seguir un régimen alimentario y ejecutar cambios del estilo de vida, corresponde con las recomendaciones acordadas de un prestador de asistencia sanitaria” (31), por lo tanto, los resultados se limitan al asociar la AS solo con la AT farmacológica.

7.4.3. Análisis del grado de relación entre la AS y la AT

Con respecto al análisis del grado de relación entre la AS y la AT farmacológico, los artículos que fueron seleccionados tuvieron en cuenta un error alfa entre el 5% y el 20%, además usaron diferentes pruebas estadísticas que permitiera estimas la

asociación y/o relación entre estos dos fenómenos con una significancia estadística menor de $p= 0.05$. Los resultados se pueden evidenciar en la tabla 6.

Tabla 6. Grado de correlación entre la AS y la AT

Artículo	Métodos y test de correlación	Resultados de correlación
1	Prueba de Chi cuadrado de Pearson.	$r= 0,20$ $P= 0,155$
2	Modelo de regresión lineal múltiple jerárquico	$b = 0,378$ $P= 0,043$
3	Modelo de regresión logística/OR	$OR=1,62$ $P=0.020$
4	Análisis de regresión logística binaria multivariante/ OR	$OR= 3,369.$ $P= <0,001$
5	Coefficiente de correlación de Pearson	$b=0,11$ $P<0.003$
6	Coefficiente de correlación de Pearson	$r=0.64$ $p=<0.001$
7	Prueba de Chi cuadrado de Pearson y OR	$OR= 1,987.$ $P= 0,047$

Elaborado por: Gutiérrez Barreiro Reinaldo, Munar Arias Diego, Conde Garzón Ana María, Castro Quiroz Laura Marcela; Universidad Surcolombiana, (2022)

En la tabla 6 es posible evidenciar que los estudios seleccionados presentan un coeficiente de relación y/o asociación entre 0,11 y 0,64, indicando que dicha correlación se encuentra entre baja y moderada, siendo estas estadísticamente

significativas a excepción de los resultados presentados en el artículo número 1. Por el contrario, los estudios que efectuaron un modelo de regresión logística reportan un grado de asociación por OR entre 1,6 a 3,33, lo cual indica que las personas que presentaban una adecuada AS tenían entre 2 y 3 veces más probabilidad de presentar una adecuada AT farmacológico; siendo estos resultados estadísticamente significativos. Estos hallazgos concuerdan con lo establecido en el diagrama pictórico y las proposiciones de correlación planteadas en el marco teórico.

Aunque estos resultados son de gran relevancia para la presente investigación, estos deben ser observados con ponderación ya que no son suficientes para dar respuesta la pregunta problema previamente planteada: ¿Cuál es el grado de relación entre la alfabetización en salud y la adherencia al tratamiento farmacológico y no farmacológico en pacientes con hipertensión arterial, según la literatura científica indexada disponible entre los años 2010 a 2021?; ya que gracias a la revisión preliminar de literatura, se logró demostrar la magnitud teórica que tienen los fenómenos de AS y AT. Sin embargo, estos constructos no se abordaron en su totalidad, por su parte, en el estudio de la AS no se han tenido en cuenta los determinantes planteados por Sørensen et al (2012) (2), ni las múltiples definiciones plasmadas en el marco teórico del presente trabajo investigativo. De la misma manera, la AT ha sido abordada solamente desde el componente farmacológico, excluyendo el tratamiento no farmacológico; además, se ha suprimido información relevante que podría soportar un análisis más profundo y de esta manera comprobar los postulados teóricos de estos fenómenos.

8. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES

Mediante la formulación del marco teórico de la presente investigación se determina que la AS es un fenómeno poco estudiado, a pesar de que ha tenido un auge en los últimos años debido a su gran influencia en el campo de las ciencias de la salud, especialmente en las patologías crónicas, pues son las que más requieren de conocimientos, habilidades y comportamientos saludables para una adecuada toma de decisiones en salud; ya que dichas enfermedades se caracterizan por ser prolongadas y progresivas, y su prevención, tratamiento y control radica en la comprensión, adopción y aplicación de conductas sanas. Este constructo fue tomado en los estudios revisados, como una variable independiente, mas no como un fenómeno que tiene ciertas dimensiones y aspectos que lo hacen más complejo de lo que está planteado en los artículos seleccionados, por lo cual se recomienda que los futuros estudios abarquen a al AS desde una manera más integral.

Por su parte la AT se presenta como un fenómeno ampliamente estudiado por diversas disciplinas, considerándose como una parte fundamental en el desarrollo y mejoría de las enfermedades, especialmente las crónicas. Además, la AT depende de ciertos factores que impactan positiva o negativamente en la salud y el bienestar de las personas, dentro de los cuales se encuentran la edad, el sexo, condiciones socioeconómicas, y sobre todo el nivel de conocimientos que posee el individuo respecto a su patología.

A través de la revisión de literatura sistemática fue posible evidenciar que los autores que investigaron el fenómeno de AT no lo hacían de forma integral, pues no estimaron componente no farmacológico y se centraron exclusivamente en medir la dimensión farmacológica de la adherencia, sin considerar la complementariedad de ambos elementos del constructo de AT; por lo que se recomienda realizar estudios que indaguen la AT de manera holística, en los que se investigue la

adherencia a las conductas, estilos de vida saludable y demás elementos del tratamiento no farmacológico en conjunto con la AT farmacológica ya que ambos componentes son indispensables para el control de enfermedades crónicas como la HTA.

En conclusión, fue posible determinar a través del análisis de los estudios seleccionados, la existencia de relación que va de baja a moderada entre los fenómenos de las AS y la AT en su campo farmacológico en el contexto clínico de personas con hipertensión arterial, confirmando parcialmente a la relación que existe entre estos dos fenómenos a nivel teórico. Por lo anterior es importante la realización de nuevos estudios primarios que se enfoquen en encontrar dicha asociación entre estos dos constructos, que indaguen de manera integral todos los elementos y dimensiones que conforman dichos fenómenos, y de igual manera que indaguen las posibles relaciones con las variables sociodemográficas y clínicas, que permitan comprobar los postulados teóricos planteados para estos conceptos.

Los resultados de esta investigación representan una importante contribución a la disciplina de enfermería, especialmente a la práctica clínica, ya que permitirá una mejor comprensión de los fenómenos relacionados con la con la AT, al conocer la influencia de elementos cognitivos, como la AS. Finalmente, se considera que al ofrecer los resultados de este estudio, es posible ayudar a orientar la identificación temprana del fenómeno de la baja AS en el contexto de personas con HTA lo que representa un aporte relevante para estos pacientes, quienes se beneficiarán de recibir intervenciones oportunas y efectivas que puedan fomentar el nivel de conocimientos logrando así consecución de sus metas terapéuticas.

Los anteriores hallazgos posicionan esta investigación como una de las primeras en encontrar hallazgos relevantes relacionado con los constructos de la AS y AT, a través de la consolidación de la información existente, y que además sirve de partida

para la realización de nuevos estudios primarios a futuro, que logren determinar el nivel de correlación entre la AS y la AT en pacientes con HTA.

9. LIMITACIONES

El principal limitante de la presente investigación, corresponde al reducido número de citas bibliográficas disponibles en las bases de datos. Lo que restringió el alcance de los objetivos del estudio específicamente, indagar sobre la AT en sus dos dimensiones farmacológico y no farmacológico. La poca literatura disponible en la que se relacionan los conceptos de AS y AT en personas con HTA demuestra que el interés investigativo en estos constructos es reciente por lo tanto no se tiene disponible un número considerable de estudios al respecto.

Al analizar los artículos encontrados, se evidencio que algunos de ellos no presentaban claridad en la metodología, dificultando de esta manera la comprensión de la información y entorpeciendo el cumplimiento de los objetivos de la presente investigación.

Dentro de los estudios incluidos posterior a la realización de la revisión de literatura se encontró que varios artículos no abarcaban los fenómenos objetos de estudio en su totalidad, presentando información incompleta, lo que dificulto el cumplimiento de los objetivos del presente estudio.

A manera de dificultad para la ejecución de esta investigación, el acceso a las bases de datos fue limitado debido a problemas administrativos internos de la Universidad Surcolombiana que impedían el ingreso a las mismas, lo que llevo a los investigadores a buscar accesos a otras instituciones

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. World Health Organization. Adherencia a los tratamientos a largo plazo: pruebas para la acción [Internet]. 2004. [citado el 23 de julio de 2021]. Disponible en: <http://site.ebrary.com/id/10268791>
2. Sørensen K, Van den Broucke S, Fullam J, Doyle G, Pelikan J, Slonska Z, et al. Health literacy and public health: A systematic review and integration of definitions and models. BMC Public Health. [Internet]. el 25 de enero de 2012 [citado el 23 de julio de 2021]. Disponible en: <https://bmcpublichealth.biomedcentral.com/articles/10.1186/1471-2458-12-80#citeas>
3. World Health Organization. Enfermedades cardiovasculares (ECV) [Internet]. 2004 [citado el 23 de julio de 2021]. Disponible en: [https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/cardiovascular-diseases-\(cvds\)](https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/cardiovascular-diseases-(cvds))
4. Organización Panamericana de la Salud. La OMS revela las principales causas de muerte y discapacidad en el mundo: 2000-2019 - OPS/OMS [Internet]. 2020. [citado el 23 de julio de 2021]. Disponible en: <https://www.paho.org/es/noticias/9-12-2020-oms-revela-principales-causas-muerte-discapacidad-mundo-2000-2019>
5. Organización Panamericana de la Salud. Enfermedades cardiovasculares - OPS/OMS | Organización Panamericana de la Salud [Internet]. [citado el 23 de julio de 2021]. Disponible en: <https://www.paho.org/es/temas/enfermedades-cardiovasculares>
6. DANE - Enfermedades cardiovasculares [Internet]. [citado el 23 de julio de 2021]. Disponible en: <https://www.minsalud.gov.co/salud/publica/PENT/Paginas/enfermedades-cardiovasculares.aspx>

7. Estadísticas Vitales (EEVV) [Internet].2020. [citado el 24 de julio de 2021]. Disponible en:
https://www.dane.gov.co/files/investigaciones/poblacion/bt_estadisticasvital_2021pr.pdf
8. Defunciones no fetales 2019 [Internet]. 2020 [citado el 23 de julio de 2021]. Disponible en: <https://www.dane.gov.co/index.php/estadisticas-por-tema/salud/nacimientos-y-defunciones/defunciones-no-fetales/defunciones-no-fetales-2019>
9. Saumell JB, Parada TC, Aguilera AF, Rivas RMP. Factores de riesgo de las enfermedades cardiovasculares en pacientes de 50 años y menos. [Internet]. 2020 [citado el 23 de julio de 2021]. Disponible en:
http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1028-48182020000400772#:~:text=Los%20factores%20de%20riesgo%20m%C3%A1s,y%20el%20h%C3%A1bito%20de%20fumar.
10. Villarreal-Ríos E, Montoya-Cruz G, Vargas-Daza ER, Galicia-Rodríguez L, Escorcía-Reyes V, Cu-Flores LA. Vida saludable perdida por discapacidad aguda, crónica y muerte prematura en hipertensión arterial. [Internet]. 25 de marzo de 2021 [citado el 24 de julio de 2021]. Disponible en:
http://www.archivoscardiologia.com/frame_esp.php?id=256
11. Zurique Sánchez M, Zurique Sánchez C, Camacho López P, Sánchez Sanabria M, Hernández-Hernández S. Prevalencia de hipertensión arterial en Colombia. [Internet]. 2019 [citado el 23 de julio de 2021]. Disponible en:
<http://www.actamedicacolombiana.com/ojs/index.php/actamed/article/view/1293/631>
12. Ministerio de Salud y Protección Social de Colombia. Día Mundial de la Hipertensión Arterial Colombia. Internet]. 2017 [citado el 23 de julio de 2021]. Disponible en:

<https://www.minsalud.gov.co/sites/rid/Lists/BibliotecaDigital/RIDE/VS/PP/ENT/dia-mundial-hipertension-2017.pdf>

13. García-Castañeda NJ, Cardona Arango D, Segura-Cardona ÁM, Garzón Duque MO. Factores asociados a la hipertensión arterial en el adulto mayor según la subregión. *Revista Colombiana de [Internet]*. 2016 [citado el 23 de julio de 2021]. Disponible en:
http://www.scielo.org.co/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0120-56332016000600528#:~:text=La%20prevalencia%20creciente%20de%20la,exposici%C3%B3n%20prolongada%20al%20estr%C3%A9s2.
14. Cobo Sánchez JL. Alfabetización en salud y cuidados: mucho más que educar en salud. *Metas Enferm [Internet]*. junio de 2019 [citado el 22 de julio de 2021]. Disponible en:
<https://enfermeria21.com/pagedoi.php?pid=MetasEnf.2019.22.1003081427&idarticulo=81427&idpublicacion=3>
15. Coskun S, Bagcivan G. Associated factors with treatment adherence of patients diagnosed with chronic disease: Relationship with health literacy. [Internet]. junio de 2021 [citado el 22 de julio de 2021]. Disponible en: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/33092934/>
16. Ramírez Pérez AR, Ramírez Pérez JF, Borrell Zayas JC. Adherencia terapéutica antihipertensiva y factores asociados al incumplimiento en el primer nivel de atención en Cienfuegos, [Internet]. junio de 2021 [citado el 22 de julio de 2021]. Disponible en:
<https://www.medigraphic.com/pdfs/revcubfar/rcf-2020/rcf201f.pdf>
17. López Vázquez SA, Chávez Vega R. Adherencia al tratamiento antihipertensivo en pacientes mayores de 60 años. [Internet]. junio de 2021 [citado el 22 de julio de 2021]. Disponible en:
http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1729-519X2016000100006#:~:text=CONCLUSIONES-,La%20adherencia%20a%20la%20terap%C3%A9utica%20de%20los%2

Opacientes%20hipertensos%20mayores,la%20enfermedad%20y%20la%20polifarmacia.

18. Figueroa Saavedra CS, Otzen Hernández TF, Figueroa Delgado V, Sanhueza P, Candia J. Alfabetización en salud y adherencia farmacológica en adultos mayores con enfermedades crónicas, de la ciudad de Temuco. Rev Médica Chile. [Internet]. 2020 [citado el 22 de julio de 2021]. Disponible en:
https://www.scielo.cl/scielo.php?pid=S0034-98872020000500653&script=sci_arttext
19. Speros C. Promoting Health Literacy: A Nursing Imperative. Rev. Nurs Clin North Am. [Internet]. Septiembre de 2011; [citado el 22 de julio de 2021]. Disponible en:
<https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/21791267/#:~:text=Evidence%2Dbased%20strategies%20that%20promote,is%20needed%20for%20optimal%20health.>
20. Rosas Chávez G. Romero Visurraga CA. Ramírez Guardia E. Málaga G. Compliance in patients with high blood pressure in a national hospital in lima, Peru. Rev Peru Med Exp Salud Publica. [Internet]. 2019 [citado el 22 de julio de 2021]. Disponible en:
<https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/31460632/>
21. Berenguer Guarnaluses L. Algunas consideraciones sobre la hipertensión arterial. MEDISAN vol.20 no.11. [Internet]. 2016 [citado el 22 de julio de 2021]. Disponible en:
http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1029-30192016001100015
22. Troche Valdés M. Estrada Padrón M. Quevedo Martínez M. Hipertensión arterial, enemigo silencioso en los adolescentes. Rev Ciencias Médicas vol.22 no.3. [Internet]. 2018 [citado el 22 de julio de 2021]. Disponible en:

http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1561-31942018000300006

23. Rosas-Peralta M, Borrayo-Sánchez G. Impact of the new criteria for systemic arterial hypertension diagnosis and treatment suggested by the American College of Cardiology/American Heart Association. *Gac México* [Internet]. el 24 de octubre de 2019 [citado el 24 de julio de 2021];154(6):1794. Disponible en:
http://gacetamedicademexico.com/frame_eng.php?id=210
24. Tagle R. DIAGNÓSTICO DE HIPERTENSIÓN ARTERIAL. *Rev Médica Clínica Las Condes* [Internet]. el 1 de enero de 2018 [citado el 24 de julio de 2021];29(1):12–20. Disponible en: <https://www.elsevier.es/es-revista-revista-medica-clinica-las-condes-202-articulo-diagnostico-de-hipertension-arterial-S0716864018300099>
25. Tagle R. DIAGNÓSTICO DE HIPERTENSIÓN ARTERIAL. *Rev Médica Clínica Las Condes*. enero de 2018;29(1):12–20.
26. Rosas-Peralta M. Palomo-Piñón S. Borrayo-Sánchez G. Madrid-Miller A. Almeida-Gutiérrez E. Galván Osegura H. Magaña-Serrano JA. Saturno-Chiu G. Ramírez Arias E. Santos Martínez E. Díaz Díaz E. Salgado-Pastor SJ. Morales Mora G. Medina Concebida LE. Mejía Rodríguez O. Pérez Ruiz CE. Chapa Mejía LR. Álvarez Aguilar C. Pérez-Rodríguez G. Castro Martínez MG. López-Bárcena J. Paniagua Sierra R.. Consenso de Hipertensión Arterial Sistémica en México. *Rev Med Inst Mex Seguro Soc*. [Internet]. 2015 [citado el 22 de julio de 2021]. Disponible en:
<https://www.medigraphic.com/pdfs/imss/im-2016/ims161b.pdf>
27. Rodríguez RG, Cruz MM, Silva DC, Márquez OLR, Valdés H. Caracterización clínico-epidemiológica de la hipertensión arterial en adultos mayores Clinical Epidemiological Characterization of Hypertension in the Elderly. [Internet]. 2017 [citado el 22 de julio de 2021]. Disponible en:
<https://www.medigraphic.com/pdfs/cubaysalud/pcs-2018/pcss181bg.pdf>

28. World Health Organization. Hipertensión [Internet]. 2021. [citado el 23 de julio de 2021]. Disponible en: <https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/hypertension>
29. Cuenta de alto costo [Internet]. 2020 [citado el 23 de julio de 2021]. Disponible en: [https://cuentadealtocosto.org/site/wp-content/uploads/2021/07/CAC.Co_2021_07_14_Libro_Sit_ERC2020_v4\(1\).pdf](https://cuentadealtocosto.org/site/wp-content/uploads/2021/07/CAC.Co_2021_07_14_Libro_Sit_ERC2020_v4(1).pdf)
30. Hipertensión [Internet]. [citado el 23 de julio de 2021]. Disponible en: <https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/hypertension>
31. Rojas de Campos AL, Alfaro de Rojas AM. Adherencia a tratamientos antihipertensivos farmacológicos en adultos de poblaciones Latinoamericanas del año 2015 al 2019 [Doctor]. El salvador; 2019.
32. Alvarado Luis. Adherencia al tratamiento en las enfermedades crónicas y la vivencia del paciente. Rev. méd. Chile [Internet]. 2016 Feb [citado 23 de julio de 2021] ; 144(2): 269-270. Disponible en: http://www.scielo.cl/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-98872016000200019&lng=es. <http://dx.doi.org/10.4067/S0034-98872016000200019>.
33. Santeiro-Pérez L, Valdés-Gómez M, Díaz-Quiñones J, Díaz-Marrero J, Sarmiento-Albelo Y. Años de vida potencialmente perdidos por primeras causas de muerte. Revista Finlay [revista en Internet]. 2018 [citado 23 de julio de 2021].Disponible en: <http://www.revfinlay.sld.cu/index.php/finlay/article/view/602>
34. Pai Riera DP, Zapata Aponte CP, Garcs Ortega JP, Quillupangui Ramn SM, Sarmiento Ávila SA, Delgado Astudillo EP, Garca Solrzano GA, Pai Panam JC, Peralta Sumba DE, Samaniego Vasquez XS, Chuqui Rogel SA. Adherencia al tratamiento de la hipertensión arterial en adultos mayores. Revista Latinoamericana de Hipertensión [Internet]. 2020; [citado 23 de julio de 2021].Disponible en: <https://www.redalyc.org/articulo.oa?id=170269717010>

35. Pomares Avalos Ahmed, Vázquez Núñez Marian, Ruíz Domínguez Erika. Adherencia terapéutica en pacientes con hipertensión arterial. Rev. Finlay [Internet]. 2017 Jun [citado 24 de julio de 2021]. Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S2221-24342017000200003&lng=es..
36. Fernández DLJ, Ferrer DYB. Factores relacionados con la no adherencia al tratamiento farmacológico en hipertensos del Policlínico XX Aniversario. Rev. CorSalud; Vol 9, No 1. [Internet]. 2017 Jun [citado 24 de julio de 2021]. Disponible en: https://redib.org/Record/oai_articulo1229643-factores-relacionados-con-la-adherencia-al-tratamiento-farmacol%C3%B3gico-en-hipertensos-del-policl%C3%ADnico-xx-aniversario-dise%C3%B1o-de-un-programa-educativo/Citing#tabnav
37. Ramos Morales Luisa Estela. La adherencia al tratamiento en las enfermedades crónicas. Rev Cubana Angiol Cir Vasc [Internet]. 2015 Dic [citado 24 de julio de 2021] ; 16(2): 175-189. Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1682-00372015000200006&lng=es..
38. León-Landa EH, Orozco-Castillo L, Argüelles-Nava VG, Hernández-Barrera L, Luzanía-Valerio MS, Campos-Uscanga Y. La alfabetización en salud como factor clave en el autocuidado de la dieta en personas con diabetes mellitus tipo 2. Univ Salud [Internet]. el 16 de abril de 2019 [citado el 24 de julio de 2021];21(2):132–40. Disponible en: <http://revistas.udenar.edu.co/index.php/usalud/article/view/3860>
39. Málaga G, Cuba-Fuentes MS, Rojas-Mezarina L, Romero-Albino Z, Hamb A, Paz-Soldán VA. Estrategias para promover la alfabetización en salud desde la atención primaria: una perspectiva que considera las realidades de los países de ingresos medios y bajos. An Fac Med [Internet]. el 10 de octubre de 2019 [citado el 24 de julio de 2021];80(3):372–8. Disponible en:

<https://revistasinvestigacion.unmsm.edu.pe/index.php/anales/article/view/16864>

40. Pelayo Alonso R, Martínez Álvarez P, Sánchez Cano MS, Merino García S, Labrador Pérez A, Cobo Sánchez JL. Análisis del nivel de alfabetización en salud, en pacientes con insuficiencia renal crónica en hemodiálisis. *Enferm Nefrológica* [Internet]. el 28 de septiembre de 2017 [citado el 24 de julio de 2021];20(3):221–6. Disponible en: <https://enfermerianefrologica.com/revista/article/view/3468>
41. Green JA, Mor MK, Shields AM, Sevick MA, Arnold RM, Palevsky PM, et al. Associations of health literacy with dialysis adherence and health resource utilization in patients receiving maintenance hemodialysis. *Am J Kidney Dis* [Internet]. 2013 [citado el 24 de julio de 2021];62(1):73–80. Disponible en: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/23352380/>.
42. Geboers B, Brainard JS, Loke YK, Jansen CJM, Salter C, Reijneveld SA, et al. The association of health literacy with adherence in older adults, and its role in interventions: a systematic meta-review. *BMC Public Health* [Internet]. el 17 de septiembre de 2015 [citado el 24 de julio de 2021];15(1):903. Disponible en: <https://doi.org/10.1186/s12889-015-2251-y>
43. Komenaka IK, Nodora JN, Hsu CH, Martinez ME, Gandhi SG, Bouton ME, et al. Association of Health Literacy With Adherence to Screening Mammography Guidelines. *Obstet Gynecol* [Internet]. abril de 2015 [citado el 24 de julio de 2021];125(4):852–9. Disponible en: https://journals.lww.com/greenjournal/FullText/2015/04000/Association_of_Health_Literacy_With_Adherence_to.14.aspx
44. Fawcett J. The State of Nursing Science: Hallmarks of the 20th and 21st Centuries. *Nurs Sci Q* [Internet]. el 1 de octubre de 1999 [citado el 1 de agosto de 2021];12(4):311–5. Disponible en: <https://doi.org/10.1177/089431849901200411>

45. Manrique-Abril FG, Herrera-Amaya GM, Manrique-Abril RA, Beltrán-Morera J. Costos de un programa de atención primaria en salud para manejo de la hipertensión arterial en Colombia. *Rev Salud Pública (Bogota)* [Internet]. 2018 [citado el 1 de agosto de 2021];20(4):465–71. Disponible en: <https://www.scielosp.org/article/rsap/2018.v20n4/465-471/>.
46. García Laura Beatriz, Centurión Osmar Antonio. Medidas preventivas y manejo diagnóstico y terapéutico de la hipertensión arterial y las crisis hipertensivas. *Rev. salud publica Parag.* [Internet]. 2020 Dec [cited 1 de Agosto de 2021] ; 10(2): 59-66. Available from: http://scielo.iics.una.py/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S2307-33492020000200059&lng=en.
<https://doi.org/10.18004/rspp.2020.diciembre.59..>
47. Palmero-Picazo J, Rodríguez-Gallegos MF, Martínez Gutiérrez R. Crisis hipertensiva: un abordaje integral desde la atención primaria. *Arch Med Fam* [Internet]. 2020 [citado el 16 de julio de 2022];22(1):27–38. Disponible en: <https://www.medigraphic.com/cgi-bin/new/resumen.cgi?IDARTICULO=90966>.
48. Patel P, Ordunez P, DiPette D, Escobar MC, Hassell T, Wyss F, et al. Mejor control de la presión arterial para reducir la morbilidad y mortalidad por enfermedades cardiovasculares: Proyecto de Prevención y Tratamiento Estandarizado de la Hipertensión Arterial * Traducción oficial al español efectuada por la Organización Panamericana de la Salud a partir del artículo original publicado en el *Journal of Clinical Hypertension*, con autorización de John Wiley and Sons. En caso de discrepancia prevalecerá la versión original (en inglés). *Rev Panam Salud Pública* [Internet]. el 8 de junio de 2017 [citado el 2 de agosto de 2021];41:1. Disponible en: <https://scielosp.org/article/rpsp/2017.v41/1/>
49. Rosas-Peralta M, Borrayo-Sánchez G, Madrid-Miller A, Ramírez-Arias E, Pérez-Rodríguez G. Cardiovascular complications of hypertensive crisis.

- Rev Med Inst Mex Seguro Soc [Internet]. 2016 [citado el 16 de julio de 2022];54 Suppl 1:s67-74. Disponible en:
<https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/27284845/>.
50. Sobrino Martínez J, Doménech Feria-Carot M, Morales Salinas A, Coca Payeras A. Crisis hipertensivas: urgencia y emergencia hipertensiva. Medwave [Internet]. el 18 de noviembre de 2016 [citado el 2 de agosto de 2021];16(Suppl4). Disponible en:
<https://www.medwave.cl/link.cgi/Medwave/PuestaDia/Suplementos/6612.act>
51. Paixão Teixeira C, Silva LD. Las incapacidades físicas de pacientes con accidente vascular cerebral: acciones de enfermería. Enferm Glob [Internet]. febrero de 2009 [citado el 2 de agosto de 2021];(15):0–0. Disponible en:
https://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_abstract&pid=S1695-61412009000100019&lng=es&nrm=iso&tlng=es
52. Red Latinoamericana de Gerontología [Internet]. [citado el 2 de agosto de 2021]. Disponible en:
<https://www.gerontologia.org/portal/information/showInformation.php?idinfo=143>
53. Qué es el Plan Decenal de Salud Pública [Internet]. Así Vamos en Salud - indicadores en salud normatividad derechos. 2019 [citado el 1 de agosto de 2021]. Disponible en:
<https://www.asivamosensalud.org/publicaciones/noticias-especializadas/que-es-el-plan-decenal-de-salud-publica>
54. Ministerio de salud y protección social. Modelo PAIS 2016. [Internet]. 2016 [citado el 6 de agosto de 2021]. Disponible en:
<https://www.minsalud.gov.co/sites/rid/Lists/BibliotecaDigital/RIDE/DE/mo-delopais-2016.pdf>
55. Qué es el Plan Decenal de Salud Pública [Internet]. Así Vamos en Salud - indicadores en salud normatividad derechos. 2019 [citado el 6 de

- agosto de 2021]. Disponible en:
<https://www.asivamosensalud.org/publicaciones/noticias-especializadas/que-es-el-plan-decenal-de-salud-publica>
56. Rubio-Romero Jorge Andrés. Política integral de atención en salud y la educación en áreas de la salud. Rev Colomb Obstet Ginecol [Internet]. 2016 June [citado 6 de Agosto de 2021] ; 67(2): 83-85. Available from: http://www.scielo.org.co/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-74342016000200001&lng=en..
57. Ortellado DJ, Arbo G. Urgencias y emergencias hipertensivas Hypertensive emergencies and urgency. [Internet]. 2018 [citado 6 de Agosto de 2021] ; 67(2): 83-85. Disponible en: <http://www.actamedicacolombiana.com/anexo/articulos/2019/01S-2019-14.pdf> .
58. Veliz-Rojas L, Mendoza-Parra S, Barriga OA. Adherencia terapéutica y control de los factores de riesgo cardiovasculares en usuarios de atención primaria. Enferm Univ [Internet]. enero de 2015 [citado el 6 de agosto de 2021];12(1):3–11. Disponible en: <http://www.revista-enfermeria.unam.mx/ojs/index.php/enfermeriauniversitaria/article/view/154>
59. Martínez Fajardo EJ, García Valdez R, Álvarez Villaseñor AS. Adherencia al tratamiento farmacológico en pacientes con hipertensión arterial de un consultorio auxiliar. Med gen fam [Internet]. 2019 [citado el 6 de agosto de 2021];8(2):56–61. Disponible en: <https://mgyf.org/adherencia-al-tratamiento-farmacologico-en-pacientes-con-hipertension-arterial-de-un-consultorio-auxiliar/>.
60. Rodríguez-Abt 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 [Internet]. el 1 de enero de 2017 [citado el 2 de agosto de

- 2021];65(1):55–60. Disponible en:
<https://revistas.unal.edu.co/index.php/revfacmed/article/view/56773>
61. Zurera Delgado I, Caballero Villarraso MT, Ruíz García M. Análisis de los factores que determinan la adherencia terapéutica del paciente hipertenso. *Enferm Nefrológica* [Internet]. diciembre de 2014 [citado el 2 de agosto de 2021];17(4):251–60. Disponible en:
https://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_abstract&pid=S2254-28842014000400003&lng=es&nrm=iso&tlng=es
62. Dilla T, Valladares A, Lizán L, Sacristán JA. Adherencia y persistencia terapéutica: causas, consecuencias y estrategias de mejora. *Aten Primaria* [Internet]. el 1 de junio de 2009 [citado el 1 de agosto de 2021];41(6):342–8. Disponible en: <https://www.elsevier.es/es-revista-atencion-primaria-27-articulo-adherencia-persistencia-terapeutica-causas-consecuencias-S0212656709001504>
63. Gutiérrez Barreiro R, Gómez Ochoa AM. Agencia de autocuidado y autoeficacia percibida en personas con cardiopatías isquémicas. *Av En Enferm* [Internet]. el 1 de mayo de 2018 [citado el 2 de agosto de 2021];36(2):161–9. Disponible en:
<https://revistas.unal.edu.co/index.php/avenferm/article/view/65674>
64. López Vázquez SA, Vega RC. Adherencia al tratamiento antihipertensivo en pacientes mayores de 60 años. *Rev habanera cienc médicas* [Internet]. 2015 [citado el 16 de julio de 2022];15(1):40–50. Disponible en:
<http://www.revhabanera.sld.cu/index.php/rhab/article/view/1036>
65. Laverde Contreras OL, Carvajal Carrascal G, Jaimes Carvajal N, Escobar Ramírez MC, Arroyo Marles LP, Laverde Contreras OL, et al. Rol independiente y ambiente de la práctica de enfermería. *Rev Cuba Enferm* [Internet]. diciembre de 2017 [citado el 30 de julio de 2021];33(4). Disponible en:

http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_abstract&pid=S0864-03192017000400008&lng=es&nrm=iso&tlng=es

66. Yárnoz AZ. El rol del profesional en enfermería. Aquichan [Internet]. 2003 [citado el 2 de agosto de 2021];3(1). Disponible en: <https://aquichan.unisabana.edu.co/index.php/aquichan/article/view/33>.
67. Intervenciones de enfermeria para la atencion integral del adulto con HAS GRR.pdf [Internet]. [citado el 2 de agosto de 2021]. Disponible en: <http://educads.salud.gob.mx/sitio/recursos/HAS/Intervenciones%20de%20enfermeria%20para%20la%20atencion%20integral%20del%20adulto%20con%20HAS%20GRR.pdf>
68. Márquez-Hernández VV, Granados Gámez G, Roales-Nieto JG. Aplicación de un programa de mejora de la adherencia en pacientes hipertensos debutantes. Aten Primaria [Internet]. febrero de 2015 [citado el 2 de agosto de 2021];47(2):83–9. Disponible en: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC6985635/>
69. Estrada D, Pujol E, Jiménez L, Salamero M, de la Sierra A. Efectividad de una intervención educativa sobre hipertensión arterial dirigida a pacientes hipertensos de edad avanzada. Rev Esp Geriatria Gerontol [Internet]. el 1 de marzo de 2012 [citado el 2 de agosto de 2021];47(2):62–6. Disponible en: <https://www.elsevier.es/es-revista-revista-espanola-geriatria-gerontologia-124-articulo-efectividad-una-intervencion-educativa-sobre-S0211139X1100357X>
70. Arias RDG. ¿Qué se ha entendido por salud y enfermedad? Fac Nac Salud Pública El Escen Para Salud Pública Desde Cienc [Internet]. 2018 [citado el 2 de agosto de 2021];36(Extra 1):64–102. Disponible en: <https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=7016827>
71. Bartel JC, Buturusis B. Clinical practice: new challenges for the advanced practice nurse. Semin Nurse Manag [Internet]. 2000 [citado el 6 de agosto de 2021];8(4):182–7. Disponible en: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/12029667/>.

72. Guarnaluses LJB. Algunas consideraciones sobre la hipertensión arterial. Medisan [Internet]. 2016 [citado el 6 de agosto de 2021];20(11):5185–90. Disponible en: <https://www.medigraphic.com/cgi-bin/new/resumen.cgi?IDARTICULO=68619>
73. Guía ESC/ESH 2018 sobre el diagnóstico y tratamiento de la hipertensión arterial [Internet]. [citado el 20 de enero de 2022]. Disponible en: <https://www.revespcardiol.org/es-pdf-S0300893218306791>
74. Ministerio de salud y protección social. Guía de practica clínica de hipertensión arterial primaria [Internet].2013. [citado el 6 de agosto de 2021]. Disponible en: https://www.minsalud.gov.co/sites/rid/Lists/BibliotecaDigital/RIDE/INEC/ETS/GPC_Completa_HTA.pdf
75. Williams B, Mancia G, Spiering W, Agabiti Rosei E, Azizi M, Burnier M, et al. 2018 ESC/ESH Guidelines for the management of arterial hypertension. Eur Heart J [Internet]. 2018 [citado el 6 de agosto de 2021];39(33):3021–104. Disponible en: <https://academic.oup.com/eurheartj/article/39/33/3021/5079119>
76. Sosa-Rosado José Manuel. Tratamiento no farmacológico de la hipertensión arterial. An. Fac. med. [Internet]. 2010 Dic [citado 06 de agosto de 2021] ; 71(4): 241-244. Disponible en: http://www.scielo.org.pe/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1025-55832010000400006&lng=es.
77. Luna Ruiz-Cabello A. La alfabetización en salud de la población española : variables relacionadas según los resultados del proyecto europeo de alfabetización en salud [Internet] [Ph.D. Thesis]. TDR (Tesis Doctorales en Red). Universidad de Murcia; 2015 [citado el 27 de agosto de 2021]. Disponible en: <http://www.tdx.cat/handle/10803/309753>
78. Catalán VG, Fernández AG, Ortega MT, Mochol CS, García-Berlanga OM. Propuesta de alfabetización en salud a través de competencias en

- la educación obligatoria. Rev Cub Salud Publica [Internet]. 2018 [citado el 06 de agosto de 2021];44(4):47–60. Disponible en: <https://www.medigraphic.com/cgi-bin/new/resumen.cgi?IDARTICULO=84990> Caldwell EP, Melton K. Health Literacy of Adolescents. J Pediatr Nurs. noviembre de 2020;55:116–9.
79. Rowlands G, Khazaezadeh N, Oteng-Ntim E, Seed P, Barr S, Weiss BD. Development, and validation of a measure of health literacy in the UK: the newest vital sign. BMC Public Health [Internet]. 2013;13(1):116. Disponible en: <http://dx.doi.org/10.1186/1471-2458-13-116>
80. D. Berkman N, L. Sheridan S, E. Donahue K, J. Halpern D, Crotty K. Low Health Literacy and Health Outcomes: An Updated Systematic Review. Ann Intern Med [Internet]. el 19 de julio de 2011 [citado el 25 de septiembre de 2021]; Disponible en: <https://www.acpjournals.org/doi/abs/10.7326/0003-4819-155-2-201107190-00005>
81. Sørensen K, Van den Broucke S, Fullam J, Doyle G, Pelikan J, Slonska Z, et al. Health literacy and public health: a systematic review and integration of definitions and models. BMC Public Health [Internet]. 2012;12(1):80. Disponible en: <http://dx.doi.org/10.1186/1471-2458-12-80>
82. Málaga G, Cuba-Fuentes MS, Rojas-Mezarina L, Romero-Albino Z, Hamb A, Paz-Soldán VA. Estrategias para promover la alfabetización en salud desde la atención primaria: una perspectiva que considera las realidades de los países de ingresos medios y bajos. An Fac Med (Lima Peru : 1990) [Internet]. 2019 [citado el 06 de agosto de 2022];80(3):372–8. Disponible en: http://www.scielo.org.pe/scielo.php?pid=S1025-55832019000300018&script=sci_abstract
83. Reyes MÁ, Sotolongo IM, Reyes EM, Colina BV. Estrategia educativa sobre hipertensión arterial para adultos mayores de un consultorio del Policlínico Previsora. 2011 [citado el 06 de agosto de 2021]; Disponible

en:

<https://www.semanticscholar.org/paper/1ea214444617a9bcd6d32a41570ff15ab515b723>

84. Costa-Requena G, Moreso F, Cantarell MC, Serón D. Alfabetización en salud y enfermedad renal crónica. *Nefrología* [Internet]. 2017 [citado el 16 de julio de 2022];37(2):115–7. Disponible en:
<https://www.revistanefrologia.com/es-alfabetizacion-salud-enfermedad-renal-cronica-articulo-S0211699516301527>
85. Nutbeam D. Health literacy as a public health goal: a challenge for contemporary health education and communication strategies into the 21st century. *Health Promot Int* [Internet]. 2000 [citado el 16 de julio de 2022];15(3):259–67. Disponible en:
<https://academic.oup.com/heapro/article/15/3/259/551108>
86. Rosas-Chavez 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 Publica* [Internet]. 2019 [citado el 16 de julio de 2022];36(2):214–21. Disponible en:
http://www.scielo.org.pe/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1726-46342019000200007
87. Montesi M. Alfabetización en salud: revisión narrativa e interdisciplinar de la literatura publicada en biomedicina y en biblioteconomía y documentación. *Revista Cubana de Información en Ciencias de la Salud* [Internet]. 2017 [citado el 16 de julio de 2022];28(3):6. Disponible en:
<https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=6544172>
88. Sørensen K, Van den Broucke S, Pelikan JM, Fullam J, Doyle G, Slonska Z, et al. Measuring health literacy in populations: illuminating the design and development process of the European Health Literacy Survey Questionnaire (HLS-EU-Q). *BMC Public Health* [Internet].

2013;13(1):948. Disponible en: <http://dx.doi.org/10.1186/1471-2458-13-948>

89. Kim MT, Song H-J, Han H-R, Song Y, Nam S, Nguyen TH, et al. Development and validation of the high blood pressure-focused health literacy scale. *Patient Educ Couns* [Internet]. 2012 [citado el 16 de julio de 2022];87(2):165–70. Disponible en: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/22030252/>
90. Kanejima Y, Shimogai T, Kitamura M, Ishihara K, Izawa KP. Impact of health literacy in patients with cardiovascular diseases: A systematic review and meta-analysis. *Patient Educ Couns* [Internet]. 2022 [citado el 16 de julio de 2022];105(7):1793–800. Disponible en: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/34862114/>
91. Literacia em saúde de utentes com hipertensão e diabetes de uma região do norte de Portugal [Internet]. *Esenfc.pt*. [citado el 16 de julio de 2022]. Disponible en: https://rr.esenfc.pt/rr/index.php?module=rr&target=publicationDetails&pesquisa=&id_artigo=2921&id_revista=24&id_edicao=138
92. Botelho Ramos CL, Couto Almeida Santos AL, Teixeira Santos Souto AM, Ribeiro de Jesus LA. Conhecimento dos utentes com hipertensão arterial de uma unidade de saúde familiar sobre a sua patologia. *Rev Enferm Ref* [Internet]. 2019;IV(23):41–7. Disponible en: <https://www.redalyc.org/articulo.oa?id=388262389005>
93. Estrada D, Sierra C, Soriano RM, Jordán AI, Plaza N, Fernández C, et al. Grado de conocimiento de la hipertensión en pacientes hipertensos. *Enferm Clín (Engl Ed)* [Internet]. 2020 [citado el 16 de julio de 2022];30(2):99–107. Disponible en: <https://www.elsevier.es/es-revista-enfermeria-clinica-35-articulo-grado-conocimiento-hipertension-pacientes-hipertensos-S1130862119300440>
94. Lima JP de, Abreu DPG, Bandeira E de O, Brum AN, Garlet BB, Martins NFF. Functional health literacy in older adults with hypertension in the

- Family Health Strategy. Rev Bras Enferm [Internet]. 2020 [citado el 16 de julio de 2022];73 Suppl 3(suppl 3):e20190848. Disponible en: <https://www.scielo.br/j/reben/a/MtXjxzTgYCr9KXyngZ39XKN/?lang=en>
95. Velásquez V. JE, Arboleda M. LM. Conocimientos y hábitos alimentarios en mujeres diagnosticadas con hipertensión arterial del municipio de Sonsón - Colombia. Rev Chil Nutr [Internet]. 2015;42(4):357–61. Disponible en: <https://www.redalyc.org/articulo.oa?id=46943554006>
96. Benítez Camps M, Egocheaga Cabello MI, Dalfó Baqué A, Bajo García J, Vara González L, Sanchis Doménech C, et al. Estudio Conocimiento: grado de conocimiento sobre hipertensión arterial de nuestros pacientes. Relación con el nivel de control de la misma. Hipertens Riesgo Vasc [Internet]. 2015 [citado el 16 de julio de 2022];32(1):12–20. Disponible en: <https://www.elsevier.es/es-revista-hipertension-riesgo-vascular-67-articulo-estudio-conocimiento-grado-conocimiento-sobre-S1889183714000634>
97. Ortego M, López S, Álvarez M. La adherencia al tratamiento. En: CIENCIAS'PSICOSOCIALES I, Curso en línea de la Universidad de Cantabria, España [Internet]. Universidad de Cantabria; 2004. p. 32. Disponible en: https://ocw.unican.es/pluginfile.php/1420/course/section/1836/tema_14.pdf
98. Haynes RB, Taylor DW, Sackett DL. Compliance in health care [Internet]. Baltimore : Johns Hopkins University Press; 1979 [citado el 3 de diciembre de 2021]. 546 p. Disponible en: <http://archive.org/details/complianceinheal00hayn>
99. Ortega Cerda JJ, Sánchez Herrera D, Rodríguez Miranda ÓA, Ortega Legaspi JM. Adherencia terapéutica: un problema de atención médica. Acta méd Grupo Ángeles [Internet]. 2018 [citado el 16 de julio de 2022];16(3):226–32. Disponible en:

http://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1870-72032018000300226

100. Reyes-Flores E, Trejo-Alvarez R, Arguijo-Abrego S, Jiménez-Gómez A, Castillo-Castro A, Hernández-Silva A, et al. Adherencia terapéutica: conceptos, determinantes y nuevas estrategias. Rev Med Hondur [Internet]. 2016 [citado el 16 de julio de 2022];84(3–4):125–32. Disponible en: <https://www.camjol.info/index.php/RMH/article/view/12384>
101. Rojas Reyes J, Moscoso Loaiza LF. Adherencia al tratamiento en personas con alteraciones cardiovasculares: Enfoques teóricos de enfermería. Cult Los Cuid [Internet]. 2020 [citado el 27 de agosto de 2021];(56). Disponible en: <http://hdl.handle.net/10045/106035>
102. Orellana Cobos DF, Chacón Abril KL, Quizhpi Lazo JM, Álvarez Serrano ME. Estudio Transversal: Prevalencia de Hipertensión Arterial, Falta de Adherencia al Tratamiento Antihipertensivo y Factores Asociados en Pacientes de los Hospitales José Carrasco Arteaga y Vicente Corral Moscoso. Rev Médica Hosp José Carrasco Arteaga [Internet]. 2016 [citado el 16 de julio de 2022];8(3):252–8. Disponible en: <https://www.semanticscholar.org/paper/fe6aa72056e8fe64029068379eb2704badcf3b37>
103. Hernández YN, Pacheco JAC, Larreynaga MR. La teoría Déficit de autocuidado: Dorothea Elizabeth Orem. Gac médica espirituaña [Internet]. 2017 [citado el 16 de julio de 2022];19(3). Disponible en: <https://www.medigraphic.com/cgi-bin/new/resumen.cgi?IDARTICULO=77397>
104. Martínez-Domínguez GI, Martínez-Sánchez LM, Lopera-Valle JS, Vargas-Grisales N. La importancia de la adherencia terapéutica. Rev Soc venez endocrinol metab [Internet]. 2016 [citado el 16 de julio de 2022];14(2):107–16. Disponible en: http://ve.scielo.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1690-31102016000200003

105. Aristizábal Hoyos GP, Blanco Borjas DM, Sánchez Ramos A, Ostiguín Meléndez RM. El modelo de promoción de la salud de Nola Pender: Una reflexión en torno a su comprensión. *Enferm univ* [Internet]. 2011 [citado el 16 de julio de 2022];8(4):16–23. Disponible en: http://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1665-70632011000400003
106. Zenteno-López MA, Tzontehua-Tzontehua I, Gil-Londoño E, Contreras-Arroy S, Galicia-Aguilar R. Continuidad de cuidados para la adherencia terapéutica en la persona con diabetes tipo 2. *Enferm univ* [Internet]. 2016 [citado el 16 de julio de 2022];13(2):130–7. Disponible en: <https://www.elsevier.es/es-revista-enfermeria-universitaria-400-articulo-continuidad-cuidados-adherencia-terapeutica-persona-S1665706316000245>
107. Díaz de Flores L, Durán de Villalobos MM, Gallego de Pardo P, Gómez Daza B, Gómez de Obando E, González de Acuña Y, et al. Análisis de los conceptos del modelo de adaptación de Callista Roy. *Aquichan* [Internet]. 2002 [citado el 16 de julio de 2022];2(1):19–23. Disponible en: http://www.scielo.org.co/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1657-59972002000100004
108. Tarquinio C, Tarquinio M-P. L'observance thérapeutique: déterminants et modèles théoriques. *Prat psychol* [Internet]. 2007;13(1):1–19. Disponible en: [http://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S1269-1763\(06\)00083-6](http://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S1269-1763(06)00083-6)
109. Parra DI, Romero Guevara SL, Rojas LZ. Influential factors in adherence to the therapeutic regime in hypertension and diabetes. *Invest Educ Enferm* [Internet]. 2019 [citado el 16 de julio de 2022];37(3). Disponible en: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/31830400/>
110. Plan de adherencia al tratamiento, uso responsable del medicamento. *Internet*. Disponible en:

https://www.sefac.org/sites/default/files/sefac2010/private/documentos_sefac/documentos/farmaindustria-plan-de-adherencia.pdf

111. Weschenfelder Magrini D, Gue Martini J. Hipertensión arterial: principales factores de riesgo modificables en la estrategia salud de la familia. *Enferm glob* [Internet]. 2012 [citado el 16 de julio de 2022];11(26):344–53. Disponible en:
https://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1695-61412012000200022
112. Valencia-Monsalvez F, Mendoza-Parra S, Luengo-Machuca L. Evaluación de la escala Morisky de adherencia a la medicación (MMAS-8) en adultos mayores de un centro de atención primaria en Chile. *Rev Peru Med Exp Salud Publica* [Internet]. 2017 [citado el 16 de julio de 2022];34(2):245. Disponible en:
http://www.scielo.org.pe/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1726-46342017000200012
113. D' S, Koch A. INSTRUMENTO PARA MEDIR VARIABLES PSICOSOCIALES ASOCIADAS AL CUMPLIMIENTO DEL TRATAMIENTO MÉDICO [Internet]. Ula.ve. [citado el 16 de julio de 2022]. Disponible en:
<http://www.saber.ula.ve/bitstream/handle/123456789/21868/articulo1.pdf;jsessionid=7BC7FC7736324BBAC8AFABFB32F6AE64?sequence=2>
114. Ramos Morales LE. La adherencia al tratamiento en las enfermedades crónicas. *Rev Cubana Angiol Cir Vasc* vol.16 no.2. [Internet]. 2015. [citado el 16 de julio de 2022]. Disponible en:
http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1682-00372015000200006
115. Varela Arévalo, María Teresa, El reto de evaluar la adherencia al tratamiento en la hipertensión arterial. *Pensamiento Psicológico* [Internet]. 2010;7(14):127-139. Recuperado de:
<https://www.redalyc.org/articulo.oa?id=80113673010>

116. Páez Esteban AN, Caballero Díaz LP, López Barbosa N, Oróstegui Arenas M, Orozco Vargas LC, Valencia Angel LI. Validez de constructo de un instrumento de enfermería para evaluar adherencia al tratamiento antihipertensivo. *Enferm glob* [Internet]. 2014 [citado el 16 de julio de 2022];13(2):37–47. Disponible en: https://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1695-61412014000200002
117. Viana LR de C, Pimenta CJL, Ferreira GRS, Oliveira J dos S, Costa TF da, Costa KN de FM. HEALTH-RELATED QUALITY OF LIFE AND THERAPEUTIC ADHERENCE IN BREAST AND PROSTATE CANCER. *Texto Contexto - Enferm* [Internet]. el 4 de junio de 2021 [citado el 9 de diciembre de 2021];30. Disponible en: <http://www.scielo.br/j/tce/a/Bg9STzZQGtxrgjRn7wQsLGr/?lang=en>
118. SciELO - Brazil - Effectiveness of health education in the self-care and adherence of patients with heart failure: a meta-analysis Effectiveness of health education in the self-care and adherence of patients with heart failure: a meta-analysis [Internet]. [citado el 9 de diciembre de 2021]. Disponible en: <https://www.scielo.br/j/rlae/a/QHMSCpnbqyQnFtbnjhzw8S/?lang=en>
119. Tavares Gomes A, Santos Marques J, de Oliveira Meneses M, Vicente Torres M, Martins de Deus Leal SR, de Sousa Meneses Brandão SA, et al. Factores asociados con el cumplimiento de la medicación y el tratamiento sin medicación en pacientes hipertensos. *Rev Cuba Enferm* [Internet]. marzo de 2021 [citado el 9 de diciembre de 2021];37(1). Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_abstract&pid=S0864-03192021000100004&lng=es&nrm=iso&tlng=es
120. Nascimento MO do, Belo RM de O, Araújo TLL de S, Silva KGNM da, Barros MDFFN, Figueirêdo TR, et al. Factors associated to the adherence to the non-pharmacological treatment of hypertension in

- primary health care. Rev Bras Enferm [Internet]. el 18 de agosto de 2021 [citado el 9 de diciembre de 2021];74. Disponible en:
<http://www.scielo.br/j/reben/a/vKw4ScwGhjbHn4rRX37kdQ/?lang=en>
121. Real Delor R, Gamez Cassera MA, Redes Zeballos ML, Martínez Urizar M, Aguilera Iriarte GA, Oviedo Velázquez G, et al.
http://scielo.iics.una.py/scielo.php?script=sci_abstract&pid=S2307-33492021000200035&lng=en&nrm=iso&tlng=es. Rev Salud Publica Parag. diciembre de 2021;11(2):35–41.
122. Pelayo Alonso R Sra, Martínez Álvarez P Sra, Cagigas Villoslada MJ Sra, Cobo Sánchez JL Sr, Palacio Cornejo CM Sra. Grado de incumplimiento terapéutico en función del nivel de alfabetización en salud en pacientes en hemodiálisis. Enferm nefrol [Internet]. 2021 [citado el 16 de julio de 2022];24(2):175–82. Disponible en:
https://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S2254-28842021000200175
123. Perez TA, Chagas EFB, Pinheiro OL. Health functional literacy and adherence to antiretroviral therapy in people living with HIV. Rev Gaúcha Enferm [Internet]. el 8 de febrero de 2021 [citado el 9 de diciembre de 2021];42. Disponible en:
<http://www.scielo.br/j/rngenf/a/9WRsPRGxXgYrbbNLmMZwWst/?lang=en>
124. Guirao Goris SJA. Utilidad y tipos de revisión de literatura. Ene [Internet]. 2015 [citado el 16 de julio de 2022];9(2):0–0. Disponible en:
https://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1988-348X2015000200002
125. Manterola C, Astudillo P, Arias E, Claros N, Grupo MINCIR (Metodología e Investigación en Cirugía). Revisiones sistemáticas de la literatura. Qué se debe saber acerca de ellas. Cir Esp [Internet]. 2013 [citado el 16 de julio de 2022];91(3):149–55. Disponible en:
<https://www.elsevier.es/es-revista-cirugia-espanola-36-articulo-revisiones-sistematicas-literatura-que-se-S0009739X11003307>

126. Whittemore R, Knafelz K. The integrative review: updated methodology. *J Adv Nurs* [Internet]. 2005 [citado el 16 de julio de 2022];52(5):546–53. Disponible en: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/16268861/>
127. Zambrano Molina EF, Gómez Valencia N, Colorado Plazas JJ. Rol de enfermería en el cuidado de la persona con cáncer gástrico en América del Sur : revisión integrativa. Pontificia Universidad Javeriana; 2020. citado el 16 de julio de 2022]. Disponible en: <https://repository.javeriana.edu.co/handle/10554/52112>
128. Vandenberghe JP, Von Elm E, Altman DG, Gøtzsche PC, Mulrow CD, Pocock SJ, et al. Mejorar la comunicación de estudios observacionales en epidemiología (STROBE): explicación y elaboración. *Gac Sanit* [Internet]. 2009 [citado el 16 de julio de 2022];23(2):158. Disponible en: https://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_abstract&pid=S0213-91112009000200015
129. Índices de impacto de las publicaciones - Biblioteca [Internet]. [citado el 17 de mayo de 2022]. Disponible en: <https://www.mondragon.edu/es/web/biblioteka/indices-de-impacto-de-las-publicaciones>
130. Ministerio de S. Resolución 8430 de 1993 [Internet]. oct 4, 1993. Disponible en: <https://www.minsalud.gov.co/sites/rid/Lists/BibliotecaDigital/RIDE/DE/DIJ/RESOLUCION-8430-DE-1993.PDF>
131. Congreso de Colombia. Ley 266 [Internet]. ene 25, 1996. Disponible en: https://www.mineducacion.gov.co/1759/articles-105002_archivo_pdf.pdf
132. Ley 1915 de 2018 - Gestor Normativo - Función Pública [Internet]. [citado el 7 de enero de 2022]. Disponible en: <https://www.funcionpublica.gov.co/eva/gestornormativo/norma.php?i=87419>

133. El Código de Nüremberg - Universidad de Chile [Internet]. [citado el 26 de febrero de 2022]. Disponible en:
<https://uchile.cl/portal/investigacion/centro-interdisciplinario-de-estudios-en-bioetica/documentos/76028/el-codigo-de-nuremberg>
134. Trueba-Gómez R, Estrada-Lorenzo J-M. La base de datos PubMed y la búsqueda de información científica. *Sem Fund Es Reumatol* [Internet]. 2010 [citado el 16 de julio de 2022];11(2):49–63. Disponible en:
<https://www.elsevier.es/es-revista-seminarios-fundacion-espanola-reumatologia-274-articulo-la-base-datos-pubmed-busqueda-S1577356610000229>
135. Niño-Puello M. El inglés y su importancia en la investigación científica: algunas reflexiones. *Rev Colomb Cienc Anim - RECIA* [Internet]. 2013 [citado el 16 de julio de 2022];5(1):243. Disponible en:
<https://revistas.unisucre.edu.co/index.php/recia/article/view/487>
136. Polit DF, Beck CT. *Essentials of nursing research: appraising evidence for nursing practice*. 7th ed. Philadelphia: Wolters Kluwer Health/Lippincott Williams & Wilkins; [Internet]. 2010 [citado el 16 de julio de 2022];5(1):243. Disponible en: http://opac.fkik.uin-alauddin.ac.id/repository/Denise_F._Polit_Essentials_of_Nursing_Research_Appraising_Evidence_for_Nursing_Practice_Essentials_of_Nursing_Research_Polit____2009.pdf
137. García-García JA, Reding-Bernal A, López-Alvarenga JC. Cálculo del tamaño de la muestra en investigación en educación médica. *Investig educ médica* [Internet]. 2013 [citado el 16 de julio de 2022];2(8):217–24. Disponible en: <https://www.elsevier.es/es-revista-investigacion-educacion-medica-343-articulo-calculo-del-tamano-muestra-investigacion-S2007505713727157>
138. Lor M, Koleck TA, Bakken S, Yoon S, Dunn Navarra A-M. Association between health literacy and medication adherence among Hispanics with hypertension. *J Racial Ethn Health Disparities* [Internet]. 2019 [citado el

16 de julio de 2022];6(3):517–24. Disponible en:

<http://dx.doi.org/10.1007/s40615-018-00550-z>

139. Pinhati RR, Ferreira RE, Carminatti M, Tavares PL, Marsicano EO, Sertório ES, et al. The prevalence and associated factors of nonadherence to antihypertensive medication in secondary healthcare. *Int Urol Nephrol* [Internet]. 2021 [citado el 16 de julio de 2022];53(8):1639–48. Disponible en: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/33454860/>
140. Saqlain M, Riaz A, Malik MN, Khan S, Ahmed A, Kamran S, et al. Medication adherence and its association with health literacy and performance in activities of daily livings among elderly hypertensive patients in Islamabad, Pakistan. *Medicina (Kaunas)* [Internet]. 2019 [citado el 16 de julio de 2022];55(5):163. Disponible en: <http://dx.doi.org/10.3390/medicina55050163>.
141. Pinhati R, Ferreira R, Carminatti M, Colugnati F, de Paula R, Sanders-Pinheiro H. Adherence to antihypertensive medication after referral to secondary healthcare: A prospective cohort study. *Int J Clin Pract* [Internet]. 2021 [citado el 16 de julio de 2022];75(3):e13801. Disponible en: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/33113587/>
142. Firat Kilic H, Dag S. The relationship between health literacy and medication adherence in a hypertensive patient population [Internet]. *Internationaljournalofcaringsciences.org*. [citado el 16 de julio de 2022]. Disponible en: http://www.internationaljournalofcaringsciences.org/docs/12_firatkilik_organal_13_1.pdf
143. Náfrádi L, Galimberti E, Nakamoto K, Schulz PJ. Intentional and unintentional medication non-adherence in hypertension: The role of health literacy, empowerment and medication beliefs. *J Public Health Res* [Internet]. 2016 [citado el 16 de julio de 2022];5(3):762. Disponible en: <http://dx.doi.org/10.4081/jphr.2016.762>

144. STROBE_Spanish.pdf [Internet]. [citado el 8 de julio de 2022].
Disponible en: https://www.equator-network.org/wp-content/uploads/2015/10/STROBE_Spanish.pdf
145. Uribe C, Cuello CV;., Lubo M;., Martínez A;., Marriaga D;., Ospino A;., et al. The Impact Factor (IF) in the evaluation of biomedical journals [Internet]. Redalyc.org. [citado el 16 de julio de 2022]. Disponible en: <https://www.redalyc.org/pdf/817/81722205.pdf>
146. Ortiz-Ocaña A. LA CONFIGURACIÓN DE LA TESIS DOCTORAL. SU ESTRUCTURA, REDACCIÓN, DEFENSA Y PUBLICACIÓN. Revista Latinoamericana de Estudios Educativos (Colombia) [Internet]. 2018;14(2):102–31. Disponible en: <https://www.redalyc.org/articulo.oa?id=134157078006>
147. Pérez RFT, León MSQ, Rodríguez MRP, Toca EPM, Orellana FMÁ, Toca SCM, et al. Factores de riesgo de la hipertensión arterial esencial y el riesgo cardiovascular. el 31 de diciembre de 2021 [citado el 8 de julio de 2022]; Disponible en: <https://zenodo.org/record/5812331>
148. Campos-Nonato I, Hernández-Barrera L, Pedroza-Tobías A, Medina C, Barquera S. Hipertensión arterial en adultos mexicanos: prevalencia, diagnóstico y tipo de tratamiento. Ensanut MC 2016. Salud Pública México. [Internet]. 4 de mayo de 2018; [citado el 8 de julio de 2022]; Disponible en: <https://saludpublica.mx/index.php/spm/article/view/8813/11578>.
149. Strijbos RM, Hinnen J-W, van den Haak RFF, Verhoeven BAN, Koning OHJ. Inadequate health literacy in patients with arterial vascular disease. Eur J Vasc Endovasc Surg [Internet]. 2018 [citado el 16 de julio de 2022];56(2):239–45. Disponible en: [https://www.ejves.com/article/S1078-5884\(18\)30258-2/fulltext](https://www.ejves.com/article/S1078-5884(18)30258-2/fulltext)
150. Alemán JF, Rueda B. Influencia del género sobre factores de protección y vulnerabilidad, la adherencia y calidad de vida en pacientes con enfermedad cardiovascular. Aten Primaria [Internet].

2019;51(9):529–35. Disponible en:

<https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0212656718300064>

151. Romero Giraldo M, Avendaño-Olivares J, Vargas-Fernández R, Runzer-Colmenares FM. Diferencias según sexo en los factores asociados a hipertensión arterial en el Perú: Análisis de la Encuesta Demográfica y de Salud Familiar 2017. An Fac Med (Lima Peru : 1990) [Internet]. 2020 [citado el 17 de julio de 2022];81(1):33–9. Disponible en: http://www.scielo.org.pe/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1025-55832020000100033
152. Chozas JMV. Listado de criterios NOC (CRE)- Dominios NOC [Internet]. Enfermería Actual. 2013 [citado el 17 de julio de 2022]. Disponible en: <https://enfermeriaactual.com/dominios-noc/>

Anexos

Anexo A: Bibliometría

No	Base de datos	Título	Autor	Año	Idioma	País de publicación	Tipo de estudio	Nivel de estudio autores	Calidad de la publicación	Población	Instrumento	Comparación realizada	Conclusiones	Cita
1	Pubmed	EL GRADO DE ALFABETIZACIÓN EN SALUD Y ADHERENCIA AL TRATAMIENTO EN PACIENTES CON HIPERTENSIÓN ARTERIAL EN UN HOSPITAL NACIONAL DE LIMA, PERÚ	Rosas Et al.	2019	Español	Perú	Estudio transversal	médico cirujano (especialista)		Se incluyeron 276 pacientes que fueron atendidos en el Hospital Cayetano Heredia entre agosto del 2016 y marzo del 2017.	a) Datos sociodemográficos b) La encuesta de alfabetización en salud (SAHLSA-50, Short Assessment of Health Literacy for Spanish Adults) c) La encuesta sobre adherencia al tratamiento (Morisky-Green)	variables independientes: sexo, grado de instrucción, presencia de pareja, existencia de comorbilidades, afiliación al SIS, tiempo de enfermedad y responsable de financiar su enfermedad A través la prueba de Chi cuadrado de Pearson	Se consideró un valor de $p < 0,05$ como estadísticamente significativo No se encontró asociación estadística entre adherencia al tratamiento y la alfabetización en salud ($p=0,155$)	Rosas-Chavez, G., Romero-Visurraga, C. A., Ramírez-Guardia, E., & Málaga, G. (2019). El grado de alfabetización en salud y adherencia al tratamiento en pacientes con hipertensión arterial en un hospital nacional de Lima, Perú [The degree of health literacy and treatment compliance in patients with high blood pressure in a national hospital in Lima, Peru]. Revista peruana de medicina experimental y salud pública, 36(2), 214–221. https://doi.org/10.17843/rpnesp.2019.362.4279
2	Pubmed	Association Between Health Literacy and Medication Adherence Among Hispanics with Hypertension	Lor et al.	2019	Inglés	Estados Unidos	Estudio (encuesta) transversal			Se incluyeron un total de 1.355 participantes. Los participantes tenían una edad media de 62 (DE 11,05). El 76 % eran mujeres, el 68 % no tenía pareja, el 90 % nació en República Dominicana, el 68,3 % tiene educación inferior a la secundaria y el 86,3 % tiene Medicaid/Medicare	Encuesta de Salud Comunitaria (CHS) recopiló información sociocultural integral, incluida información demográfica y de salud, así como medidas antropométricas de los participantes. El tiempo aproximado para completar la encuesta fue de 60 a 120 minutos. Las medidas para el análisis fueron seleccionadas en base a la literatura publicada. La alfabetización en salud se midió utilizando el Newest Vital Sign (NVS) La adherencia a los medicamentos antihipertensivos se midió con una escala de autoinforme de ocho ítems utilizando la Escala de adherencia a la medicación de Morisky	asociación entre el nivel de alfabetización en salud y la adherencia a los medicamentos antihipertensivos entre los adultos hispanos que autoinformaron HTA, controlando las posibles covariables factores de confusión de la adherencia, incluidas las características demográficas (es decir, edad, sexo, país de nacimiento, estado civil, seguro médico, nivel educativo y lugar de contratación), y síntomas de depresión, ansiedad y trastornos del sueño	Se encontró que una mayor alfabetización en salud estaba asociada con una mejor adherencia La alfabetización en salud adecuada se asoció con una puntuación de adherencia más alta, es decir, "mejor" adherencia ($b = 0,572$, valor de $p = 0,002$, $R^2 = 0,008$), en comparación con niveles inadecuados de alfabetización en salud. Edad (valor de $p=0,003$), sexo (valor de $p=0,017$), nivel educativo (valor de $p=0,002$), país de nacimiento (valor de $p=0,070$), lugar de contratación (valor de $p=0,007$), ansiedad (valor de $p < 0,001$) y trastornos del sueño (valor de $p < 0,001$) cumplieron con el valor de $p < 0,20$ de corte para la inclusión en el modelo de regresión lineal múltiple completo.	Lor, M., Koleck, T. A., Bakken, S., Yoon, S., & Dunn Navarra, A. M. (2019). Association Between Health Literacy and Medication Adherence Among Hispanics with Hypertension. <i>Journal of racial and ethnic health disparities</i> , 6 (3), 517–524. https://doi.org/10.1007/s140615-018-00550-z
3	Pubmed	The prevalence and associated factors of nonadherence to antihypertensive medication in secondary healthcare	Romanholi et al.	2021	Inglés	Brazil	estudio transversal			485 pacientes	La adherencia a la medicación antihipertensiva se evaluó a través de un instrumento de autoinforme, la Escala de Morisky Green Levine (MGLS) baja alfabetización en salud [puntuación ≤ 14 según el instrumento Short Assessment of Health Literacy for Portuguese-speaking Adults (SAHLPA)]	La baja adherencia medicamentosa con sus posibles factores asociados	las variables asociadas de forma independiente con el resultado NA fueron estos a nivel del paciente: baja alfabetización en salud (OR 1,62, IC 1,07-2,44, $p = 0,020$)	Pinhai RR, Ferreira RE, Carminatti M, Tavares PL, Marsicano EO, Sertório ES, et al. The prevalence and associated factors of nonadherence to antihypertensive medication in secondary healthcare. <i>Int Urol Nephrol [Internet]</i> . 2021 [citado el 16 de julio de 2022];53(8):1639–48. Disponible en: https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/33454860/

4	SCOPUS	Medication adherence and its association with health literacy and performance in activities of daily livings among elderly hypertensive patients in Islamabad, Pakistan	Saqain et al.	2019	Inglés	Pakistan	Estudio transversal	262 pacientes	para la evaluación de la adherencia a la medicación se utilizó el test de Morisky Levine Green. El índice de Barthel y el cuestionario de alfabetización de un solo elemento (SILS) se utilizaron para medir el desempeño en las actividades de la vida diaria y la alfabetización en salud, respectivamente	El objetivo de este estudio es investigar la adherencia a la medicación y sus factores asociados entre los pacientes hipertensos geriátricos de Pakistán	En análisis de regresión logística, salud subjetiva autoinformada moderada (OR = 3,538, p = 0,009) y buena (OR = 4,249; p = 0,008), alfabetización en salud adecuada (OR = 3,369, p < 0,001) e independencia en la realización de actividades de vida diaria (OR = 2,968, p = 0,002) resultaron ser predictores independientes de la adherencia a la medicación entre los pacientes hipertensos mayores	Saqain M, Riaz A, Malik MN, Khan S, Ahmed A, Kamran S, et al. Medication adherence and its association with health literacy and performance in activities of daily livings among elderly hypertensive patients in Islamabad, Pakistan. Medicina (Kaunas) [Internet]. 2019 [citado el 16 de julio de 2022];55(5):163. Disponible en: http://dx.doi.org/10.3390/medicina55050163
5	SCOPUS	Intentional and unintentional medication non-adherence in hypertension: The role of health literacy, empowerment and medication beliefs	Náfrádi, et al.	2016	Inglés	Suiza	encuesta transversal	109 hipertensos con al menos 1 receta médica	La falta de adherencia conductual a los regímenes farmacológicos de los pacientes se midió en una escala de 15 ítems desarrollada en base a la Escala de informe de adherencia a la medicación (MARS)	examinar los determinantes clínicos, cognitivos y psicológicos de la adherencia a la medicación en la hipertensión. Además, comparamos los determinantes de la no adherencia intencional frente a la no intencional, ya que los factores subyacentes pueden diferir significativamente	No se observó un efecto directo significativo de HL sobre la falta de cumplimiento intencional (b = -0,08, SE = 0,15, z = -0,57, P = 0,56). HL fue un predictor significativo de MASES (b=1,10, SE=0,36, t=3,02, P<0,003) y MASES fue un predictor significativo de incumplimiento intencional (b=0,26, SE=0,07, t=3,63, p<0,001)	Náfrádi L, Galimberti E, Nakamoto K, Schulz PJ. Intentional and unintentional medication non-adherence in hypertension: The role of health literacy, empowerment and medication beliefs. J Public Health Res [Internet]. 2016 [citado el 16 de julio de 2022];5(3):762. Disponible en: http://dx.doi.org/10.4081/jphr.2016.762
6	CINALH	The relationship between health literacy and medication adherence in a population of hypertensive patients.	Firat et al.	2020	Inglés	Chipre	Estudio descriptivo transversal	La población de este estudio estuvo constituida por 101 pacientes hipertensos fueron remitidos a las Clínicas de Pacientes Externos de Cardiología y Enfermedades Internas de un hospital en Chipre entre junio y agosto de 2017	Para AS Adult Health Literacy Scale (AHLIS): Para medir adherencia a la medicación Commitment to Medical Treatment/Adherence Self-Efficacy Scale (MASES):	El presente estudio fue realizado para investigar la relación entre la alfabetización en salud y la adherencia a la medicación en pacientes hipertensos	Un moderado, significativo, positivo, lineal se encontró una relación entre los pacientes Puntuaciones MASES y AHLIS (r= .64; p=0.00)	Firat Kilic H, Dag S. The relationship between health literacy and medication adherence in a hypertensive patient population [Internet]. Internationaljournalofcardiologiesciences.org. [citado el 16 de julio de 2022]. Disponible en: http://www.internationaljournalofcardiologiesciences.org/docs/12_firatkilic_original_13_1.pdf
7	Embasa	Adherence to antihypertensive medication after referral to secondary health care: a prospective cohort study.	Pinhati et al.	2020	Inglés	Brasil	estudio de cohortes prospectivo	485 pacientes	Se utilizó la Escala de Morisky Green Levine (MGLS) para analizar la NAd de la medicación antihipertensiva	El objetivo principal de este estudio es evaluar la prevalencia de NAd (y los factores asociados a NAd) en la fase de implementación de la terapia con medicamentos, para una cohorte de pacientes con hipertensión severa que cambiaron a tratamiento en un centro de atención secundaria.	Las variables predictoras de NAd fueron edad (OR 1,027; IC 1,003-1,051; p = 0,023), baja alfabetización en salud (OR 1,987; IC 1,009-3,913; p = 0,047), presión arterial sistólica (OR 1,010; IC 1,003-1,021; p = 0,049), dosis ≥ 2 veces/día (OR 1,941; IC 1,091-3,451; p = 0,024) y la satisfacción del paciente con el equipo sanitario (OR 0,711; IC 0,516-0,980; p = 0,037).	Pinhati R, Ferreira R, Carminati M, Colugnati F, de Paula R, Sanders-Pinheiro H. Adherence to antihypertensive medication after referral to secondary healthcare: A prospective cohort study. Int J Clin Pract [Internet]. 2021 [citado el 16 de julio de 2022];75(3):e13801. Disponible en: https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/33113587/

Anexo B: Lista de chequeo Strobe

Item	ART 1	ART 2	ART 3	ART 4	ART 5	ART 6	ART 7
1a	Si	Si	Si	Si	SI	Si	Si
1b	Si	Si	Si	Si	SI	Si	Si
2	Si	Si	Si	Si	SI	Si	Si
3	Si	Si	Si	Si	SI	Si	Si
4	Si	Si	Si	No	SI	Si	Si
5	Si	Si	Si	Si	No	No	Si
6a	Si	Si	Si	Si	SI	Si	Si
6b ch	X	X	X	X	SI	X	X
7	Si	Si	Si	Si	SI	Si	No
8	Si	Si	Si	Si	SI	Si	Si
9	No	No	No	No	SI	No	No
10	Si	Si	Si	Si	SI	Si	Si
11	Si	Si	Si	Si	SI	Si	Si
12a	Si	Si	Si	Si	SI	Si	Si
12b	Si	Si	Si	Si	SI	Si	No
12c	No	No	No	No	No	No	No
12d	No	No	No	No	No	No	No
12e	Si	Si	Si	Si	SI	Si	Si
13a	Si	Si	Si	No	SI	Si	Si
13b	No	No	No	No	No	No	No
13c	No	No	No	No	No	No	No
14a	Si	Si	Si	Si	SI	Si	Si
14b	No	No	No	Si	No	No	No
14c ch	x	x	x	x	SI	x	x
15	Si	Si	Si	Si	SI	Si	Si
16	Si	Si	Si	Si	SI	Si	Si
17	Si	Si	Si	Si	SI	Si	Si
18	Si	Si	Si	Si	SI	Si	Si
19	Si	Si	Si	No	SI	Si	Si
20	Si	Si	Si	No	SI	Si	Si
21	Si	Si	Si	No	SI	Si	No
22	Si	No	No	No	No	Si	Si
	6 no	7no	7 no	11 no	7 no	7 no	9 no
	25 si	24 si	24 si	20	25 si	24 si	22 si
	80,60%	77,40%	77,40%	62,50%	78,10%	77,40%	70,96%