

**RELACIÓN ENTRE EL TAMIZ POSITIVO PARA DEPRESIÓN Y LA
ADHERENCIA AL TRATAMIENTO EN PACIENTES HIPERTENSOS DE LA
UNIDAD DE SALUD DE LA UNIVERSIDAD DEL CAUCA EN EL PERIODO
COMPRENDIDO ENTRE JULIO DE 2017 Y JUNIO DE 2019.**



LILIANA PATRICIA ZAMBRANO PABÓN

**UNIVERSIDAD DEL CAUCA
FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD
ESPECIALIZACIÓN EN MEDICINA FAMILIAR
POPAYÁN
2019**

**RELACIÓN ENTRE EL TAMIZ POSITIVO PARA DEPRESIÓN Y LA
ADHERENCIA AL TRATAMIENTO EN PACIENTES HIPERTENSOS DE LA
UNIDAD DE SALUD DE LA UNIVERSIDAD DEL CAUCA EN EL PERIODO
COMPRENDIDO ENTRE JULIO DE 2017 Y JUNIO DE 2019.**

LILIANA PATRICIA ZAMBRANO PABÓN

TUTOR METODOLÓGICO:

DRA. BEATRIZ BASTIDAS

MD. ESPECIALISTA EN SALUD FAMILIAR Y ESP. EN EPIDEMIOLOGIA

TUTOR CIENTÍFICO:

DR. HOOVER MOLANO

MD. ESPECIALISTA EN MEDICINA FAMILIAR

**UNIVERSIDAD DEL CAUCA
FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD
ESPECIALIZACIÓN EN MEDICINA FAMILIAR
POPAYÁN
JUNIO, 2019**

AGRADECIMIENTOS

Dedico este trabajo principalmente a Dios, por haberme dado la vida y permitirme el haber llegado hasta este momento tan importante de mi formación profesional. A mis padres, por ser el pilar fundamental y por demostrarme siempre su cariño, a mi esposo por toda su confianza y apoyo incondicional, por creer en mi desde el primer día y acompañarme en este proceso, a mis hijas que son mi fortaleza y la razón de vivir, a mis hermanos y sobrinos que desde la distancia siempre han estado conmigo de corazón.

Me van a faltar páginas para agradecer a las personas que se han involucrado en la realización de este trabajo, al personal de la Unidad de Salud de la Universidad del Cauca, a la anterior dirección Dra. Maria del Socorro Cisneros y a la actual Dr. Alvaro Martinez, infinitas gracias a Martica, Patricia, Leticia, Cecilia, Ximena, Ingeniero William y Jefe Jenny que me dieron el apoyo suficiente para no decaer cuando todo parecía complicado e imposible.

De igual forma, agradezco a mi tutora metodológica Doctora Beatriz Batidas por creer en mí, por su paciencia y por compartirme sus conocimientos, a mi tutor científico Doctor Hoover Molano, gracias a sus consejos y correcciones hoy puedo culminar este trabajo. A los Profesores que me han visto crecer como persona, y gracias a sus conocimientos hoy puedo sentirme dichosa y contenta, no podría faltar agradecer a Fernando y Andrés el duo fantástico con el que recorrí este proceso y a mis compañeros de especialidad por su ayuda emocional que permitió que este camino fuese más fácil.

Con gratitud,

Liliana Zambrano Pabón

TABLA DE CONTENIDO

	Pág.
INTRODUCCIÓN.....	10
1. ESTADO DEL ARTE	14
2. JUSTIFICACIÓN	19
3. PREGUNTA DE INVESTIGACIÓN	20
4. PLANTEAMIENTO DE OBJETIVOS	21
4.1 OBJETIVO GENERAL	21
4.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS	21
5. METODOLOGÍA.....	22
5.1 DISEÑO DEL ESTUDIO	22
5.2 POBLACIÓN	22
5.3 CRITERIOS DE INCLUSIÓN	22
5.4 CRITERIOS DE EXCLUSIÓN	22
5.5 DETERMINACIÓN DEL TAMAÑO MUESTRA.....	23
5.6 TIPO DE MUESTREO	23
6. RECOLECCIÓN DE LA INFORMACIÓN	24
6.1 FUENTES DE INFORMACIÓN	25
6.2 FLUJOGRAMA DE RECOLECCIÓN DE INFORMACIÓN.....	26
6.3 ESTANDARIZACIÓN DEL INSTRUMENTO	27
6.4 INSTRUMENTO.....	29
7. PLAN DE ANÁLISIS DE DATOS	30
7.1 VARIABLES Y ANÁLISIS ESTADÍSTICO	30
8. CONSIDERACIONES ÉTICAS.....	31
8.1 CONSENTIMIENTO INFORMADO	31
8.2 PRINCIPIOS FUNDAMENTALES ÉTICOS EN ESTE ESTUDIO	34

8.3	MANEJO DE LA CONFIDENCIALIDAD	37
9.	RESULTADOS DEL PROYECTO	38
9.1	ANÁLISIS UNIVARIADO.....	38
9.2	ANÁLISIS BIVARIADO	47
10.	DISCUSIÓN	52
11.	CONCLUSIONES	58
12.	LIMITACIONES	60
13.	RECOMENDACIONES.....	61
	BIBLIOGRAFIA.....	62
	ANEXOS	72

LISTA DE TABLAS

	Pág.
Tabla 1. Variables sociodemográficas	39
Tabla 2. Estadio inicial y actual de la hipertensión arterial	41
Tabla 3. Variables clínicas	42
Tabla 4. Variables asociadas a la HTA	43
Tabla 5. Equipo de atención	45
Tabla 6. Tamizaje para depresión.....	46
Tabla 7. Adherencia.....	47
Tabla 8. Adherencia farmacológica y no farmacológica asociadas a Depresión ...	48
Tabla 9. Adherencia a estilos de vida saludable y depresión	49

LISTA DE ANEXOS

	Pág.
Anexo A. Encuesta Estructurada	72
Anexo B. Test de Tamizaje para Depresion PHQ-2.....	74
Anexo C. Test para depresión PHQ-9.....	75
Anexo D. Test de Morinsky Green Levine para medir adherencia farmacologica ..	76
Anexo E. Test de autoevaluacion de estilos de vida saludable: fantastico	77
Anexo F. Aval Comité Ética Médica	80
Anexo G. Tabla de operacionalización de variables.....	81

RESUMEN

La Hipertensión Arterial (HTA) es una enfermedad crónica no transmisible con marcada prevalencia en el mundo, la falta de adherencia al manejo farmacológico así como la ausencia de estilos de vida saludables desarrollan complicaciones cardiovasculares y muertes; existe una estrecha relación entre depresión e HTA lo que contribuye al incremento de inhaderencia al tratamiento.

Objetivo: Determinar la relación entre el tamiz positivo para depresión y la adherencia al tratamiento en pacientes hipertensos de la Unidad de Salud de la Universidad del Cauca.

Material y métodos: Se realizó un estudio cuantitativo, con un diseño descriptivo, observacional, aplicado en la población con Hipertensión Arterial Esencial de la Unidad de Salud de la Universidad del Cauca entre Julio de 2017 a Junio de 2019.

Análisis: Se aplicó el análisis univariado para las variables cuantitativas con medidas de tendencia central y de dispersión y para las cualitativas medidas de proporción expresadas en frecuencias absolutas y relativas. En el análisis bivariado se aplicó la prueba de xi cuadrado (Chi cuadrado) de Pearson para determinar la significancia estadística con un valor de $p < 0.05$.

Resultados: Se entrevistaron 91 pacientes, el 25.3% (n: 23) dieron tamizaje positivo para depresión, el sobrepeso y la obesidad estuvieron presente en el 59.3%(n: 54), la adherencia farmacológica representó el 80.2% (n: 73) y la adherencia a los estilos de vida saludables el 61.5%(56 pacientes), en el análisis bivariado no se evidencio significancia estadística entre la depresión y la adherencia farmacológica con una p de 0.380, por el contrario si se encontró significancia estadística de la depresión con los estilos de vida saludables con un valor de p de 0.02.

Conclusiones: Se evidencio buena adherencia farmacológica, pero la adherencia a los estilos de vida saludable aunque tuvo buenos resultados en muchos componentes, se vio afectada por la depresión.

Palabras claves: Adherencia, depresión, hipertensión arterial.

ABSTRACT

Arterial Hypertension (HTA) is a chronic noncommunicable disease with a marked prevalence in the world, the lack of adherence to pharmacological management as well as the absence of healthy lifestyles develop cardiovascular complications and death; there is a close relationship between depression and hypertension, which contributes to the increase in the lack of treatment.

Objective: To determine the relationship between the positive sieve for depression and adherence to treatment in hypertensive patients of the Health Unit of the University of Cauca.

Material and methods: A quantitative study was carried out, with a descriptive, observational design, applied to the population with Essential Arterial Hypertension of the Health Unit of the University of Cauca between July 2017 to June 2019.

Analysis: The univariate analysis was applied for the quantitative variables with measures of central tendency and dispersion and for the qualitative measures of proportion expressed in absolute and relative frequencies. In the bivariate analysis, the Chi square test (Chi square) of Pearson was applied to determine the statistical significance with a value of $p < 0.05$.

Results: 91 patients were interviewed, 25.3% (n: 23) presented positive screening for depression, overweight and obesity were present in 59.3% (n: 54), pharmacological adherence represented 80.2% (n: 73) and the adherence to healthy lifestyles 61.5% (56 patients), in the bivariate analysis there was no statistical significance between depression and pharmacological adherence with a p-value of 0.380, on the contrary, statistical significance of depression was found with healthy lifestyles with a p-value of 0.02.

Conclusions: Good pharmacological adherence was evidenced, but the adherence to healthy lifestyles although it had good results in many components, was affected by depression.

Key words: Adherence, depression, arterial hypertension.

INTRODUCCIÓN

En el mundo, las enfermedades cardiovasculares son responsables de aproximadamente 17 millones de muertes por año, casi un tercio del total y dentro de ellas se destaca la hipertensión arterial (HTA) como la responsable de 9,4 millones de muertes anuales, al mismo tiempo, sus complicaciones ocasionan muertes por cardiopatías en un 45% y por accidente cerebrovascular en un 51% (1).

Para el año 2008, se habían diagnosticado con hipertensión arterial, aproximadamente, el 40% de los adultos mayores de 25 años en todo el mundo. El número de personas afectadas aumentó de 600 a 1000 millones entre los años 1980 y 2008. La máxima prevalencia de hipertensión se registra en el continente africano con un 46% de los adultos mayores de 25 años; mientras que, la más baja se observa en el continente americano con un 35% (1). Recientemente se dieron nuevas directrices por parte del Colegio Americano de Cardiología y la Asociación Americana del Corazón (ACC / AHA) que invitan promover cambios radicales en el manejo de la hipertensión (2). El principal cambio fue con respecto a la definición de la condición (presión arterial > 130/80 mm Hg en lugar de > 140/90 mm Hg), al disminuir estas cifras tensionales para ser considerados hipertenso se produjo un incremento significativo de la población hipertensa, tal como es el caso de los Estados Unidos donde el incremento se dio del 32% a 46 %, en Colombia, la aplicación de la nueva clasificación supondría pasar de una prevalencia de 22,0% en 2016 a un valor estimado del 43,3% en la actualidad, lo cual es equivalente a catalogar como enfermos a aproximadamente 21 millones de personas (3). La instauración del tratamiento farmacológico antihipertensivo debe guiarse por las nuevas cifras, así como por la presencia de enfermedad cardiovascular (ECV), diabetes o un riesgo de más de 10% a 10 años de desarrollar ECV, todo ello asociado a la práctica de estilos de vida saludables (2).

En el caso de las enfermedades crónicas y en particular en la enfermedad

hipertensiva, la falta de adherencia al tratamiento ha sido identificada como uno de los principales factores que inciden en su control y con ello el incremento de la morbimortalidad en estos pacientes, se ha logrado determinar que aproximadamente la mitad de los pacientes son considerados no adherentes, con rangos que oscilan entre el 40% y el 80% (4).

La falta de adherencia a los tratamientos tanto farmacológicos como no farmacológicos, son un problema que genera repercusiones desde el punto de vista médico, económico y psicosocial (5), dado que conlleva a no control de las cifras de tensión arterial que de mantenerse fuera de metas ocasionan cambios micro y macro vasculares que inciden en mayor número de complicaciones, incremento de las hospitalizaciones, retrasos en la recuperación, recaídas, y con ello requerimiento de mayor números de medicamentos para lograr controlar la situación, a su vez mas estudios, lo que genera presencia de ansiedad y estrés. El estrés se reconoce como una respuesta inespecífica del organismo ante una diversidad de exigencias. Se trata de un proceso de adaptación y de alerta que es imprescindible para la supervivencia de la persona (6), pero si este no se maneja de una forma adecuada, si no se generan los medios necesarios para sobrellevarlo, el estrés que inicialmente es positivo se convierte en patológico. Se han descrito otros factores que afectan la adherencia al tratamiento en pacientes crónicos, sin embargo, se sabe que el estrés juega un papel importante dentro de este conjunto que inciden en la salud física, así como emocional y psicológica (7). Desde el punto de vista económico, la falta de adherencia aumenta los gastos en salud y puede generar pérdidas desde el punto de vista personal, social y familiar por la carga de sufrimiento físico y psicológico asociado a las complicaciones y secuelas de la enfermedad (8).

Un concepto importante en la literatura sobre psicología de la salud es la autoeficacia, reconocida como un importante predictor de conductas promotoras de salud y un factor fundamental en el abandono de conductas nocivas (9) y en la efectividad en la aplicación de los programas de control de salud y adherencia a los

tratamientos (10), hallazgos que por su importancia e implicaciones pueden ser utilizados estratégicamente en campañas de salud pública.

La autoeficacia se puede aplicar en diferentes dominios de salud que van desde el manejo de enfermedades crónicas (11), dieta y conducta alimentaria (12, 13), actividad física (14), conducta sexual (15), consumo de tabaco y drogas (16), reducción de peso (13), y también la habilidad para recuperarse de los problemas de salud o para evitar potenciales riesgos para la salud (17). Las investigaciones revelan que altos niveles de autoeficacia tienen consecuencias positivas para el funcionamiento del individuo y su bienestar general (17, 18).

Dentro de otros factores que intervienen en la falta de adherencia se consideran las creencias propias de cada paciente, en ocasiones la religión juega un papel fundamental, al igual que su entorno emocional, afectivo, su rol en la sociedad, el aislamiento, las creencias sociales o el conocimiento sobre su enfermedad (19, 20, 21). En esta área se encuentran también las características sociodemográficas, nivel de conocimientos e inclusive el apoyo que recibe de su familia, el estado de su relación matrimonial y el apoyo que recibe de esta, así como de la sociedad en la cual convive (22). También intervienen los cambios propios del envejecimiento tales como el deterioro sensorial, la pérdida de visión o audición que pueden condicionar que el paciente no procese de forma adecuada la información, que experimente un aprendizaje incorrecto, fuera de tiempo o inclusive omisión parcial o total de toda la información expresada por el médico y, como consecuencia, no seguimiento adecuado de las instrucciones impartidas por el personal de salud (23, 24).

La adherencia al tratamiento farmacológico también se ha visto afectada cuando se generan efectos adversos a los medicamentos, lo que conlleva al abandono de la medicación, ejemplos claros como el caso de los antihipertensivos pertenecientes al grupo de los inhibidores de la enzima convertidora de angiotensina (IECAS), los

cuales suelen tener efectos adversos como la tos o reacciones cutáneas por lo cual algunos países han abandonado su consumo (25). Se ha mostrado que cuando un tratamiento es corto y sencillo de seguir, el paciente tiene mejor adherencia; sin embargo ésta disminuye cuando el tratamiento es prolongado como en el caso de las enfermedades crónicas y cuando se requiere polifarmacia; también cuando la vía de administración requiere personal entrenado o el medicamento tiene efectos adversos considerables (26); otro factor por el que se ha visto afectada la adherencia es cuando la patología que se padece carece de sintomatología alarmante o cuando el tratamiento tiene netamente fines preventivos; por otro lado, la adherencia al tratamiento es especialmente difícil en el caso de enfermedades que comprometen la conciencia y el desempeño social del individuo (27).

1. ESTADO DEL ARTE

El proyecto de investigación “relación entre el tamiz positivo para depresión y la adherencia al tratamiento en pacientes hipertensos de la Unidad de Salud de la Universidad del Cauca”, inicia con la intención de actualizar el conocimiento sobre el tema de investigación, para ello, se realizó una búsqueda sistemática de estudios al respecto.

Autores como Espinosa, García-Vera y Sanz (2012), afirman que la hipertensión arterial es uno de los principales factores de riesgo cardiovascular, cuya alta prevalencia y la posibilidad de modificación es un problema de interés sanitario y socioeconómico, teniendo en cuenta su origen multifactorial. Los factores biológicos clásicos, comportamentales de riesgo y psicológicos, incluyendo en estos últimos los efectos del estrés sobre el sistema cardiovascular, emociones negativas como la ansiedad y la depresión. En esta revisión se tienen en cuenta las bases fisiopatológicas de la vía final común del estrés y sus respuestas asociadas al SNS y del eje hipotalámico-pituitario adrenal, provocándose la liberación de catecolaminas y de glucocorticoides (cortisol), lo que conlleva a un aumento de la presión arterial, así el estrés y las respuestas cardiovasculares asociadas a este pueden interactuar para predecir el desarrollo de la hipertensión arterial, en condiciones fisiológicas esto no acarrearía alteraciones, pero cuando se está expuesto a estrés crónico o a varios estresores se presentan las alteraciones. Bajo estas directrices Espinosa, García-Vera y Sanz (2012), concluyen que el estrés no tiene una asociación consistente con la incidencia de la HTA-E, pero el estrés crónico y concretamente, la respuesta no adaptativas a él, son probablemente las causantes de los niveles de PA mantenida, en este sentido se justifican intervenciones dirigidas al control del estrés en personas con HTA-E, tanto para un control óptimo de la PA como para generar cambios en las variables psicológicas que más se relacionan con la HTA-E (estrés, ira, ansiedad y depresión) (28).

Por su parte Sandoval, Chacón, Muñoz, Henríquez, Koch y Romero (2014) en su investigación en una muestra aleatoria de 513 pacientes hipertensos (30 a 68 años) de un universo de 1.484 pacientes. La adherencia al tratamiento se determinó mediante el ensayo de Morisky-Green-Levine. Se registraron los valores demográficos, socioeconómicos y medidas de la presión arterial. Se utilizaron cuestionarios validados para evaluar la relación médico-paciente, conciencia de ser hipertenso, percepción del paciente de apoyo social, cohesión familiar, evaluación de la autoestima del paciente y síntomas de estrés emocional y depresión. Los resultados pusieron en evidencia La adherencia a la terapia farmacológica fue de 36,6%, mayor en mujeres (38,4% vs 28,9%, $p < 0,001$). Después del análisis multivariado, la ausencia de adherencia se asoció con el sexo masculino (OR: 1,76 [IC del 95%: 1,21-2,56]), baja escolaridad (OR: 1,72 [IC 95%: 1,18 a 2,53]), 1,56 [IC del 95%: 1,13 a 2,27]), y un alto nivel de estrés emocional y depresión (OR: 1,93 [IC del 95%: 1,27 a 2,94]). El estudio destaca la influencia de la inadecuada relación médico-paciente, alto nivel de estrés emocional y depresión, bajo nivel de educación e ingreso y género masculino en la falta de adherencia al tratamiento antihipertensivo en pacientes hipertensos (29).

De acuerdo a Núñez, Montiel, Martín, Torres, Lara y González (2012), realizaron un estudio observacional, descriptivo, transversal, sobre pacientes polimedicados mayores de 65 años adscritos a los centros de atención primaria del Distrito Sanitario Costa del Sol y del Área Sanitaria Norte de Málaga. Estudio realizado entre enero del 2011 y septiembre del 2012, se tomó una población de 375 individuos obtenida mediante muestreo aleatorio simple a partir de las listas de pacientes proporcionadas por cada centro. Los datos se recogieron mediante entrevista, sobre hoja estructurada de recogida de datos y previa firma del consentimiento informado. Se determinó que el cumplimiento terapéutico se sitúa en el 51,7%, no apreciándose diferencias estadísticamente significativas con respecto al sexo o la edad. Encontramos relación con residir en zona de interior ($p = 0,001$), vivir acompañados ($p < 0,05$) y no presentar riesgo de ansiedad ($p = 0,046$). Lo que nos muestra que

el perfil psicológico está de por medio dado que los pacientes que presentan ansiedad se adhieren menos (30).

Diez-Canseco et al. (2014), en su investigación relacionan la salud mental y las enfermedades crónicas no transmisibles; así como la posibilidad de atenderlas de manera integral en el sistema de salud peruano. Teniendo en cuenta que en los pacientes con enfermedades cardiovasculares las prevalencias de depresión se encuentran entre el 20% y 45% y que los pacientes con depresión tienen un riesgo incrementado de vez y media a dos veces mayor de sufrir una enfermedad coronaria. Determinan que la integración de la salud mental a la atención primaria se configura como la estrategia más viable para proveer de atención en salud mental, en contexto donde la población no accede a ello, lo que conlleva a que se maneje la integralidad como la agenda de salud global de países como Reino Unido, Canadá y Estados Unidos (31).

Siguiendo con Bastidas (2014), realizó una revisión sistemática de 51 artículos que revelan la alta comorbilidad de depresión en adultos mayores, el análisis permitió observar que estas enfermedades pueden anteceder a la depresión sin necesidad de un vínculo anatómico funcional directo, por cuanto a las implicaciones psicosociales que conllevan y recomiendan la realización de más estudios longitudinales, con el fin de caracterizar pormenorizadamente el curso etiológico de la depresión (32).

En Colombia los mayores de 60 años constituyen el 8.9% de la población y se estima que en el mundo más de 340 millones de personas han sufrido de depresión en algún momento de su vida (Egede y Ellis, 2010) y en el territorio colombiano los trastornos depresivos ocupan el segundo lugar de prevalencia y más de la mitad de los adultos mayores han tenido su primer episodio depresivo después de los 60 años, dentro de los artículos revisados se encuentra el de (Bangen et al., 2010; Camus et al. 2004; Chatterjee, Fall y Barer, 2010; Hakim, 2011; Nuyen et al. 2007),

donde se menciona la relación existente entre los factores de riesgos cerebrovasculares, tales como la hipertensión o enfermedad coronaria y su relación indirecta con la aparición de depresión, puesto que a lo largo del tiempo contribuyen a enfermedades de pequeños vasos cerebrales que perturba el funcionamiento neurobiológico provocando depresión (33).

Lemos y Agudelo (2015), mencionan la relación existente entre la depresión y el evento coronario agudo, indicando que es 3 veces más común después de un infarto agudo al miocardio que en la comunidad general. Adicionalmente se ha calculado que entre el 30 a 45% de estos pacientes tienen síntomas depresivos, conocidos como depresión menor posterior al evento cardíacos (Carney y Freedland, 2008; Lichtman et al, 2014; Marrides y Nemeroff, 2013). Esto ha llevado a que se recomiende a la Asociación Americana del Corazón para que se incluya la depresión entre los factores de riesgo de mal pronóstico en pacientes que han tenido un síndrome coronario agudo (34).

Por último, Chacón, Sandoval, Muñoz y Romero (2015), evalúan la población hipertensa en la región Metropolitana de Chile, se tomó una muestra rdbdomizada de 1.794 seguidos por 1 año en el programa de salud cardiovascular. Se evaluó la asociación de edad, sexo, educación, ingreso familiar, diabetes, obesidad, tabaquismo, consumo problemático de alcohol y actividad física con el control de la PA (Inadecuado control de presión arterial) y baja adherencia al tratamiento farmacológico en hipertensos que son problemas persistentes globales en Chile. Factores socioeconómicos y psicosociales han sido frecuentemente mencionados, pero escasamente en Chile.

Se obtuvieron *Odds Ratio* (OR) mediante análisis de regresión logística multivalente. Se encontró la PA controlada en 56,5% y adherencia al tratamiento farmacológico en 37,3%, sin documentarse asociación entre ambas (OR 1,01 [IC 95% 0,78 – 1,32]). Factores asociados a PA no controlada y no adherencia fueron:

edad (a mayor edad), bajo ingreso familiar, inadecuada relación médico-paciente y alto nivel de estrés emocional/depresión. El tratamiento farmacológico múltiple y obesidad se asociaron a PA no controlada; sexo masculino y baja educación a no adherencia (35).

2. JUSTIFICACIÓN

Con base en la revisión de la literatura se evidenció que hay estrecha relación entre la depresión y las enfermedades crónicas no transmisibles en este caso la hipertensión arterial y si bien se han realizado estudios a nivel mundial y de Latinoamérica, existe un gran vacío en lo que respecta a la adherencia tanto al manejo farmacológico como no farmacológico en los pacientes hipertensos que concomitan con depresión, además no hay suficientes registros bibliográficos de estudios en nuestra región, por ello se consideró de suma importancia realizar una investigación donde se pueda conocer la prevalencia de la depresión en la población hipertensa y a partir de este dato, explorar factores asociados que pueden intervenir en la falta de adherencia tanto farmacológica y no farmacológica en este tipo de pacientes, para con ello implementar las medidas necesarias que permitan el cumplimiento de las metas planteadas para los pacientes hipertensos y minimizar así las complicaciones propias de esta patología.

3. PREGUNTA DE INVESTIGACIÓN

¿Cuál es la relación entre el tamiz positivo para depresión y la adherencia al tratamiento en pacientes hipertensos de la Unidad de salud de la Universidad del Cauca en el periodo comprendido entre Julio de 2017 y Junio de 2019?

4. PLANTEAMIENTO DE OBJETIVOS

4.1 OBJETIVO GENERAL

Determinar la relación entre el tamiz positivo para depresión y la adherencia al tratamiento en pacientes hipertensos de la Unidad de Salud de la Universidad del Cauca.

4.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS

- Caracterizar socio demográfica y clínicamente la población.
- Estimar el riesgo de depresión en los pacientes hipertensos de la Unidad de Salud de la Universidad del Cauca.
- Determinar la adherencia al manejo farmacológico y no farmacológico de los pacientes objeto de estudio.
- Determinar la relación entre el tamiz positivo para depresión y la adherencia al tratamiento de los pacientes hipertensos.

5. METODOLOGÍA

5.1 DISEÑO DEL ESTUDIO

Estudio cuantitativo, con un diseño descriptivo, observacional, el cual se llevó a cabo con la población con Hipertensión Arterial Esencial de la Unidad de Salud de la Universidad del Cauca, con tamiz positivo para depresión en el periodo comprendido entre Julio de 2017 y Junio de 2019.

5.2 POBLACIÓN

La población objeto de estudio fue de 360 pacientes que hacían parte del Programa de hipertensión arterial de la Unidad de Salud de la Universidad del Cauca a Junio de 2017.

5.3 CRITERIOS DE INCLUSIÓN

- Pacientes con diagnóstico establecido de Hipertensión Arterial Esencial mayores de 30 años.
- Pacientes que den su consentimiento para participar en el estudio.
- Paciente que estén con integridad física, neurológica y mental para la aplicación de los instrumentos de medición.
- Paciente que no tenga diagnóstico previo de Depresión establecido por médico psiquiatra

5.4 CRITERIOS DE EXCLUSIÓN

- Pacientes que manifiesten su decisión de retirarse del estudio.
- Paciente que presente incoherencias y contradicciones en las respuestas a los diferentes ítems de los instrumentos aplicados.

5.5 DETERMINACIÓN DEL TAMAÑO MUESTRA

Se calculó el tamaño de la muestra con el programa epiinfo versión 7.2.2.16, a partir de una población 360 pacientes, la prevalencia de depresión esperada se tomó de estudios previos en Colombia del 25%, el margen de error tolerando fue del 5%, y un nivel de confianza del 95%, se obtuvo finalmente un tamaño de muestra de 160 pacientes, con el 10% de posibles perdidas se ajusto a 176.

5.6 TIPO DE MUESTREO

Se aplicó el muestreo aleatorio simple a los pacientes con hipertensión arterial registrados a Junio de 2017.

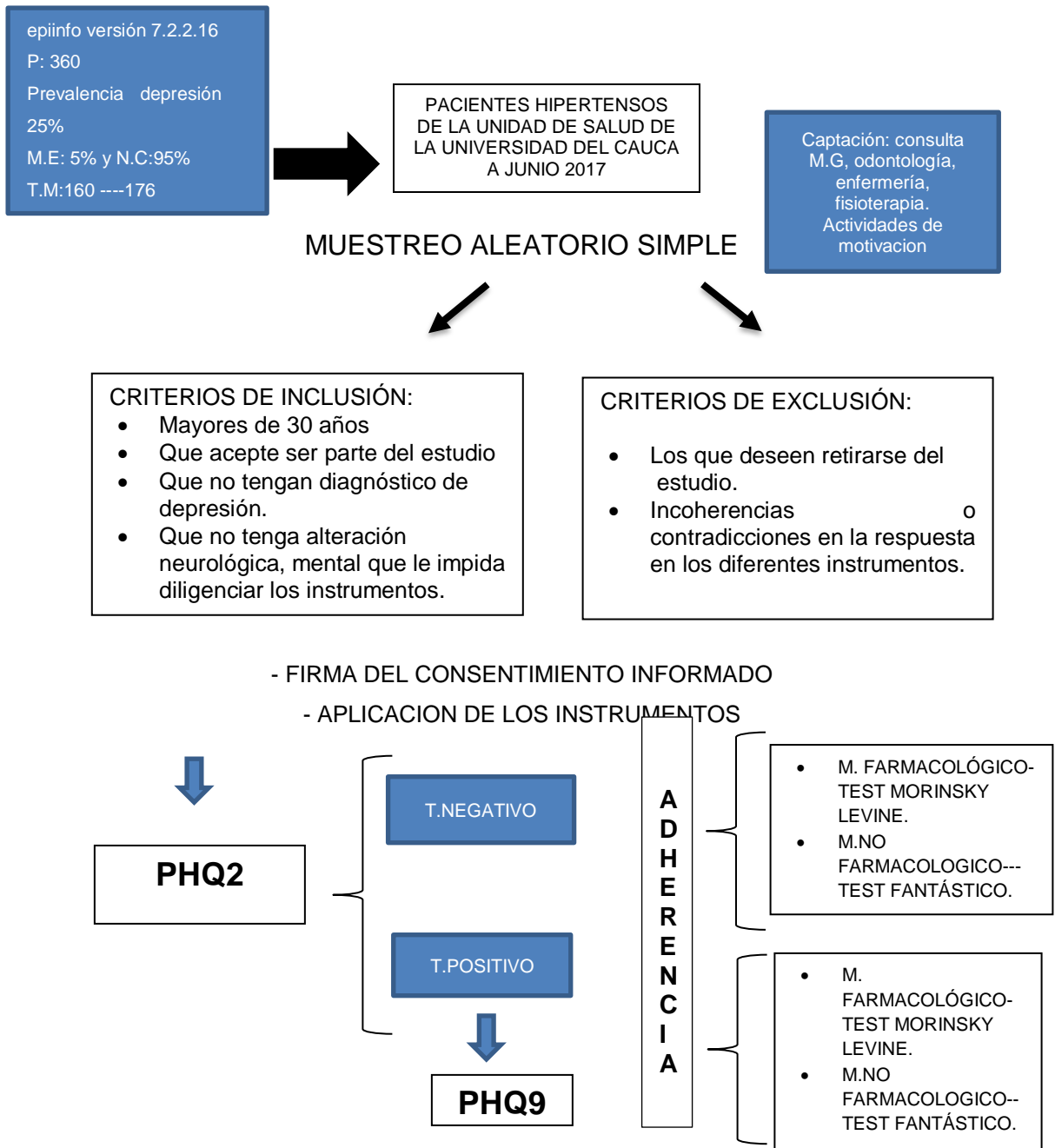
6. RECOLECCIÓN DE LA INFORMACIÓN

Una vez se identificaron los pacientes hipertensos de la Unidad de Salud de la Universidad del Cauca a Junio de 2017 (360 pacientes), se les aplicó aleatorización simple para la escogencia de la muestra utilizando los números aleatorios en excel, la cual llegó al 51.7% del tamaño proyectado equivalentes a 91 pacientes y se les aplicó los criterios de inclusión y exclusión considerados, los pacientes se captaron en las consultas de los diferentes servicios que ofrece la Unidad de Salud de la Universidad del Cauca (consulta externa de medicina general, consulta de odontología, higiene oral, atención de enfermería y fisioterapia), también se utilizó como estrategia actividades motivacionales y grupales de la institución (yoga, charlas de estilos de vida saludables, talleres de culinarias, reunión de grupo de pensionados entre otras) adicionalmente se hizo la búsqueda de pacientes con visita domiciliaria por parte de los investigadores. A los pacientes captados se les solicitó autorización para participar en el estudio mediante firma del consentimiento informado. Una vez se autorizó su ingreso al estudio se procedió a aplicar la encuesta utilizando un cuestionario semiestructurado, diseñado por los investigadores con base en estudios relacionados con esta investigación, revisado por expertos y ajustado después de la prueba piloto, también se tomó información de la historia clínica institucional. Se les aplicó la escala de tamizaje para depresión PHQ2, a los pacientes que el tamizaje les dio positivo se les aplicó la escala PHQ9 para detectar en qué grado de depresión se encontraban al momento del estudio, se aplicó a todos los pacientes ingresados al estudio independiente del resultado del test de tamizaje para depresión, el test de Morinsky Green Levine para determinar la adherencia farmacológica y el test Fantástico para determinar la adherencia a estilos de vida saludables.

6.1 FUENTES DE INFORMACIÓN

La información se tomó de fuentes primarias ya que el desarrollo de la propuesta implicó la aplicación a los pacientes por una única vez, de cuestionarios y de escalas no invasivas (escala PHQ2 Y PHQ9), el test para evaluar adherencia farmacológica (Morinsky Green Levine) y el cuestionario para medir adherencia a estilos de vida saludable (Test Fantástico) por parte del grupo de investigación y fuentes secundarias es decir de la historia clínica de consulta externa de la Unidad de Salud de la Universidad del Cauca (registros clínicos).

6.2 FLUJOGRAMA DE RECOLECCIÓN DE INFORMACIÓN



6.3 ESTANDARIZACIÓN DEL INSTRUMENTO

Se diseñó un instrumento con base en estudios realizados que consto de variables sociodemográficas (sexo, edad, etnia, procedencia, estado civil ,estrato socioeconómica, nivel de educativo, ocupación, tipo de afiliación, tipo de familia, ciclo familiar, número de personas con la que convive) y clínicas (estado inicial de la HTA, estado actual de la HTA, tiempo de diagnóstico de la HTA, IMC, tratamiento farmacológico de la HTA, complicaciones, comorbilidades, equipo de salud que atiende al paciente por su HTA, equipo de salud que atiende al paciente por sus complicaciones, equipo de salud que atiende el paciente por sus comorbilidades, escala PHQ2, escala PHQ9, adherencia farmacológica-Test de Morinsky Levine, adherencia a estilos de vida saludable-Test Fantástico) de autoria propia de los investigadores, para determinar el tamizaje de depresión se utilizó el instrumento de cribado de depresión Patient Health Questionnaire (PHQ), del cual existen varias versiones, con diferente extensión (PHQ2, PHQ4, PHQ9). Se trata de un auto-cuestionario que sirve para diagnosticar depresión de una manera rápida y sencilla y que puede ser aplicado por distintos especialistas. El PHQ-2(36,37) es el instrumento más validado para medir depresión (38,39), el instrumento utiliza solo los dos ítems, cuya respuesta es en una escala tipo likert que evalúan humor depresivo y pérdida de interés, respectivamente. Para el PHQ2 con una respuesta positiva se considera probable diagnóstico de depresión (36,38). En tres estudios diferentes mostró una sensibilidad que oscila entre 75% y 96% y una especificidad entre 57% y 78% (40).

La otra escala que se utilizó fue el Patient Health Questionnaire-9 (PHQ-9) es un cuestionario con nueve ítems que valora cada uno de los criterios del DSM-5. Sus ítems son contestados en una escala tipo likert que va del 0 al 3 al menos una vez al día, al final se contabiliza el numero de puntos por cada uno de los criterios y se interpreta de la siguiente manera: menor de 4 puntos indica que, probablemente, el paciente no requiera manejo para depresion, entre 5 y 10 puntos el medico debe

utilizar su juicio clínico sobre el tratamiento, tomando en consideración la duración de los síntomas del paciente y su trastorno funcional y mayor o igual a 15 se justifica tratamiento para la depresión con antidepresivo, psicoterapia o una combinación de tratamientos. Sus principales ventajas frente a otros instrumentos de cribado en depresión son su rapidez, ser autoadministrado, permitir estimar la severidad de la depresión y ser útil para evaluar la evolución de cada paciente (41). El punto de corte recomendado para usar como método de cribado para trastorno depresivo mayor es 10 (38). Para medir la adherencia farmacológica se trabajó con el test de Morinsky Green Levine(42), en el cual se considera adherente al paciente que solo da una respuesta negativa (No) a las cuatro preguntas del cuestionario y como no adherente al que da respuesta afirmativa (Sí) a una o más preguntas del cuestionario, y para medir la adherencia no farmacológica se utilizó el Test Fantástico el cual es un instrumento genérico utilizado, para la evaluación de estilos de vida saludable y la adherencia a medidas no farmacológicas, fue diseñado en el Departamento de Medicina Familiar de la Universidad McMaster de Hamilton, Ontario (Canadá) (43,44).

El cuestionario ha sido traducido, adaptado y evaluado psicométricamente en Colombia, Cuba, México y Venezuela, fue empleado en población diabética y encontraron una consistencia interna con Alfa de Cronbach del 0.8 (45) y en hipertensión arterial se refiere que tiene buena consistencia (46).

Este cuestionario contiene 25 ítems cerrados que explora nueve categorías o dominios físicos, psicológicos y sociales relacionados al estilo de vida. Sus versiones cortas y extensas, han sido validadas en pacientes de consulta clínica general (47). Este cuestionario presenta tres opciones de respuesta con valor numérico de 0 a 2 para cada categoría, y se califican por medio de una escala tipo Likert, con una calificación de 0 a 100 puntos. Tomando como punto de corte la media de las calificaciones propuestas por los autores del instrumento (48,44) cinco niveles de calificación estratifican el comportamiento: (< de 39 puntos existe peligro,

40 a 59 puntos: malo, 60 a 69 puntos: regular, 70 a 84 puntos: Bueno, 85 a 100 puntos: excelente) estilo de vida, cuanto menor sea la puntuacion, mayor sera la necesidad de cambio.

6.4 INSTRUMENTO

Ver Anexo A

7. PLAN DE ANÁLISIS DE DATOS

Se realizó mediante el paquete estadístico SPSS versión 22, donde se construyó una base de datos conformada por 51 variables, las cuales fueron categorizadas y cruzadas para el cumplimiento del objetivo general y de los objetivos específicos. Utilizando el método de distribución de χ^2 cuadrado (Chi cuadrado) de Pearson para determinar la significancia estadística con un valor de $p < 0.05$.

7.1 VARIABLES Y ANÁLISIS ESTADÍSTICO

Se realizó un análisis estadístico univariado para las variables cuantitativas con medidas de tendencia central y de dispersión y para las variables cualitativas medidas de proporción expresadas en frecuencias absolutas y relativas. En el análisis bivariado se aplicó la prueba de χ^2 cuadrado (Chi cuadrado) de Pearson para determinar la significancia estadística con un valor de $p < 0.05$.

Ver Anexo G: Tabla de operalización de variables

8. CONSIDERACIONES ÉTICAS

8.1 CONSENTIMIENTO INFORMADO

RELACIÓN ENTRE EL TAMIZ POSITIVO PARA DEPRESIÓN Y LA ADHERENCIA AL TRATAMIENTO EN PACIENTES HIPERTENSOS DE LA UNIDAD DE SALUD DE LA UNIVERSIDAD DEL CAUCA.

Consentimiento informado

INFORMACIÓN

El siguiente proyecto denominado “Relación entre el tamiz positivo para depresión y la adherencia al tratamiento en pacientes hipertensos de la unidad de salud de la universidad del cauca en el periodo comprendido entre Julio de 2017 y Junio de 2019”, en el cual se encuentran como investigadores principales la Dra. Liliana Patricia Zambrano Pabón, médico residente en la especialidad de Medicina Familiar de la Universidad del Cauca, identificada con cédula de ciudadanía No. 22.647.709 de Soledad - Atlántico, teléfono celular No. 3015171991. El cual se realizará en la Unidad de Salud de la Universidad del Cauca durante el periodo de Julio de 2017 y Junio de 2019.

Justificación: La depresión es una de las principales causas de morbilidad de los pacientes hipertensos y esto repercute de forma negativa en la adherencia al tratamiento tanto farmacológico como no farmacológico, se desconocen cuáles son los factores asociados a la presencia de esta en nuestro medio, de ahí que se conducirá un estudio observacional de corte transversal tipo Cross Sectional, la metodología del proyecto responden a la rigurosidad científica establecida por la academia lo que garantiza la validez de los resultados con las limitantes que puedan tener este tipo de estudios, se tomaran 186 pacientes.

Propósito: Determinar cuál es la relación entre el tamiz positivo para depresión y la adherencia al tratamiento de los pacientes hipertensos Unidad de Salud de la Universidad del Cauca.

Procedimiento: Teniendo en cuenta que usted es un paciente hipertenso de la Unidad de Salud de la Universidad del Cauca, se le invita a participar en esta investigación en la cual se aplicara por una única vez, una serie de encuestas auto diligenciadas (escala de depresión PHQ2 Y PHQ9, test para evaluar adherencia farmacológica (MORINSKY GREEN LEVINE) y el cuestionario de estilos de vida saludable(FANTÁSTICO) y cuestionario semiestructurado de elaboracion propia de los investigadores en base a estudios realizaso y relacionados con esta investigacion, se realizara recolección de información por medio de un interrogatorio y el resultado de estas permitirá lograr el objetivo propuesto.

Riesgos: La protección de la información que se va a llevar a cabo por parte del investigador principal, el riesgo es considerado como mínimo y se respetará el principio de confidencialidad, la información del cuestionario será identificada con un código para proteger su nombre y datos personales. Esta información será mantenida bajo estricta confidencialidad por parte del investigador. La información obtenida de este estudio que pueda identificarle será sólo aportada al investigador principal, quienes podrán tener acceso a la historia clínica si es necesario. Los resultados de este estudio pueden ser divulgados en eventos nacionales y/o internacionales o ser publicados en revistas científicas sin identificarla por su nombre.

Compensación: Usted no tendrá que incurrir en ningún gasto para participar en este estudio. Aclaramos que, La Unidad de Salud de la Universidad del Cauca, o el grupo investigador no pueden ofrecer retribución económica para usted por su participación en esta investigación, sin embargo, con su colaboración proporcionará conocimiento científico valido que servirá para mejorar la calidad de atención de muchos pacientes que como usted se han visto afectadas por esta complicación.

Personas a contactar: Si tiene alguna pregunta o duda acerca de este estudio, dudas con respecto a los derechos y deberes que tiene por su participación durante

la realización de esta investigación, puede comunicarse directamente con el Dra. Liliana Patricia Zambrano Pabón, celular número 3015171991, correo electrónico liliانا@unicauca.edu.co

Terminación del estudio: Usted entiende que su participación en este estudio VOLUNTARIA, en cualquier momento usted puede retirar su consentimiento a participar en el estudio, sin que su tratamiento médico se vea afectado.

Finalmente usted tendrá una copia de este consentimiento.

RELACIÓN ENTRE EL TAMIZ POSITIVO PARA DEPRESIÓN Y LA ADHERENCIA AL TRATAMIENTO EN PACIENTES HIPERTENSOS DE LA UNIDAD DE SALUD DE LA UNIVERSIDAD DEL CAUCA.

Consentimiento informado

Constancia

He sido informado de manera clara del proyecto y de mi participación. Acepto voluntariamente participar como sujeto de investigación, en el proyecto antes mencionado.

Debo responder unas encuestas y cuestionarios que suministrarán los datos requeridos para llevar a cabo el proyecto de investigación la cual debo responder.

Se me ha facilitado esta hoja informativa, habiendo comprendido el significado del procedimiento y los riesgos inherentes al mismo, y declaro estar debidamente informado. Habiendo tenido la oportunidad de aclarar mis dudas en entrevista personal con el Dr. _____ . Así mismo, he recibido respuesta a todas mis preguntas, habiendo tomado la decisión de manera libre y voluntaria.

SU FIRMA O HUELLA DIGITAL INDICA QUE USTED HA DECIDIDO PARTICIPAR VOLUNTARIAMENTE EN ESTE ESTUDIO HABIENDO LEÍDO O ESCUCHADO TODA LA INFORMACIÓN ANTERIOR.

Para constancia se firma en Popayán a los _____ días del mes de _____ del año _____.

Paciente ----- cónyuge o compañero-----

Identificación ----- Identificación-----

Dirección ----- Dirección-----

Testigo Núm. 1----- testigo Núm. 2-----

Identificación----- Identificación -----

Dirección----- Dirección-----

Relación----- Relación-----

Médico investigador o delegado

Nota: Este procedimiento de consentimiento informado está ajustado a las normas de ética médica vigentes en Colombia, a la declaración de Helsinki y sus enmiendas, a la guía para buenas prácticas clínicas (ICH E6) y a la aprobación del comité de ética institucional para la investigación en humanos.

8.2 PRINCIPIOS FUNDAMENTALES ÉTICOS EN ESTE ESTUDIO

El presente estudio, se realizó en seres humanos aplicando los principios fundamentales de la ética; no maleficencia, beneficencia, autonomía y justicia con el objetivo de guiar el desarrollo de conductas dentro del proceso de investigación, a la luz de que prevaleció el criterio del respecto a la dignidad de cada individuo, la

protección de sus derechos y su bienestar por lo que se protegió la privacidad del individuo, sujeto de investigación.

Principio de Beneficencia: Los resultados tuvieron como beneficiarios a los pacientes, dado que se generó conocimiento que contribuyó a esclarecer la relación entre el tamiz positivo para depresión y la adherencia al manejo farmacológico y no farmacológico en los pacientes hipertensos y los factores asociados que contribuyeron a la falta de adherencia en este tipo de patología y que justificó la implementación de intervenciones psicosociales, permitiendo el fortalecimiento y la reorientación de los programas de pacientes crónicos.

Principio de no maleficencia: En el presente proyecto no se realizó intervención alguna, además se garantizó la confidencialidad de la información obtenida de las historias clínicas, la confidencialidad en el manejo de registros clínicos estuvo a cargo del investigador principal quien veló por la custodia de estos. La investigación contó con el aval del Comité de Ética de la Vicerrectoría de Investigación de la Universidad del Cauca. Se respetó la confidencialidad de la información registrada en las historias clínicas (HC), con el fin de asegurar confidencialidad se omitió nombres de las personas que han suministrado la información según artículo 8 de la resolución 8430, los datos de los registros se manejaron por número consecutivo y el número de la HC fue encriptado, el uso de la información del estudio se utilizó estrictamente para los fines de la investigación y fueron custodiados por el investigador principal.

Principio de autonomía: Los pacientes fueron libres de elegir si eran o no ingresados en el estudio, por tal motivo se les solicitó permiso para ser ingresados, permiso que otorgaron por medio del consentimiento informado.

Principio de Justicia: La no aceptación de participar en la investigación no tuvo ninguna repercusión sobre la calidad de la atención. En el estudio no se publicaron nombres ni números de historia; se mantuvo en reserva y únicamente fueron conocidos por el investigador. Los resultados fueron reportados anónimamente y de manera que no existió forma alguna de identificación a fin de proteger la privacidad del paciente.

Los investigadores, los colaboradores: El equipo de investigación contó con la suficiente idoneidad, calidad y trayectoria para desarrollar la investigación, no presentó conflictos de interés, tuvo un alto grado de compromiso y respaldo institucional. El interés de los investigadores fue principalmente de aporte al conocimiento de un problema de salud además del reconocimiento académico por los logros que se obtuvieron.

La investigación: El diseño (observacional de corte transversal) tipo Cross Sectional y la metodología del proyecto respondió a la rigurosidad científica establecida por la academia, lo que garantizó la validez de los resultados con las limitantes que se tuvieron en este tipo de estudio, se tomó como tamaño de muestra 186, finalmente solo se completaron 91 pacientes lo equivalente al 48.9 % del tamaño de muestra proyectado.

Consentimiento informado. Se obtuvo consentimiento informado de los pacientes que cumplieron con los criterios de inclusión para la investigación, además se solicitó permiso institucional, respetando el derecho que tienen a la confidencialidad de sus bases de datos (Unidad de Salud de la Universidad del Cauca).

Clasificación de las investigaciones: De acuerdo con el Artículo 11 de la Resolución 8430 de 1993 del Ministerio de Salud hoy Ministerio de la Protección Social, en la cual se establece las normas científicas, técnicas y administrativas para la investigación en salud, el estudio se clasificó como investigación de mínimo riesgo, dado que los datos procedieron de fuentes secundarias es decir de la historia clínica de consulta externa de la Unidad de Salud de la Universidad del Cauca (registros clínicos) y de fuentes primarias ya que el desarrollo de la propuesta implicó la aplicación a los pacientes por una única vez, de cuestionarios y de escalas no invasivas (escala PHQ2 Y PHQ9), el test para evaluar adherencia farmacológica (MORINSKY GREEN LEVINE) y el cuestionario de estilos de vida saludable (FANTÁSTICO) por parte del grupo de investigación. Por lo tanto, el proyecto implicó riesgo mínimo para quien participó en él, ya que la información recolectada se basó en registros (fuente secundaria) y en la aplicación de escalas y cuestionarios (fuente primaria), en dado caso que se evidenció una alteración se orientó al paciente para

una adecuada atención en su red de salud correspondiente.

Esta investigación tuvo como principales beneficiarios los pacientes hipertensos de la Unidad de Salud de la Universidad del Cauca con tamizaje positivo para depresión, fue útil para los tomadores de decisiones y los líderes encargados del funcionamiento de los programas de control de hipertensión arterial. Con estos hallazgos se podrán reformular políticas y reestructurar el funcionamiento de los programas de control de pacientes crónicos, con actividades reorientadas al fortalecimiento de las intervenciones psicosociales. De esta manera los resultados que se obtuvieron en esta investigación serán insumos de importancia para la generación de conocimiento, planeación, desarrollo y ajuste de la guía clínica de manejo del paciente con HTA.

8.3 MANEJO DE LA CONFIDENCIALIDAD

En el presente proyecto no se realizó intervención alguna, además se garantizó la confidencialidad de la información obtenida de las historias clínicas, la confidencialidad en el manejo de registros clínicos estuvo a cargo del investigador principal quien vela por la custodia de estos. La investigación contó con el aval del Comité de Ética de la Vicerrectoría de Investigación de la Universidad del Cauca (Ver Anexo F). Se respetó la confidencialidad de la información registrada en las historias clínicas (HC), con el fin de asegurar confidencialidad se omitió nombres de las personas que han suministrado la información según artículo 8 de la resolución 8430, los datos de los registros se manejaron por número consecutivo y el número de la HC fue encriptado, el uso de la información del estudio se utilizó estrictamente para los fines de la investigación y fueron custodiados por el investigador principal.

9. RESULTADOS DEL PROYECTO

9.1 ANÁLISIS UNIVARIADO

Se recolecto un total de muestra de 91 pacientes que correspondieron al 51.7 % del tamaño de muestra proyectado, no se incluyeron los pacientes que no respondieron a la llamada, no se tenía teléfono actualizado o no acudieron a las actividades organizadas para motivarlos a participar del estudio.

De los 91 pacientes el 59.3% (n: 54) perteneció al sexo masculino y 40.7% (n: 37) al sexo femenino, con una edad media de 69.66 años, desviación estándar de 9.4 años, rango de edad de 49 años, con un valor mínimo de 46 años y un valor máximo de 95 años.

Al analizar las variables sociodemográficas se evidencio con respecto a la etnia que el 90.1% (n: 103) eran mestizos, 7.7 % (n: 7) eran blancos y el 2.2% (n: 2) eran de raza negra. En lo referente al nivel educativo, el 26.4% (n: 24) tenían estudios de postgrado, el 24.2% (n: 22) primaria, 20.9% (n: 19) secundaria, 16.5% (n: 15) universitarios, el 11% (n: 10) nivel técnico y 1.1% (n: 1) sin ningún tipo de estudios. El estado civil predominante fue el casado 60.4%(n: 55), seguido del soltero y viudo 13.2% (n: 12), en caso de unión libre y separado obtuvieron el mismo porcentaje del 3.3% (n: 3) y por último el divorciado 2.2% (n: 2).Según el área de procedencia predomino el área urbana con el 96.7% (n: 88) y el área rural 3.3%(n: 3), en el estrato socioeconómico se evidenció que en su mayoría pertenecían a el estrato 3 con un porcentaje del 37.4% (n: 34), seguidos del 24.2% (n: 22) para el estrato 4 , el 15.4%(n: 14) eran estrato 2, estrato 5 con un porcentaje del 14.3% (n: 13), 5.5% (n: 3) para el estrato 6 y finalmente 3.3% (n: 3) para el estrato 1. Con respecto a la ocupación el 23% (n: 21) desempeñaba cargos administrativos, el 19.8% (n:18) fueron amas de casa, el 18.7% (n: 17) se encontraban pensionados, el 18.7% (n: 17) eran docentes y un 2.2%(n: 2) desempeñaban oficios diferentes no clasificados

en estas categorías. En lo referente al tipo de afiliación de estos pacientes en su mayoría fueron cotizantes 76.9% (n: 70) y el restante 23.1% (n: 21) fueron beneficiarios. La tipología de familia según su estructura, el 37.4% (n: 34) pertenecían a familias nucleares completas, 31.9% (n: 29) familias nucleares incompletas, 18.7% (n: 17) familias extensas y 12.1% (n: 11) conformaban hogares unipersonales. En lo referente al ciclo evolutivo de la familia, el 34.1% (n: 31) se encontraban en plataforma de lanzamiento, el 29.7% (n: 27) en etapa de nido vacío, 26.4% (n: 24) en etapa de disolución, 1.1% (n: 1) en etapa de formación y 1.1% (n: 1) no clasificado en ninguno de los anteriores. Teniendo en cuenta el número de personas con las que conviven en su mayoría viven con 2 a 5 personas más correspondiente a un promedio del 46.2% (n: 42), seguidas de las que conviven con solo una persona 31.9% (n: 29), el 12.1% (n: 11) viven solos y el 9.9% (n: 9) convive con más de 5 personas (Ver Tabla 1).

Tabla 1. Características sociodemográficas

CARACTERISTICAS SOCIODEMOGRAFICAS

VARIABLE	MASCULINO		FEMENINO		TOTAL	
EDAD (AÑOS)						
Media	70,12		69.1		69.66	
Desviación estándar	9.169		9.853		9.44	
Rango	46		44		49	
Rango valor mínimo	46		51		46	
Rango valor máximo	92		95		95	
ETNIA	FR	%	FR	%	FR	%
Mestiza	46	92.0	36	87.8	82	90.1
Blanca	3	6.0	4	9.8	7	7.7
Negra	1	2.0	1	2.4	2	2.2
NIVEL EDUCATIVO	FR	%	FR	%	FR	%
Postgrado	19	38	5	12.2	24	26.4
Primaria	8	16	14	34.1	22	24.2
Secundaria	10	20.0	9	22.0	19	20.9
Universitario	9	18.0	6	14.6	15	16.5

Técnico	3	6.0	7	17.1	10	11
Ninguno	1	2.0	0	0.0	1	1.1
ESTADO CIVIL	FR	%	FR	%	FR	%
Casado	34	68.0	21	51.2	55	60.4
Soltero	2	4.0	10	24.4	12	13.2
Viudo	4	8.0	8	19.5	12	13.2
Unión libre	6	12.0	1	2.4	3	3.3
Separado	2	4.0	1	2.4	3	3.3
Divorciado	2	4.0	0	0.0	2	2.2
PROCEDENCIA	FR	%	FR	%	FR	%
Urbana	49	98.0	39	95.1	88	96.7
Rural	1	2.0	2	4.9	3	3.3
AFILIACION	FR	%	FR	%	FR	%
Cotizante	47	94.0	23	56.1	70	76.9
Beneficiario	3	6.0	18	43.9	21	23.1
OCUPACION	FR	%	FR	%	FR	%
Pensionado	11	22.0	6	14.6	17	18.7
Administrativo	13	26.0	8	19.5	21	23.0
ama de casa	0	0.0	18	43.9	18	19.8
Docente	11	22.0	6	14.6	17	18.7
Otra	2	4.0	0	0.0	2	2.2
NUMERO DE PERSONAS CON QUE CONVIVE	FR	%	FR	%	FR	%
0	4	8	7	17.1	11	12.1
1	17	34.0	12	29.3	29	31.9
2-5	26	52.0	16	39	42	46.2
Mayor de 5	3	6	6	14.6	9	9.9
TIPO DE FAMILIA	FR	%	FR	%	FR	%
Nuclear completa	24	48.0	10	24.4	34	37.4
Nuclear incompleta	16	32.0	13	31.7	29	31.9
Extensa	6	12.0	11	26.8	17	18.7
Unipersonal	4	8.0	7	17.1	11	12.1
CICLO VITAL	FR	%	FR	%	FR	%
Plataforma de lanzamiento	16	32.0	15	36.6	31	34.1
Nido vacío	13	26.0	14	34.1	27	29.7

Disolución	14	28.0	10	24.2	24	26.4
Consolidación	6	12.0	1	2.4	7	7.7
Formación	1	2.0	0	0.0	1	1.1
Otro	0	0.0	1	2.4	1	1.1
ESTRATO SOCIOECONOMICO	FR	%	FR	%	FR	%
Estrato 3	19	38.0	15	36.6	34	37.4
Estrato 4	13	26.09	9	22.0	22	24.2
Estrato 2	6	12.0	8	19.5	14	15.4
Estrato 5	7	14.0	6	14.6	13	14.3
Estrato 6	3	6.0	2	4.9	5	5.5
Estrato 1	2	4.0	1	2.4	3	3.3

Fuente. Base de datos del estudio

Los resultados concernientes a la clasificación de los pacientes según el estadio de la HTA cuando ingresaron al programa y su estado actual, el 85.7% (n: 78) corresponden a los pacientes que ingresaron al programa en estadio 1 y actualmente es ese estadio están el 71.4% (n: 65), con respecto al estadio 2 al ingreso al programa 14.3% (n: 13), actualmente hay un 7.7% (n: 7), es de anotar que actualmente se tiene un 20% (n: 19) que se encuentran con cifras tensionales dentro de la normalidad (Ver Tabla 2).

Tabla 2. Estadio inicial y actual de la hipertensión arterial

ESTADIO INICIAL Y ACTUAL DE LA HTA

ESTADIO	ESTADIO INICIAL			ESTADIO ACTUAL		
	MASCULINO	FEMENINO	TOTAL	MASCULINO	FEMENINO	TOTAL
VARIABLE	FR %	FR %	FR %	FR %	FR %	FR %
Estadio 1	44 88.0	34 82.9	78 85.7	39 78.0	26 63.4	65 71.4
Estadio 2	6 12.0	7 17.1	13 14.3	1 2.0	6 14.6	7 7.7
Normal	0 0.0	0 0.0	0 0.0	10 20	9 22.0	19 20.9

Fuente. Base de datos del estudio

Con respecto a las variables clínicas se encontró que la mayoría de los pacientes cursaban con sobrepeso u obesidad ,se documentó índice de masa corporal (IMC) mayor a 24 al 59.3%(n: 54) y con IMC dentro de la normalidad el 40.7% (n: 37), de estos en sobrepeso estuvo presente en el 39.6%(n: 36) y con obesidad el 19.8%(n: 18), siendo mayor el sobrepeso en el género masculino 46% (n: 23) y la obesidad en el género femenino 26.8% (n: 11), En lo referente a las comorbilidades que tenían los pacientes objeto de estudio, el 37.4%(n: 34) no tenían comorbilidades asociadas, el 26.4% (n: 24) quedaron encasilladas dentro de otras, haciendo referencia en su mayoría a patologías asociadas al sistema genitourinario y a los órganos de los sentidos (alteraciones de la agudeza visual y de la agudeza auditiva), seguidas de las osteomusculares 16.5% (n: 15), diabetes mellitus tipo 2 en el 14.2% (n:13), enfermedad pulmonar obstructiva crónica en el 3.3% (n: 3) y 2.2% (n: 2) con insuficiencia renal crónica de causa no hipertensiva (Ver Tabla 3).

Tabla 3. Variables clínicas

VARIABLES CLINICAS						
VARIABLE	MASCULINO		FEMENINO		TOTAL	
	FR	%	FR	%	FR	%
IMC						
Normal	20	40.0	17	41.5	37	40.7
Sobrepeso	23	46.0	13	31.7	36	39.6
Obesidad	7	14.0	11	26.8	18	19.8
Menor o igual a 24	20	40	17	41.5	37	40.7
Mayor de 24	30	60	24	58.5	54	59.3
COMORBILIDADES	FR	%	FR	%	FR	%
Diabetes mellitus	7	14.0	6	14.4	13	14.2
Insuficiencia renal	2	4.0	0	0.0	2	2.2
EPOC	3	6.0	0	0.0	3	3.3
Osteomusculares	7	14.0	8	19.5	15	16.5
Ninguna	21	42.0	3	31.5	34	37.4
Otras	10	20.0	14	34.1	24	26.4

Fuente. Base de datos del estudio).

Según el tiempo de diagnóstico de la HTA, en su mayoría tenían más de 10 años de diagnóstico 67%(n: 61), seguidas de igual porcentaje 16.5%(n: 15) los que tenían menos de 5 años y entre 5 y 10 años de diagnóstico. Con respecto a las complicaciones propias de la HTA destacaba que la mayoría el 74.7%(n: 68) no tenían ningún tipo de complicaciones, seguidas de la enfermedad coronaria en el 14.3%(n: 13), la nefropatía hipertensiva en 4.4%(n: 4), enfermedad cerebrovascular 3.3%(n:3), retinopatía hipertensiva 2.2%(n: 2) y por último 1.1% (n: 1) con enfermedad vascular periférica. En lo referente al tipo de tratamiento antihipertensivo destaca la monoterapia con ARA II en el 35.2%(n: 32), seguida de la monoterapia con IECA en el 27.5% (n: 25), la terapia con asociación de 2 grupos de fármacos con el 15.4% (n: 14), y con igual porcentaje 9.9%(n: 9) la monoterapia con grupos farmacológicos diferentes a IECA Y ARA II , al igual que el tratamiento con 3 grupos de fármacos asociados, por último el correspondiente a la asociación de 4 o más grupos farmacológicos con el 2.2%(n: 2). De lo anteriormente mencionado cabe destacar que el 82.4%(n: 75) tienen prescritos medicamentos genéricos y el 17.6% (n: 16) corresponden a medicamentos de marcas comerciales. (Ver Tabla 4).

Tabla 4. Variables asociadas a la HTA

VARIABLES ASOCIADAS A LA HTA

VARIABLE	MASCULINO		FEMENINO		TOTAL	
	FR	%	FR	%	FR	%
TIEMPO DE DIAGNOSTICO						
Entre 1 y 5 años	5	10.0	10	24.4	15	16.5
Entre 5 y 10 años	11	22.0	4	9.8	15	16.5
Mayor de 10 años	34	68.0	27	65.9	61	67.0
COMPLICACIONES DE LA HTA	FR	%	FR	%	FR	%
Retinopatía hipertensiva	2	4.0	0	0.0	2	2.2
Enf. vascular periférica	1	2.0	0	0.0	1	1.1
Nefropatía hipertensiva	2	4.0	2	49.0	4	4.4
Enf. Cerebrovascular	2	4.0	1	2.4	3	3.3

Enfermedad coronaria	7	14.0	6	14.6	13	14.3
Ninguna	36	72.0	32	78.0	68	74.7
MEDICAMENTO	FR	%	FR	%	FR	%
Monoterapia con ARA II	19	38.0	13	31.7	32	35.2
Monoterapia con IECA	19	38.0	6	14.6	25	27.5
Monoterapia con otro	5	10.0	4	9.8	9	9.9
2 fármacos	4	8.0	10	24.4	14	15.4
3 fármacos	2	4.0	7	17.1	9	9.9
4 o más fármacos	1	2.0	1	2.4	2	2.2
TIPO DE MEDICAMENTO	FR	%	FR	%	FR	%
Genérico	42	84.0	33	80.5	75	82.4
Comercial	8	16.0	8	19.5	16	17.6

Fuente. Base de datos del estudio

Con respecto al equipo que atiende a los pacientes por causa de la hipertensión arterial se destaca el médico general con el 80%(n: 72), seguido del médico familiar con el 8.9%(n: 8), el cardiólogo 8.9%(n: 8) y el 2.2%(n: 2) son atendidos por el internista. En los pacientes que tienen comorbilidades son atendidos en su mayoría por el médico general en el 19.8%(n: 18), seguidos del endocrinólogo en el 9.9%(n: 9), médico familiar 5.5%(n: 5), cardiólogo 5.5%(n: 5) e internista 1.1%(n: 1). Para los pacientes con complicaciones propias de la HTA destaca el cardiólogo 14.3%(n: 13), con igual porcentaje del 2.2%(n: 2) están el internista , nefrólogo y médico general y por ultimo con igual porcentajes del 1.1%(n: 1) neumólogo, neurólogo y trabajo social (Ver Tabla 5).

Tabla 5. Equipo de atención**EQUIPO DE ATENCION**

VARIABLE	EQ. POR HTA		EQ. POR COMPLICACIONES		EQ. POR COMORBILIDAD	
	FR	%	FR	%	FR	%
Médico general	72	80.0	2	2.2	18	19.8
Médico familiar	8	8.9	0	0.0	5	5.5
Médico internista	2	2.2	2	2.2	1	1.1
Cardiólogo	8	8.9	13	14.3	5	5.5
Neumólogo	0	0.0	1	1.1	1	1.1
Nefrólogo	0	0.0	2	2.2	0	0.0
Endocrinólogo	0	0.0	0	0.0	9	9.9
Oftalmólogo	0	0.0	2	2.2	0	0.0
Neurólogo	0	0.0	1	1.1	0	0.0
Medico alternativo	0	0.0	0	0.0	0	0.0
Trabajo social	0	0.0	1	1.1	0	0.0
Enfermería	0	0.0	0	0.0	0	0.0
Ninguno	0	0.0	68	4.7	35	38.5
Otro	0	0.0	0	0.0	16	17.6

Fuente. Base de datos del estudio

En lo referente al tamizaje de depresión con la escala PHQ2 reportaron como positivos el 25.3%(n: 23), con similares porcentajes entre géneros, tamizaje negativo en el 74.7%(n: 68), de estos pacientes con tamizaje positivo se les aplicó escala PHQ9 para clasificar el estadio de la HTA dando en su mayoría entre 5 y 14 puntos 16.5%(n: 15), de 0 a 4 puntos el 6.6% (n: 6) y 2.2% (n: 2) con puntaje igual o mayor a 15 (Ver Tabla 6).

Tabla 6. Tamizaje para depresión

TAMIZAJE PARA DEPRESION

VARIABLE	MASCULINO		FEMENINO		TOTAL	
	FR	%	FR	%	FR	%
TAMIZAJE PARA DEPRESION (PHQ2)						
Positivo	11	22.0	12	29.3	23	25.3
Negativo	39	78.0	29	70.7	68	74.7
ESTADIO DE LA DEPRESION (PHQ9)	FR	%	FR	%	FR	%
De 0 a 4 puntos	4	8.0	2	4.9	6	6.6
De 5 a 14 puntos	6	12.0	9	22.0	15	16.5
Mayor o igual a 15 puntos	1	2.0	1	2.4	2	2.2

Fuente. Base de datos del estudio

En la adherencia de tipo farmacológica la gran mayoría el 80.2% (n: 73) fueron adherente y el 19.8%(n: 18) no fueron adherentes. Con respecto a los estilos de vida saludables, fueron adherentes el 61.5%(n: 56) y no adherentes el 38.5%(n: 35), de este grupo de adherencia a estilos de vida saludables, se pudo identificar que tienen igual porcentaje 34.1% (n: 31) los adheridos de forma excelente y regular, los clasificados con buena adherencia corresponden al 27.5%(n: 25) y como mala adherencia 4.4%(n: 4) (Ver Tabla 7).

Tabla 7. Adherencia

VARIABLE	MASCULINO		FEMENINO		TOTAL	
	FR	%	FR	%	FR	%
ADHERENCIA FARMACOLOGICA						
Adherente	42	84.0	31	75.6	73	80.2
No adherente	8	16.0	10	24.4	18	19.8
ADHERENCIA A ESTILOS DE VIDA SALUDABLE	FR	%	FR	%	FR	%
Adherente	32	64.0	24	58.5	56	61.5
No adherente	18	36.0	17	41.5	35	38.5
GRADO DE ADHERENCIA A ESTILOS DE VIDA SALUDABLE	FR	%	FR	%	FR	%
Malo	2	4.0	2	4.9	4	4.4
Regular	16	32.0	15	36.6	31	34.1
Bueno	13	26.0	12	29.3	25	27.5
Excelente	19	38.0	12	29.3	31	34.1

Fuente. Base de datos del estudio

9.2 ANÁLISIS BIVARIADO

La Depresión no evidenció significancia estadística con respecto a la adherencia farmacológica con una $p > 0.05$ (0.380). Por el contrario si se encontró significancia estadística a los estilos de vida saludables con un valor de $p < 0.05$ (0.02). (Ver Tabla 8).

Tabla 8. Adherencia farmacológica y no farmacológica asociadas a Depresión

ADHERENCIA FARMACOLÓGICA, ESTILOS DE VIDA Y DEPRESION

CARACTERISTICAS	DEPRESION				P*
	SI		NO		
	FR	%	FR	%	
ADHERENCIA FARMACOLOGICA					
Adherente	17	73.9	56	82.4	0.380
No adherente	6	26.1	12	17.6	
ADHERENCIA A ESTILOS DE VIDA					
Adherente	8	34.8	48	70.6	0.02
No adherente	15	65.2	20	29.4	

Fuente. Base de datos del estudio

Al hacer el análisis bivariado del test fantástico respecto a la depresión , se evidenció significancia estadísticas con un valor de $p < 0.05$, en las variables correspondientes a familia y amigos-comunicación ($p:0.000$), familia y amigos-afecto ($p:0.001$), ejercicio físico ($p:0.047$), alimentación balanceada ($p:0.001$), consumo de alimentos nocivos ($p:0.022$), dormir bien y sentirse cansado ($p:0.000$), capacidad de manejar el estrés ($p:0.001$), disfrutar el tiempo libre ($p:0.000$), personalidad agresiva ($p: 0.041$), introspección positiva ($p:0.000$), sentirse tenso ($p: 0.003$), sentirse deprimido ($p:0.000$) y sentirse satisfecho con el trabajo ($p: 0.000$). Por otro lado no se encontró significancia estadística de la Depresión con respecto a las variables del test fantástico con un valor de $p < 0.05$, en la actividad física ($p: 0.838$), exceso de peso ideal ($p: 0.395$), tiempo de exposición al cigarrillo ($p: 0.718$), consumo de licor ($p: 0.210$), más de 4 tragos en la misma ocasión ($p: 0.566$), conducir después de ingerir licor($p: 0.566$), personalidad acelerada ($p: 0.788$), uso del cinturón de seguridad ($p: 0.073$), consumo de drogas ($p: 0.559$), consumo de medicamentos sin fórmula ($p: 0.661$) y consumo de cafeína ($p: 0.782$). (Ver Tabla 9).

Tabla 9. Adherencia a estilos de vida saludable y depresión

ADHERENCIA A ESTILOS DE VIDA SALUDABLES Y DEPRESION

CARACTERISTICAS	DEPRESION				P*
	SI		NO		
	FR	%	FR	%	
FAMILIA Y AMIGOS COMUNICACIÓN					
Casi siempre	8	34.8	55	80.9	0.000
A veces	12	52.2	13	19.1	
Nunca	3	13.0	0	0.0	
FAMILIA Y AMIGOS AFECTO					
Casi siempre	10	43.5	55	80.9	0.001
A veces	12	52.2	13	19.1	
Nunca	1	4.3	0	0.0	
ACTIVIDAD FISICA					
Casi siempre	14	60.9	46	67.6	0.838
A veces	7	30.4	17	25.0	
Nunca	2	8.7	5	7.4	
EJERCICIO FISICO					
Casi siempre	3	13.0	28	41.2	0.047
A veces	11	47.8	23	33.8	
Nunca	9	39.1	17	25.0	
ALIMENTACION BALANCEADA					
Casi siempre	10	43.5	55	80.9	0.001
A veces	13	56.5	11	16.2	
Nunca	0	0.0	2	2.9	
CONSUMO DE ALIMENTOS NOCIVOS					
Casi siempre	5	21.7	16	23.5	0.022
A veces	17	73.9	31	45.6	
Nunca	1	4.3	21	30.9	
EXCESO DE PESO IDEAL					
Hasta 4 Kg	12	52.2	25	38.2	0.395
Entre 4 Y 8 Kg	6	26.1	28	41.2	
Más de 8 Kg	5	21.7	14	20.6	
TIEMPO DE EXPOSICION AL CIGARRILLO					
No en los últimos 5 años	21	91.3	64	94.1	0.718
No en el último año	1	4.3	1	1.5	
Si en el último año	1	4.3	3	4.4	
CONSUMO DE LICOR					

Casi nunca	21	91.3	66	97.1	0.210
A veces	1	4.3	2	2.9	
Casi siempre	1	4.3	0	0.0	
CONSUMO DE MAS DE 4 TRAGOS EN LA MISMA OCASION					
Nunca	20	87.0	57	83.8	0.566
Ocasionalmente	2	8.7	10	14.7	
A menudo	1	4.3	1	1.5	
CONDICIR DESPUES DE INGERIR LICOR					
Nunca	22	95.7	65	95.6	0.82
Ocasionalmente	1	4.3	2	2.9	
A menudo	0	0.0	1	1.5	
DORMIR BIEN Y SENTIRSE CANSADO					
Casi siempre	8	34.8	44	64.7	0.000
A veces	8	34.8	22	32.4	
Nunca	7	30.4	2	2.9	
CAPACIDAD DE MANEJAR EL ESTRÉS					
Casi siempre	9	39.1	54	79.4	0.001
A veces	12	52.2	13	19.1	
Nunca	2	8.7	1	1.5	
DISFRUTAR EL TIEMPO LIBRE					
Casi siempre	9	39.1	60	88.2	0.000
A veces	12	52.2	8	11.8	
Nunca	2	8.7	0	0.0	
PERSONALIDAD ACELERADA					
Casi nunca	7	30.4	26	38.2	0.788
A veces	11	47.8	28	41.2	
A menudo	5	21.7	14	20.6	
PERSONALIDAD AGRESIVA					
Casi nunca	7	30.4	31	45.6	0.041
A veces	12	52.2	35	51.5	
A menudo	4	17.4	2	2.9	
INTROSPECCION POSITIVA					
Casi siempre	10	43.5	62	91.2	0.000
A veces	12	52.2	6	8.8	
Nunca	1	4.3	0	0.0	
SENTIRSE TENSO					
Casi nunca	2	8.7	33	48.5	0.003
A veces	20	87.0	34	50.0	
A menudo	1	4.3	1	1.5	
SENTIRSE DEPRIMIDO					
Casi nunca	1	4.3	46	67.6	0.000
A veces	20	87.0	21	30.9	

A menudo	2	8.7	1	1.5	
USO DEL CINTURON DE SEGURIDAD					
Siempre	17	73.9	59	86.8	0.073
A veces	6	26.1	6	8.8	
Nunca	0	0.0	3	4.4	
SENTIRSE SATISFECHO CON EL TRABAJO					
Casi siempre	12	52.2	66	97.1	0.000
A veces	11	47.8	2	2.9	
CONSUMO DE DROGAS					
Nunca	23	100.0	67	98.5	0.559
Ocasionalmente	0	0.0	1	1.5	
CONSUMO DE MEDICAMENTOS CON FORMULA					
Nunca	15	65.2	51	75.0	0.661
Ocasionalmente	7	30.4	15	22.1	
A menudo					
CONSUMO DE CAFEINA AL DIA					
Menos de 3 tazas al día	20	87.0	56	82.4	0.782
De 3 a 6 tazas al día	3	13.0	11	16.2	
Más de 6 tazas al día	0	0.0	1	1.5	

Fuente. Base de datos del estudio

10. DISCUSIÓN

El presente estudio fue realizado en la Unidad de Salud de la Universidad del Cauca, la cual es una dependencia especializada de la Universidad del Cauca, creada por acuerdo No. 022 de 2001 derogado por el Acuerdo 010 de 2010, en desarrollo de la Ley 647 del 28 de febrero de 2001, que facultó a las Universidades Públicas para organizar su propio sistema de Seguridad Social en Salud. Atiende las necesidades en salud de los docentes, pensionados y administrativos de la Universidad del Cauca y su núcleo familiar. El estudio pudo comprobar que esta población tiene unas características sociodemográficas privilegiadas, ya que el 53,9% de los participantes han culminado estudios universitarios o técnicos y tan solo un 24% han cursado únicamente estudios de primaria, además el 81,4% pertenecen a estratos socioeconómicos medios o altos (3 a 6), también es de resaltar que la estructura familiar predominante es la nuclear completa o incompleta con un 69,3%, el 60,4% de los participantes son casados y el 96,7% provienen de áreas urbanas.

Respecto a la adherencia al tratamiento farmacológico de la hipertensión, en este estudio fue de un 80,2%, lo cual es un valor muy superior a lo encontrado en diferentes estudios nacionales con similares características a este, como uno realizado en dos municipios del departamento de Caldas (45%) y otro en Norte de Santander (39,74%) y también respecto a otros estudios internacionales como uno realizado en 2018 en Rumania (69,8%) , otro en Perú (47,7%) y Ecuador (63,6%) (49, 50, 51, 52, 53).

Esta adherencia juega un papel muy importante en el control de las cifras de presión arterial y la prevención de las complicaciones cardiovasculares relacionadas a esta, los altos niveles de adherencia a estas medidas pueden verse explicados en gran medida porque nuestra población posee un alto nivel educativo y económico, comparado con poblaciones no adherentes tales como la de Guarín (54), donde el 20,25% de los participantes fueron analfabetas y el 59,09% solo tenían estudios de

primaria, o la de Ben (55), donde el promedio de años de educación fue 8,3. Sin embargo, el estudio de Isaza (56) que muestra uno de los niveles de adherencia más altos (92%), elaborado en 458 hipertensos de 6 ciudades colombianas, parece no influenciarse por el factor educativo, ya que el 61% eran analfabetas o con estudios primarios, lo cual demostraría que incluso en poblaciones con baja educación podrían darse intervenciones médicas exitosas.

Un factor importante en la adherencia a la medicación antihipertensiva, en especial en nuestro sistema de salud, es la accesibilidad u oportunidad a la dispensación de estos fármacos, esto está directamente relacionada a la capacidad económica de los pacientes, nuestra población es predominantemente de clase media-alta, lo cual también influye en su alta adherencia, ya que como la OMS ha planteado, las enfermedades crónicas tienen una “relación interdependiente bidireccional con la pobreza económica” (57), por lo tanto, los bajos niveles de poder adquisitivo llegan a ser un factor relevante en poblaciones poco adherentes, como el estudio de Herrera, quien encontró solo un 39% de pacientes en ventaja de adherencia, a la par que un 57% manifestó que a veces tiene para costearse los medicamentos. (58)

Por otro lado, un posible factor adicional que pueda explicar la alta adherencia farmacológica de nuestra población es que se encuentran principalmente en régimen de monoterapia con medicamentos como IECAS, ARA-2 y otros de primera línea (72,6%), lo cual permite lograr una pauta de tratamiento fácil de seguir, esto es similar a lo encontrado por López Vásquez (59) en un estudio realizado en pacientes hipertensos de Cuba, en quienes se logró una mayor adherencia en el grupo que tomaban medicamentos de dosis única diaria, ya que la monoterapia logró una adherencia de 73,9% comparado con la terapia combinada con un 18,8%, es decir que la polifarmacia se convierte en un factor de riesgo independiente para la no adherencia.

La depresión es una enfermedad mental que se ha convertido en los últimos años en un problema de salud pública a nivel mundial por la carga de la enfermedad que genera sobre todo por la discapacidad que puede llegar a producir, según la OMS unas 350 millones de personas se encuentran afectadas por esta enfermedad, la situación en Colombia ha sido valorada por diferentes encuestas epidemiológicas como la Encuesta Nacional de Salud, Bienestar y Envejecimiento del 2017 (SABE), la cual evidenció un tamizaje positivo para depresión en adultos mayores de 40 años de un 41%, en nuestro estudio el tamizaje para depresión fue positivo en un 25,3% de la población, un número que difiere al encontrado en el estudio de Ollarves et al en el 2015 en el cual se evaluó la prevalencia de depresión en pacientes hipertensos ambulatorios, encontrando que solo un 13,4% de los estudiados presentaba algún grado de depresión, sin embargo esta población difiere significativamente de la nuestra ya que el 43,3% sólo tenía una educación primaria, un 63,3% era de procedencia rural y un 30% eran desempleados, esto concuerda con lo revelado por la encuesta SABE que observó que el estrato socioeconómico y el poder adquisitivo juegan un papel importante en la prevalencia de la enfermedad, encontrando una frecuencia de 33% en los estrato 1 y de 57,1% en los estratos 5 y 6 (60,61).

Según la encuesta SABE, la hipertensión arterial es la tercera morbilidad más frecuente en los pacientes con depresión (50,9%) sólo superada por la trombosis cerebral y otros problemas psiquiátricos, se ha encontrado que el sólo hecho de padecer enfermedades crónicas puede llevar a los pacientes a presentar cuadros depresivos, además de las múltiples hospitalizaciones o la polifarmacia, lo cual genera un ambiente de constante estrés y preocupación. Lo anterior se puede ver relacionado tanto a la no adherencia farmacológica como a la presencia de mayores complicaciones de la enfermedad hipertensiva como desenlaces cardio cerebros vasculares evidenciados en otros estudios (62, 63).

Sin embargo, en nuestro estudio al hacer el análisis bivariado entre la adherencia farmacológica y el tamiz para depresión, no encontramos una diferencia

estadísticamente significativa entre los pacientes con tamiz positivo difiriendo de lo hallado por otros estudios como el de Sánchez et al llevado a cabo en México en el 2016 (64).

La edad adulta, en especial después los 40 años que es donde empieza a aumentar la prevalencia de diferentes enfermedades crónicas no transmisibles como la hipertensión arterial, lleva consigo retos que requieren de múltiples redes de apoyo para poder sobrellevar las diferentes crisis normativas y no normativas que se presentan durante los ciclos vitales, una de las más importantes es la familia, en nuestro estudio encontramos que los pacientes que referían no tener una buena red familiar para apoyo afectivo y comunicacional presentaban una frecuencia mayor de tamiz positivo para depresión con una relación estadísticamente significativa ($p=0,001$), sin embargo el estudio de Saavedra et al realizado en una unidad de medicina familiar en México con 220 pacientes no encontró una asociación significativa entre la disfunción familiar y la presencia o no de depresión (65).

En nuestro estudio, además se evaluó la adherencia de esta población a estilos de vida saludables y medidas no farmacológicas a través del test fantástico, dentro de los resultados más relevantes cabe destacar que se encontró una relación estadísticamente significativa entre la realización de ejercicio físico y la ausencia de depresión, esta asociación es ampliamente conocida en la literatura, la liberación de endorfinas y otras sustancias durante el ejercicio lo convierten no solo en una opción preventiva, sino terapéutica de los episodios depresivos, la GPC Colombiana para depresión en adultos (66) considera una medida efectiva en episodios leves y como coadyuvancia en los episodios moderados a graves la realización de 3 a 5 sesiones de 30 a 45 minutos semanales, esto explicaría por qué el 86,8% los pacientes que hacen actividad física casi siempre, tuvieron un tamiz negativo para depresión, esto correlaciona con lo hallado por Almagro et. Al en una revisión sistemática, quienes concluyen que actúa directamente como un factor protector (67).

Por otro lado, pudimos encontrar una asociación entre depresión y satisfacción laboral, Anleu (68) afirma que esta satisfacción es un proceso complejo que depende de múltiples factores, pero sobre el cual ejerce un papel preponderante el estrés laboral, quienes lo padecen no son solo menos productivos sino que son más susceptibles a estar insatisfechos y desarrollar síntomas depresivos o ansiosos, esto concuerda con lo hallado por Gherardi (69) en trabajadores de la enfermería, pues encontró una prevalencia aumentada de depresión en quienes tenían altos niveles de estrés laboral (35,2%) comparado con los que no ($P: 0,02$). Por lo tanto, un posible factor común entre la satisfacción laboral y la depresión en nuestra población radicaría entre otros en los niveles de estrés laboral, lo cual es apoyado por Melnyk, quien encuentra que a mayor carga de estrés hay menos satisfacción y más sintomatología depresiva (70).

Es bien sabido que la depresión es una enfermedad multifactorial influenciada por factores sociales, ambientales, biológicos y hormonales, incluso se ha relacionado con los hábitos dietarios, encontrando que las dietas que contienen buenas cantidades de frutas, vegetales, pescado y otros alimentos ricos en vitaminas y minerales se asocian con la presencia de menos síntomas depresivos e incluso disminuyen el riesgo de padecer depresión, lo cual se correlaciona con nuestros resultados, ya que encontramos una relación estadísticamente significativa entre la ausencia de depresión y el consumo de una dieta balanceada, en contra parte los alimentos nocivos como los altos en grasa y azúcares refinadas disminuyen la proliferación neuronal, generando un aumento de las reacciones oxidativas, incrementando el proceso pro-inflamatorio e induciendo neurodegeneración, lo cual también influye en la neurobiología de la depresión, en este estudio la relación entre el no consumo de estos alimentos nocivos y la ausencia de depresión fue estadísticamente significativa ($p < 0.022$) (71).

La relación entre la patología mental y la hipertensión ha sido descrita en varias direcciones, no solamente un hipertenso puede desarrollar depresión, sino que las personas depresivas sin patología orgánica se encuentran en mayor riesgo de tener hipertensión arterial, un estudio multicéntrico realizado en 52.095 adultos de 19 países encontró un riesgo aumentado en pacientes depresivos (OR: 1,4 – IC95%: 1,3 – 1,5) de tener un diagnóstico posterior de HTA (72). Existen estudios que evidencian posibles vías fisiopatológicas tales como patrones de sueño alterados, hiperactividad simpática y adrenal, desregulación de neurotransmisores y mecanismos inflamatorios exacerbados (73,74). Es posible que por estas razones, cuando la patología depresiva se encuentra plenamente establecida en el paciente con HTA, su tratamiento es no solo menos adherente, sino también menos efectivo, por ejemplo el estudio llevado a cabo por Mermerelis en Irlanda en hipertensión resistente en pacientes con comorbilidad depresiva o ansiosa, encontró que esta patología mental es un factor influyente en la falta de respuesta al tratamiento (75), además los resultados obtenidos por Lenski en pacientes Alemanes con HTA no controlada con más de 5 medicamentos que padecían síntomas depresivos, a quienes realizó una denervación simpática renal, pues propone como vía común subyacente una disfunción del sistema nervioso autónomo, obtuvo una disminución significativa de la intensidad de la depresión ($P < 0,0001$) y aumento en su calidad de vida ($P < 0,05$) (76).

11. CONCLUSIONES

Lograr una adecuada adherencia a las medidas farmacológicas y no farmacológicas de un tratamiento antihipertensivo es uno de los principales retos de los programas de atención primaria, el manejo que se inicie en un paciente tiene que estar basado en características específicas que puedan influenciar o alterar su adherencia, entre estas cobra gran relevancia el riesgo de padecer depresión, ya que esta se comporta como un factor independiente para mala adherencia a estilos de vida y control de la enfermedad, el médico y personal de salud a cargo de estos programas debe conocer instrumentos de fácil aplicación en sus consultorios como la escala PHQ-2 y 9, no solo para detectar esta patología sino para tratarla oportunamente y mejorar sus resultados de morbi-mortalidad a corto y mediano plazo. Además, se demostró la posibilidad de evaluar fácilmente la adherencia con el test de Morinsky-levine, para poder generar acciones que hagan más efectivas las intervenciones en salud.

En la población estudiada encontramos una alta adherencia al tratamiento farmacológico, lo cual probablemente está explicado por múltiples factores tales como el alto nivel educativo y socioeconómico de la mayoría de los participantes, además de que una buena parte de ellos contaba con buenas redes de apoyo y estructura familiar y regímenes de monoterapia más fáciles de cumplir; por eso a pesar de que la prevalencia de tamiz positivo para depresión fue alta, esta no se relacionó con la no adherencia al tratamiento farmacológico contrario a lo reportado en la literatura, sin embargo si hubo una asociación estadísticamente significativa con la no adherencia a los estilos de vida saludables.

Es importante nuestra población tiene una adecuada dispensación de los medicamentos lo que garantiza la oportunidad, aunque no se incluyó dentro de las variables de este estudio, se considera importante mencionarlo porque se considera

un punto fundamental para que se de la adherencia y que deja las puertas abiertas para que se continúen realizando mas estudios.

12. LIMITACIONES

El acceso a la población objeto de estudio que se obtuvo a partir de un muestreo aleatorio simple, se considero que fue la principal limitante para la consecucion de una forma mas rápida y oportuna de la muestra planteada, dado que se realizaron varias actividades organizadas con el fin de motivarlos a participar y fueron muy pocos los pacientes que se lograron captar de esta manera, otros de los agravantes para conseguir la muestra es que no se contaba con una base de datos actualizada por parte de la institución donde se tuvieran teléfonos o direcciones disponibles por lo cual fue muy difícil establecer este contacto.

El tamaño muestral fue pequeño, se recolecto un total de 91 pacientes que correspondieron al 51.7 % del tamaño de muestra proyectado, lo cual pudo intervenir en los resultados encontrados en este tipo de población.

Otro punto importante a tener en cuenta es la homogeneidad de la población, dentro de las características importantes es que son adultos mayores, casi en su totalidad están ubicados en el área urbana, cuentan en su mayoría con estudios técnicos, universitarios y de posgrado, en su gran mayoría están conformadas por familias nucleares y con buena red de apoyo, teniendo en cuenta lo anterior se considera que estos factores pudieron influir en los resultados encontrados.

13. RECOMENDACIONES

1. Identificar tempranamente los pacientes que tengan factores de riesgo para depresión, mediante utilización de test cortos de fácil aplicación en la consulta de medicina general, permitirá detección oportuna de esta patología, con lo cual se puede prevenir mayores complicaciones en los pacientes hipertensos.
2. Es importante determinar el grado de adherencia al manejo farmacológico mediante aplicación de un test corto, con buena sensibilidad y especificidad como lo es el de Morinsky-Green-Levine para los pacientes inhábiles al manejo antihipertensivo.
3. En la atención de los pacientes con patologías crónicas como la HTA es importante indagar los aspectos psicosociales, dada la relación que existe entre estos y la falta de adherencia al tratamiento farmacológico y al cumplimiento de prácticas de estilos de vida saludables.
4. En consonancia con la anterior recomendación es importante que se cuente con un manejo multidisciplinario, especialmente en los pacientes con HTA no adherente o con falla terapéutica.
5. Se recomienda mantener actualizada las bases de datos de los pacientes con HTA de la Unidad de Salud de la Universidad del Cauca, para facilitar las actividades de prevención y promoción, al igual que los futuros trabajos de investigación en esta población.

BIBLIOGRAFIA

- [1] Welton PK, Carey RM, Aronow WS, Casey DE, Collins KJ, Dennison C, et al. Guideline for the Prevention, Detection, Evaluation and Management of High Blood Pressure in Adults. *J Am Coll Cardiol.* 2017. doi:10.1016/j.jacc.2017.07.745
- [2] Whelton PK, Carey RM, Aronow WS, Casey DE, Collins KJ, Dennison C, et al. ACC/AHA/AAPA/ABC/ACPM/AGS/APhA/ASH/ASPC/NMA/PCNA guideline for the prevention, detection, evaluation, and management of high blood pressure in adults: a report of the American College of Cardiology/American Heart Association task force on clinical practice guidelines. *Hypertension.* 2017. doi:10.1161/HYP.0000000000000065
- [3] Sociedad Colombiana de Cardiología y Cirugía Cardiovascular. España: Elsevier. S.L.U. 2018. Disponible en: <http://creativecommons.org/licenses/by-nc-nd/4.0/>.
- [4] Hirschberg, S., Donatti, S., Rijana, I. y Selan, V. La relación entre adherencia terapéutica y calidad de vida en la hipertensión arterial. *Psiencia. Revista Latino.* 2015; 6(2): 1-8.
- [5] Martín Alfonso LDLÁ., Grau Ábalo JA. y Espinosa Brito AD. Marco conceptual para la evaluación y mejora de la adherencia a los tratamientos médicos en enfermedades crónicas. *Revista Cuban.* 2014; 40(2): 222-235.
- [6] Sierra J., Ortega V., Zubeidat, I. Ansiedad, angustia y estrés: tres conceptos a diferenciar. *Revista Mal Est.* 2003; 3(1): 10-59.
- [7] Sánchez-Cruz JF., Hipólito-Lóenzo A., Mugártegui-Sánchez SG., Yáñez-González RM. Estrés y depresión asociados a la no adherencia al tratamiento en pacientes con diabetes mellitus tipo 2. *Atención Fam.* 2016; 23(2): 43-47.
- [8] Oliva P., Buhring, K. Problemas de adherencia a dietoterapia en pacientes hipertensos pehuenches. *Revista Chil.* 2011; 38(3): 285-289.

- [9] Ortiz Arriagada JB., Castro Salas M. Bienestar psicológico de los adultos mayores, su relación con la autoestima y la autoeficacia: Contribución de enfermería. *Ciencia y Enferm.* 2009; 15(1): 25-31.
- [10] Cid P., Orellana A., Barriga, O. Validación de la escala de autoeficacia general en Chile. *Revista Médic.* 2010; 138(5): 551-557.
- [11] Carpi Ballester A., Gonzalez Navarro P., Zurriaga Llorens R., Campos M., Carlos J., Buunk AP. SelfEfficacy and Perceived Control in the Prevention of Cardiovascular Disease. *Universitas Psycho.* 2010; 9(2):423-32.
- [12] Kreausukon P., Gellert P., Lippke S., Schwarzer, R. Planning and self-efficacy can increase fruit and vegetable consumption: a randomized controlled trial. *Journal of Behavioral Medicine.* 2012; 35(4): 443-451.
- [13] Byrne S., Barry D., Petry NM. Predictors of weight loss success. Exercise vs. dietary self-efficacy and treatment attendance. *Appet.* 2012; 58(2): 695-698.
- [14] Koring M., Richert J., Lippke S., Parschau L., Reuter T., Schwarzer R.. Synergistic effects of planning and self-efficacy on physical activity. *Health Education & Be.* 2012; 39(2): 152-8.
- [15] Heeren GA., Jemmott III JB., Mandeya A., Tyler JC. Theory-Based Predictors of Condom Use among university Students in the United States and South Africa. *AIDS Education & Prev.* 2007; 19(1):1-2.
- [16] Hughes JR., Naud S. Perceived role of motivation and self-efficacy in smoking cessation: A secondary data analysis. *Addictive behav.* 2016; 61: 58-61.
- [17] Olivari Medina C., Urra Medina, E. Autoeficacia y conductas de salud. *Ciencia y Enfermería.* 2007; 13(1): 9-15.
- [18] Cabanach R., Valle A., Rodríguez S., Piñeiro I., González P. Las creencias motivacionales como factor protector del estrés en estudiantes universitarios. *European Journal of Educat.* 2010; 3(1): 7587.
- [19] Horne R, Clatworthy J, Polmear A, Weinman J. A Sub-study of the ASCOT Trial

- Do hypertensive patients' beliefs about their illness and treatment influence medication adherence and quality of life? *J Human Hypertens.* 2001; 15:565-8.
- [20] Karaeren H, Yokusoglu M, Uzun S, Baysan O, Koz C, Kara B, et ál. The effect of the content of the knowledge on adherence to medication in hypertensive patients. *Anadolu Kardiyol Derg.* 2009; 9:183-8.
- [21] Florez I. Adherencia a tratamientos en pacientes con factores de riesgo cardiovascular. *Av Enferm.* 2009; 27:25-32.
- [22] Trivedi R, Ayotte B, Edelman D, Bosworth H. The association of emotional well-being and marital status with treatment adherence among patients with hypertension.
- [23] Márquez, C.E. y Casado, M.J.J. El incumplimiento farmacológico en el tratamiento de prevención de las enfermedades cardiovasculares. *Med Clin (Barc)* 2001; 116 (2): 46-51.
- [24] García Milián AJ., Alonso Carbonell L., López Puig P, Yera Alós Isis, Ruiz Salvador AK, Blanco Hernández N. Reacciones adversas a medicamentos como causa de abandono del tratamiento farmacológico en hipertensos. *Rev Cubana Medicina General Integral.* 2009; 25(1). Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0864-21252009000100005&lng=es.
- [25] García Milián AJ., Alonso Carbonell L., López Puig P, Yera Alós Isis, Ruiz Salvador AK, Blanco Hernández N. Reacciones adversas a medicamentos como causa de abandono del tratamiento farmacológico en hipertensos. *Rev Cubana Medicina General Integral.* 2009; 25(1). Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0864-21252009000100005&lng=es.
- [26] Piñeiro, F.G.V., Donís, M., Orozco, D., Pastor, R. y Merino, J. Relación entre el cumplimiento del tratamiento farmacológico y el grado del control en pacientes con hipertensión arterial, diabetes no insulino dependiente y dislipidemia. *Med*

Clin (Barc) 1998; 111: 565-567.

- [27] Castaño-Castrillón JJ, Echeverri Rubio Ch, et al. Adherencia al tratamiento de pacientes hipertensos atendidos en Assbasalud ESE, Manizales (Colombia) 2011. Rev Fac Med [Internet]. 2012; 60 (3): 179-197. Disponible en: <https://revistas.unal.edu.co/index.php/revfacmed/article/view/38401/47227>.
- [28] Espinosa, R., García-Vera, M.P. y Sanz, J. Factores psicosociales implicados en el control de la hipertensión arterial. Hipertensión y Riesgo Vascular. 2012; 29(2):44–9.
- [29] Sandoval, D., Chacón, J., Muñoz, R., Henríquez, Ó., Koch, E. y Romero, T. Influencia de factores psicosociales en la adherencia al tratamiento farmacológico antihipertensivo: Resultados de una cohorte del Programa de Salud Cardiovascular de la Región Metropolitana, Chile. Revista médica de Chile. 2014; 142 (10): 1245–1252.
- [30] Núñez, A.J., Luque, A.M., Auriolos, E.M., Verdú, B.T., Moreno, C.L. y Correa, J.A.G. Adherencia al tratamiento en pacientes polimedicados mayores de 65 años con prescripción por principio activo. Atención Primaria. 2014; 46(5): 238–245.
- [31] Diez-Canseco, F., Ipince, A., Toyama, M., Benate-Galvez, Y., Galán-Rodas, E., Medina-Verástegui, J.C, et al. Integration of mental health and chronic non-communicable diseases in Peru: challenges and opportunities for primary care settings]. Rev. Perú Med Exp Salud Publica. 2014; 31(1):131–136.
- [32] Bastidas, H. Enfermedades médicas y depresión en el adulto mayor: características comunes y relación etiológica. Revista de Psicología. 2014; 32 (2): 192-218.
- [33] Enfermedades médicas y depresión en el adulto mayor: características comunes y relación etiológica. Revista de Psicología Vol. 32 (2), 2014 (ISSN 0254-9247)
- [34] Lemos, M.A., Agudelo Vélez, D.M. Consideraciones sobre la depresión como

factor de riesgo en pacientes cardiovasculares. Revista CES Psicología ISSN 2011-3080 Volumen 8 Número 1 Enero-Junio 2015 pp. 192-206

- [35] Chacón, J., Sandoval, D., Muñoz, R. y Romero, T. Evaluación del control de la presión arterial y la adherencia terapéutica en hipertensos seguidos en el Programa de Salud Cardiovascular (PSCV): Asociación con características clínicas, socioeconómicas y psicosociales. Revista chilena de cardiología. 2015; 34(1):18–27.
- [36] Kroenke K, Spitzer R, Williams J. The Patient Health Questionnaire-2: validity of a two-item depression screener. *Gen Hosp Psychiatry*. 2010; 32(5): 544-8.
- [37] Smith M, Gotman N, Lin H, Yonkers, K. Do the PHQ-8 and the PHQ-2 Accurately Screen for Depressive Disorders in a Sample of Pregnant Women? *Gen Hosp Psychiatry*. 2010; 32(5): 544-8.
- [38] Löwe B, Kroenke K, Gräfe, K. Detecting and monitoring depression with a two-item questionnaire (PHQ2). *J Psychosom Res*. 2005; 58(2): 163-71.
- [39] Löwe B, Wahl I, Rose M, Spitzer C, Glaesmer H, Wingenfeld K, Schneider A, Brähler, E. A 4-item measure of depression and anxiety: validation and standardization of the Patient Health Questionnaire-4 (PHQ-4) in the general population. *J Affect Disord*. 2010; 122(1-2): 86-95.
- [40] Gjerdingen D, Crow S, McGovern P, Miner M, Center, B. Postpartum Depression Screening at Well-Child Visits: Validity of a 2-Question Screen and the PHQ-9. *Ann Fam Med*. 2009;7(1):63-70.
- [41] American College of Obstetrician and Gynecologist. Screening for perinatal depression. *Obstet Gynecol*. 2015; 125(5):1268-71.
- [42] Herrera R, Badiel M, Zapata H. Factores asociados al no control de la presión arterial en pacientes inscritos al programa de hipertensión de una Entidad Promotora de Salud en Cali-Colombia, 2004. *Rev. Colomb. Cardiol*. 2009;16(4):143-52.

- [43] Triviño Quintero LP, Dosman González VA, Uribe Vélez YL, Agredo Zúñiga RA, Jerez Valderrama AM, Ramírez Vélez R. Estudio del estilo de vida y su relación con factores de riesgo de síndrome metabólico en adultos de mediana edad. *Acta Med Colomb [en línea]* 2009 Dic., 2012]; 34(4): 158-163. Disponible en: http://www.scielo.org.co/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S012024482009000400002&lng=es. [Links]
- [44] Wilson DM, Ciliska D. Life-style assessment: Development and use of the Fantastic checklist. *Can Fam Physician* 1984; 30:1527.
- [45] López, Carmona JM, Ariza Andraca CR, Rodríguez Moctezuma JR, Munguía Miranda C. Construcción y validación inicial de un instrumento para medir el estilo de vida en pacientes con diabetes mellitus tipo 2. *Salud Pública de México.* 2003; 45, julio-agosto. Disponible en: <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=10645404>. [Links]
- [46] López-Carmona JM, Rodríguez-Moctezuma JR, Munguía Miranda C, Hernández-Santiago JL, Casas de La Torre E. Validez y fiabilidad del cuestionario FANTASTIC para medir el estilo de vida de pacientes mexicanos con hipertensión arterial. *Aten. Primaria* 2000; 26: 542-9. [Links]
- [47] Kason Y, Ylanko V. Fantastic life-style assessment: Part 5. Measuring lifestyle in family practice. *Can Fam Physician.* 1984;30:2379-83.
- [48] Rodríguez CR, Reis RS, Petroski EL. Brazilian Version of a Lifestyle Questionnaire: Translation and Validation for Young Adults. *Arq Bras Cardiol.* 2008;91:92-8.
- [49] Casas-Piedrahíta MC, Chavarro-Olarte LM, Cardona-Rivas D. Adhesión al tratamiento de la Hipertensión arterial en dos Municipios de Colombia. 2010-2011. *Hacia la Promoción de la Salud.* 2013;18(1):81-96.
- [50] Herrera R, Badiel M, Zapata H. Factores asociados al no control de la presión arterial en pacientes inscritos al programa de hipertensión de una Entidad Promotora de Salud en Cali-Colombia, 2004. *Rev. Colomb. Cardiol.*

2009;16(4):143-52.

- [51] Tilea I, Petra D, Voidazan S, Ardeleanu E, Varga A. Treatment adherence among adult hypertensive patients: a cross-sectional retrospective study in primary care in Romania. *Patient Prefer Adherence*. 2018;12:625–635.
- [52] 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.* 2017;65(1): 55-60.
- [53] Arévalo M, López M, López D, Martínez F. Adherencia a la Terapéutica Farmacológica en Pacientes con Hipertensión Arterial. *Rev Med HJCA*. 2016; 8(1): 8-13.
- [54] Guarín GM, Pinilla AE. Adherencia al tratamiento antihipertensivo y su relación con la calidad de vida en pacientes de dos hospitales de Bogotá, D.C. 2013-2014. *Rev Fac Med*. 2016; 64 (4): 651-657.
- [55] Ben AJ, Neumann CR, Mengue SS. The Brief Medication Questionnaire and MoriskyGreen Test to evaluate medication adherence. *Rev Saúde Pública*. 2012; 46(2): 1-10.
- [56] Isaza CA, Moncada JC, Mesa G, Osorio FJ. Efectividad del tratamiento antihipertensivo en una muestra de pacientes colombianos. *Biomédica*. 2004;24(3):273-281.
- [57] Organización Mundial de la Salud. Adherencia a los tratamientos a largo plazo: pruebas para la acción. Ginebra: OMS; 2004.
- [58] Herrera E. Adherence to Treatment of People with Arterial Hypertension. *Av enferm*. 2012; XXX (2): 67-75.
- [59] López SA, Chávez R. Adherence to antihypertensive therapy in patients over 60 years old. *Revista Habanera de Ciencias Médicas*. 2016; 15(1):40-50.
- [60] Gaviria A, Correa L, Dávila C, Burgos G, Osorio E, Valderrama J et al. Boletín

de salud mental Depresión Subdirección de Enfermedades No Transmisibles. Boletín numero 1. Bogotá: Ministerio de Salud; 2017. Disponible en: <https://www.minsalud.gov.co/sites/rid/Lists/BibliotecaDigital/RIDE/VS/PP/ENT/boletin-depresion-marzo-2017.pdf>

- [61] Ollarves W. Estrés y depresión en pacientes hipertensos. [Internet]. Vol. 1. Ed. 1. Venezuela: Serbiluz; 2016. Disponible en: http://tesis.luz.edu.ve/tde_arquivos/22/TDE-2017-10-16T14:47:26Z-7354/Publico/ollarves_diaz_williamnys_lisbeth.pdf
- [62] Coventry P. Multicondition collaborative care intervention for people with coronary heart disease and/or diabetes, depression and poor control of hypertension, blood sugar or hypercholesterolemia improves disability and quality of life compared with usual care. *Evid Based Med.* 2012;17 (6): 6-13.
- [63] Bogner HR, de Vries HF, Kaye EM, Morales KH. Pilot trial of a licensed practical nurse intervention for hypertension and depression. *Fam Med.* 2013;45 (5):323–329.
- [64] Sánchez-Cruz J, Hipólito-Lóenzo A, Mugártegui-Sánchez S, Yáñez-González R. Juan F. Stress and Depression Associated with Non-Adherence to Treatment in Patients with Diabetes Mellitus Type 2. *Atención Familiar.* 2016; 23 (2): 37-72.
- [65] Saavedra A, Rangel S, García A, Duarte A, Bello Y, Infante A. Depresión y funcionalidad familiar en adultos mayores de una unidad de medicina familiar de Guayalejo, Tamaulipas, México. *Atención Familiar.* 2016; 23 (1): 24-28.
- [66] Ministerio de Salud y Protección Social de Colombia. Detección temprana y diagnóstico del episodio depresivo y trastorno depresivo recurrente en adultos. Atención integral de los adultos con diagnóstico de episodio depresivo o trastorno depresivo. Guía n. 22. Bogotá: Ministerio de Salud; 2013. Disponible en: <https://www.minsalud.gov.co/sites/rid/Lists/BibliotecaDigital/RIDE/INEC/IETS/>

GPC_Comple_Depre%20(1).pdf

- [67] Almagro S, Dueñas MA, Tercedor P. Physical activity and depression: a systematic review. *Rev int med cienc act fís deporte*. 2014; 14 (54): 377-392.
- [68] Anleu OH. Estrés y satisfacción laboral. Volumen 1. México: Universidad Rafael Landívar; 2018. Disponible en: <http://recursosbiblio.url.edu.gt/tesiseortiz/2018/05/43/Anleu-Osmar.pdf>
- [69] Gherardi-Donato EC, Cardoso L, Bastos CA, De Souza S, Reisdorfer E. Asociación entre depresión y estrés laboral en profesionales de enfermería de nivel medio. *Rev. Latino-Am. Enfermagem*. 2015; 23 (4): 733-40.
- [70] Melnyk BM, Hrabce DP, Szalacha LA. Relationships among work stress, job satisfaction, mental health, and healthy lifestyle behaviors in new graduate nurses attending the nurse athlete program: a call to action for nursing leaders. *Nurs Adm Q*. 2013 Oct- Dec;37(4):278-85.
- [71] Márquez MO. Depresión y Calidad de la Dieta: Revisión Bibliográfica. *Archivos de medicina*. 2016; 12(1): 1-6.
- [72] Stein DJ, Aguilar S, Alonso J, Bruffaerts R, De-jonge P, Liu Z, et al. Associations between mental disorders and subsequent onset of hypertension. *General Hospital Psychiatry*. 2014; 36: 142–149.
- [73] Pickering TG. Could hypertension be a consequence of the 24/7 society? The effects of sleep deprivation and shift work. *J Clin Hypertens*. 2006; 8: 819–822.
- [74] Li Cavoli G, Mulè G, Rotolo U. Renal involvement in psychological eating disorders. *Nephron Clin Pract*. 2011; 119: 338–341.
- [75] Mermerelis A, Kyvelou SM, Vellinga A, Papageorgiou C, Stefanadis C, Douzenis A. Association between anxiety and depression symptoms with resistant hypertension and central hemodynamics: A pilot study. *Hellenic Journal of Cardiology*. 2016; 57: 203-204.

[76] Lenski D, Kindermann I, Lenski M, Ukena C, Bunz M, Mahfoud F, et al. Anxiety, depression, quality of life and stress in patients with resistant hypertension before and after catheter-based renal sympathetic denervation. *EuroIntervention*. 2013; 9: 700-708.

ANEXOS

Anexo A. Encuesta Estructurada

INSTRUMENTO PARA TAMIZAJE DE DEPRESIÓN Y ADHERENCIA AL TRATAMIENTO FARMACOLÓGICO Y NO FARMACOLÓGICO EN PACIENTES HIPERTENSOS DE LA UNIDAD DE SALUD DE LA UNIVERSIDAD DEL CAUCA.

Fecha de diligenciamiento: _____

Código asignado al paciente: _____

El objetivo general de la investigación, es determinar la relación entre el tamiz positivo para depresión y la adherencia al tratamiento en pacientes hipertensos de la unidad de salud de la universidad del cauca, en el periodo comprendido entre Julio de 2017 y Junio de 2018.

Los datos serán tomados de las historias clínicas de los pacientes con diagnóstico de Hipertensión Arterial Esencial, no se utilizarán nombres de los pacientes y los resultados solo serán manipulados por los encargados de la investigación.

VARIABLES DEMOGRÁFICAS:

1. SEXO: FEMENINO: ___ MASCULINO: ___

2. EDAD: ___ EN AÑOS

3. ETNIA: BLANCA ___ NEGRA ___ MESTIZA ___ INDIGENA ___

4. PROCEDENCIA: U ___ R ___

5. ESTADO CIVIL: CASADO ___ UNION LIBRE-
___ SOLTERO ___ VIUDO ___ SEPARADO ___ DIVORCIADO ___

6. ESTRATO SOCIOECONÓMICO: E1 ___ E2 ___ E3 ___ E4 ___ E5 ___ E6 ___

7. NIVEL EDUCATIVO:

NINGUNO ___ PRIMARIA ___ SECUNDARIA ___ TECNICO ___ UNIVERSITARIO ___
POSTGRADO ___

8. OCUPACION: ESTUDIANTE___DOCENTE___ADMINISTRATIVO___AMA DE CASA___OTRO_____

VARIABLES PSICOLOSOCIALES:

9. TIPO DE FAMILIA: NUCLEAR COMPLETA___NUCLEAR IMCOMPLETA___EXTENSA___RECONSTITUIDA___

10. CICLO FAMILIAR: EXPANSION___CONSOLIDACION___PLATAFORMA DE LANZAMIENTO___NIDO VACIO___DISOLUCION___

11. CONVIVE CON CUANTAS PERSONAS___

12. ESCALA PHQ 2: SI___NO___

13. ESCALA PHQ 9: MENOR O IGUAL A 4___5-14___IGUAL O MAYOR A 15___

VARIABLES CLINICAS:

14- ESTADIO DE LA HTA: 1___2___

15. TIEMPO DE DIAGNOSTICO DE LA HTA: NUMERO DE AÑOS___

16. IMC KG/M2:18-24 NORMAL___25-29 SOBREPESO___O>30 OBESIDAD___

17. TRATAMIENTO FARMACOLÓGICO DE LA HTA: DIURETICOS___BB___IECA___ARAII___CALCIOANTAGONISTAS___NINGUNO_

18. COMPLICACIONES: RETINOPATIA HIPERTENSIVA___ENFERMEDAD VASCULAR PERIFERICA___NEFROPATIA HIPERTENSIVA___ECV___ENFERMEDAD CORONARIA___NINGUNA___

19. COMORBILIDADES: DM___IR___EPOC___FALLA CARDIACA ___ MENTALES___OSTEOMUSCULARES___OTRA___CUAL?_____

20. EQUIPO DE SALUD QUE ATIENDE EL PACIENTE: MEDICO GENERAL___ESPECIALISTA___SUBESPECIALISTA___PSICOLOGIA___TRABAJO SOCIAL___ENFERMERIA___MED. ALTERNATIVA___MED. TRADICIONAL___

21. ADHERENCIA FARMACOLÓGICA (TEST DE MORINSKY LEVINE):SI___NO___

22. TEST FANTÁSTICO: -MENOR DE 39 ___40-59___60-79___80-84___85-100___

Anexo B. Test de Tamizaje para Depresion PHQ-2

Cuestionario sobre la salud del paciente-2 (PHQ-2)

Durante las <i>últimas 2 semanas</i> , ¿qué tan seguido ha tenido molestias debido a los siguientes problemas?	Ningún día	Varios días	Más de la mitad de los días	Casi todos los días
1. Poco interés o placer en hacer cosas	0	1	2	3
2. Se ha sentido decaído(a), deprimido(a) o sin esperanzas	0	1	2	3

For office coding: 0 + + +
= *Total Score*

Anexo C. Test para depresión PHQ-9

CUESTIONARIO SOBRE LA SALUD DEL PACIENTE -9 72883												
(US Spanish version of the PHQ)												
Durante las <u>últimas 2 semanas</u> , ¿qué tan seguido ha tenido molestias por cualquiera de las siguientes dificultades?	No del todo	Varios días	Más de la mitad de los días	Casi todos los días								
1. Poco interés o placer en hacer cosas	0	1	2	3								
2. Sintiendo decaído(a), deprimido(a), o sin esperanzas	0	1	2	3								
3. Dificultad en caer o permanecer dormido(a), o dormir demasiado	0	1	2	3								
4. Sintiendo cansado o teniendo poca energía	0	1	2	3								
5. Pobre de apetito o comer en exceso	0	1	2	3								
6. Sintiendo mal con usted mismo(a) – o que usted es un fracaso o que ha quedado mal con usted mismo(a) o con su familia	0	1	2	3								
7. Dificultad en concentrarse en cosas, tales como leer el periódico o ver televisión	0	1	2	3								
8. ¿Moviéndose o hablando tan lento, que otras personas podrían notarlo? O lo contrario – muy inquieto(a) o agitado(a) que usted ha estado moviéndose mucho más de lo normal	0	1	2	3								
9. Pensamientos de que usted estaría mejor muerto(a) o de alguna manera lastimándose a usted mismo(a)	0	1	2	3								
SCORING FOR USE BY STUDY PERSONNEL ONLY _____ + _____ + _____ + _____ •Total Score: _____												
<p>Si usted marcó <u>cualquiera</u> de los problemas, ¿qué tan <u>difícil</u> han afectado estos problemas en hacer su trabajo, encargarse de tareas del hogar, o llevarse bien con otras personas?</p> <table style="width: 100%; text-align: center;"> <tr> <td>Para nada difícil</td> <td>Un poco difícil</td> <td>Muy difícil</td> <td>Extremadamente difícil</td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> </tr> </table>					Para nada difícil	Un poco difícil	Muy difícil	Extremadamente difícil	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Para nada difícil	Un poco difícil	Muy difícil	Extremadamente difícil									
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>									

Anexo D. Test de Morinsky Green Levine para medir adherencia farmacologica

Preguntas	SI	NO
1. ¿Se olvida de tomar alguna vez el medicamento para su Diabetes?		
2. ¿Es descuidado con la hora en que debe tomar la medicación?		
3. Cuando se encuentra bien ¿deja de tomarlos?		
4. Si alguna vez le sientan mal ¿deja de tomarlas?		

Adherente	SI	NO
Resultado:		

Anexo E. Test de autoevaluación de estilos de vida saludable: fantástico

Contesta el cuestionario recordando tu vida en el último mes.

1. FAMILIA Y AMIGOS:

- Tengo con quien hablar de las cosas que son importantes para mí :

Casi siempre (2) ___ A veces (1) ___ Nunca (0) ___

- Yo doy y recibo cariño:

Casi siempre (2) ___ A veces (1) ___ Nunca (0) ___

2. ACTIVIDAD FISICA:

- Yo realizo actividad física (caminar, subir escaleras, trabajo de la casa, hacer el jardín):

Casi siempre (2) ___ A veces (1) ___ Nunca (0) ___

- Yo hago ejercicio en forma activa al menos por 20 minutos (correr, andar en bicicleta, caminar rápido):

4 o más veces/sem (2) ___ 1 a 3 veces/sem (1) ___ Menos de 1 vez/sem (0) ___

3. NUTRICION:

- Mi alimentación es balanceada:

Casi siempre (2) ___ A veces (1) ___ Nunca (0) ___

- A menudo mucha azúcar, sal, comida chatarra o con mucha grasa.

Casi siempre (2) ___ A veces (1) ___ Nunca (0) ___

- Estoy pasado de mi peso ideal en:

Normal o hasta 4 kg (2) ___ de 5 a 8 kg(1)___ más de 8 kg(0)___

4. TABACO:

- Yo fumo cigarrillos:

No en los últimos 5 años (2)___No en el último año(1)___

He fumado en este último año (0) ___

- Generalmente fumo ___ cigarrillos al día:

Ninguno (2) ___ De 0 a 10 (1) ___ Mas de 10 (0) ___

5. ALCOHOL:

- Mi número promedio de tragos diarios es de:
De 0 a 7 tragos (2) ___ De 8 a 12 tragos (1) ___ Mas de 12 tragos (0) ___
- Bebo más de 4 tragos en una misma ocasión:
Nunca (2) ___ Ocasionalmente (1) ___ A menudo (0) ___
- Manejo el carro después de ingerir licor:
Nunca (2) ___ Ocasionalmente (1) ___ A menudo (0) ___

6. SUEÑO/ESTRÉS:

- Duermo bien y me siento descansado/a:
Casi siempre (2) ___ A veces (1) ___ Casi nunca (0) ___
- Yo me siento capaz de manejar el estrés o la tensión en mi vida:
Casi siempre (2) ___ A veces (1) ___ Casi nunca (0) ___
- Yo me relajo y disfruto de mi tiempo libre:
Casi siempre (2) ___ A veces (1) ___ Casi nunca (0) ___

7. TIPO DE PERSONALIDAD:

- Parece que ando acelerado:
Casi nunca (2) ___ A veces (1) ___ A menudo (0) ___
- Me siento enojado/a o agresivo/a:
Casi nunca (2) ___ A veces (1) ___ A menudo (0) ___

8. INTROSPECCION:

- Yo soy un pensador positivo u optimista:
Casi siempre (2) ___ A veces (1) ___ Casi nunca (0) ___
- Yo me siento tenso/a o apretado/a:
Casi nunca (2) ___ algunas veces (1) ___ A menudo (0) ___
- Yo me siento deprimido/a o triste:
Casi nunca (2) ___ algunas veces (1) ___ A menudo (0) ___

9. CONDUCCION TRABAJO:

- Uso siempre el cinturón de seguridad:
Siempre (2) ___ A veces (1) ___ Casi nunca (0) ___

- Yo me siento satisfecho/a con mi trabajo o mis actividades:
Casi Siempre (2) ____ A veces (1) ____ Casi nunca (0) ____

10. OTRAS DROGAS:

- Uso drogas como marihuana, cocaína o pasta base:
Nunca (2) ____ Ocasionalmente (1) ____ A menudo (0) ____
- Uso excesivamente los remedios que me recetan o los que puedo comprar sin receta:
Nunca (2) ____ Ocasionalmente (1) ____ A menudo (0) ____
- Bebo café, té o bebidas colas que tienen cafeína:
Menos de 3 por día (2) ____ De 3 a 6 por día (1) ____ Mas de 6 por día (0) ____



TOTAL: _____

_____ X 2: _____

INTERPRETACION DE RESULTADOS CON RESPECTO A LA ADHERENCIA A ESTILOS DE VIDA SALUDABLES.

1. Menor de 39 puntos: existe peligro
2. De 40- 59 puntos: Malo
3. De 60-79 puntos: Regular
4. De 80-84: Bueno
5. De 85 a 100: excelente estilo de vida.

Anexo F. Aval Comité Ética Médica

REGISTRO DE PROYECTO EN VRI: Relación entre el tamiz positivo para depresión y la adherencia al tratamiento en pacientes hipertensos de la Unidad de Salud de la Universidad del Cauca en el periodo comprendido entre de julio 2017 y junio de 2019 Recibidos x  

Esnely Gomez Taborda <snel@unicauca.edu.co>
para hoovermolano, hoovermolano, Beatriz, mí, ANDRES, WEIMAR ▾

vie., 27 oct. 2017 10:37   

Estimados

Reciba un cordial saludo

El Comité de Ética en sesión del día miércoles 25 de octubre, otorgó aval ético al proyecto "Relación entre el tamiz positivo para depresión y la adherencia al tratamiento en pacientes hipertensos de la Unidad de Salud de la Universidad del Cauca en el periodo comprendido entre de julio 2017 y junio de 2019"

Su registro en sistema ya fue realizado, el ID respectivo del proyecto es 4628

Anexo G. Tabla de operacionalización de variables

OPERALIZACION DE VARIABLES					
VARIABLE	DEFINICION CONCEPTUAL	TIPO DE VARIABLE	NIVEL	INDICADOR	DEFINICION OPERACIONAL
SOCIODERMOGRAFICAS					
1.edad	Tiempo vida persona desde su nacimiento (oms 2005).	Cuantitativa	Razón	Tendencia central- dispersión	Años cumplidos
2.sex0	Condición orgánica diferencia macho y hembra (oms 2005).	Cualitativa	Nominal	Frecuencias y proporciones	1-masculino 2-femenino
3.etnia	Grupos de personas que pertenecen a una misma comunidad lingüística o cultura (ops).	Cualitativa	Nominal	Frecuencias y proporciones	1-blanca 2-negra 3-meztiza 4-indigena 5-otro
4.nivel educativo	Avance educativo que tenga una persona (oms 2005). Ultimo nivel alcanzado	Cualitativa	Ordinal	Frecuencias y proporciones	1-ninguno 2-primaria completa 3-secundaria 4-tecnico 5-universitario 6-postgrado
5.estado civil	Clase o condición de una persona en el orden social (Unesco 1997).	Cualitativa	Nominal	Frecuencias y proporciones	1-casado 2- soltero 3- unión libre 4- viudez 5-separado 6-divorciado
6.lugar de procedencia	Lugar donde reside el núcleo familiar del paciente según (oms 2005).	Cualitativa	Nominal	Frecuencias y proporciones	1-urbano 2-rural
7.ocupacion	Labor o trabajo que ejerce la persona objeto de estudio	Cualitativa	Nominal	Frecuencias y proporciones	1-docente 2-dministrativo 3-pensionado 4-ama de casa 5-estudiante 6-otros
8.convivencia	Número de personas que conviven con el paciente	Cuantitativa	Discreta	Medidas de tendencia central y dispersión	Número de personas

9. tipo de familia	Elementos que integran una familia (Virginia Gutiérrez Pineda)	Cualitativa	Nominal	Frecuencias y proporciones	1-nuclear completa 2-nuclear incompleta 3-extensa 4-reconstruida 1- u
10. Ciclo vital familiar	Consenso académico de medicina familiar , junio de 2005	Cualitativa	Nominal	Frecuencias y proporciones	1-expansion 2-consolidacion 3-plataforma de lanzamiento 4-nido vacío 5-disolucion
11. Estrato socioeconómico	Estrato socioeconómico donde se encuentra ubicada la residencia habitual del participante del estudio	Cualitativa	Ordinal	Frecuencias y proporciones	1-estrato uno (bajo-bajo). 2-estrato dos (bajo). 3-estrato tres (medio bajo) 4-estrato cuatro (medio) 5-estrato cinco (medio alto) 6- estrato seis (alto)
Clínicas					
12. Estadio de la HTA	Se considera HTA cifras tensionales mayores o iguales a 140/90. Fase i: 140-159/90-99 fase ii: >=160/90 joint 7	Cualitativa	Nominal	Frecuencias y proporciones	1 fase 1 2-fase 2
13. Tiempo de diagnóstico de la HTA	Tiempo transcurrido desde que se realizó el diagnóstico de HTA.	Cuantitativa	Discreta	Tendencia central-dispersión	1- < de 1 año (número de meses) 2-numero en años 2- numero
14. .IMC - kg/m ²)	Es un indicador simple de la relación entre el peso y la talla que se utiliza frecuentemente para identificar el sobrepeso y la obesidad en los adultos (OMS 2005).	CUANTITATIVA	INTERVALO	FRECUENCIAS Y PROPORCIONES	1-IMC 18-24 NORMAL 2-IMC 25-29 SOBREPESO 3-IMC =O>30 OBESIDAD
15. tratamiento farmacológico de la hta	Es el conjunto de medios de cualquier clase (higiénicos, farmacológicos, quirúrgicos o físicos) cuya finalidad es la curación o el alivio (paliación) de las enfermedades o síntomas	Cualitativa	Nominal	Frecuencias y proporciones	1-diureticos 2-bb 3-ieca 4-araii 5-ninguno

16. Complicaciones	Es un problema adicional que se presenta luego de un procedimiento o enfermedad y es secundaria a ellos. Webster's new world medical dictionary.	Cualitativa	Nominal	Frecuencias y proporciones	1-retinopatía hipertensiva 2-enfermedad vascular periférica 3-nefropatía hipertensiva 4-accidente cerebrovascular 5-enfermedad cardíaca coronaria 6-ninguno
17. Comorbilidades.	Define la comorbilidad o diagnóstico dual como la coexistencia en el mismo individuo de un trastorno.	Cualitativa	Nominal	Frecuencias y proporciones	1-dm 2-ir 3-epoc 4-mentales 5-teomusculares
18. Equipo de salud que atiende el paciente	Hace referencia al personal de salud encargado del seguimiento del paciente con HTA.	Cualitativa	Nominal	Frecuencias y proporciones	1-médico general 2-médico especialista 3-medico subespecialista 4-trabajo social 5-enfermería 6-medicina alternativa 7-medicina tradicional 8-psicología 9-otros
19. Test fantástico	Es un instrumento genérico que se utiliza para la evaluación de estilos de vida saludable y la adherencia a medidas no farmacológicas. Departamento de medicina familiar de la universidad MC master de Canadá.	Cualitativa	Nominal	Tendencia central-dispersión	1-menor de 39 puntos: existe peligro 2-40-59: malo 3-60-79: regular 4-80-84: bueno 5-85-100: excelente estilo de vida.

20. Adherencia farmacológica	El grado en que el comportamiento de una persona - tomar el medicamento, seguir un régimen alimentario y ejecutar cambios del modo de vida ejecutar cambios del modo de vida - se corresponde con se corresponde con las recomendaciones acordadas de un prestador de asistencia sanitaria.world health organization, 2003 test de Morisky –Green Levine	Cualitativa	Nominal dicotómica	Frecuencias y proporciones	1-si 2-no

22. Escala phq2	El cuestionario de salud del paciente (PHQ) es una versión auto administrado de la herramienta prime-md para los trastornos mentales comunes administrados por profesionales de la salud.	Cualitativa	Nominal dicotómica	Frecuencias y proporciones	1-si 2-no
23. Escala PHQ9	Es el módulo de evaluación de depresión del prime-md, una encuesta auto administrada para evaluar problemas mentales frecuentes. Consta de nueve ítems que evalúan cada uno de los nueve criterios del DSM-V en una escala que va desde 0 (para nada) hasta 3 (casi todos los días)	Cualitativa	Nominal	Tendencia central-dispersión	1- < 0 = 4 2- 5-14

