



Universidad Nacional
SAN LUIS GONZAGA



[Reconocimiento-NoComercial-CompartirIgual 4.0 Internacional](https://creativecommons.org/licenses/by-nc-sa/4.0/)

Esta licencia permite a otras combinar, retocar, y crear a partir de su obra de forma no comercial, siempre y cuando den crédito y licencia a nuevas creaciones bajo los mismos términos.

http://creativecommons.org/licenses/by-nc-sa/4.0



EVALUACION DE ORIGINALIDAD

CONSTANCIA

El que suscribe, deja constancia que se ha realizado el análisis con el software de verificación de similitud de la **TESIS** cuyo título es:

"FACTORES ASOCIADOS A LA NO ADHERENCIA AL TRATAMIENTO ANTIHIPERTENSIVO EN PACIENTES ATENDIDOS EN EL HOSPITAL REGIONAL DE ICA 2025"

Presentado por:

OSCCO TORRES GUSTAVO PEDRO

De la **MAESTRÍA EN SALUD PÚBLICA**.

Que, se ha recibido del operador del programa informático evaluador de originalidad de la Escuela de Posgrado de la UNICA, el informe automatizado de originalidad, el mismo que concluye de la siguiente manera:

El documento de investigación APRUEBA los criterios de originalidad con un porcentaje de similitud de 1%.

Para dar fe, se adjunta al presente el reporte de similitud de las bases de datos de iThenticate. En Ica 20 de setiembre de 2025.

Atentamente

UNIVERSIDAD NACIONAL "SAN LUIS GONZAGA"
ESCUELA DE POSGRADO



Mario Gustavo Reyes Mejía
Dr. MARIO GUSTAVO REYES MEJÍA
DIRECTOR

**UNIVERSIDAD NACIONAL “SAN LUIS GONZAGA”
VICERRECTORADO DE INVESTIGACIÓN
ESCUELA DE POSGRADO
MAESTRÍA EN SALUD PÚBLICA**



TESIS

**Factores asociados a la no adherencia al tratamiento
antihipertensivo en pacientes atendidos en el Hospital Regional
de Ica 2025**

Línea de investigación: **Sociedad, desarrollo sostenible, políticas
publicas y ambientales.**

PRESENTADO POR:

GUSTAVO PEDRO OSCCO TORRES

**TESIS PARA OBTENER EL GRADO ACADÉMICO DE:
MAESTRO EN SALUD PUBLICA**

**Ica – Perú
2025**

Dedicado a:

A MIS PADRES

Que me impulsaron día a día a
Avanzar y nunca retroceder, por
Ser mi razón de ser.

Agradezco a:

A Dios por estar conmigo en cada momento de mi vida, por guiar mis pasos e iluminar mi camino dándome fortaleza en los momentos de debilidad y por colocar en mi camino a aquellas personas que han sido soporte y compañía durante la maestría.

Gracias también a mis queridos padres Pablo y Elvira que ya se encuentran en el cielo; por forjarme con principios y valores, por estar apoyándome siempre. Por creer en mi y darme la oportunidad de realizarme en esta profesión.

A la Escuela de PosGrado de la Universidad Nacional San Luis Gonzaga, por haber contribuido en la formación de mi Maestría.

ÍNDICE

Portada	
Dedicatoria.....	II
Agradecimiento.....	III
Índice de contenidos.....	IV
Índice de tablas	V
Índice de figuras.....	VI
Resumen	VII
Abstract.....	VIII
CUERPO DEL INFORME FINAL	
I. Introducción.....	1
II. Estrategia metodológica	24

III. Resultados	27
IV. Discusión	32
V. Conclusiones	36
VI. Recomendaciones	37
VII. Referencias bibliográficas.....	38
VIII. Anexos	43

Índice de tablas

Tabla 1. Características sociodemográficas, clínicos y de conocimiento sobre la enfermedad asociados en pacientes hipertensos atendidos en el Hospital Regional de Ica 2025	28
Tabla 2. Factores socio-demográficos edad, sexo, grado de instrucción, estado civil, asociados a la no adherencia al tratamiento antihipertensivo en pacientes atendidos en el Hospital Regional de Ica 2025	29
Tabla 3. Factores clínicos de tipo de terapia, y efectos secundarios a las drogas asociados a la no adherencia al tratamiento antihipertensivo en pacientes atendidos en el Hospital Regional de Ica 2025	30

Tabla 4. El nivel de conocimiento sobre su enfermedad asociado a la no adherencia al tratamiento antihipertensivo en pacientes atendidos en el Hospital Regional de Ica 2025	31
--	----

Índice de figuras

Figura 1. Características sociodemográficas, clínicas y de conocimiento sobre la enfermedad asociados en pacientes hipertensos atendidos en el Hospital Regional de Ica 2025	53
Figura 2. Edad, asociado a la no adherencia al tratamiento antihipertensivo en pacientes atendidos en el Hospital Regional de Ica 2025	54
Figura 3. Sexo, asociado a la no adherencia al tratamiento antihipertensivo en pacientes atendidos en el Hospital Regional de Ica 2025	54
Figura 4. Grado de instrucción, asociado a la no adherencia al tratamiento antihipertensivo en pacientes atendidos en el Hospital Regional de Ica 2025	55
Figura 5. Estado civil, asociado a la no adherencia al tratamiento antihipertensivo en pacientes atendidos en el Hospital Regional de Ica 2025	55

Figura 6. Tipo de terapia, asociado a la no adherencia al tratamiento antihipertensivo en pacientes atendidos en el Hospital Regional de Ica 2025	56
Figura 7. Efectos adversos a las drogas, asociado a la no adherencia al tratamiento antihipertensivo en pacientes atendidos en el Hospital Regional de Ica 2025	56
Figura 8. El nivel de conocimiento sobre su enfermedad asociado a la no adherencia al tratamiento antihipertensivo en pacientes atendidos en el Hospital Regional de Ica 2025	57

Resumen

Objetivo. Identificar los factores asociados a la no adherencia al tratamiento antihipertensivo en pacientes atendidos en el Hospital Regional de Ica 2025. Metodología. Investigación de tipo observacional, transversal, prospectiva y analítica en una población de 380 paciente hipertensos de donde se obtuvo un tamaño de muestra de 191 pacientes, a quienes se le aplicó el cuestionario Morisky Green de 8 ítems para medir el grado de adherencia al tratamiento antihipertensivo, el cuestionario de Batalla para medir el grado de conocimiento sobre la hipertensión arterial, y una ficha estructurada para obtener las variables sociodemográficas, los datos se procesaron en el progra estadístico SPSS v29, presentando los resultado0s con un error menor al 5%. Resultados: El 31,9% de los pacientes tienen baja adherencia al tratamiento, 44,5% tienen grado medio y el 23,6% grado de adherencia alto. Los factores asociados a la baja adherencia al tratamiento fueron: Edad de 31 a 59 años ($p < 0,05$) . sexo masculino ($p < 0,05$), bajo grado de instrucción primaria o secundaria ($p < 0,05$), tener un estado civil con sin pareja (soltero, viudo, divorciado) ($p < 0,05$), tener terapia multidroga ($p < 0,05$), presentar efectos adversos a los medicamentos ($p < 0,05$) y tener insuficiente nivel de conocimientos sobre la enfermedad ($p < 0,05$). Conclusiones: Los factores asociados a la no adherencia al tratamiento

antihipertensivo son de tipo socio-demográficos, clínicos y de conocimiento sobre la enfermedad.

Palabras clave: Factores, asociados, no adherencia, tratamiento, antihipertensivo

Abstract

Objective. To identify the factors associated with non-adherence to antihypertensive treatment in patients treated at the Regional Hospital of Ica in 2025. **Methodology.** This is an observational, cross-sectional, prospective, and analytical study in a population of 380 hypertensive patients, from which a sample size of 191 patients was obtained. The Morisky Green questionnaire of 8 items was applied to measure the degree of adherence to antihypertensive treatment, the Batalla questionnaire to measure the degree of knowledge about arterial hypertension, and a structured form to obtain sociodemographic variables. The data were processed in the SPSS v29 statistical program, presenting the results with an error of less than 5%. **Results.** 31.9% of patients have low adherence to treatment, 44.5% have a medium degree, and 23.6% have a high degree of adherence. The factors associated with low adherence to treatment were: age between 31 and 59 years ($p<0.05$), male sex ($p<0.05$), low level of primary or secondary education ($p<0.05$), being single (unmarried, widowed, divorced) ($p<0.05$), receiving multidrug therapy ($p<0.05$), experiencing adverse effects from medications ($p<0.05$), and having an insufficient level of knowledge about the disease ($p<0.05$). **Conclusions**

The factors associated with non-adherence to antihypertensive treatment are sociodemographic, clinical, and knowledge-related.

Keywords: Factors, associated, non-adherence, treatment, antihypertensive.

Introducción

La hipertensión arterial es una de las enfermedades crónicas más prevalentes en la población mundial, afectando a aproximadamente 1.000 millones de personas en todo el mundo.

El tratamiento antihipertensivo es fundamental para controlar la presión arterial y prevenir las complicaciones asociadas con la hipertensión, como la enfermedad cardiovascular, la insuficiencia renal y la retinopatía diabética. Sin embargo, a pesar de la disponibilidad de tratamientos efectivos, muchos pacientes con hipertensión arterial no logran controlar adecuadamente su presión arterial, lo que se atribuye en gran medida a la falta de adherencia al tratamiento.

La no adherencia al tratamiento antihipertensivo se define como la falta de cumplimiento del tratamiento prescrito por el médico, lo que puede incluir la falta de toma de medicamentos, la falta de seguimiento de las recomendaciones de estilo de vida y la falta de asistencia a las citas médicas. La no adherencia al tratamiento antihipertensivo puede tener graves consecuencias, incluyendo la pérdida de control de la presión arterial, el aumento del riesgo de complicaciones y la mortalidad prematura.

Numerosos estudios han investigado los factores asociados con la no adherencia al tratamiento antihipertensivo, y se han identificado varios factores que pueden influir en la adherencia, incluyendo la edad, el sexo, el nivel de educación, la situación socioeconómica, la complejidad del régimen terapéutico, la presencia de efectos adversos y la calidad de la relación médico-paciente.

Sin embargo, a pesar de la gran cantidad de investigaciones realizadas, todavía existen brechas en la comprensión de los factores asociados con la no adherencia al tratamiento antihipertensivo en la población peruana. Por lo tanto, el objetivo de este estudio es identificar los factores asociados con la no adherencia al tratamiento antihipertensivo en pacientes atendidos en un hospital público de Ica - Perú.

Este estudio busca contribuir a la comprensión de los factores que influyen en la adherencia al tratamiento antihipertensivo en la población peruana, lo que puede ayudar a desarrollar estrategias efectivas para mejorar la adherencia y, en última instancia, mejorar los resultados de salud de los pacientes con hipertensión arterial.

Se desarrolló en 8 capítulos, tratándose en el primero la introducción, en el segundo la estrategia metodológica, en el tercero se presentan los resultados, en el cuarto se discute los resultados en el quinto están las conclusiones, en el sexto están las recomendaciones, en el séptimo se indica la bibliografía y en el octavo están los anexos.

1.1.- Antecedentes de la investigación

Internacionales

Torres Paqui, A¹. El estudio titulado "Adherencia a la medicación y apoyo familiar en pacientes hipertensos atendidos en el Centro de Salud Daniel Álvarez de Loja en 2023" tiene como objetivo caracterizar a los pacientes diagnosticados con hipertensión arterial a partir de variables sociodemográficas. Se trata de un estudio observacional descriptivo, con un enfoque cuantitativo, prospectivo y transversal. La muestra incluyó a 147 pacientes hipertensos, a quienes se les aplicó la escala de Morisky-Green-Levin, obteniendo los siguientes resultados: el 62% (n=91) eran mujeres, el 49,7% (n=73) tenían más de 65 años, el 35% (n=91) habían completado la educación secundaria, y el 29% (n=42) realizaban tareas domésticas. El 80% (n=118) mostró adherencia al tratamiento farmacológico, mientras que el 71% (n=104) recibía apoyo familiar regular, con un valor de $p=0,0006$. En conclusión, existe una relación entre la adherencia al tratamiento y el apoyo familiar.

Mercedes Lezcano M². El estudio titulado "Promoción de la adherencia al tratamiento antihipertensivo a través de servicios de atención farmacéutica mediante telefonía móvil, Asunción 2024" tiene como objetivo evaluar la adherencia al tratamiento farmacológico en pacientes hipertensos. Se llevó a cabo un estudio cuasiexperimental con pacientes masculinos y femeninos de 18 años o más que padecen hipertensión arterial. Los datos fueron recolectados utilizando la encuesta Morisky-Green, con la participación de 60 pacientes. Según el cuestionario, inicialmente, el 68,3% (n=41) de los pacientes cumplían con el tratamiento, pero después de la intervención, solo el 31,7% (n=19) continuó cumpliendo. Sin embargo, el cumplimiento final alcanzó un 96,7% ($p<0,00001$). Las principales causas de no adherencia al tratamiento fueron olvidos (28,3%, n=17), falta de disponibilidad de medicamentos en el hospital (20%, n=12) y el costo de los medicamentos (10%, n=6). En conclusión, la tecnología puede ser una herramienta eficaz para la prevención primaria en personas con factores de riesgo y para el seguimiento de pacientes hipertensos.

Real Delor R³. El estudio titulado "Adherencia al tratamiento antihipertensivo en adultos en unidades de salud de la familia en Paraguay: un estudio multicéntrico de 2021" tuvo como objetivo analizar la frecuencia de adherencia al tratamiento antihipertensivo. Se llevó a cabo un estudio observacional, prospectivo y multicéntrico con la participación de 171 sujetos, con una edad promedio de 59 ± 11 años, siendo predominantemente mujeres (68%). El estado nutricional más frecuente fue la obesidad grado 1 (35%), y la complicación principal observada fue la diabetes (18%). Se encontró adherencia al tratamiento en 116 casos (68%) y un nivel adecuado de conocimiento sobre hipertensión

arterial en 141 casos (82%). Además, se identificó que 83 sujetos (49%) tenían la presión arterial no controlada, lo cual se asoció de manera significativa con la falta de adherencia a los medicamentos antihipertensivos y la dependencia de los cuidadores familiares. En conclusión, la adherencia al tratamiento antihipertensivo en adultos fue del 68%, mientras que el nivel de conocimiento sobre hipertensión arterial alcanzó el 82%.

Xiong, S. et al⁴. El estudio titulado "Apoyo familiar y adherencia a la medicación entre residentes hipertensos en asentamientos informales en Nairobi, Kenia: un estudio de métodos mixtos" de 2023 analizó la relación entre el apoyo familiar y la adherencia a la medicación en pacientes hipertensos que viven en asentamientos informales de Nairobi. Se llevó a cabo una encuesta cuantitativa seguida de entrevistas cualitativas estructuradas, con la participación de 93 personas (edad promedio: $57 \pm 14,7$ años, 66% mujeres). La mayoría de los participantes reportaron un alto nivel de apoyo familiar (82%, $n = 76$), pero mostraron una adherencia subóptima a la medicación (43%, 76% según la escala de Morisky). En las entrevistas, muchos mencionaron una falta de conocimientos y educación en salud, incluyendo desconocimiento sobre temas de salud. Aunque la población recibió apoyo familiar, esto no parece haber mejorado significativamente la adherencia a la medicación.

Valle-Martínez A⁵. El estudio realizado en el HGR C/MF No.1 de Cuernavaca, Estado de Morelos, en 2023, titulado "Factores asociados al incumplimiento del tratamiento en pacientes con hipertensión arterial", tuvo como objetivo general identificar los factores relacionados con la falta de adherencia al tratamiento farmacológico. Se utilizó un diseño transversal, analítico, retrospectivo y observacional que incluyó a 166 pacientes diagnosticados con hipertensión arterial. Los resultados mostraron que el 75% de los participantes eran mujeres, con una mayor prevalencia de hipertensión en aquellos de 65 años o más, así como en función del estado civil, nivel educativo básico y nivel socioeconómico promedio. La frecuencia de incumplimiento fue del 65%, y los factores asociados identificados fueron un diagnóstico de hipertensión arterial por más de un año y pertenencia a una familia disfuncional, con resultados significativos ($p < 0,05$). En conclusión, la duración del diagnóstico mayor a un año y la pertenencia a una familia disfuncional están relacionados con la falta de adherencia al tratamiento.

León Herrera, A⁶. El estudio sobre el nivel de cumplimiento del tratamiento antihipertensivo en pacientes que asisten al ambulatorio de cardiología del Hospital Central de las Fuerzas Armadas, realizado entre marzo y mayo de 2023 en la República Dominicana, busca determinar el grado de adherencia a dicho tratamiento. Se llevó a cabo

un estudio descriptivo, prospectivo y transversal, utilizando una versión modificada de la escala de Morisky, a la que se añadieron cinco preguntas adicionales. Los resultados mostraron que el 55% de los pacientes hipertensos cumplió con el tratamiento, en comparación con el 45% que no lo hizo. Los hombres presentaron el mayor nivel de adherencia, alcanzando un 59,26%, y el 80% en pacientes de 70 años o más. La adherencia fue más alta en aquellos diagnosticados durante más de un año. La razón más común para la falta de adherencia fue el olvido, con un 22,35%, y la comorbilidad más frecuente fue la diabetes, afectando al 24,71% de los pacientes.

Nacionales

Muñoz Arenas, M⁷. El estudio sobre el nivel de adherencia al tratamiento entre pacientes que reciben tratamiento antihipertensivo en el Centro de Salud San Luis, Perú, en 2021, tuvo como objetivo determinar el grado de adherencia a la medicación en pacientes hipertensos. Se llevó a cabo un enfoque cuantitativo descriptivo y transversal, incluyendo a personas de 18 años en adelante diagnosticadas con hipertensión arterial. Los resultados revelaron que una gran parte de la población presentaba un mal control de la presión arterial y utilizaba métodos de tratamiento inadecuados. En conclusión, el nivel de adherencia al tratamiento farmacológico fue bajo y la presión arterial no se encontraba bien controlada.

Velasquez Montenegro, Á⁸. El estudio titulado "Factores asociados a la no adherencia al tratamiento antihipertensivo en el Hospital del Seguro Social en Salud de Chiclayo durante la emergencia sanitaria por el nuevo coronavirus" tuvo como objetivo identificar los factores que contribuyen al incumplimiento del tratamiento antihipertensivo en el hospital de Chiclayo, Perú, entre noviembre y diciembre de 2020. Se realizó un estudio analítico transversal utilizando el Cuestionario Morisky-Green para medir la adherencia y se empleó una herramienta para evaluar factores que influyen en el cumplimiento del tratamiento, según Bonilla y Gutiérrez. Entre los 234 participantes, la frecuencia de incumplimiento fue del 52,7%, con un 68,7% de mujeres y una edad promedio de $71,82 \pm 9,15$ años. La regresión simple indicó que la duración de la enfermedad estaba positivamente asociada con el incumplimiento del tratamiento (RP: 1,02; IC del 95%: 0,99 - 1,02). Además, el análisis de regresión múltiple mostró que los factores socioeconómicos (RP: 0,67; IC del 95%: 0,50 - 0,91) y aquellos relacionados con el proveedor de atención médica (RP: 0,71; IC del 95%: 0,54 - 0,92) influyeron significativamente en la adherencia al tratamiento, siendo menos frecuentes entre quienes no cumplían. En conclusión, entre 5 y 6 de cada 10 pacientes no siguieron el tratamiento antihipertensivo.

Pocohuanca-Ancco, L⁹. El estudio titulado "Factores asociados a la falta de adherencia al tratamiento antihipertensivo en pacientes del seguro social de Chiclayo 2021" utilizó un enfoque analítico cruzado. Se empleó la Escala de Adherencia a la Medicación de Morisky-Green (MMAS-4) para evaluar la adherencia al tratamiento antihipertensivo. En total, participaron 270 personas, de las cuales el 69% (n=185) eran adultos de 65 años o más, el 46% (n=124) eran hombres, y el 76% (n=118) tenían una pareja estable. Se observó un incumplimiento del tratamiento en el 27% (n=73) de los casos. Los factores asociados a la falta de adherencia incluyeron el ser hombre (aOR: 0,45; IC 95%: 0,20-1,04), trabajar por cuenta propia (aOR: 3,88; IC 95%: 1,51-9,97) y tener un IMC superior a 30 (aOR: 0,23; IC 95%: 0,07-0,70). En conclusión, los pacientes diagnosticados con hipertensión esencial presentan factores de riesgo tanto modificables como no modificables que están relacionados con el incumplimiento del tratamiento.

Huachani Martinez, H¹⁰. El estudio titulado "Factores asociados a la adherencia al tratamiento antihipertensivo en pacientes de la Microrred 15 de agosto, Arequipa – 2024" tuvo como objetivo identificar los factores que influyen en la adherencia al tratamiento antihipertensivo. Se llevó a cabo un estudio observacional, descriptivo y transversal que incluyó a 161 pacientes hipertensos, utilizando el Test de Batalla y la Escala de Adherencia a la Medicación Morisky 8. Los resultados indicaron que el 46% de los participantes tenía un alto nivel de adherencia al tratamiento, mientras que el 8,7% presentó adherencia moderada y el 45,3% tuvo baja adherencia. Además, el 70,20% de los participantes eran mayores de 60 años, el 70,20% eran mujeres, el 49,70% tenía educación primaria y el 54% no tenía pareja. En conclusión, se identificaron varios factores asociados a una mala adherencia al tratamiento antihipertensivo, incluyendo ser mujer, no asistir a los controles de salud mensuales, tener una duración de la enfermedad menor a un año y estar insatisfecho con la atención médica recibida.

Argote Ventocilla, J¹¹. El estudio titulado "Factores asociados a la adherencia al tratamiento antihipertensivo en pacientes de la Micro Red Valle del Canipaco - 2021" tuvo como objetivo identificar los factores que influyen en la adherencia al tratamiento antihipertensivo. Se llevó a cabo un estudio transversal, analítico y no experimental con 67 pacientes, utilizando cuestionarios y el "test de Morisky-Green-Levin" para evaluar la adherencia. Los resultados mostraron que la mayoría de los pacientes eran ancianos (77,6%) y hombres (56,7%), aunque solo una minoría (37,3%) cumplía con el tratamiento; la adherencia fue particularmente baja en el sexo femenino (20,9%). Además, se encontró que los "factores socioeconómicos, factores relacionados con el proveedor, factores

relacionados con el tratamiento y factores relacionados con el paciente" presentaron una asociación significativa ($p=0,000$) con la adherencia al tratamiento antihipertensivo.

Pineda-Rivera H¹². El estudio titulado "Factores asociados a la falta de adherencia al tratamiento antihipertensivo en pacientes de cardiología del Hospital Nacional Hipólito Unanue en 2023" tuvo como objetivo identificar los factores relacionados con la falta de adherencia al tratamiento antihipertensivo. La metodología utilizada fue un estudio descriptivo, prospectivo, observacional y transversal, con una muestra de 131 pacientes. Los resultados revelaron que, en términos de factores demográficos, se asociaron significativamente con la falta de adherencia el sexo masculino ($p=0,00$), la edad mayor a 60 años ($p=0,04$) y el estado civil de soltero o viudo ($p=0,014$). Además, se identificaron asociaciones significativas con el nivel educativo ($p=0,04$), el momento del diagnóstico ($p=0,034$), la presencia de comorbilidades ($p=0,00$) y el régimen de tratamiento multimedicamentoso ($p=0,006$). En conclusión, se halló que los factores demográficos, socioeconómicos y clínicos tienen asociaciones estadísticamente significativas con la falta de adherencia al tratamiento antihipertensivo.

Sahuanay Siu, A¹³. El estudio titulado "Factores asociados con la mala adherencia al tratamiento con medicamentos antihipertensivos entre pacientes del departamento cardiovascular ambulatorio de un hospital nacional" fue realizado por PNP Lewis N. en Saenz, Lima, de abril a junio de 2023. Su objetivo fue identificar los factores relacionados con la mala adherencia al tratamiento farmacológico antihipertensivo. Se llevó a cabo un estudio observacional, analítico y transversal utilizando la prueba de Morisky-Green. Los resultados mostraron que de los 335 pacientes encuestados, el 61,5% ($n=206$) no cumplió con el tratamiento. De este grupo, el 56,3% ($n=116$) eran menores de 69 años, el 56,8% ($n=117$) eran mujeres, y el 48,1% ($n=99$) tenía educación técnica o terciaria. Se encontró una asociación significativa entre la mala adherencia y los pacientes menores de 69 años (aPR: 1,41; IC 95%: 1,189 a 1,672), así como con el sexo masculino (aPR: 0,78; IC 95%: 0,66 a 0,927) y el uso de dos o más medicamentos (aPR: 0,583; IC 95%: 0,498 a 0,683). En conclusión, se observó una asociación estadísticamente significativa entre la edad, el sexo femenino y la no adherencia en relación al número de medicamentos prescritos.

Palacios Valdez, M¹⁴. El estudio titulado "Factores asociados a la adherencia al tratamiento en pacientes hipertensos del Centro de Salud Buenos Aires de Villa en 2023" se centró en identificar los elementos que influyen en la adherencia al tratamiento en esta población. La metodología empleada fue un estudio analítico transversal, utilizando el dispositivo Morisky Green para evaluar el cumplimiento del tratamiento farmacológico. Los resultados

mostraron que el 58,0% de los pacientes cumplió con el tratamiento, mientras que 132 pacientes (42,0%) no lo hicieron. Entre los factores sociodemográficos relacionados con la adherencia, se encontraron el estado civil ($p=0,001$) y la convivencia en solitario ($p<0,001$). Asimismo, entre los factores clínicos, la presencia de comorbilidades también se asoció significativamente con la adherencia ($p<0,001$). En conclusión, el nivel de cumplimiento del tratamiento en los pacientes hipertensos del Centro de Salud Buenos Aires fue alto, y los factores que se relacionaron con la adherencia incluyeron el estado civil, vivir solo y las comorbilidades presentes.

Locales

No encuentran estudios similares en la web ni en los repositorios universitarios.

1.2. Bases teóricas

Adherencia al tratamiento

Es fundamental seguir las indicaciones del médico para cualquier condición médica, ya que los planes de tratamiento están diseñados para ofrecer los mejores resultados posibles. Sin embargo, es común que los pacientes no sean "adherentes" al tratamiento, especialmente en enfermedades crónicas que requieren un enfoque prolongado, lo que puede tener repercusiones significativas tanto en la salud del individuo como en el sistema de salud en general¹⁵.

En 2003, la Organización Mundial de la Salud (OMS) publicó un documento que definió este concepto como el grado en que el comportamiento del paciente se alinea con las recomendaciones del médico. Esto abarca aspectos como tomar los medicamentos correctamente, vacunarse, realizarse chequeos médicos, mantener una dieta equilibrada, dejar de fumar y conservar un nivel adecuado de actividad física¹⁵.

La adherencia se relaciona con otros dos conceptos: adherencia y persistencia. La adherencia se refiere a cómo el paciente sigue las indicaciones del médico, mientras que la persistencia indica la duración del tratamiento. Para asegurar una correcta observancia, ambas prácticas deben ser adoptadas¹⁶.

El informe de la OMS también destacó las bajas tasas de adherencia al tratamiento, que se sitúan en un 50% en países desarrollados y son aún más bajas en naciones de ingresos medios y bajos. Además, las tasas de adherencia pueden variar considerablemente según la gravedad de la enfermedad¹⁶.

En los últimos 50 años, los avances en medicina y tecnología, junto con los cambios demográficos, han alterado las tasas de supervivencia y mortalidad, resultando en variaciones en las enfermedades que afectan a la población, especialmente en la reducción

de la mortalidad infantil. Aunque las enfermedades infecciosas siguen siendo un problema serio, las poblaciones están envejeciendo en todas las regiones del mundo¹⁷.

Además, los cambios en el estilo de vida han incrementado la prevalencia de enfermedades crónicas no transmisibles. Los principales factores que contribuyen a esta tendencia incluyen la urbanización, el desarrollo tecnológico, las condiciones de vida y laborales, la infraestructura urbana, así como la calidad ambiental y educativa, y el acceso a servicios de salud y medicamentos básicos. Estas condiciones han llevado a un aumento en el tabaquismo, hábitos alimenticios poco saludables, sedentarismo y consumo excesivo de alcohol¹⁷.

Los pacientes con enfermedades crónicas sufren un deterioro progresivo de órganos como los ojos, riñones, nervios, corazón y vasos sanguíneos, lo que puede resultar en discapacidades y muertes prematuras¹⁸.

Por otro lado, la situación de estos pacientes genera problemas socioeconómicos que impactan tanto al individuo como a su familia y a la sociedad en general. La alta prevalencia de estas enfermedades se convierte en un desafío para el sistema de atención sanitaria, que a menudo no puede abordar adecuadamente estas condiciones. Como consecuencia, se proporcionan menos servicios para estas y otras enfermedades, lo que disminuye la calidad de vida de la población y crea un ciclo vicioso difícil de romper¹⁸.

Consecuencias de la baja adherencia

Cuando los pacientes no siguen el tratamiento, la eficacia del mismo puede verse afectada y su calidad de vida puede disminuir. Esto puede resultar en recaídas, la necesidad de recetar otros medicamentos, un aumento en las hospitalizaciones, ausentismo y mayores costos para el sistema de salud, lo que representa un desafío significativo para los gobiernos y financiadores¹⁹.

Aunque los pacientes tienen la responsabilidad de adherirse a su medicación, no son los únicos responsables. Algunos países han implementado planes integrales para mejorar las tasas de adherencia¹⁹.

El primer paso es que los pacientes comprendan su enfermedad para que puedan tomar decisiones informadas sobre su tratamiento. Cuando las personas se sienten parte del plan de tratamiento, es más probable que lo sigan. Como indica la OMS, se debe apoyar a los pacientes en lugar de culparlos. La capacidad de un paciente para cumplir adecuadamente con un plan de tratamiento puede verse afectada por diversos obstáculos. Estas barreras pueden incluir limitaciones en los sistemas de salud y los equipos de atención, características y tratamientos de las enfermedades, así como factores económicos y sociales que son directamente relevantes para el paciente¹⁹.

Importancia de la adherencia al tratamiento

De manera similar, muchos laboratorios que desarrollan nuevos medicamentos buscan facilitar la adherencia de los pacientes al tratamiento, con el fin de mejorar su calidad de vida. La OMS enfatiza que un enfoque multidisciplinario y el establecimiento de redes de apoyo que involucren a familias, comunidades y organizaciones de pacientes son fundamentales para fomentar la adherencia²⁰.

En cuanto a aspectos prácticos, estrategias como adquirir todos los medicamentos en una misma farmacia, organizar los fármacos en envases etiquetados para cada día o utilizar recordatorios en el sistema para seguir el horario de medicación pueden ser útiles para aumentar la adherencia, así como establecer alarmas y relacionar la toma de medicamentos con actividades diarias específicas²⁰.

La adherencia al tratamiento se considera un problema de salud pública y, como ha señalado la OMS, es esencial que las intervenciones que aborden las barreras a la adherencia formen parte integral de los esfuerzos para mejorar la salud poblacional, requiriendo un enfoque interdisciplinario²¹.

La adherencia es un fenómeno complejo y multifacético, ya que abarca diversas circunstancias como la toma de medicamentos, la asistencia a consultas médicas, comportamientos de riesgo, el entorno familiar y el nivel socioeconómico, entre otros. Además, no es un comportamiento constante, ya que puede fluctuar con el tiempo. La adherencia al tratamiento implica una relación centrada en las necesidades individuales, donde se consideran los valores y conocimientos del paciente, se ofrece información adecuada y se respeta su elección en cuanto a las opciones de tratamiento. Es esencial transitar de un modelo paternalista, en el que los pacientes no participan activamente, a uno en el que la toma de decisiones sea compartida²¹.

Por lo tanto, en un tema tan complejo y multifactorial como la adherencia terapéutica, sería un error culpar únicamente a los pacientes por su nivel de adherencia o falta de ella²¹.

Barreras

Existen diversas causas que contribuyen a la falta de adherencia, siendo las más comunes:

Problemas con el régimen de tratamiento (como efectos secundarios).

Instrucciones inadecuadas.

Dificultades en la relación entre médico y paciente.

Desacuerdo del paciente con respecto al tratamiento.

Olvidos²².

Es esencial que el tratamiento se adapte a las necesidades del paciente y su estilo de vida, equilibrando adecuadamente los riesgos y beneficios. Se debe proporcionar información sobre los posibles efectos secundarios, su relevancia y las interacciones con otros medicamentos, así como detalles claros y accesibles sobre la prescripción²².

Para mejorar la adherencia, es crucial que la información sobre la enfermedad, su gravedad, los objetivos del tratamiento, la dosis, la frecuencia y la duración del mismo se comuniquen de manera relevante y comprensible para el paciente²².

Otro aspecto fundamental es la comunicación entre el médico y el paciente. Los profesionales de la salud argumentan que muchos problemas se pueden evitar mediante una adecuada información y comunicación. Es vital construir una buena relación médico-paciente que permita transmitir toda la información necesaria. Cuando se explica a los pacientes cómo y por qué se prescribe un medicamento, es más probable que comprendan y acepten la decisión. Una comunicación efectiva lleva a una mejor adherencia al tratamiento, reduce la necesidad de nuevas prescripciones, mejora los resultados clínicos y disminuye las quejas contra los profesionales. Por lo tanto, priorizar la comunicación y la relación médico-paciente es esencial²³.

La comunicación es una parte esencial del currículo médico y de los programas educativos en la mayoría de las especialidades. Esto es especialmente importante en la atención primaria, donde hay menos tecnología y los pacientes son el primer punto de contacto con el sistema de salud. En este contexto, la comunicación se utiliza como una herramienta clave para facilitar el diagnóstico, el tratamiento y el seguimiento. Los fundamentos para lograr la adherencia incluyen²⁴:

Comunicar claramente los aspectos del proceso.

Ofrecer sugerencias que sean más efectivas que simplemente recetar.

Permitir que los pacientes compartan sus pensamientos y preocupaciones (creencias, suposiciones).

Solicitar el consentimiento del paciente.

Proponer alternativas.

Asegurar que el paciente dé su consentimiento.

La falta de adherencia a la medicación no solo está influenciada por factores sociales, médicos y psicológicos, sino que es el resultado de una combinación de todos ellos, por lo que es crucial evaluar a cada paciente de manera individual. La falta de adherencia puede variar entre personas con la misma enfermedad y también entre diferentes enfermedades²⁴.

En relación a los factores psicológicos, se ha encontrado que la depresión está vinculada con una menor adherencia al tratamiento. Los pacientes que padecen depresión son tres veces más propensos a no seguir su tratamiento. Además, la conciencia sobre el riesgo de sufrir la enfermedad y sus posibles efectos secundarios, junto con la prolongación del tratamiento, puede llevar a los pacientes a un agotamiento mental, lo que les hace perder su rol social si deben abandonar su trabajo²⁵.

En algunos casos, la falta de adherencia se origina en la negación de la enfermedad o en la creencia de que no importa el tratamiento porque eventualmente morirán, o bien en la

percepción de que están curados o no comprenden cómo continuar con el tratamiento. Debido a la naturaleza asintomática de muchas enfermedades, algunos pacientes pueden no sentirse realmente enfermos. Además, los niveles socioeconómicos bajos se relacionan con una adherencia reducida, así como con vivir solos, experimentar estrés y emociones negativas. Sin embargo, el sistema de salud a menudo no prioriza adecuadamente la adherencia, a pesar de que implementar medidas correctivas podría ayudar a reducir costos²⁵.

Un estudio ha revelado que el 39% de los errores en la adherencia se deben a olvidos. Los pacientes que no tienen un horario de comidas claro tienen un 80% de probabilidad de olvidar comer. Además, los errores son más comunes cuando los pacientes deben tomar dos o tres medicamentos diferentes. Otro problema frecuente es la repetición de dosis, que ocurre cuando las personas olvidan o confunden el momento de tomar su tratamiento²⁶.

Es esencial seguir el tratamiento en la dosis y en el tiempo indicados. Cada medicamento busca tener un efecto en el organismo, y para lograrlo, debe alcanzar un nivel terapéutico que minimice riesgos y mantenga un equilibrio positivo entre beneficios y daños. Por lo tanto, no seguir adecuadamente el tratamiento prescrito puede conllevar riesgos²⁶.

Además, cuando se toma un medicamento, puede tardar varias horas en ser absorbido y excretado por el cuerpo. Si la prescripción es cada 8 horas, tomar 2 o 3 comprimidos en intervalos cortos puede duplicar el riesgo de efectos secundarios. Asimismo, los medicamentos pueden interactuar con otros fármacos o alimentos, lo que puede afectar su efectividad²⁶.

La dosificación de los medicamentos no es aleatoria ni se basa únicamente en su eficacia clínica. El enfoque se centra en alcanzar y, en algunos casos, mantener concentraciones que sean efectivas y no tóxicas. Por lo tanto, es esencial que los pacientes tomen sus medicamentos de manera regular y siempre informen a su médico sobre cualquier otro medicamento que estén utilizando²⁷.

La hipertensión arterial no solo implica problemas de salud, sino también una reducción en la calidad de vida y un mayor riesgo de mortalidad. Condiciones como la hipertensión sistémica, la cardiopatía isquémica, la insuficiencia cardíaca, la estenosis aórtica degenerativa y las cardiopatías congénitas son algunas de las principales causas de muerte a nivel mundial²⁷.

Las intervenciones de salud recomendadas por la OMS para el manejo de esta enfermedad se enfocan en tratamientos farmacológicos y en consejos generales sobre alimentación y estilos de vida saludables. Sin embargo, el aumento en la prevalencia de la hipertensión indica que estos tratamientos han sido, hasta ahora, insuficientes. Esto sugiere que la adherencia al tratamiento en pacientes con estas condiciones es baja, debido a barreras individuales y del sistema de salud²⁷.

Implicaciones de la falta de adherencia

La falta de adherencia no solo tiene un impacto clínico, sino que también afecta económicamente y socialmente, manifestándose en dos niveles. El primero es el efecto directo sobre los pacientes y sus familias, mientras que el segundo se refiere a la salud del sistema en general²⁸.

En cuanto al impacto en los pacientes, el efecto más evidente es clínico. La magnitud de estos efectos depende, en gran medida, de si se inicia el tratamiento al detectar la enfermedad, ya que es una condición que puede manifestarse en la salud del paciente incluso sin tratamiento. A mediano o largo plazo, dependiendo del tipo de enfermedad, las consecuencias del deterioro pueden ser irreversibles e incluso fatales. El empeoramiento del estado del paciente, ya sea significativo o leve, está relacionado con la gravedad y cronicidad de la enfermedad²⁸.

Además, la falta de adherencia puede conducir a una evaluación incorrecta de la efectividad real de un medicamento, lo que podría resultar en la prescripción de más medicamentos o en cambios de dosis, generando resultados adversos para los pacientes. Esto puede provocar cambios notables en la condición del paciente, reduciendo la eficacia del tratamiento y disminuyendo las probabilidades de éxito del mismo²⁸.

Empeoramiento de la enfermedad

Los medicamentos son uno de los recursos más importantes para mantener la salud, pero su efectividad puede verse afectada si los pacientes no cumplen con el tratamiento. En Estados Unidos, la mala adherencia es responsable del 5-10% de las hospitalizaciones, 2,5 millones de visitas a emergencias y 125,000 muertes al año. Esta falta de adherencia no solo agrava las enfermedades, sino que también aumenta la morbilidad y mortalidad, reduce la calidad de vida y requiere tratamientos adicionales, lo que se traduce en un mayor uso de recursos sociales y de salud²⁹.

Cuando un paciente entra en el sistema de atención médica, se generan diversos costos relacionados con el procedimiento, incluyendo:

Gastos por la adquisición, preparación, administración y seguimiento de medicamentos.

Costos de hospitalización, consultas ambulatorias, visitas al médico y emergencias.

Gastos por consultas en distintos niveles de atención.

Realización de pruebas complementarias y análisis.

Intervenciones quirúrgicas y otros procedimientos (como diálisis o trasplantes).

Costos relacionados con la recurrencia de la enfermedad²⁹.

Estos costos aumentan significativamente cuando el tratamiento no se lleva a cabo. En efecto, en Estados Unidos, los gastos hospitalarios ocasionados por la mala adherencia a la

medicación alcanzan casi 13,350 millones de dólares, lo que equivale al 1.7% del gasto total en atención sanitaria²⁹.

Por el contrario, se ha demostrado que una buena adherencia disminuye el uso de recursos sanitarios. En general, los costos en atención médica se redujeron a la mitad. Estas cifras se observaron no solo en pacientes hipertensos, sino también en diabéticos, donde la adherencia ayudó a disminuir la proporción de los costos de atención médica en relación con los ingresos³⁰.

Sin embargo, la falta de adherencia tiene repercusiones tanto para el sistema de salud como para los pacientes. Los pacientes enfrentan varios costos, como el transporte a centros de salud y hospitales, la pérdida de tiempo para ellos y sus familias, y los gastos por contratar cuidadores. También es necesario considerar las adaptaciones que deben hacerse en el hogar para satisfacer las necesidades del paciente, como la instalación de rampas. Además, hay costos asociados a la pérdida de productividad debido a ausencias laborales y años de vida productiva perdidos por muertes prematuras³⁰.

Las consecuencias económicas y sociales de la baja o nula adherencia al tratamiento en el sistema de salud se deben principalmente al uso inadecuado de medicamentos, lo que resulta en un aumento de los días y duración de las hospitalizaciones, así como en el incremento de las visitas a urgencias. Esto incluye también el uso de pruebas complementarias y otros fármacos, lo que representa un incremento significativo en los costos tanto para el sistema sanitario como para los propios pacientes³⁰.

En resumen, las intervenciones clínicas y las inversiones enfocadas únicamente en el control de enfermedades no son efectivas en el tratamiento primario (prevención de enfermedades) ni en el tratamiento secundario (control de enfermedades)³⁰.

Factores que influyen en la adherencia terapéutica y en su abordaje

La falta de adherencia es un fenómeno complejo que se analiza desde la perspectiva del paciente. Se pueden identificar causas tanto intencionales como no intencionales. La adherencia no intencional se presenta cuando un paciente desea cumplir pero no puede hacerlo debido a limitaciones de capacidad o recursos, como no entender las instrucciones o olvidar tomar los medicamentos. Por otro lado, el incumplimiento intencional ocurre cuando el paciente decide no seguir las recomendaciones, lo cual se relaciona con factores cognitivos, creencias y preferencias que afectan su motivación para iniciar y continuar el tratamiento³¹.

En cuanto al perfil de los pacientes no adherentes, la omisión de dosis es la causa más común. Esto puede deberse a la falta de educación sobre la enfermedad, la complejidad del tratamiento, una mala relación con el médico, desconocimiento sobre el uso de medicamentos, efectos secundarios, y la falta de apoyo social y familiar. Los pacientes

mayores, quienes consumen más medicamentos, son particularmente vulnerables a niveles bajos de adherencia³¹.

Respecto a los factores socioeconómicos, aunque no se ha demostrado de manera sistemática que el nivel socioeconómico sea un predictor de adherencia, en los países en desarrollo, un nivel socioeconómico bajo puede llevar a los pacientes a priorizar necesidades básicas, como cuidar de sus hijos. Además, factores como el analfabetismo, la falta de educación, el desempleo, la inestabilidad en las condiciones de vida, la distancia a los centros de tratamiento, los costos de transporte y medicamentos, así como mitos culturales sobre la enfermedad, contribuyen a la falta de adherencia³¹.

Recientemente, la investigación sobre la adherencia ha puesto énfasis en las barreras que enfrentan los pacientes. Desde esta perspectiva, la responsabilidad de los médicos en optimizar la adherencia al tratamiento ha sido subestimada, pero estudios recientes indican que esta falta de responsabilidad es multifacética. Los médicos desempeñan un papel crucial; si no comunican de manera efectiva información esencial sobre los planes de tratamiento y su relevancia, los pacientes pueden experimentar preocupaciones sobre los efectos secundarios y una falta de comprensión de su enfermedad, lo que afecta negativamente su adherencia³².

Se ha identificado que la falta de educación sanitaria es un factor clave que impacta negativamente la adherencia al tratamiento. Este déficit educativo se observa en pacientes tanto de entornos socialmente desfavorecidos como en aquellos con mejor estatus socioeconómico, lo que resalta que las enfermedades crónicas representan un problema global en múltiples niveles³².

A partir de varios análisis multifactoriales, se han destacado diferentes factores que afectan la adherencia al tratamiento, incluyendo:

Características del paciente:

Actitud despreocupada hacia la enfermedad y el tratamiento.

Bajo nivel de conocimientos sobre enfermedades y tratamientos.

Desconfianza en la eficacia del tratamiento.

Ignorancia o desconfianza respecto a los efectos secundarios de los medicamentos.

Escasos incentivos para mejorar la salud.

Percepción de la enfermedad como no grave.

Grupos de edad extrema, como niños y ancianos.

Bajo nivel educativo y situación económica.

Desconocimiento de las consecuencias de la enfermedad.

Inestabilidad emocional, depresión y tendencias hipocondríacas.

Creencias y mitos sociales y religiosos sobre las enfermedades y tratamientos.

Resistencia a modificar hábitos de ejercicio o dieta^{33,34}.

Características del método de tratamiento:

Uso de múltiples medicamentos.

Regímenes de dosificación complicados o incómodos.

Falta de comprensión del plan de tratamiento.

Aparición de efectos secundarios.

Propiedades sensoriales desagradables de los medicamentos.

Formas farmacéuticas y envases que requieren un uso complejo.

Costo de los medicamentos.

Vías de administración oral y parenteral.

Prevención o tratamiento preventivo.

Tratamientos crónicos o recurrentes.

Características de la enfermedad:

Enfermedades "silenciosas" o con síntomas mínimos.

Enfermedades crónicas y recurrentes.

Enfermedades menores o sin complicaciones.

Coexistencia de otras afecciones relacionadas.

Características del entorno familiar y social:

Problemas de comunicación en el entorno familiar o social.

Alto nivel de conflicto entre las normas familiares/sociales y el comportamiento esperado (como la violencia o la falta de apoyo para manejar la enfermedad).

Falta de cuidadores primarios cuando los pacientes no son independientes.

Supervisión insuficiente durante la administración de medicamentos.

Ausencia de antecedentes de enfermedad en familiares o amigos.

Sensación de soledad (vivir solo)^{33,34}.

Características de la estructura sanitaria:

Burocracia administrativa.

Cambios frecuentes de médico.

Dificultades para acceder a centros de salud.

Gastos médicos significativos.

Tratamientos ambulatorios y hospitalarios^{33,34}.

Características de los profesionales de la salud: médicos, enfermeras y farmacéuticos:

Desconfianza o escasa colaboración entre pacientes y profesionales de la salud.

Profesionales que carecen de habilidades y actitudes positivas, lo que puede desanimar a los pacientes.

Falta de empatía hacia el estado emocional del paciente.

Ausencia de instrucciones escritas.

Uso de terminología excesivamente técnica.

Poca o ninguna colaboración entre médicos y farmacéuticos.

Intensificación innecesaria de tratamientos o pruebas que podrían poner en riesgo a los pacientes^{33,34}.

Dos de los factores mencionados son clave: los profesionales de la salud y el entorno familiar. La mala adherencia no se puede atribuir únicamente al miedo o la falta de conocimiento del paciente. Es evidente que los pacientes toman sus propias decisiones, pero también es fundamental que los profesionales de la salud se comuniquen de manera adecuada y efectiva para abordar las preocupaciones y condiciones de los pacientes. Sin embargo, se ha documentado que muchos médicos carecen de la capacitación necesaria para identificar y gestionar la salud mental de sus pacientes, y algunos estudios indican que no son efectivos en el asesoramiento ni en la toma de decisiones compartida, evidenciando una falta de herramientas y habilidades comunicativas³⁵.

Según la OMS, los profesionales de la salud deben recibir formación específica para mejorar la adherencia al tratamiento en los pacientes. Esto se debe a que su intervención puede tener un impacto significativo al evaluar el riesgo de incumplimiento y actuar oportunamente para optimizarlo. No basta con que sean médicos con conocimientos clínicos; para que sus intervenciones sean efectivas, requieren capacitación en el manejo de la adherencia. Por ejemplo, la actitud de un médico hacia el control de la diabetes puede ser incluso más relevante que su conocimiento sobre la enfermedad³⁵.

Esta formación debe centrarse en tres áreas principales: conocimiento (sobre la adherencia al tratamiento), razonamiento (en los procesos de toma de decisiones clínicas) y comportamiento (herramientas conductuales para los profesionales). Es esencial que los pacientes se conviertan en socios activos en su atención, y una buena comunicación entre los profesionales de la salud es un requisito fundamental para una práctica clínica efectiva³⁵.

Respecto al apoyo familiar, la OMS señala que este es un factor fundamental para mejorar la adherencia al tratamiento. Las familias juegan un papel activo en el cuidado diario del paciente y en la comprensión de la enfermedad, lo que influye en los resultados de salud y en el comportamiento del paciente. Algunos estudios indican que la participación activa de los familiares puede resultar en una reducción del tiempo que los profesionales de la salud dedican a atender a pacientes crónicos³⁶.

En lo que respecta a los sistemas de salud, los altos niveles de incumplimiento evidencian una incapacidad para satisfacer las necesidades y preferencias de los pacientes, lo que revela ineficiencias en la prestación y organización de servicios, y disminuye la efectividad de las intervenciones para mejorar la adherencia. Aumentar la dosis de tratamiento puede tener un impacto significativo en el paciente. Al enfocarse en la salud integral de las

personas en lugar de en mejoras médicas específicas, se pueden obtener beneficios como una atención más ajustada a las necesidades del paciente, un aumento en la adherencia al tratamiento, reducción de recetas innecesarias, un manejo más eficaz de enfermedades crónicas, mayor seguridad y satisfacción del paciente, y una disminución en las visitas a emergencias³⁶.

Medición

En el manejo de enfermedades crónicas, es crucial evaluar periódicamente la adherencia al tratamiento de los pacientes. Para ello, se emplean técnicas tanto directas como indirectas. Las técnicas directas incluyen la medición de fármacos o sus metabolitos en sangre, orina y otros fluidos corporales, así como parámetros clínicos determinados a través de pruebas de laboratorio. Por otro lado, las técnicas indirectas consideran factores como el número de pastillas ingeridas, la asistencia a citas programadas, la efectividad del tratamiento, la evaluación de efectos secundarios, el seguimiento electrónico de la medicación y las entrevistas clínicas. Estas últimas se basan en preguntar a los pacientes sobre su adherencia a través de cuestionarios de autoinforme³⁷.

Este último método es recomendado debido a su simplicidad y bajo costo. Sin embargo, es importante señalar que no existe un "estándar de oro" para la evaluación de la adherencia, por lo que la elección del instrumento debe tener en cuenta la enfermedad, las características de la población y las dimensiones que se desean evaluar en cuanto a la adherencia³⁷.

Los métodos objetivos directos por lo general son específicos; sin embargo, son caros y requieren de infraestructura, están más asociados al control de la enfermedad y no siempre reflejan directamente el nivel de adherencia, por lo que no son del todo prácticos y fáciles de aplicar³⁸.

Por el contrario, los métodos indirectos pueden generar sesgos, ya que los pacientes a menudo reportan falta de adherencia por miedo a perjudicar su relación con el médico. Por lo tanto, es fundamental elegir una estrategia de medición adecuada que cumpla con criterios psicométricos básicos de confiabilidad y validez. Además, las preguntas deben estar formuladas de tal manera que los pacientes puedan responder con sinceridad, sin prejuicios ni temor a ser juzgados por sus acciones. Existen diversos cuestionarios que han sido diseñados y validados para diferentes enfermedades. A continuación, se presentan algunos de los más comúnmente identificados en la literatura y utilizados en este estudio³⁸.

Escala de Morisky: Este método ha sido validado para múltiples enfermedades crónicas y evalúa la adherencia al tratamiento. Consta de cuatro preguntas de respuesta dicotómica que indagan si el paciente sigue las indicaciones médicas. Si alguna respuesta es negativa, se considera que el paciente no está cumpliendo. En 2008, se desarrolló una nueva versión que incluye cuatro preguntas adicionales relacionadas con la adherencia^{39,40}.

Prueba de Batalla (Knowledge Test): Esta evaluación mide el grado de conocimiento que el paciente tiene sobre su enfermedad, asumiendo que un mayor conocimiento está relacionado con una mejor adherencia. La prueba consta de tres preguntas; si el paciente responde correctamente a las tres, se considera que tiene un nivel de adherencia adecuado, mientras que menos de tres respuestas correctas se considera inadecuado^{41,42}.

Las diferentes estrategias para su mejora.

Como resultado de estudios y conferencias a nivel nacional, la OMS ha destacado que las intervenciones destinadas a eliminar las barreras a la adherencia al tratamiento deben ser un elemento clave en los esfuerzos para mejorar la salud de las poblaciones globalmente. De hecho, aunque pueda haber un aumento inicial en los costos de medicamentos y en las estrategias educativas, se espera que los presupuestos generales de atención médica se reduzcan significativamente⁴³.

Esta afirmación está respaldada por numerosos estudios que han demostrado consistentemente ahorros de costos y mejoras significativas en la efectividad de las intervenciones de salud mediante enfoques de bajo costo para aumentar la adherencia al tratamiento. Por lo tanto, es crucial enfocar los esfuerzos en mejorar la efectividad de estas intervenciones, ya que esto tendrá un impacto mucho más considerable en la salud de la población que las mejoras médicas específicas⁴³.

En el ámbito del sistema de salud, la OMS identifica cinco dimensiones interactivas que afectan la adherencia al tratamiento:

Relacionadas con el sistema o equipo de salud.

Socioeconómicas.

Referentes al tratamiento.

Relacionadas con el paciente.

Relacionadas con las enfermedades⁴⁴.

La adherencia al tratamiento puede mejorar mediante la implementación de intervenciones que influyan positivamente en estos factores. Esta revisión indica que, dado que la adherencia al tratamiento es un proceso complejo y algunas estrategias requieren inversiones significativas, es importante reconocer que, si se aborda adecuadamente, puede generar resultados efectivos a corto y mediano plazo en el manejo de la enfermedad. Se identificaron dos aspectos clave: a) Relacionados con el paciente. b) Relacionados con sistemas o dispositivos médicos⁴⁴.

En relación con el paciente, para que puedan manejar eficazmente las exigencias del tratamiento derivadas de su enfermedad, es fundamental que estén informados, motivados y capacitados en el uso de estrategias de autorregulación cognitiva y conductual. Proporcionar una atención efectiva a las enfermedades crónicas implica movilizar tanto a los pacientes como a las comunidades que los apoyan, lo que representa uno de los

mayores desafíos para los sistemas de salud a largo plazo. Esto es un aspecto importante a considerar⁴⁴.

La educación sanitaria es esencial, ya que se ha demostrado que modifica los hábitos de los pacientes y genera confianza en la atención médica, especialmente en áreas con bajos niveles educativos, lo que contribuye a una mejor adherencia al tratamiento⁴⁵.

Además, los programas de educación para la salud deben ser integrales, abordando no solo aspectos clínico-académicos, sino también cambios en el estilo de vida que deben iniciarse desde el comienzo del tratamiento. Esto convierte a estas estrategias en actividades alcanzables para los pacientes, teniendo en cuenta su cultura, creencias y recomendaciones⁴⁵.

Es igualmente crucial desarrollar programas que incluyan a las familias, ya que el apoyo familiar puede ser un factor significativo que facilite la adherencia al autocuidado. De hecho, se ha demostrado que un mayor nivel de apoyo familiar puede mejorar la capacidad de los pacientes para superar barreras hacia comportamientos saludables⁴⁵.

1.3. Situación problemática

Según la información disponible, la hipertensión (HTA) se clasifica como una enfermedad no transmisible (ENT) y representa una de las principales causas de mortalidad a nivel mundial, convirtiéndose en un problema de salud pública significativo en América del Sur. En los países, la prevalencia varía entre el 14% y 42%⁴⁶.

A nivel global, las tasas de incumplimiento en el tratamiento de la hipertensión oscilan entre el 55,5% en autoinformes y el 46,6% en recuentos de medicación, con un abandono del tratamiento en el 18,5% de los pacientes⁴⁷.

Sin embargo, la hipertensión (HTA) continúa siendo una de las principales causas de enfermedades cardiovasculares (ECV) y mortalidad, con una prevalencia que varía entre el 30% y el 45% en Europa, especialmente a medida que la población envejece y adopta estilos de vida sedentarios. Se anticipa que estos estilos de vida sedentarios aumenten con el tiempo. Es alarmante que solo el 26,6% de los pacientes en tratamiento logren controlar sus niveles de presión arterial (PA)⁴⁸. Por ello, la Organización Mundial de la Salud (OMS) ha señalado que la falta de adherencia al tratamiento es una prioridad en salud pública, ya que esto puede resultar en tasas de incumplimiento que oscilan entre el 30% y el 50% en pacientes hipertensos⁴⁹.

En Panamá, el porcentaje de pacientes hipertensos se situó en el 39,9%⁵⁰. Al aplicar la prueba de Morisky-Green el 40% no tiene adherencia al tratamiento antihipertensivo, sin embargo, según la evaluación de conocimientos, los pacientes mostraron un buen entendimiento de su enfermedad⁵¹.

En México, en 2021, un estudio realizado con 289 pacientes hipertensos, utilizando la prueba de Morisky-Green de 8 ítems, reveló que la tasa de adherencia al tratamiento fue del 57%, y más de la mitad de los pacientes (64%) reportó tener una buena relación con su médico⁵².

En Ecuador, en 2023, el 52,5% de los pacientes mostró adherencia al tratamiento; sin embargo, el factor más relacionado con la falta de adherencia fue la omisión de la medicación⁵³. En países de Centroamérica, como Honduras, solo el 44,75% cumplía con el tratamiento antihipertensivo, y el incumplimiento multiplicaba por diez el riesgo de tener una mala calidad de vida (58,75%)⁵⁴.

En Huancayo, Perú, el 74,7% de los pacientes seguía adecuadamente el tratamiento antihipertensivo⁵⁵. En Puno, el 60% de los encuestados no cumplía con el tratamiento, según la prueba de Morisky-Green-Levin⁵⁶. En Piura, el 80% de los pacientes mostró un mal cumplimiento del tratamiento, y se identificaron varios factores relacionados, como la polifarmacia de medicamentos no antihipertensivos, la gestión de la hipertensión, la responsabilidad en la toma de medicamentos, la dependencia del alcohol, el tipo de tratamiento prescrito y el uso de medicamentos para la hipertensión. Se encontró una relación estadísticamente significativa entre el número de pacientes y la institución que proporciona los medicamentos⁵⁷.

De acuerdo a los planteado se infiere la gran importancia de tratar este tema pues la mayoría de los factores que se relacionan con la no adherencia al tratamiento antihipertensivo son mejorables mediante intervenciones enfocadas en aspectos específicos indicados en este estudio, motivo por lo cual se desarrolló este estudio.

1.4 Formulación del problema.

Problema principal.

¿Cuáles son los factores asociados a la no adherencia al tratamiento antihipertensivo en pacientes atendidos en el Hospital Regional de Ica 2025?

Problemas específicos

¿Cuáles son los factores socio-demográficos asociados a la no adherencia al tratamiento antihipertensivo en pacientes atendidos en el Hospital Regional de Ica 2025?

¿Cuáles son los factores clínicos asociados a la no adherencia al tratamiento antihipertensivo en pacientes atendidos en el Hospital Regional de Ica 2025?

¿Está el conocimiento sobre su enfermedad asociado a la no adherencia al tratamiento antihipertensivo en pacientes atendidos en el Hospital Regional de Ica 2025?

1.5. Justificación e importancia de la investigación

La hipertensión arterial es una de las principales causas de morbilidad y mortalidad en todo el mundo, contribuyendo significativamente a enfermedades cardiovasculares, accidentes cerebrovasculares y problemas renales. A pesar de la disponibilidad de tratamientos efectivos, se estima que una gran proporción de pacientes no logra adherirse adecuadamente a las recomendaciones terapéuticas. Esta falta de adherencia no solo compromete la salud individual, sino que también representa una carga económica para los sistemas de salud.

Identificar los factores que contribuyen a la no adherencia al tratamiento antihipertensivo es fundamental para desarrollar estrategias efectivas que mejoren el cumplimiento terapéutico. Los factores asociados pueden ser variados e incluir aspectos sociodemográficos, psicológicos, culturales, así como características del propio tratamiento, como la complejidad del régimen terapéutico y los efectos secundarios de los fármacos.

Este estudio busca aportar información valiosa que permita a profesionales de la salud y responsables de políticas sanitarias diseñar intervenciones personalizadas y centradas en el paciente. Al comprender mejor las barreras que enfrentan los individuos en el seguimiento de su tratamiento, se podrán implementar medidas que fomenten la adherencia, mejoren los resultados clínicos y, en última instancia, reduzcan la incidencia de complicaciones asociadas a la hipertensión.

Relevancia teórica. Este estudio aporta información basada en datos locales mediante un contacto directo con los pacientes, por lo que sus resultados enriquecerán la información hasta conocida.

Relevancia metodológica. La investigación empleó instrumentos validados y reconocidos internacionalmente, así como nacionalmente que hacen que sus resultados sean veraces y con escaso margen de error, útil para servir de comparación con otras investigaciones.

Relevancia práctica. Los resultados del estudio serán de mucha utilidad para los profesionales involucrados en el manejo adecuado de la hipertensión arterial con los que se espera reducir las complicaciones producto de un mal control y baja adherencia al tratamiento antihipertensivo.

Relevancia social. El estudio tuvo su efecto final en los pacientes al mejorar su capacidad de adherencia al tratamiento de la hipertensión arterial con lo que se espera mejorar la calidad de vida de los enfermos.

Viabilidad. Es viable financieramente pues se cuenta con los recursos económicos necesarios para solventar los gastos que se genere en su desarrollo la que será

autofinanciado por el investigador. Es viable técnicamente porque se cuenta con un número de casos necesarios para tener resultados concretos. Se cuenta con asesorías de docentes universitarios que aseguran un desarrollo óptimo de la investigación.

1.6. Objetivos

Objetivo principal.

- Identificar los factores asociados a la no adherencia al tratamiento antihipertensivo en pacientes atendidos en el Hospital Regional de Ica 2025

Objetivos específicos

- Identificar los factores socio-demográficos asociados a la no adherencia al tratamiento antihipertensivo en pacientes atendidos en el Hospital Regional de Ica 2025
- Identificar los factores clínicos asociados a la no adherencia al tratamiento antihipertensivo en pacientes atendidos en el Hospital Regional de Ica 2025
- Determinar si el conocimiento sobre su enfermedad está asociado a la no adherencia al tratamiento antihipertensivo en pacientes atendidos en el Hospital Regional de Ica 2025

1.7. Hipótesis y variables de la investigación

Hipótesis general

Ha: Existen factores sociodemográficos, clínicos y de conocimiento sobre la enfermedad asociados a la no adherencia al tratamiento antihipertensivo en pacientes atendidos en el Hospital Regional de Ica 2025

Hipótesis específicas

Ha: Los factores socio-demográficos edad, sexo, grado de instrucción, estado civil, están asociados a la no adherencia al tratamiento antihipertensivo en pacientes atendidos en el Hospital Regional de Ica 2025

Ha: Los factores clínicos de tipo de terapia, y efectos secundarios a las drogas están asociados a la no adherencia al tratamiento antihipertensivo en pacientes atendidos en el Hospital Regional de Ica 2025

Ha: El nivel de conocimiento sobre su enfermedad está asociado a la no adherencia al tratamiento antihipertensivo en pacientes atendidos en el Hospital Regional de Ica 2025

a).- Variable dependientes

Adherencia al tratamiento antihipertensivo

b).- Variables independientes

Factores socio-demográficos

- Edad
- Sexo
- Grado de instrucción
- Estado civil

Factores clínicos

- Tipo de terapia
- Efectos secundarios

Factores de conocimiento

- Conocimiento sobre su enfermedad

II. ESTRATEGIA METODOLÓGICA

2.1. Tipo.

Investigación que fue de tipo:

Observacional. O no experimental porque no existió intervención en las variables

Transversal. O de corte transversal por haberse tomado las medidas de las variables en un solo tiempo y por una sola vez.

Prospectiva. En razón que los datos se obtuvieron mediante encuestas y son de la actualidad.

Análítica. Por tener dos variables que se asociarán.

Nivel. Relacional con el objetivo de asociar

Diseño: Cuantitativo

2.2. Población.

Pacientes hipertensos mayores de 30 años que se tratan en el programa de enfermedades no infecciosas del Hospital Regional de Ica que son 380 pacientes.

Muestra.- El tamaño de la muestra fue calculada con la fórmula para estimar proporciones con una población conocida.

$$n = \frac{N * z^2 * P * Q}{d^2 * (N - 1) + z^2 * P * q}$$

Donde

N= 380

p= 0.5 = Proporción que incrementa el tamaño de la muestra

q= 1 - 0.5 = 0.5

Z= 1.96

d= 5% = 0.05

$$n = \frac{380 (1.96)^2 (0.5) (0.5)}{(0.05)^2 (380 - 1) + (1.96)^2 (0.5) (0.5)}$$

n= 191 pacientes hipertensos

Muestreo. La muestra fue seleccionada mediante técnica aleatoria simple hasta completar el tamaño de muestra.

2.3. Técnicas de recolección de información. La información se obtuvo mediante encuestas aplicados por una tercera persona debidamente capacitada, para evitar sesgos de información.

2.4. Instrumento.

El Morisky Green incluye ocho ítems que evalúan comportamientos específicos relacionados con la toma de medicamentos. Este instrumento ayuda a identificar barreras y conductas asociadas con la adherencia a la medicación en pacientes con hipertensión arterial. La nueva versión del cuestionario abarca tanto acciones involuntarias, como la mala memoria, como acciones intencionadas, como el incumplimiento debido a efectos secundarios. Consta de siete ítems de respuesta dicotómica (sí/no) y una pregunta adicional con una escala tipo Likert de cinco puntos. Los primeros siete ítems están diseñados para evitar el sesgo de "sí", ya que los pacientes suelen responder de manera positiva a sus médicos, mientras que solo la pregunta 5 tiene como respuesta correcta "sí". La medición de la adherencia con esta escala de ocho ítems demostró ser confiable (alfa de Cronbach = 0,83) y mostró una excelente validez concurrente y predictiva. Su especificidad fue del 53%, lo que indica un desempeño moderado en la identificación de pacientes que no cumplen con el tratamiento⁵².

Las pruebas de batalla y las encuestas están disponibles gratuitamente. Estas consisten en tres preguntas: las dos primeras tienen respuestas dicotómicas (SÍ/NO) y la tercera es abierta, donde se le pregunta al paciente sobre los tres órganos diana afectados por la hipertensión arterial (las respuestas válidas son corazón, riñones y cerebro). Los pacientes que respondieron correctamente a las tres preguntas se consideraron con un nivel adecuado de conocimiento, mientras que aquellos que no respondieron ninguna de ellas fueron clasificados como con conocimientos insuficientes⁵⁴.

Aunque esta prueba ha sido validada para diabetes e hipertensión, también se puede aplicar y adaptar a otras condiciones médicas crónicas. El alfa de Cronbach para esta encuesta es aproximadamente 0,7. En nuestro estudio, realizamos una prueba preliminar en 20 pacientes hipertensos para evaluar la confiabilidad de ambas pruebas, obteniendo un valor de alfa de Cronbach de 0,75. Estos pacientes no fueron incluidos en la muestra final⁵⁴.

Procesamiento.

Los datos obtenidos de los cuestionarios y de los datos generales serán digitadas directamente en el programa estadístico SPSS v24 para obtener de este programa las tablas

estadísticas tanto simples como relacionadas que contienen valores absolutos y porcentuales estableciéndose diferencias significativas con 95% de confianza a través del uso del chi cuadrado.

Ética.

La investigación se desarrolló cumpliendo con las normas éticas para estudios en seres humanos, es así que el principio de no maleficencia se consideró el consentimiento informado para encuestar respetando la voluntad y el anonimato de los participantes. El principio de beneficencia se cumple porque el estudio se desarrolló con la finalidad de mejorar la calidad de vida de los pacientes mediante las consideraciones de los resultados de este estudio en las intervenciones de salud que tengan a bien practicarse. El principio de justicia se cumplió al tratar a todos los pacientes de manera igualitaria sin que exista segregaciones ni selección a propósito de intereses.

III. RESULTADOS

Presentación, interpretación de resultados

Resultados

Tabla descriptiva

Tabla 1. Características sociodemográficas, clínicas y de conocimiento sobre la enfermedad asociados en pacientes hipertensos atendidos en el Hospital Regional de Ica 2025

Variable	Categoría	Frecuencia	Porcentaje
Grado de adherencia al tratamiento anti hipertensivo	Baja	61	31,9%
	Media	85	44,5%
	Alta	45	23,6%
Edad	31 a 59 años	83	43,5%
	60 a más años	108	56,5%
Sexo	Masculino	104	54,5%
	Femenino	87	45,5%
Grado de instrucción	Primaria	51	26,7%
	Secundaria	87	45,5%
	Superior	53	27,7%
Estado civil	Soltero (a)	33	17,3%
	Viudo (a)	15	7,9%
	Divorciado (a)	45	23,6%
	Casado (a)	59	30,9%
	Conviviente (a)	39	20,4%
Drogas	Multidroga	103	53,9%
	Monodroga	88	46,1%
Efectos secundarios	Si	37	19,4%
	No	154	80,6%
Grado de conocimiento	Inadecuado	97	50,8%
	Adecuado	94	49,2%
	Total	191	100,0%

Fuente: Elaboración propia

En la tabla se observa que el 31,9% de los pacientes tienen baja adherencia al tratamiento, 44,5% tienen grado medio y el 23,6% grado de adherencia alto. La edad de 60 a más años fue la más prevalente (56,5%), el 83,2% tuvieron grado de instrucción primaria o secundaria, el 51,3% fueron casos o convivientes y el resto soltero, viudo o divorciado, 53,9% de los pacientes tuvo terapia multidroga, 19,4% acusó tener presentar efectos secundarios al medicamento y el 50,8% tuvo un grado de conocimiento sobre la enfermedad inadecuado.

Tablas relacionadas

Tabla 2. Factores socio-demográficos edad, sexo, grado de instrucción, estado civil, asociados a la no adherencia al tratamiento antihipertensivo en pacientes atendidos en el Hospital Regional de Ica 2025

Adherencia al tratamiento	Edad			Total			
	31 a 59 años	60 a más años					
Baja	37 44,6%	24 22,2%	61 31,9%	X ² = 12,9 p=0,002			
Media	34 41,0%	51 47,2%	85 44,5%				
Alta	12 14,5%	33 30,6%	45 23,6%				
Adherencia al tratamiento	Sexo		Total				
	Masculino	Femenino					
Baja	40 38,5%	21 24,1%	61 31,9%	X ² = 6,5 p=0,039			
Media	38 36,5%	47 54,0%	85 44,5%				
Alta	26 25,0%	19 21,8%	45 23,6%				
	Grado de Instrucción			Total			
	Primaria	Secundaria	Superior				
Baja	21 41,2%	30 34,5%	10 18,9%	61 31,9%	X ² = 10,9 p=0,027		
Media	24 47,1%	37 42,5%	24 45,3%	85 44,5%			
Alta	6 11,8%	20 23,0%	19 35,8%	45 23,6%			
	Estado civil					Total	
	Soltero	Viudo	Divorciado	Casado	Conviviente		
Baja	16 48,5%	5 33,3%	20 44,4%	10 16,9%	10 25,6%	61 31,9%	X ² = 34,8 p=0,000
Media	14 42,4%	8 53,3%	24 53,3%	25 42,4%	14 35,9%	85 44,5%	
Alta	3 9,1%	2 13,3%	1 2,2%	24 40,7%	15 38,5%	45 23,6%	

Fuente: Elaboración propia

Se encuentra que los pacientes con edades entre 31 a 59 años tienen mayormente adherencia al tratamiento de grado baja (44,6%) mientras que los de edades de 60 a más tienen mayormente adherencia media (47,2%) y alta (30,6%) con p=0,002. En tanto que los masculino tienen mayor proporción de adherencia baja (38,5%) en comparación con los del sexo femenino que tienen grado alto (54%). También los pacientes que tienen grado de instrucción primaria que tienen mayor probabilidad de tener grado de

adherencia baja (41,2%) comparando con los que tienen grado de instrucción superior que mayormente tienen adherencia de grado alto (45,3%). Y los pacientes que tienen estado civil soltero, viudo, o divorciado tienen mayor proporción de adherencia baja (48,5%, 33,3% y 44,4% respectivamente) en relación a los que están casados o convivientes que prevalece el nivel alto de adherencia (42,4%, 35,9% respectivamente), con valores de p significativos ($p < 0,05$).

Tabla 3. Factores clínicos de tipo de terapia, y efectos secundarios a las drogas asociados a la no adherencia al tratamiento antihipertensivo en pacientes atendidos en el Hospital Regional de Ica 2025

Adherencia al tratamiento	Drogas		Total	
	Multidroga	Monodroga		
Baja	46 44,7%	15 17,0%	61 31,9%	$X^2 = 32,4$ $p = 0,000$
Media	48 46,6%	37 42,0%	85 44,5%	
Alta	9 8,7%	36 40,9%	45 23,6%	
Adherencia al tratamiento	Efectos secundarios		Total	
	Si	No		
Baja	19 51,4%	42 27,3%	61 31,9%	$X^2 = 7,9$ $p = 0,019$
Media	12 32,4%	73 47,4%	85 44,5%	
Alta	6 16,2%	39 25,3%	45 23,6%	

Fuente: Elaboración propia

Según la tabla los pacientes con terapia en base a múltiples drogas existen mayor proporción en el grupo de pacientes que tienen adherencia baja media (44,7%) frente al grupo de pacientes con alta adherencia que predominan en los pacientes con tratamiento monoterapia (40,9%). También se observa que los pacientes que presentaron efectos adversos a los medicamentos antihipertensivos tienen mayor posibilidad de presentar adherencia baja (51,4%) en comparación de los pacientes que no tienen efectos adversos que el (47,4%) tienen alta adherencia.

Tabla 4. El nivel de conocimiento sobre su enfermedad asociado a la no adherencia al tratamiento antihipertensivo en pacientes atendidos en el Hospital Regional de Ica 2025

Adherencia al tratamiento	Conocimientos		Total	
	Inadecuado	Adecuado		
Baja	36 37,1%	25 26,6%	61 31,9%	X ² = 16,3 p=0,000
Media	50 51,5%	35 37,2%	85 44,5%	
Alta	11 11,3%	34 36,2%	45 23,6%	

Fuente: Elaboración propia

La tabla indica que los pacientes con inadecuado nivel de conocimiento sobre la hipertensión arterial tienen más probabilidad de tener una baja o media adherencia al tratamiento antihipertensivo (37.1% y 51,5% respectivamente) comparando con el grupo de pacientes con adecuado conocimiento que tienen en su mayoría adherencia alta (36,2%).

IV. DISCUSIÓN

El estudio abordó una problemática de sumo interés en el manejo de la hipertensión arterial, pues al tratarse de una enfermedad cuyo tratamiento consiste en controlar la presión arterial en límites normales y, siendo necesario cumplir estrictamente con una terapia farmacológica como no farmacológica, enfocamos el estudio en el primer aspecto, encontrando que la adherencia al tratamiento antihipertensivo solo se produce de manera adecuada en un cuarto de los pacientes, mientras que en el resto no existe adherencia o se produce de manera parcial, siendo ello también un factor de riesgo para el desarrollo de complicaciones atribuidas a cuadros hipertensivos, estos resultados contrastan con los encontrados por Torres¹³ en Loja en el 2023 que indica que los pacientes hipertensos que se atienden en el Centro de Salud Daniel Álvarez el 80% tienen una adherencia adecuada respecto al tratamiento medicamentosos para su presión arterial, que se explicaría por las mejores actividades de intervención de los profesionales de esta zona. También en la investigación de Mercedes¹⁴ en Asunción en el 2024 encuentra que el 68,3% de los pacientes tenía una adherencia adecuada al tratamiento, mientras que el estudio de Muñoz¹⁹ en Perú encuentra baja adherencia al tratamiento en los pacientes que acuden al Centro de Salud San Luis. Sin embargo, en un estudio nacional realizado por Huachani²² en Arequipa encuentra que solo el 46% de los pacientes tuvieron alta adherencia al tratamiento acercándose al encontrado en la investigación.

Al evaluar los aspectos relacionados con la adherencia al tratamiento para la presión arterial elevada valoramos a la edad, determinando que los pacientes de edades entre 31 a 59 años tienen más riesgo de tener una mala adherencia o su adherencia es parcial al tratamiento comparando con los pacientes de 60 a más años que mayormente tienen alta adherencia a la terapia antihipertensiva, las diferencias encontradas en ambos grupos de pacientes son significativas, relación que puede ser debido a que en este grupo la falta de síntomas aparentes, puede llevar a una percepción de que no es necesario tomar medicamentos, además de que este grupo etareo se encuentran económicamente activos que no le permiten llevar un adecuado control del horario que debe tomar sus medicamentos⁴⁶. Pochuanca²¹ en Chiclayo indica que los pacientes masculinos tienen menor adherencia al tratamiento concordando con los resultados de la investigación.

Del mismo modo se investigó la relación de la adherencia al tratamiento antihipertensivo respecto al sexo, resultando que los pacientes masculinos tienen mayormente adherencias bajas, mientras que las mujeres mayoritariamente tienen adherencia al tratamiento de nivel medio y alto, mostrando diferencias significativas en ambos sexos, lo que se explica porque el sexo

masculino pueden tener una mayor tendencia a negar la gravedad de su condición y a sentirse menos motivados para seguir un tratamiento, además de que su estilo de vida es menos saludable, con mayor consumo de alcohol y tabaco, lo que puede afectar negativamente la adherencia al tratamiento⁴⁵, como encuentra Real¹⁵ en una investigación en Paraguay en el año 2021 que determinó que la adherencia adecuada al tratamiento antihipertensivo fue en el 68% de las mujeres, y también apoyada por los resultados de del estudio de Pineda²⁴ que indica que los varones tienen peor adherencia al tratamiento sin embargo el estudio de León¹⁸ en el 2023 encuentra una mejor adherencia al tratamiento en el sexo masculino, como también es indicada en el estudio de Velásquez²⁰ en Chiclayo, corroborado por el estudio de Argote²³ que concluye que las mujeres tiene peor nivel de adherencia que el hombre, explicándose por otras variables sociales en estos pacientes como son el nivel económico bajo y el bajo apoyo familiar percibido por este grupo de pacientes.

También el grado de instrucción es un factor que se relaciona con el cumplimiento del tratamiento antihipertensivo, en razón de que los pacientes que tienen grado de instrucción primaria o secundaria tienen mayoritariamente adherencia al tratamiento bajo o medio, comprando con los pacientes con grado de instrucción superior en donde predomina el grado de adherencia alto, debiéndose a que los pacientes con bajo grado de instrucción pueden tener dificultades para comprender la naturaleza de la hipertensión, los beneficios del tratamiento y las instrucciones para tomar los medicamentos, además de que, estas personas con bajo grado de instrucción pueden no ser conscientes de la importancia de tomar los medicamentos de manera regular y consistente para controlar la hipertensión⁴⁵.

El estado civil también se presenta como un factor relacionado a la adherencia al tratamiento antihipertensivo, porque los pacientes con estado civil soltero, viudo o divorciado tienden a tener bajo grado de adherencia al tratamiento, en tanto que, los pacientes que se encuentran casados o conviviente tienden a tener alto grado de adherencia al tratamiento, porque las personas solteras viudos o separadas pueden tener menos apoyo social y menos redes de apoyo para ayudarles a mantener la adherencia al tratamiento, y tienen menor compromiso con su salud y bienestar, lo que puede llevar a una menor adherencia al tratamiento⁴⁶. Las familias desempeñan un papel fundamental en el cuidado diario de los pacientes y en la comprensión de su enfermedad, lo que tiene un impacto significativo en los resultados de salud y en el comportamiento del paciente, la participación activa de los familiares no solo mejora la atención al paciente, sino que también puede reducir la carga de trabajo de los profesionales de la salud en el cuidado de pacientes con enfermedades crónicas⁴⁸, lo que concuerda con lo indicado por Torres¹³ en Loja Ecuador en el 2023, que los pacientes tienen una alta adherencia al tratamiento antihipertensivo atribuido a que un 71% de los pacientes perciben un buen apoyo

social, concordante con lo determinado por Valle¹⁷ en Cuernavaca en el 2023 que atribuye al estado civil en compañía como un factor que favorece la adherencia al tratamiento, y en el estudio de Pochuanca²¹ en Chiclayo se indica que los pacientes con unión civil estable tienen mejor adherencia al tratamiento, que es concordante con lo concluido por Pineda²⁴ que determina que los pacientes solteros o viudos tienen baja adherencia al tratamiento, que también es encontrado en el estudio de Palacios²⁶.

En relación a los factores clínicos, se ha demostrado que el tipo de terapia está asociado a la adherencia al tratamiento antihipertensivo, pues al evaluar a los pacientes con terapia multidroga se observa que la mayoría tienen baja adherencia al tratamiento mientras que los pacientes con monodroga tienen en su mayoría alta adherencia a la terapia antihipertensiva, por ello es crucial que los profesionales de la salud comuniquen de manera efectiva con los pacientes para abordar sus preocupaciones y condiciones, sin embargo, muchos médicos carecen de la capacitación necesaria para identificar y gestionar las inquietudes de sus pacientes, para concientizarlos sobre la necesidad de que su terapia puede involucrar dos o más drogas⁴⁷. Pineda²⁴ en el Hospital Hipólito Unanue encuentra que los pacientes con terapia multidroga tienen menos adherencia al tratamiento, que según el estudio de Sahuanay²⁵ también encuentra una baja adherencia al tratamiento sobre todo en los pacientes con terapia multidroga, por ser más difícil de cumplir con el tratamiento.

Del mismo modo se observó que los pacientes que acusaron efectos adversos a las drogas antihipertensivas tienen mayor posibilidad de tener baja adherencia al tratamiento, respecto a los pacientes que no manifestaron ningún efecto adverso que en su mayoría tienen alta adherencia al tratamiento, pues muchas de estos efectos adversos son molestos que desmotivan al paciente a llevar una adherencia completa a su terapia⁴⁹, Este hallazgo se podría asociar a lo encontrado por Sahuanay²⁵ que manifiesta que a mayor número de drogas para el control de la presión arterial menor es la adherencia al tratamiento pues ello incrementa los efectos adversos a estas drogas.

Finalmente se evaluó el grado de conocimiento sobre la enfermedad, encontrando que los pacientes con conocimientos inadecuados presentan menos adherencia al tratamiento antihipertensivo que aquellos pacientes con conocimiento adecuados que generalmente tienen buena adherencia a la terapia antihipertensiva, en razón de que el conocimiento sobre la hipertensión y sus complicaciones puede ayudar a los pacientes a entender la importancia de controlar la presión arterial y adherirse al tratamiento, ello puede motivar a los pacientes a tomar medidas para controlar su presión arterial, como hacer cambios en su estilo de vida y adherirse al tratamiento medicamentoso⁵⁷. Real¹⁵ en Paraguay encuentra que la adecuada información

sobre la enfermedad influye en una mejor adherencia al tratamiento antihipertensivo pues el 82% de los pacientes tuvieron buena información, que también es concordante con lo encontrado por Xiong¹⁶ en Kenia en el 2023.

V. CONCLUSIONES

- Los factores asociados a la adherencia al tratamiento antihipertensivo son de tipo sociodemográficos, clínicos y de conocimiento sobre la enfermedad en pacientes atendidos en el Hospital Regional de Ica 2025
- Los factores socio-demográficos, edad de 31 a 59 años, sexo masculino, bajo grado de instrucción, estado civil soltero, viudo o divorciado, están asociados a la no adherencia al tratamiento antihipertensivo en pacientes atendidos en el Hospital Regional de Ica 2025
- Los factores clínicos de tipo de terapia multidroga, y presencia de efectos secundarios a las drogas están asociados a la no adherencia al tratamiento antihipertensivo en pacientes atendidos en el Hospital Regional de Ica 2025
- El bajo nivel de conocimiento sobre su enfermedad está asociado a la no adherencia al tratamiento antihipertensivo en pacientes atendidos en el Hospital Regional de Ica 2025

VI. RECOMENDACIONES

- Desarrollar acciones de acercamiento a la población realizando campañas para detectar esta enfermedad silenciosa como es la hipertensión arterial, la que facilitará una terapia oportuna y utilizando monoterapia y terapia no medicamentosa como es mejorando los estilos de vida.
- Enfocar las actividades de intervención en educar a los pacientes hipertensos, concientizándolos sobre su enfermedad y los beneficios que tienen que llevar un buen control de la presión arterial, sobre todo en los mas vulnerables como son los adultos jóvenes, de bajo nivel instructivo y en estado civil sin pareja estable.
- Orientar a los pacientes sobre como superar los efectos adversos de los medicamentos y si es necesario cambiar las drogas para evitar que el paciente deje de consumir los medicamentos, además de que con una adecuada terapia no medicamentosa se puede lograr disminuir el numero de drogas para controlar la presión arterial, mediante monitoreo constante de la presión arterial.
- Brindar tratamiento individualizado, identificando todos los factores que podrían estar presentes en un paciente que afecte el normal consumo de sus medicamentos, para ello los profesionales de la salud deben informar al paciente sobre su enfermedad así como involucrar a la familia en la terapia integral del paciente.

VII. Referencias bibliográficas

- 1.- Torres Paqui, A. Adherencia al Tratamiento Farmacológico y apoyo Familiar en Pacientes Hipertensos Atendidos en el Centro de Salud Daniel Álvarez de Loja 2023. *Ciencia Latina Revista Científica Multidisciplinar*, 7(4), 5216-5246. https://doi.org/10.37811/cl_rcm.v7i4.7346
- 2.- Mercedes Lezcano M. Promoción de la adherencia al tratamiento antihipertensivo a través de un servicio de atención farmacéutica apoyado en telefonía móvil. *Asunción 2024*;22(2) *Revista Ciencias de la Salud*. DOI: <https://doi.org/10.12804/revistas.urosario.edu.co/revsalud/a.12127>
- 3.- Real Delor R. Adherencia al tratamiento antihipertensivo en adultos de Unidades de Salud Familiar del Paraguay: estudio multicéntrico. *Revista De Salud Pública Del Paraguay*, 11(2), 35–41. <https://revistas.ins.gov.py/index.php/rspp/article/view/177>
- 4.- Xiong, S. et al. Apoyo familiar y adherencia a la medicación entre residentes con hipertensión en asentamientos informales de Nairobi, Kenia: un estudio de métodos mixtos. *J Hum Hypertens* 37, 74–79 (2023). <https://doi.org/10.1038/s41371-022-00656-2>
- 5.- Valle-Martínez A. “Factores asociados a la falta de adherencia al tratamiento médico en pacientes con hipertensión arterial derechohabientes del HGR C/MF No.1, Cuernavaca, Morelos” 2023. URI: <https://hdl.handle.net/20.500.14330/TES01000846776>
- 6.- León Herrera, A. Nivel de adherencia al tratamiento antihipertensivo en pacientes que acuden a consulta externa de cardiología del Hospital Central de las Fuerzas Armadas, marzo-mayo 2023 República Dominicana. URI: <https://repositorio.unphu.edu.do/handle/123456789/5290>
- 7.- Muñoz Arenas, M. Nivel de adherencia terapéutica en pacientes con tratamiento antihipertensivo en el Centro de Salud San Luis- Perú 2021. URI: <https://hdl.handle.net/20.500.13084/5226>
- 8.- Velasquez Montenegro, Á. Factores asociados a la no adherencia al tratamiento antihipertensivo en un hospital del Seguro Social de Salud de Chiclayo durante el estado de emergencia sanitaria por COVID-19. *Rev. Cuerpo Med. HNAAA* 2022;15(1), pp.11-18. Epub 31-Mar-2022. ISSN 2225-5109. <http://dx.doi.org/10.35434/rcmhnaaa.2022.151.1169>.
- 9.- Pochuanca-Ancco, L. Factores asociados a la no adherencia al tratamiento antihipertensivo en pacientes con seguridad social. *Rev. Cuerpo Med. HNAAA [en línea]*. 2021, vol.14, n.3, pp.316-321. Epub 26-Nov-2021. ISSN 2225-5109. <http://dx.doi.org/10.35434/rcmhnaaa.2021.143.1252>.
- 10.- Huachani Martínez, H. Factores asociados a la adherencia al tratamiento antihipertensivo en pacientes de la microred 15 de agosto, Arequipa – 2024. URI: <https://hdl.handle.net/20.500.12773/17489>
- 11.- Argote Ventocilla, J. Factores asociados a la adherencia al tratamiento antihipertensivo en pacientes de la Micro Red Valle del Canipaco – 2021. URI: <http://hdl.handle.net/20.500.12894/8924>

- 12.- Pineda-Rivera H. Factores asociados a la adherencia al tratamiento antihipertensivo en pacientes del servicio de cardiología del Hospital Nacional Hipólito Unanue en 2023. <https://hdl.handle.net/20.500.14308/5267>
- 13.- Sahuanay Siu, A. Factores relacionados a la mala adherencia al tratamiento farmacológico antihipertensivo en pacientes del consultorio externo de cardiología del hospital nacional PNP “Luis n. Sáenz” – Lima, abril - junio 2023. URI: <https://hdl.handle.net/20.500.14138/7347>
- 14.- Palacios Valdez, M. Factores asociados a la adherencia terapéutica en pacientes con hipertensión arterial del centro de salud Buenos Aires de Villa en el año 2023. URI: <https://hdl.handle.net/20.500.13053/9885>
- 15.- Burnier M. The role of adherence in patients with chronic diseases. *European Journal of Internal Medicine* 2024;19(1), January 2024, Pages 1-5. <https://doi.org/10.1016/j.ejim.2023.07.008>
- 16.- Espinoza Bermúdez D. Factores asociados a la no adherencia del tratamiento en pacientes con hipertensión arterial. *Revista Cuidado y Ocupación Humana; Rev. FS; Colombia* 2023;12 (1).
- 17.-Mendoza-Reyes R. La adherencia terapéutica en pacientes con enfermedades crónicas no transmisibles: diabetes, hipertensión y obesidad. *Med. ética* vol.32 no.4 Ciudad de México oct./dic. 2021 Epub 14-Ago-2023. <https://doi.org/10.36105/mye.2021v32n4.01>
- 18.- García Valle S. Factores de riesgo de no adherencia al tratamiento en pacientes mayores de un núcleo rural. *Rev. OFIL-ILAPHAR* vol.30 no.2 Madrid abr./jun. 2020 Epub 15-Mar-2021. <https://dx.doi.org/s1131-94292020000200010>
- 19.- Romano, R. Adherence, Burden, and Morbidity in Adults with Chronic Diseases in the Dominican Republic: A Cross-sectional Study in a Tertiary-level Hospital (A-CaMo II). (2024). *Principles and Practice of Clinical Research*, 10(1). <https://doi.org/10.21801/ppcrj.2024.101.2>
- 20.- Qio, H., & Piskorz-Ryń. O. Understanding Patient Adherence to Hypertension Management Guidelines 2024. *KMAN Conseling and Psychology Nexus*, 2(1), 70-76. <http://doi.org/10.61838/kman.psynexus.2.1.11>
- 21.- Oliveras, A., Vázquez, S., Vega, M.V. et al. Improvement of non-adherence and reduction of BP values in patients with difficult-to-treat hypertension: the ATHAN clinical trial. *Hypertens Res* 47, 2864–2873 (2024). <https://doi.org/10.1038/s41440-024-01748-x>
- 22.- Encenha Lanza V. Therapeutic Adherence According to the Morisky Scale in Patients with Hypertension. *Int J Cardiovasc Sci* 37 • 2024 • <https://doi.org/10.36660/ijcs.20220138>
- 23.- Joyce Nfor, D. Factors influencing medication adherence among hypertensive patients: A qualitative study. <https://doi.org/10.21203/rs.3.rs-4294186/v1>
- 24.- Shoiria Akbarovna K. Increasing the Adherence of Patients with Arterial Hypertension to Treatment. *Naturalista* Campano ISSN:1827-7160Volume28Issue1,2024.<https://museonaturalistico.it/index.php/journal/article/view/607>

- 25.- Burnier, M. (2024). Physician and patient adherence in hypertension trials: a point of view on an important issue to resolve. *Expert Review of Pharmacoeconomics & Outcomes Research*, 24(6), 749–758. <https://doi.org/10.1080/14737167.2024.2363401>
- 26.- Tom Robberechts, M. Optimizing drug adherence in hypertension: More than a mind game. *Pol Heart J* 2024;82(3):259-266. DOI: 10.33963/v.phj.99493
- 27.- Kang HK, Sung NJ. Correlation between Usual Source of Care and Medication Adherence in Patients with Hypertension. *Korean J Fam Med*. 2024 Mar;45(2):82-88. doi: 10.4082/kjfm.23.0125. Epub 2023 Nov 27. PMID: 38008710; PMCID: PMC10973709.
- 28.- Taher S.K Poor Control of Blood Pressure and Therapeutic Non-adherence as Predictors of Complications in Patients with Hypertension. *JMSP* 2024; 10(3): 112-126
- 29.- Hias J. Therapy and guideline adherence at a multidisciplinary hypertension clinic: A prospective, observational study. *Vascular Pharmacology* 2024;154(1). <https://doi.org/10.1016/j.vph.2023.107271>
- 30.- Ann Bugeja, G. Adherence to guideline-recommended care of late-onset hypertension in females versus males: A population-based cohort study. *Journal Medicina Interna* 2024;296(3). pp 280-290. <https://doi.org/10.1111/joim.13821>
- 31.- Besel, Jamie M. PhD, MN, RN; Insel, Kathleen C. PhD, RN; Williams, Geoffrey C. MD, PhD. The Impact of Resilience and Perceived Autonomy Support on Medication Adherence Among Rural Older Adults With Hypertension. *The Journal of Cardiovascular Nursing* 39(5):p 488-498, 9/10 2024. | DOI: 10.1097/JCN.0000000000001052
- 32.- Kengne, A. P., Brière, J. B., Zhu, L., Li, J., Bhatia, M. K., Atanasov, P., & Khan, Z. M. (2023). Impact of poor medication adherence on clinical outcomes and health resource utilization in patients with hypertension and/or dyslipidemia: systematic review. *Expert Review of Pharmacoeconomics & Outcomes Research*, 24(1), 143–154. <https://doi.org/10.1080/14737167.2023.2266135>
- 33.- Khongsai L. Duration of Hypertension and Its Relationship with Knowledge, Self-efficacy and Compliance. *Journal of the Indian Academy of Applied Psychology* April 2024, Vol. 50, Sp. Issue, 122-132
- 34.- Arishba Arshad, Pervaiz Butt, Z., Kashaf Saeed, Ayesh Abdul Samad y Fatima Gulfam. (2024). Evaluación de la adherencia a la medicación entre pacientes con hipertensión crónica en Pakistán. *Avicenna Journal of Health Sciences* , 1 (1), 11–15. Recuperado de <https://avicennajhs.com/ajhs/article/view/15>
- 35.- Sizhe, Wang y Yu Jinning. "Factores relacionados con la mala adherencia a la medicación en diferentes pacientes hipertensos: una revisión descriptiva de la literatura". 2024. <https://www.diva-portal.org/smash/get/diva2:1862280/FULLTEXT01.pdf>
- 36.- ildasari S. Family support with compliance with hypertension medication in the elderly. *Journal ASHOLISCARE* 2024;1(2). DOI: <https://doi.org/10.59638/asholiscare.v1i2.1142>

- 37.- Pachucho-Flores AP, Chicaiza-Almachi EC. Perception of the level of adherence to hypertensive treatment in adults. *Salud, Ciencia y Tecnología* [Internet]. 2024 Jan. 1 [cited 2024 Sep. 19];4:641. Available from: <https://sct.ageditor.ar/index.php/sct/article/view/647>
- 38.- Chaves Coelho J. Adherence to antihypertensive drug treatment in Brazil: a systematic review and meta-analysis. *Ciênc. saúde coletiva* 29 (08) 09 Aug 2024Aug 2024 • <https://doi.org/10.1590/1413-81232024298.19282022EN>
- 39.- Kishor, Raman¹; Kumari, Sarita²; Prakash, Ravi¹; Chaudhary, Neha¹; Shyama, Shyama³; Ahmad, Shamshad²; Kumar, Pragya². An assessment of treatment compliance using the Morisky scale-8 tool in adult hypertensive patients of Eastern India. *Journal of Family Medicine and Primary Care* 13(3):p 924-931, March 2024. | DOI: 10.4103/jfmmpc.jfmmpc_1416_23
- 40.- Rodríguez Chamorro MA. Revisión de test validados para la valoración de la adherencia al tratamiento farmacológico utilizados en la práctica clínica habitual. *Pharm Care Esp.* 2020; 22(3): 148-172 <https://www.pharmacareesp.com/index.php/PharmaCARE/article/view/572>
- 41.- Barnestein-Fonseca P. Is it possible to diagnose therapeutic adherence in mild cognitive impairment and dementia patients in clinical practice?. *Front. Pharmacol.*, 21 May 2024 Sec. Drugs Outcomes Research and Policies Volume 15 - 2024 | <https://doi.org/10.3389/fphar.2024.1362168>
- 42.- Valentin Perez, V. Relación entre adherencia terapéutica y conocimiento de su enfermedad en pacientes hipertensos Trujillo 2023. URI: <https://hdl.handle.net/20.500.12692/131674>
- 43.- Farah, R. I., Alawwa, I. A., Khateeb, D. Q., Hwidi, B. E., Albdour, K. M., Bani Monia, O. G., ... Alshrouf, M. A. (2024). Factors Affecting the Level of Adherence to Hypertension Medications: A Cross-Sectional Study Using the Hill-Bone Questionnaire. *Patient Preference and Adherence*, 18, 893–904. <https://doi.org/10.2147/PPA.S457026>
- 44.- Versmissen J. 'Bajo presión': el papel de la monitorización farmacológica en el tratamiento de la hipertensión. *Br J Clin Pharmacol.* 2024;90:1884–1891 <https://doi.org/10.1111/bcp.16125>
- 45.- Malih Radhi M, Zair Balat K. Health Literacy and Its Association With Medication Adherence in Patients With Hypertension: A Mediating Role of Social Support. *Iranian Rehabilitation Journal* 2024; 22 (1) :117-128 URL: <http://irj.uswr.ac.ir/article-1-2146-en.html>
- 46.- Abad Castillo, M. L., Angamarca Angamarca, G. P., y Pardo Vasquez, D. F. (2023). Factores Asociados a la Adherencia al Tratamiento Farmacológico en Pacientes con Hipertensión Arterial en la Parroquia Palanda, Año 2018. *Ciencia Latina Revista Científica Multidisciplinar*, 7(4), 7999-8016. https://doi.org/10.37811/cl_rcm.v7i4.7547
- 47.- Martell Claros N. Importancia de la adherencia en el manejo de la hipertensión. *Hipertensión y Riesgo Vascular* 2023;40(1) Páginas 34-39. <https://doi.org/10.1016/j.hipert.2022.06.00>

- 48.- Tamargo, J., Diferencias de sexo y género en el tratamiento de la hipertensión arterial. *Expert Review of Clinical Pharmacology*, 2023;16(4), 329–347. <https://doi.org/10.1080/17512433.2023.2189585>
- 49.- Pareja Martínez, E. Influencia de la adherencia al tratamiento antihipertensivo en el control de la presión arterial en farmacia comunitaria. Estudio ADH-PA. Granada: Universidad de Granada, 2023. [<https://hdl.handle.net/10481/81214>]
- 50.- Méndez Giraldo, J. A. Factores asociados a la adherencia al tratamiento farmacológico y control de salud en hipertensos de la Universidad Especializada de las Américas. *REDES*, Panamá 2021;15(1), 91–106. Recuperado a partir de <https://revistas.udelas.ac.pa/index.php/redes/article/view/redes15-6>
- 51.- Conte E. La adherencia a los medicamentos en pacientes hipertensos y en muestra de la población genera Panamá 2021. *Rev. OFIL-ILAPHAR Madrid*;30(4) Epub 25-Mayo-2021 <https://dx.doi.org/10.4321/s1699-714x2020000400011>
- 52.- Peña-Valenzuela AN, Ruiz-Cervantes W, Barrios-Olán C, Chávez-Aguilasocho AI. Relación médico-paciente y adherencia terapéutica en pacientes con hipertensión arterial *Rev Med Inst Mex Seguro Soc*. 2023 Jan 2;61(1):55-60. Spanish. PMID: 36542507; PMCID: PMC10396067.
- 53.- Masache-Alvarado B. Adherencia al tratamiento antihipertensivo en adultos mayores del primer nivel de atención Ecuador 2023. *Pol. Con. (Edición núm. 85) Ecuador* 2023;8(8) pp. 868-889 DOI: 10.23857/pc.v8i8
- 54.- Carrión Contreras, M. Adherencia al tratamiento antihipertensivo y calidad de vida en adultos de Nabón. *Archivos Venezolanos de Farmacología y Terapéutica*, 2021;40(3), DOI: <https://doi.org/10.5281/zenodo.5039502>
- 55.- Vargas Lopez, E. Factores asociados a la adherencia al tratamiento farmacológico en usuarios hipertensos que acuden a la botica Paolita – Huancayo, 2022. URI: <http://repositorio.uroosevelt.edu.pe/handle/20.500.14140/1608>
- 56.- Añamuro Condori, C. Factores asociados a la adherencia del tratamiento farmacológico en pacientes hipertensos en el Hospital Antonio Barrionuevo Lampa 2023. URI: <http://repositorio.upsc.edu.pe/handle/UPSC/549>
- 57.- Ancajima Bayona, A. Asociación entre las características clínicas y demográficas con el nivel de adherencia al tratamiento de los pacientes adultos mayores con hipertensión arterial. URI: <https://hdl.handle.net/20.500.12692/132316>

VIII. Anexos

2.8.1. Operacionalización de las variables

2.8.2. Matriz de consistencia

2.8.3. Instrumentos de recolección de información

2.8.4. Consentimiento informado

OPERACIONALIZACIÓN DE VARIABLES

VARIABLE	DEFINICIÓN CONCEPTUAL	DEFINICIÓN OPERACIONAL	DIMENSIONES	INDICADOR	INSTRUMENTO	FUENTE
V. Independientes						Pacientes
Edad	Años de vida	Obtenida mediante encuesta	Años	31 a 59 años 60 a más años	Ficha de datos	
Sexo	Cualidades sexuales		Sexo	Masculino Femenino	Ficha de datos	
Grado de instrucción	Nivel de educación de una persona		Grado	Primaria Secundaria Superior	Ficha de datos	
Estado civil	Grado de compromiso social con su pareja		Estado civil	Soltero, viudo, divorciado Casado, conviviente	Ficha de datos	
Tipo de terapia	Terapia antihipertensiva según número de drogas consumidas		Número de drogas	Monodroga Multidroga	Ficha de datos	
Efectos secundarios	Síntomas adversos producto del tratamiento		Nauseas, vómitos, Dolor de estómago, Tos, Otros_____	Si No	Ficha de datos	

Conocimientos	Grado de información que tiene sobre la hipertensión arterial	Medida con el cuestionario de Batalla	Ítems 1 al 3	Conocimiento adecuado: Puntaje 3 Conocimiento inadecuado Puntaje 0 a 2	TEST DE BATALLA	Paciente
V. dependiente Adherencia al tratamiento antihipertensivo	Grado en que los pacientes siguen las recomendaciones médicas respecto al uso de medicamentos para controlar la hipertensión arterial.	Se medirá mediante el test de Morisky-Green	Ítems 1 al 8	Puntuación 8: Alta adherencia. Puntuación 6-7: Adherencia media. Puntuación < 6: Baja adherencia.	MMAS-8 (8-item Morisky Medication Adherence Scale)	Paciente

MATRIZ DE CONSISTENCIA

Variable	Problema general	Objetivo general	Hipótesis	Instrumento	Metodología
<p>a).- Variable dependientes Adherencia al tratamiento antihipertensivo</p> <p>b).- Variables independientes Factores socio-demográficos Edad Sexo Grado de instrucción Estado civil</p> <p>Factores clínicos Tipo de terapia Efectos secundarios</p> <p>Factores de conocimiento Conocimiento sobre su enfermedad</p>	<p>Problema principal. ¿Cuáles son los factores asociados a la no adherencia al tratamiento antihipertensivo en pacientes atendidos en el Hospital Regional de Ica 2025?</p> <p>Problemas específicos ¿Cuáles son los factores socio-demográficos asociados a la no adherencia al tratamiento antihipertensivo en pacientes atendidos en el Hospital Regional de Ica 2025? ¿Cuáles son los factores clínicos asociados a la no adherencia al tratamiento antihipertensivo en pacientes atendidos en el Hospital Regional de Ica 2025? ¿Está el conocimiento</p>	<p>Objetivo principal. • Identificar los factores asociados a la no adherencia al tratamiento antihipertensivo en pacientes atendidos en el Hospital Regional de Ica 2025</p> <p>Objetivos específicos • Identificar los factores socio-demográficos asociados a la no adherencia al tratamiento antihipertensivo en pacientes atendidos en el Hospital Regional de Ica 2025 • Identificar los factores clínicos asociados a la no adherencia al tratamiento antihipertensivo en pacientes atendidos en el Hospital Regional de Ica 2025 • Determinar si el conocimiento sobre su enfermedad está asociado a la no adherencia al</p>	<p>Hipótesis principal Ha: Existen factores sociodemográficos, clínicos y de conocimiento sobre la enfermedad asociados a la no adherencia al tratamiento antihipertensivo en pacientes atendidos en el Hospital Regional de Ica 2025</p> <p>Hipótesis específicas Ha: Los factores socio-demográficos edad, sexo, grado de instrucción, estado civil, están asociados a la no adherencia al tratamiento antihipertensivo en pacientes atendidos en el Hospital Regional de Ica 2025 Ha: Los factores clínicos de tipo de terapia, y efectos secundarios a las drogas están asociados a la no adherencia al tratamiento antihipertensivo en pacientes atendidos en el Hospital Regional de Ica</p>	<p>Datos generales</p> <p>Test de Morisky 8 ítems</p> <p>Test de Batalla</p>	<p>Tipo de Investigación No experimental, Transversal, Prospectiva Descriptiva</p> <p>Nivel de la Investigación Relacional</p> <p>Diseño de la investigación Cuantitativa</p> <p>Población Pacientes hipertensos mayores de 30 años que se tratan en el programa de enfermedades no infecciosas del Hospital Regional de Ica que son 380 pacientes.</p> <p>Muestra 191 pacientes hipertensos</p>

	sobre su enfermedad asociado a la no adherencia al tratamiento antihipertensivo en pacientes atendidos en el Hospital Regional de Ica 2025?	tratamiento antihipertensivo en pacientes atendidos en el Hospital Regional de Ica 2025	2025 Ha: El nivel de conocimiento sobre su enfermedad está asociado a la no adherencia al tratamiento antihipertensivo en pacientes atendidos en el Hospital Regional de Ica 2025		
--	---	---	--	--	--



INSTRUMENTO DE RECOLECCIÓN DE DATOS

1.- Ficha N° _____

2.- Edad _____ años

(31 a 59 años) (60 a más años)

3.- Sexo

(Masculino) (Femenino)

4.- Grado de instrucción

(Primaria) (Secundaria) (Superior)

5.- Estado civil

(Soltero, viudo, divorciado) (Casado, conviviente)

6.- Tipo de terapia

(Monodroga) (Multidroga)

7.- Efectos secundarios

(Presente) (Ausente)

¿Cual?

Nauseas, vómitos, dolor de estómago, tos, Otros _____

Adherencia al tratamiento antihipertensivo

MMAS-8 (8-item Morisky Medication Adherence Scale)

1. ¿Se le olvida alguna vez tomar los medicamentos para su hipertensión arterial?	Si=0	No=1
2. En las dos semanas pasadas. ¿Dejo de tomar los medicamentos para su hipertensión arterial algún día?	Si=0	No=1
3. ¿Alguna vez ha tomado menos pastillas, o ha dejado de tomarlas, sin decírselo al médico porque se sentía peor cuando las tomaba?	Si=0	No=1
4. ¿Cuándo viaja o sale de casa olvida de llevar sus medicamentos para su hipertensión arterial alguna vez?	Si=0	No=1
5. ¿Se tomó sus medicamentos para la hipertensión arterial ayer?	Si=1	No=0
6. Cuando siente que su hipertensión arterial está controlada, ¿deja a veces de tomar sus medicamentos?	Si=0	No=1
7. Tomar los medicamentos todos los días puede ser un problema para muchas personas, ¿se siente alguna vez molesto por seguir el tratamiento para su hipertensión arterial?	Si=0	No=1
8. ¿Con qué frecuencia tiene dificultades para recordar tomar todos sus medicamentos para la hipertensión arterial?		
Nunca/Raramente....		1
De vez en cuando.....		0,75
A veces.....		0,50
Normalmente.....		0,25
Siempre.....		0
Puntuación 8: Alta adherencia. Puntuación 6-7: Adherencia media. Puntuación < 6: Baja adherencia.		

TEST DE BATALLA

1. ¿Es la HTA una enfermedad para toda la vida?	SI	NO
2. ¿Se puede controlar con dieta y medicación?	SI	NO
3. Cite dos o más órganos que pueden dañarse por tener la presión arterial elevada.	a).....	b)..... c).....

Se califica como

Conocimiento adecuado si responde bien las 3 preguntas, por el contrario, se considera como paciente con inadecuado conocimiento si falla en alguna de ellas.

**TÍTULO: Factores asociados a la no adherencia al tratamiento antihipertensivo en pacientes
atendidos en el Hospital Regional de Ica 2025**

- 1.1 Apellidos y Nombres del Experto:.....
- 1.2 Cargo e institución donde labora:.....
- 1.3 Nombre del instrumento: Cuestionario
- 1.4 Autor (a) del instrumento: GUSTAVO PEDRO OSCCO TORRES

Informe de Opinión de Experto

ASPECTOS DE VALIDACIÓN:

INDICADORES	CRITERIOS	Deficiente 00 – 20%	Regular 21 -40%	Buena 41 -60%	Muy Buena 61 -80%	Excelente 81 -100%
CLARIDAD	Esta formulado con un lenguaje claro.					
OBJETIVIDAD	No presenta sesgo ni induce respuestas					
ACTUALIDAD	Está de acuerdo a los avances la teoría sobre (variables).					
ORGANIZACIÓN	Existe una organización lógica y coherente de los ítems.					
SUFICIENCIA	Comprende aspectos en calidad y cantidad.					
INTENCIONALIDAD	Adecuado para establecer (relación a las variables).					
CONSISTENCIA	Basados en aspectos teóricos y científicos.					
COHERENCIA	Entre los índices e indicadores.					
METODOLOGÍA	La estrategia responde al propósito de la investigación (tipo de investigación)					

III.- OPINIÓN DE APLICABILIDAD:

.....

IV.- PROMEDIO DE VALORACIÓN

Lugar y Fecha: Ica, ____ de _____ del 2024

Firma del Experto

CONSENTIMIENTO INFORMADO

Estimado (a) Sr.(a), me encuentro realizando un trabajo de investigación titulado: **“Factores asociados a la no adherencia al tratamiento antihipertensivo en pacientes atendidos en el Hospital Regional de Ica 2025”**. Antes que aceptes participar en el estudio se te ha tenido que explicar lo siguiente: Propósito del estudio, riesgos, beneficios, confidencialidad, para que finalmente puedas aceptar la participación de manera libre y voluntaria.

Propósito del estudio:

El estudio tiene el propósito de Identificar los factores asociados a la no adherencia al tratamiento antihipertensivo en pacientes atendidos en el Hospital Regional de Ica 2025, con la finalidad de contribuir con el conocimiento de esta enfermedad.

Riesgos:

El estudio de investigación trabajará con encuestas, no se realizará ningún otro tipo de evaluación. Por tanto, se considera que el estudio no representa ningún riesgo para el participante, cualquier consulta puedes realizarla a la Sr. GUSTAVO PEDRO OSCCO TORRES que es el investigador con teléfono 971448094.

Beneficios:

El estudio no representa beneficios económicos para los participantes, la información brindada de manera veraz ofrecerá datos que pueden utilizarse para gestionar soluciones acordes a la realidad estudiada.

Confidencialidad

Para efectos de la investigación, se procederá a colocar código de identificación (ID) que consistirá en un número correlativo, lo que permitirá la elaboración de la base de datos, para el posterior análisis estadístico.

Por lo tanto, yo _____, manifestó que he sido informado (a) sobre el estudio y doy mi conformidad para participar en el estudio de investigación.

Nombre y Apellidos

Firma

Figuras

Figura 1. Características sociodemográficas, clínicas y de conocimiento sobre la enfermedad asociados en pacientes hipertensos atendidos en el Hospital Regional de Ica 2025

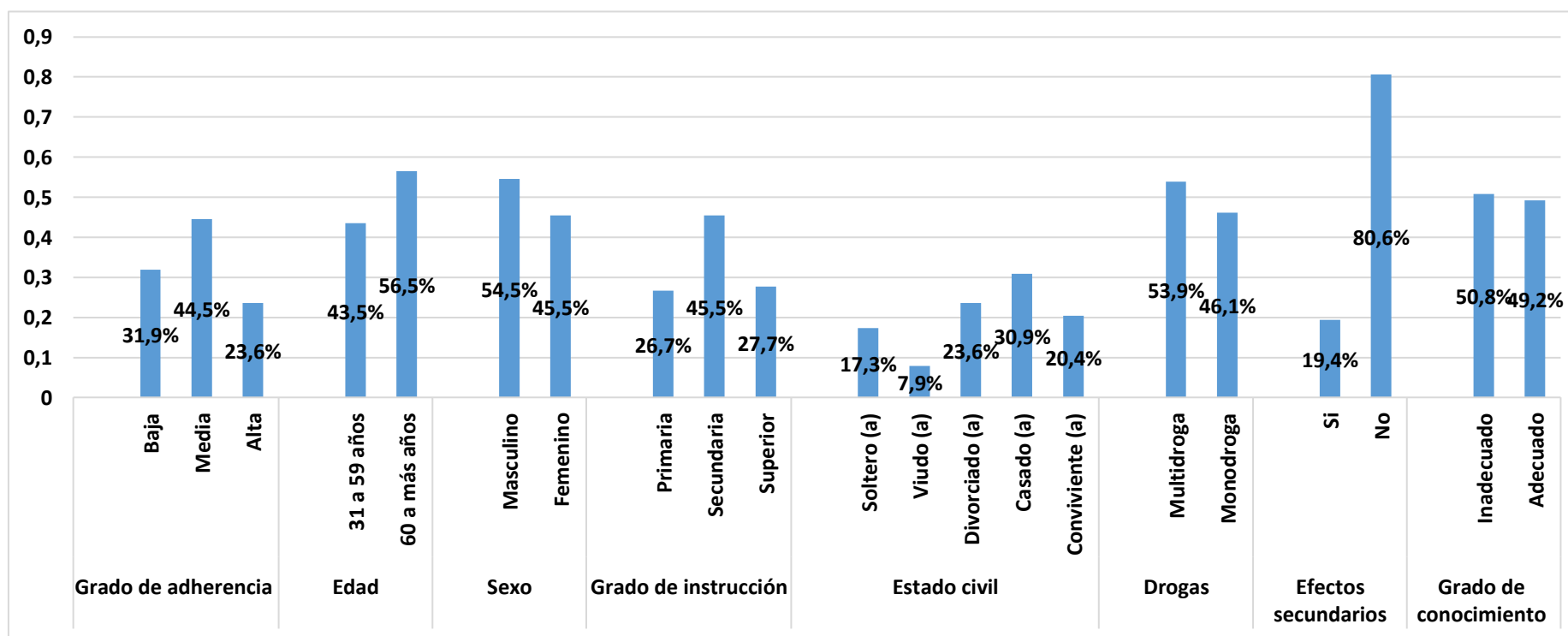


Figura 2. Edad, asociado a la no adherencia al tratamiento antihipertensivo en pacientes atendidos en el Hospital Regional de Ica 2025

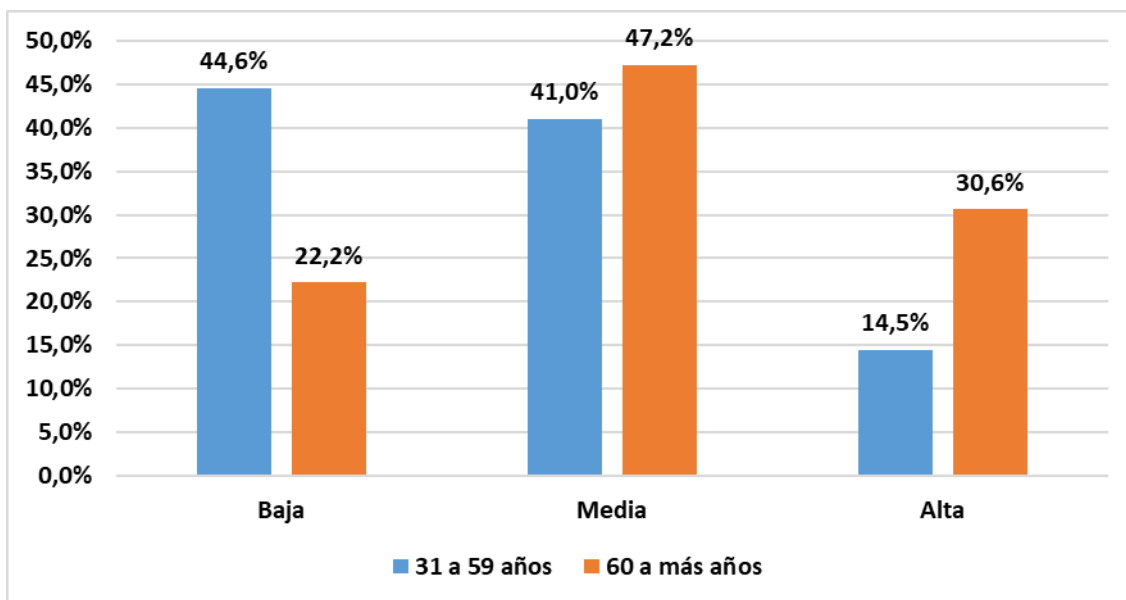


Figura 3. Sexo, asociado a la no adherencia al tratamiento antihipertensivo en pacientes atendidos en el Hospital Regional de Ica 2025

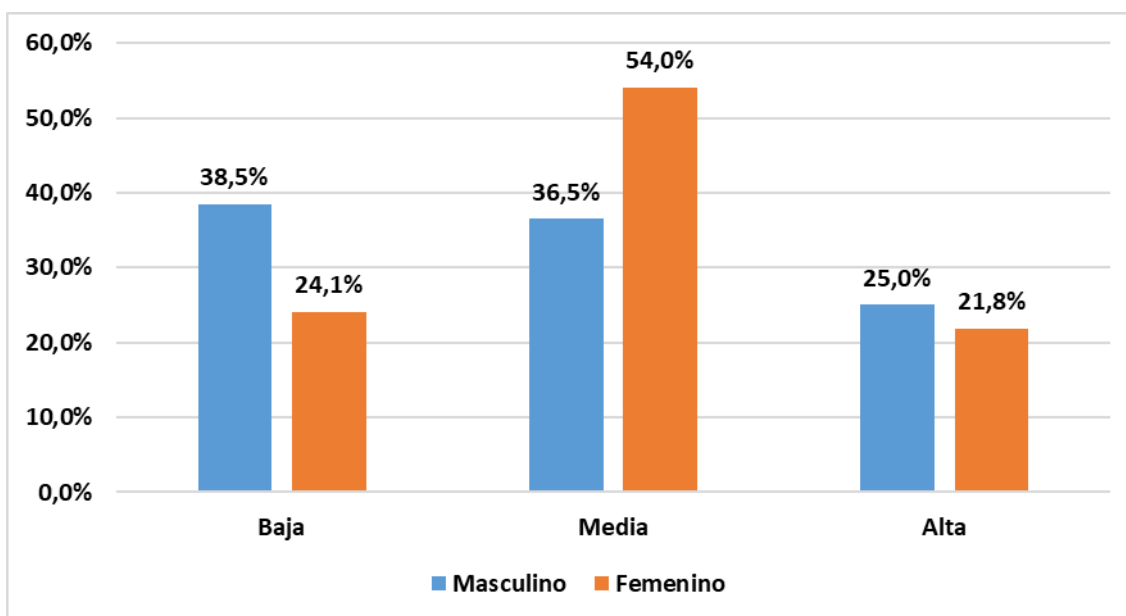


Figura 4. Grado de instrucción, asociado a la no adherencia al tratamiento antihipertensivo en pacientes atendidos en el Hospital Regional de Ica 2025

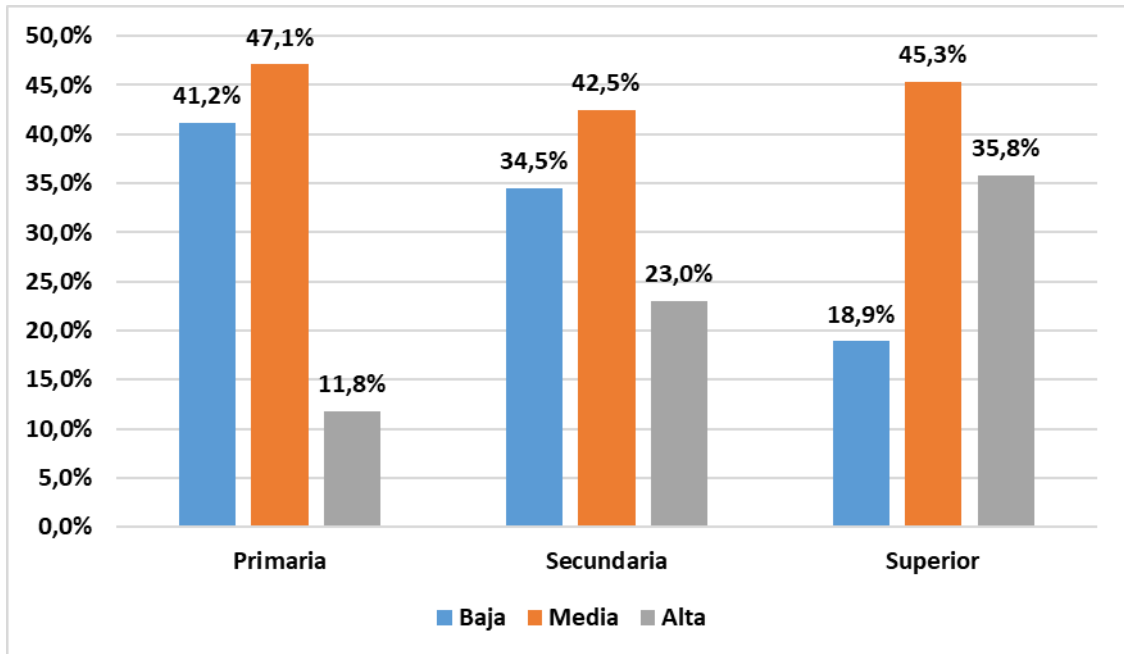


Figura 5. Estado civil, asociado a la no adherencia al tratamiento antihipertensivo en pacientes atendidos en el Hospital Regional de Ica 2025

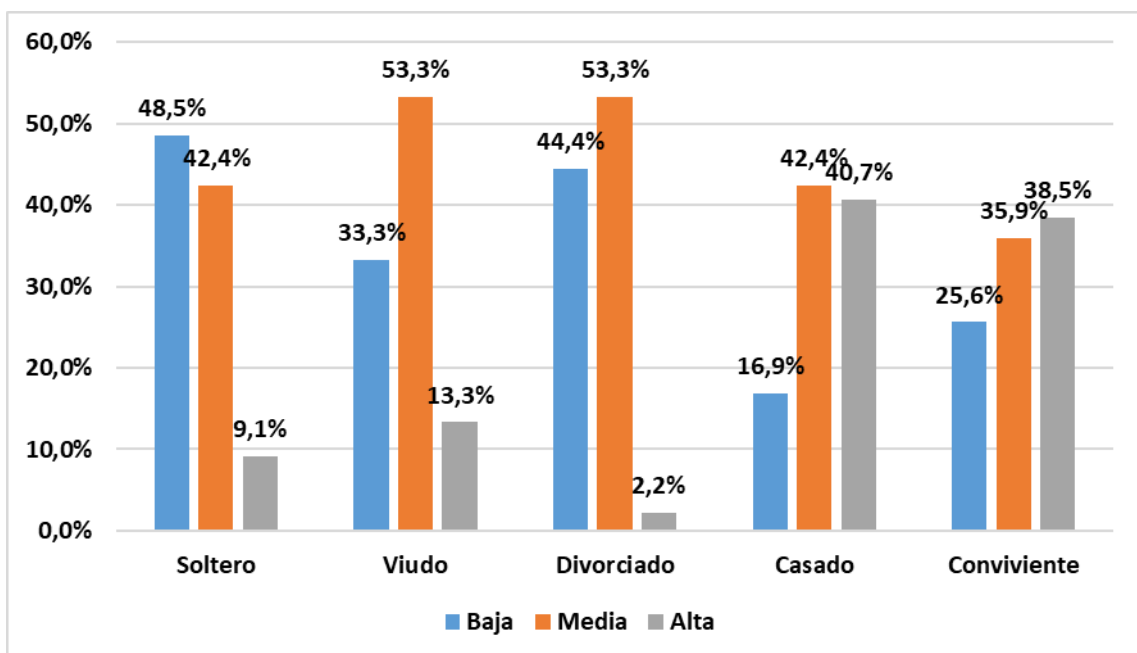


Figura 6. Tipo de terapia, asociado a la no adherencia al tratamiento antihipertensivo en pacientes atendidos en el Hospital Regional de Ica 2025

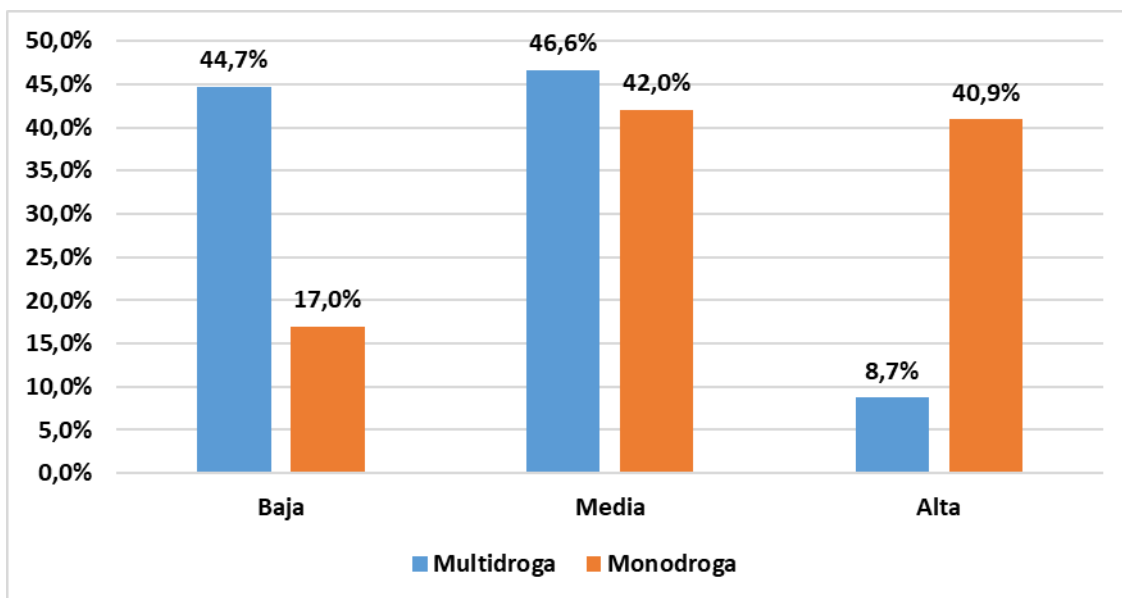


Figura 7. Efectos adversos a las drogas, asociado a la no adherencia al tratamiento antihipertensivo en pacientes atendidos en el Hospital Regional de Ica 2025

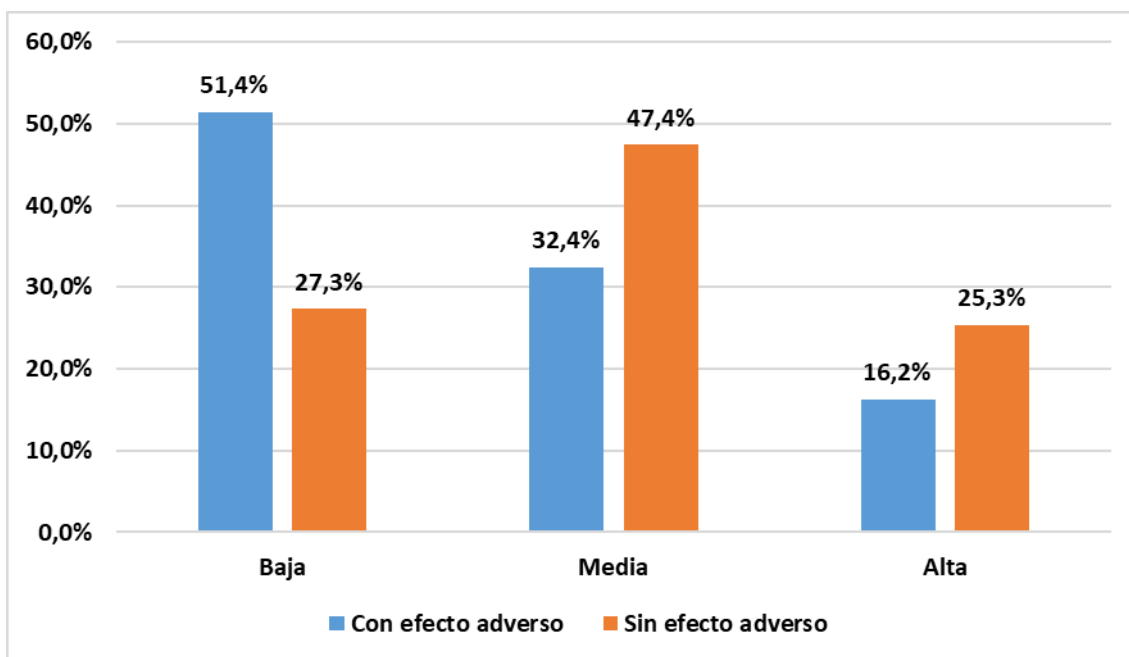


Figura 8. El nivel de conocimiento sobre su enfermedad asociado a la no adherencia al tratamiento antihipertensivo en pacientes atendidos en el Hospital Regional de Ica 2025

