

Poca adherencia al tratamiento farmacológico en pacientes hipertensos que acuden al hospital del IESS en Esmeraldas

Rubén Páez-Landeta¹, Alejandro Páez-Llerena¹, Diego Cisneros Moscoso²

¹ Docente Facultad de Ciencias Médicas, Universidad Central del Ecuador.

² Médico Residente, Hospital Eugenio Espejo, Quito, Ecuador.

Rev. Fac Cien Med (Quito), 2016; 41(2):19-25

Recibido: 20/08/16; Aceptado: 15/11/16

Autor correspondiente: Rubén Páez; rppaez@uce.edu.ec

Resumen:

Contexto: es usual detectar la reducida adherencia al tratamiento farmacológico de la hipertensión arterial, lo que incrementa la mortalidad por enfermedades crónicas no transmisibles.

Objetivo: determinar la adherencia al tratamiento farmacológico en pacientes hipertensos, atendidos en el Hospital General del Instituto Ecuatoriano de Seguridad Social de Esmeraldas.

Métodos: se realizó un estudio observacional, descriptivo y transversal, a pacientes entrevistados en consulta externa del Hospital utilizando el Test de Morisky-Green, para valorar la adherencia al tratamiento farmacológico antihipertensivo.

Resultados: se estudiaron 247 pacientes, 58,7% hombres con un tiempo de enfermedad mayo a 3 años (61,3%). La adherencia al tratamiento farmacológico fue 47,4%, observándose mayor adherencia el individuos de estado civil casado y con educación superior ($p < 0,05$).

Conclusión: la adherencia al tratamiento farmacológico en pacientes hipertensos es menor al 50% y tiene relación positiva con el grado de educación.

Palabras claves: adherencia, Morisky-Green, hipertensión.

Abstract:

Context: it is usual to identify reduced adherence to the pharmacological treatment of arterial hypertension, which increases mortality due mainly to chronic non-communicable diseases.

Objective: to determine adherence to drug treatment in hypertensive patients, treated at the General Hospital of the Ecuadorian Social Security Institute of Esmeraldas.

Methods: an observational, descriptive and cross-sectional study was conducted on patients interviewed in an outpatient clinic using the Morisky-Green Test, to assess adherence to antihypertensive drug treatment.

Results: 247 patients were studied, 58.7% men with a disease time from May to 3 years (61.3%). Adherence to pharmacological treatment was 47.4%, with greater adherence being observed in individuals with a marital status and higher education ($p < 0.05$).

Conclusion: adherence to drug treatment in hypertensive patients is less than 50% and it is positively related to the degree of education.

Keywords: adherence, Morisky-Green, hypertension.



Este artículo está bajo una licencia de Creative Commons de tipo Reconocimiento - No comercial - Sin obras derivadas 4.0 International License

Introducción

La hipertensión arterial como enfermedad crónica no transmisible, exige la adherencia de los pacientes al tratamiento de manera informada, responsable, ordenada y permanente. Adicionalmente, demanda importantes cambios en el estilo de vida del individuo, sin embargo, es frecuente detectar durante la consulta médica que existen hipertensos que no siguen adecuadamente las instrucciones del personal de salud en relación al tratamiento, lo que complica su condición de salud, calidad de vida y eleva la tasa de mortalidad. La hipertensión arterial es una de las enfermedades de alta incidencia y está entre las principales causas de mortalidad y discapacidad, problema de salud fácil de prevenir con un adecuado control de la presión arterial y a la estricta sujeción al tratamiento farmacológico y no farmacológico de la enfermedad.

En Ecuador, a inicios de la presente década, la hipertensión arterial fue la primera causa de mortalidad (30,3/100.000 habitantes), segunda causa de mortalidad en varones (31,3/100.000) y mujeres (29,4/100.000) y segunda causa de muerte en sujetos mayores de 65 años de edad luego de la neumonía.¹ Se reconocen varios factores de riesgo prevenibles y modificables por lo que gracias a la adecuada educación al paciente sobre el impacto que tienen los factores de riesgo de la enfermedad, fácilmente corregibles, es factible integrarlos como hábitos permanentes en un nuevo estilo de vida saludable. Los factores de riesgo de mayor asociación incluyen: dieta no saludable, sobrepeso-obesidad, sedentarismo, consumo de tabaco, alcohol, estrés, alteraciones emocionales y el patrón de conducta tipo A².

Es conocido el rol que tiene la hipertensión arterial como factor de riesgo para el desarrollo de enfermedad cardiovascular y enfermedad cerebrovascular. Al iniciar la presente década, la tasa de mortalidad por enfermedad cerebrovascular fue de 24,9/100.000 y por cardiopatía isquémica de 14,1/100.000 habitantes. En el año 2014, la enfermedad isquémica del corazón fue la primera causa de mortalidad en varones y las enfermedades cerebrovasculares ocuparon el cuarto lugar en el perfil epidemiológico ecuatoriano¹. Al evaluar el comportamiento de la morbilidad en Ecuador, se observa una tendencia permanente en el incremento de personas con diagnóstico de hipertensión arterial; así, durante el segundo quinquenio de la década anterior, la prevalencia aumentó de 63 a 488 por cien mil habitantes¹. El incremento de la mortalidad y morbilidad resulta paradójico ante los avances en ayudas diagnósticas y el nivel farmacológico logrado³, explicado por varios factores

inherentes al sistema de salud. Así, en la mayoría de casos, los pacientes son receptores pasivos de las indicaciones que emite el profesional médico, con un léxico incomprensible; la prescripción se limita en el mejor de los casos, a informar el nombre del medicamento, presentación, vía y periodicidad en la administración. No existe postconsulta al ser un modelo de atención esencialmente curativo, medicalizado y medicamentado que resta espacio a la promoción de la salud. Esto implica que se entregan contenidos que permitan promover estilos y entornos de vida saludables, absolutamente necesarios para abordar con objetividad y responsabilidad problemas de salud severos como la hipertensión arterial que dependen en gran medida del tratamiento no farmacológico⁴.

Es frecuente percibir inconformidad en el paciente ante la información que recibe para su problema de salud. La consulta médica restringe el tiempo para la comunicación y para concientizar la adhesión del paciente con su tratamiento. El problema es más complejo aún; si bien la actitud del personal de salud es determinante en la construcción de conductas adherentes, en numerosos pacientes definitivamente incidirá la situación económica, social y cultural. El desconocimiento de la enfermedad como un padecimiento crónico, la poca disciplina para la ingesta de los medicamentos según indicaciones médicas y la limitada firmeza para modificar hábitos y costumbres contradictorios con la salud, forman parte de los factores explicativos de la débil adherencia al tratamiento de la hipertensión arterial. El impacto de la política pública en salud para modificar estilos de vida es limitado en varios escenarios demográficos, especialmente a nivel de la población joven y adultos jóvenes, donde los factores de riesgo están aumentando. Esto evidencia la importancia que tiene la participación activa del paciente en el cumplimiento del tratamiento farmacológico y en la adopción de estilos de vida saludables⁵.

La OMS considera a la falta de cumplimiento de los tratamientos crónicos y sus consecuencias negativas (clínicas y económicas) un problema de salud pública. Convoca a fortalecer la adherencia del paciente al tratamiento, la imposición de estilos de vida saludables y el catamien to a las recomendaciones del personal de salud.⁶ Por otra parte, se dispone de estrategias que alientan a que el paciente mantenga y continúe el tratamiento, logrando cambios significativos en el comportamiento individual y mejora de su calidad de vida⁷. Bimbela afirma que la adherencia se refiere a la estrategia que permite al paciente mantener y continuar el

tratamiento, lográndose cambios significativos en el comportamiento que mejoren su vida⁸. Meichenbaum y Turk, respecto a la adherencia, señalan que es una implicación más activa y de colaboración voluntaria del paciente en un curso de comportamiento aceptado de mutuo acuerdo, con el fin de producir un resultado preventivo o terapéutico deseado⁹. Amigo, Fernández y Pérez, definen la adherencia terapéutica o conducta meta, como la incorporación en las rutinas cotidianas de la persona, de nuevos hábitos (simples o complejos, novedosos o conocidos) que beneficiosos para el sujeto¹⁰.

Considerando lo señalado, la adherencia al tratamiento podría ser la clave del éxito para reducir complicaciones, altas tasas de mortalidad y mejorar la calidad de vida de pacientes hipertensos. Es fundamental la colaboración y la participación proactiva e informada del paciente en su tratamiento, para lograr mejores condiciones de salud y de vida que van más allá del cumplimiento pasivo de las indicaciones del personal de salud. Explicar la adherencia al tratamiento integral como un problema central en la evolución de la hipertensión arterial, exige analizar factores que dependen del personal y servicios de salud, del paciente, procesos que van más allá de la percepción del paciente sobre los síntomas, la severidad de la enfermedad, los riesgos que tiene la enfermedad sobre la vida, las creencias sobre la prescripción terapéutica, hábitos y costumbres que influyen en el desarrollo y evolución de la patología.

El presente estudio describe los niveles de cumplimiento del plan de tratamiento de la hipertensión arterial y sus determinantes (percepciones) relacionadas con la enfermedad hipertensiva, como un aporte para incorporarlas en el tratamiento de la enfermedad, reconociendo de inicio que la limitada adherencia al tratamiento es un problema universal.

Sujetos y métodos

Diseño: se realizó un estudio epidemiológico, observacional, descriptivo y transversal en el que se encuestó a pacientes atendidos en consulta externa del Hospital General del Instituto Ecuatoriano de Seguridad Social de Esmeraldas, para valorar el nivel de adherencia al tratamiento farmacológico e identificar sus determinantes. **Criterios de inclusión:** pacientes mayores de 40 años con diagnóstico de hipertensión arterial de más de seis meses de evolución, diagnosticada por un profesional médico, que asisten a control clínico

para tratamiento farmacológico de hipertensión arterial, con capacidad para aceptar el consentimiento informado, sin otra enfermedad crónica diagnosticada que amerite tratamiento farmacológico, sin complicaciones debidas a hipertensión arterial. **Criterios de exclusión:** compromiso de órganos blanco como cerebro, riñón y corazón. **Muestra estadística:** se obtuvo un tamaño de la muestra de 247 pacientes, utilizando el procedimiento aleatorio simple para universo finito y variable cuantitativa, con 95% de nivel de confianza, 3% de error y una prevalencia de referencia del 50%. **Instrumentos:** luego de la aceptación para participar en el estudio, respondieron en forma anónima los datos solicitados en el cuestionario de medición del cumplimiento terapéutico de Morisky-Green, utilizado en la práctica clínica y validado ampliamente para diversas enfermedades crónicas. Desde su inicio, para evaluar el cumplimiento de la medicación en pacientes con hipertensión arterial (HTA). No se realizó modificación al cuestionario; se preguntó: 1. ¿Se olvida alguna vez de tomar el medicamento? 2. ¿Toma la medicación a la hora indicada?, 3. ¿Cuándo se encuentra bien deja alguna vez de tomar la medicación? y 4. ¿Si alguna vez se siente mal, deja de tomar la medicación?. El paciente es considerado como cumplidor, adherente, si responde de forma correcta a las cuatro preguntas. **Análisis estadístico:** los datos fueron procesados utilizando el programa Excel 2007. Para el análisis se utilizó el test Kolmogorov-Smirnov para conocer la normalidad de las variables, las medidas de dispersión normal media, desviación estándar, intervalo de confianza al 95% para variables cuantitativas y porcentajes para variables cualitativas. Para comparar medias de variables paramétricas se utilizó el test t de Student y el test de Mann-Whitney para variables no paramétricas. Las variables obtenidas en la consolidación se procesaron estadísticamente; se relacionó los resultados utilizando el Chi cuadrado (χ^2) para establecer asociación entre las variables. Se consideró significativo un valor de $p < 0,05$. Las tablas y gráficos se procesaron en el programa Excel 2007.

Resultados

Las particularidades sociodemográficas de los pacientes que participan en el presente estudio constan en la tabla 1. El 69,7% son varones, 71,5% tiene 65 años o más, con educación secundaria (57,4%) y estado civil casado (57,9%).

Tabla 1. Características sociodemográficas de la población. Hospital del IESS. Esmeraldas 2016

Características sociodemográficas		n	%
Género	Masculino	173	69,7
	Femenino	74	30,3
Edad en años	40 a 64	71	28,5
	65 y más	176	71,5
Escolaridad	Primaria	31	12,5
	Secundaria	142	57,4
	Superior	74	30,1
Estado civil	Soltero	20	8,1
	Casado	143	57,9
	Viudo	25	10,3
	Divorciado	40	16,1
	Unión libre	19	7,6

Fuente: encuesta.

Elaboración: autores.

Adherencia al tratamiento: se encontró adherencia al tratamiento farmacológico en el 47,4% de pacientes y asociación estadística en pacientes con estado civil casado ($p < 0,05$), educación secundaria, superior ($p < 0,05$) y mayores de 65 años de edad ($p < 0,05$). Analizadas las preguntas por separado, el 25% de sujetos olvidan alguna vez ingerir la medicación, un 12% no toma la medicación a las horas indicadas, el 15% dejó de tomar la medicación por encontrarse bien y el 11% ingiere los fármacos prescritos al sentirse mal. Si se conside-

raba únicamente la primera pregunta relacionada a la omisión de la toma, el 75% de pacientes refirieron olvidar alguna toma sin embargo, al medir la autopercepción sobre adherencia al tratamiento, el 83% la calificó como buena. Respecto al género, las mujeres presentan mejores niveles de adherencia al tratamiento (67,6%) respecto a los varones que exhiben una adherencia del 38,7%, siendo esta diferencia estadísticamente significativa ($p < 0,05$) con un IC 95% para la razón de prevalencias de 1,68 a 1,81.

Tabla 2. Adherencia al tratamiento según género. Hospital del IESS. Esmeraldas 2016.

Sexo	Adherencia		Prevalencia
	Si	No	
Hombres	67	106	38,7
Mujeres	50	24	67,6
Total	117	130	Rp: 1,747

Chi²= 17,180; $p < 0,05$. IC (95%), Rp 1,68-1,81

Fuente: encuesta.

Elaboración: autores.

Se observó que a medida que se incrementa el nivel de educación, la tasa de adherencia al tratamiento también se incrementa desde un 32,3% en sujetos con escolaridad primaria al 63,5% en individuos con un nivel de educación superior, que muestra niveles de asociación significativa con la adherencia al tratamiento ($p < 0,05$), razón de prevalencia: 1,157 (IC 95%) 1,082-1,234. Se valoró la

complejidad del tratamiento a través del número de medicamentos y tomas al día; la mayoría de pacientes (62,1%) toma entre 1 a 4 medicamentos diarios mientras que el 37,9% es polimedicaado con más de cuatro medicamentos al día. Respecto al fraccionamiento de la medicación, el 35,2% la ingiere en una sola toma, el 38,6% en dos y el 26,2% en tres tomas al día. Los factores asociados a la no adherencia al

tratamiento farmacológico de la hipertensión arterial de mayor significación son: edad (mayores a 65 años), personas sin pareja estable y pacientes

que reciben un tratamiento multidosis o sometidos a esquemas de polifarmacia. En todos los casos la probabilidad es $< 0,05$ (ver tabla 3).

Tabla 3. Factores relacionados con la no adherencia al tratamiento farmacológico. Hospital del IESS. Esmeraldas 2016.

Factores	Chi cuadrado		Razón de prevalencia	
	Valor	p Valor	Valor	IC. 95%
Mayores de 65 años	6,34	0,01	0,52	0,32 – 0,83
Sin pareja estable	37,6	0,01	4,34	3,02 – 6,25
Régimen multidosis	41,2	$< 0,01$	3,16	2,34 – 4,12
Polifarmacia	52,2	$< 0,01$	5,79	3,78 – 8,34

Fuente: encuesta.

Elaboración: autores.

Discusión

La tasa de adherencia al tratamiento farmacológico encontrada en el este estudio fue 47,4%, misma que se sitúa en el rango reportado por otros estudios realizados en Latinoamérica, con tasas que oscilan entre 37% y 52%; es importante señalar que los esquemas de seguridad social no necesariamente son semejantes en todos los países. La Organización Mundial de la Salud (OMS) reporta una tasa de no adherencia al tratamiento en enfermedades crónicas en países desarrollados del 50% que se incrementa en países de menor desarrollo donde son patentes bajos y medianos ingresos¹¹. El estudio de los factores que interfieren la adherencia al tratamiento farmacológico incluye aspectos bio-psico-sociales y culturales de los individuos, comportamiento, adaptación y comprensión de la enfermedad y su tratamiento¹². Los partícipes del estudio fueron seleccionados al no poseer otra enfermedad crónica concomitante y que no presenten complicaciones derivadas de su hipertensión, situaciones que podrían incrementar la sensibilidad y concienciación sobre la enfermedad y la necesidad del tratamiento. Como ocurre en varios países de América Latina, en Ecuador las conductas no adherentes derivan de múltiples factores, unos originados en las actitudes del paciente y su entorno social, económico y cultural y otros derivados de las características del tratamiento farmacológico y finalmente de factores asociados con las acciones de los servicios y el personal de salud¹³.

La mayor adherencia observada en pacientes de sexo femenino concuerda con estudios previos. En la revisión realizada por Jin Sklar y colaboradores que incluyó a 22 estudios relacionados a este

factor, muestra resultados contradictorios en algunos casos pero en general, las pacientes de sexo femenino fueron catalogadas como mejor cumplidoras del tratamiento¹⁴. Concuerda esta aseveración con los resultados del estudio realizado por Ramli, Ahmad y Paraidathathu quienes afirmaron que pacientes mujeres resultaron ser más propensas a adherirse al régimen de medicación prescrito en comparación a los hombres masculinos (OR=1,46; IC-95%=1,05–2,04; $p < 0,05$)¹⁵.

El no tener una pareja estable que conviva con el paciente parece ser un factor importante en la falta de adherencia; individuos separados tienen menor nivel de cumplimiento terapéutico comparado con sujetos casados. El estado civil fue analizado por Karaeren y colaboradores, quienes concluyeron que las personas con hipertensión arterial y estado civil casado tienen mayores niveles de cumplimiento del tratamiento (85%) respecto a individuos no casados¹⁶. El apoyo familiar que el paciente recibe es importante al contar con su pareja que les recuerde la ingesta de los medicamentos, mejorando al menos en teoría, la adherencia¹⁷.

Varios autores coinciden en que las mujeres son más adherentes al tratamiento, probablemente por poseer mayor conciencia de su salud y una visión más profunda sobre sus determinaciones en la calidad de vida. En el presente estudio, las mujeres cumplen de mejor manera el tratamiento, no olvidan tomar la medicación, respetan de mejor manera el horario de las tomas y no abandonan el tratamiento así se encuentren clínicamente bien. Otro factor social a tomar en cuenta fue el nivel de educación de un paciente pues también determina el cumplimiento de su tratamiento; se observó que

las personas con un nivel de primaria completa o menos tienen menor adherencia que aquellos con un nivel mayor. Jin, Sklar y colaboradores refieren en su estudio que los pacientes con bajo nivel de alfabetización son menos adherentes a su terapia; por el contrario, los pacientes que pueden leer y entender las etiquetas de medicamentos resultaron ser más propensos a tener un buen cumplimiento¹⁴. Sin un adecuado nivel educativo, muchos pacientes no comprenden la importancia de adherirse al tratamiento y las consecuencias de no hacerlo¹¹.

Diversos estudios concluyen que la falta de adherencia al tratamiento farmacológico es un problema recurrente y global; gran parte de las complicaciones y la mortalidad que ocasionan las enfermedades crónicas no transmisibles son el resultado de la baja adherencia a sus tratamientos. No existen respuestas claras en la literatura sobre qué hacer. Estrategias como la implementación de grupos de pacientes con determinadas enfermedades crónicas, no han demostrado grandes beneficios. Un ejemplo claro son los club de diabéticos, que a pesar de su existencia el nivel de conocimientos de la enfermedad y la conciencia de la misma es baja¹⁸. Weymiller, demostró en un estudio en diabéticos que utilizando tarjetas de decisión mejoraba la adherencia en tres meses¹⁹ sin embargo, un estudio similar realizado por Mann en población latina no fue satisfactorio²⁰. Se insiste en el requerimiento de informar a los/as pacientes sobre la importancia de su tratamiento y se dispone promover su participación en la toma de decisiones médicas, estrategias que incluyen el respeto a los valores individuales, colectivos y las preferencias del pacientes²¹.

Lamentablemente sigue siendo un reto mejorar la comunicación de los profesionales de la salud con sus pacientes. Persisten barreras culturales, educativas, técnicas, económicas y sociales. Los resultados afirman la importancia del test de Morisky-Green. Los beneficios que reporta, la rapidez y facilidad de su aplicación, deberían permitir su implementación de manera rutinaria en la práctica diaria ante el requerimiento de identificar a pacientes no adherentes.

Referencias:

1. INEC. Anuario de Estadísticas Hospitalarias Nacimientos y Defunciones. Ecuador, 2014.
2. Lisspers, J., Sundin, O., Ohman, A., Hofman, C., Ryden, L. & Nygren, A. Long-Term Effects of Lifestyle Behavior Change in Coronary Artery Disease: Effects on Recurrent Coronary Events After Percutaneous Coronary Intervention. *Health Psychology*, 24, 1-4. 2005.
3. Holguín L, Correa D, Arrivillaga-Quintero M, Varela MT, Cáceres D. Adherencia al tratamiento de hipertensión arterial: efectividad de un programa de intervención biopsicosocial. *Universitas Psy-*

Conclusión

La adherencia al tratamiento farmacológico antihipertensivo en pacientes que acuden al hospital General del IESS de Esmeraldas es menor al 50%. Al ser un dato proveniente de una muestra representativa se puede concluir que datos similares se encuentran a nivel nacional.

Contribución de los autores

El protocolo de investigación y el diseño de la misma, la recolección de datos, el análisis estadístico, la valoración e interpretación de los datos, el análisis crítico, la discusión, la redacción y la aprobación del manuscrito final fueron realizados por todos los autores quienes contribuyeron de igual forma en todo el proceso. El autor correspondiente representa al colectivo de autores.

Disponibilidad de datos y materiales

Los datos que sustentan este manuscrito están disponibles bajo requisición al autor correspondiente.

Consentimiento para publicación

Las instituciones citadas en este documento dieron su consentimiento para usar su información.

Aprobación ética y consentimiento

Esta investigación tuvo la aprobación de un CEISH. Los pacientes firmaron el consentimiento informado.

Financiamiento

Personal y aval de la Universidad Central del Ecuador a través de los proyectos semilla.

Conflicto de interés

Los autores No reportan conflicto de interés alguno

Agradecimiento

A las/os pacientes que con su información participaron e hicieron posible el presente informe de investigación.

- chologica. 2006; 5: 535-548.
4. Joint National Committee on Prevention, Detection, Evaluation and Treatment of High Blood Pressure. The sixth report of the Joint National Committee on prevention, detection, evaluation and treatment of high blood pressure. *Arch Intern Med* 1997; 157: 2413-2446.
 5. Whelton SP, Chin A, Xin X, He J. Effect of aerobic exercise on blood pressure: a meta-analysis of randomized, controlled trials. *Ann Intern Med* 2002; 136 (7):493-503.
 6. Kaplan N. Hypertension in the population at large. En: *Clinical Hypertension*. 5th Edition. Baltimore-Maryland: Williams & Wilkins; 1990. p. 12-15.
 7. OMS. Adherence to long-term therapies. Evidence for action. Geneva. 2004
 8. Bimbela JL. El counseling en atención primaria. *Jano*.2002; 63(1453): 54-60.
 9. Meichenbaum, D. & Turk, D. C. Cómo facilitar el seguimiento de los tratamientos terapéuticos. Madrid 2001.
 10. Amigo I, Fernández, C, Pérez, M. Manual de Psicología de la salud. Madrid: Pirámide. Appel, L. J. (2000).
 11. Sabaté E. Adherence To Long - Term Therapies, Evidence for action. World Health Organization. 2003. Disponible en: http://www.who.int/chp/knowledge/publications/adherence_full_report.pdf
 12. Queiroz A, Velludo-Veiga E. Fatores que interferem na adesão terapêutica medicamentosa em hipertensos. *Einstein (São Paulo)*, São Paulo, 2013 Sept;11(3).
 13. Cáceres, F. Factores de riesgo para abandono (no adherencia) del tratamiento antituberculoso. *MedUNAB*. 2004; 7:172.
 14. Jing J, Grant E, Vernon M, Shu C. Factors affecting therapeutic compliance: A review from the patient's perspective. *Ther Clin Risk Manag*. 2008; 4(1):269-286.
 15. Ramli A, Ahmad N. Medication adherence among hypertensive patients of primary health clinics in Malaysia. *Dove Medical Press*. 2012;(6):613-622.
 16. Karaeren H, Yokuşoğlu M, Uzun S, Baysan O, Köz C, Kara B, et al. The effect of the content of the knowledge on adherence to medication in hypertensive patients. Disponible en: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/19520651>
 17. Trivedi R, Ayotte B, Edelman D, Bosworth H. The Association of Emotional Well-being and Marital Status with Treatment Adherence among Patients with Hypertension. Disponible en: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/18780175>
 18. Noda-Milla J, Pérez-Lu JE, Málaga G, et al. Conocimientos sobre su enfermedad en pacientes con diabetes mellitus tipo 2 que acuden a hospitales generales. *Rev Med Hered* 2008;19(2):46-47.
 19. Weymiller AJ, Montori VM, Jones LA, et al. Helping patients with type 2 diabetes mellitus make treatment decisions: statin choice randomized trial. *Arch Intern Med* 2007;167(10):1076-82.
 20. Mann DM, Ponieman D, Montori VM, Arciniega J, McGinn T. The Statin Choice decision aid in primary care: A randomized trial. *Patient Educ Couns* 2010; 80(1):138-40.
 21. Málaga G, Sánchez-Mejía A. Medicina basada en evidencia: Aportes a la práctica médica actual y dificultades para su implementación. *Rev Med Hered* 2009; 20 (2): 103-109.