

UNIVERSIDAD PRIVADA DE TACNA
FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD
ESCUELA PROFESIONAL DE MEDICINA HUMANA



TESIS

**“RELACIÓN ENTRE ADHERENCIA AL TRATAMIENTO Y
NIVEL DE CONOCIMIENTO DE LA ENFERMEDAD EN
ADULTOS MAYORES HIPERTENSOS ATENDIDOS EN EL
CENTRO DE SALUD LA ESPERANZA DE TACNA, AÑO 2023”**

Para optar por el Título Profesional de Médico Cirujano

Presentado por:

Bach. Eva Julia Rojas Apaza

Asesor:

Dr. Gerson Roberto Gómez Zapana

Código Orcid 0000-0003-3493-7910

TACNA – PERÚ

2026

DEDICATORIA

A mi padre y madre por su paciencia, cariño y apoyo incondicional a lo largo de mi vida y mi formación profesional.

A mis hermanos por sus enseñanzas y por darme la fortaleza para afrontar los obstáculos que se me presentaron.

AGRADECIMIENTOS

A mi asesor de tesis, al Dr. Gerson Gómez Zapana y a los docentes que me apoyaron desde el inicio de este proyecto, por brindarme su experiencia y guía constante.

DECLARACIÓN JURADA DE ORIGINALIDAD

Yo, Eva Julia Rojas Apaza, en calidad de Bachiller de la Escuela Profesional de Medicina Humana de la Facultad de Ciencias de la Salud de la Universidad Privada de Tacna, identificado con DNI 41428677, declaro bajo juramento que:

1. Soy autor de la tesis titulada:

" Relación entre adherencia al tratamiento y nivel de conocimiento de la enfermedad en adultos mayores hipertensos atendidos en el centro de Salud La Esperanza de Tacna, año 2023 "

Asesorada por Dr. Gerson Roberto Gómez Zapana, la cual presente para optar el: Título Profesional de Médico Cirujano.

2. La tesis no ha sido plagiada ni total ni parcialmente, habiéndose respetado las normas internacionales de citas y referencias para las fuentes consultadas.

3. La tesis presentada no atenta contra los derechos de terceros.

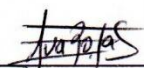
4. La tesis no ha sido publicada ni presentada anteriormente para obtener algún grado académico previo o título profesional.

5. Los datos presentados en los resultados son reales, no han sido falsificados, ni duplicados, ni copiados.

Por lo expuesto, mediante la presente asumo frente a La Universidad cualquier responsabilidad que pudiera derivarse por la autoría, originalidad y veracidad del contenido de la tesis, así como por los derechos sobre la obra.

En consecuencia, me hago responsable frente a La Universidad de cualquier responsabilidad que pudiera ocasionar, por el incumplimiento de lo declarado o que pudiera encontrar como causa del trabajo presentado, asumiendo todas las cargas pecuniarias que pudieran derivarse de ello a favor de terceros con motivo de acciones, reclamaciones o conflictos derivados del incumplimiento de lo declarado o las que encontrasen causa en el contenido de la tesis.

De identificarse fraude, piratería, plagio, falsificación o que el trabajo de investigación haya sido publicado anteriormente; asumo las consecuencias y sanciones que de nuestra acción se deriven, sometiéndonos a la normatividad vigente de la Universidad Privada de Tacna.



DNI: 41428677

Fecha: 20 de Agosto del 2026

RESUMEN

La presente investigación aborda la hipertensión arterial en la población de adultos mayores, donde la adherencia al tratamiento es vital para prevenir complicaciones.

Objetivo: Determinar la relación entre la adherencia al tratamiento y el nivel de conocimiento de la enfermedad en los adultos mayores hipertensos atendidos en el Centro de Salud La Esperanza de Tacna en el año 2023. **Materiales y métodos:** El tipo de estudio fue observacional, analítico, transversal, correlacional y no experimental, realizado en el Centro de Salud La Esperanza de la Microred Cono Norte de la Dirección Regional de Salud Tacna. Se entrevistaron 89 pacientes adultos mayores del programa de hipertensión arterial, atendidos durante el año 2023, y se revisaron sus historias clínicas. Para la recolección de datos se emplearon los instrumentos: Test de Morisky-Green para medir la adherencia y Test de Batalla para el nivel de conocimiento. Para el procesamiento de datos y presentación de resultados se utilizó el paquete estadístico SPSS v.28. El análisis estadístico se realizó mediante la prueba de Chi cuadrado, estableciendo un nivel de significancia de $p < 0,05$. **Resultados:** La muestra estudiada tuvo una media de 73,3 años, predominantemente femenina (66,3%), con grado de instrucción nivel primario (56,2%), la mayoría casados o convivientes (39,3%) y de ocupación jubilados (61,8%). El 61,8% mostró una adherencia media, ninguno tuvo adherencia alta, un 58,4% evidenció un conocimiento adecuado de su patología, 47,2% recibían monoterapia, 75,3% acudían solos a su consulta, y el 67,4% logró la condición de “paciente controlado”. Tras el análisis bivariado se determinó que no existe relación estadísticamente significativa entre la adherencia al tratamiento y el conocimiento de la enfermedad ($p = 0,383$). No obstante, se halló asociación significativa entre el sexo femenino y la adherencia ($p = 0,013$). **Conclusión:** No existe una asociación estadísticamente significativa entre la adherencia al tratamiento y el nivel de conocimiento en la población de adultos mayores estudiada.

Palabras clave: hipertensión arterial, adulto mayor, adherencia al tratamiento, nivel de conocimientos.

ABSTRACT

This study addresses arterial hypertension in the elderly population, a group for whom treatment adherence is vital to preventing complications. Objective: To determine the relationship between treatment adherence and the level of knowledge regarding the disease among hypertensive older adults treated at the La Esperanza Health Center in Tacna in 2023. Materials and methods: This was an observational, analytical, cross-sectional, correlational, and non-experimental study conducted at the La Esperanza Health Center of the Cono Norte Micro-net under the Tacna Regional Health Direction. Eighty-nine older adult patients from the hypertension program, treated during 2023, were interviewed, and their medical records were reviewed. Data collection involved the use of the Morisky-Green Test to measure adherence and the Batalla Test to assess the level of knowledge. The SPSS v.28 statistical package was used for data processing and the presentation of results. Statistical analysis was performed using the Chi-square test, with a significance level set at $p < 0,05$. Results: The study sample had a mean age of 73,3 years and was predominantly female (66,3%); the majority had a primary education level (56,2%), were married or living with a partner (39,3%), and were retired (61,8%). Regarding adherence, 61,8% showed medium, and none showed high; 58,4% demonstrated adequate knowledge of their condition; 47,2% were receiving monotherapy; 75,3% attended consultations alone; and 67,4% achieved "controlled patient" status. Bivariate analysis determined that there is no statistically significant relationship between treatment adherence and knowledge of the disease ($p = 0,383$). However, a significant association was found between female sex and adherence ($p = 0,013$). Conclusion: There is no statistically significant association between treatment adherence and the level of knowledge in the studied population of older adults.

Keywords: high blood pressure, older adults, treatment adherence, knowledge level.

ÍNDICE

DEDICATORIA	2
AGRADECIMIENTOS	3
RESUMEN	5
ABSTRACT	6
ÍNDICE.....	7
INTRODUCCIÓN	9
1. CAPÍTULO I: EL PROBLEMA DE INVESTIGACIÓN	10
1.1. FUNDAMENTACIÓN DEL PROBLEMA.....	10
1.2. FORMULACIÓN DEL PROBLEMA	11
1.2.1. PROBLEMA GENERAL	11
1.2.2. PROBLEMAS ESPECÍFICOS.....	12
1.3. OBJETIVOS DE LA INVESTIGACIÓN	12
1.3.1. OBJETIVO GENERAL.....	12
1.3.2. OBJETIVOS ESPECÍFICOS	13
1.4. JUSTIFICACIÓN	13
1.5. DEFINICIÓN DE TÉRMINOS	14
1.5.1. Adherencia al tratamiento.....	14
1.5.2. Nivel de conocimiento de la enfermedad.....	15
1.5.3. Hipertensión arterial	15
1.5.4. Metas en el control de hipertensión arterial	15
1.5.5. Paciente controlado.....	15
2. CAPÍTULO II: REVISIÓN BIBLIOGRÁFICA	16
2.1. ANTECEDENTES DE LA INVESTIGACIÓN	16
2.2. MARCO TEÓRICO	25
3. CAPÍTULO III: VARIABLES Y DEFINICIONES OPERACIONALES.....	38

3.1	OPERACIONALIZACIÓN DE VARIABLES.....	38
4.	CAPÍTULO IV: METODOLOGÍA DE LA INVESTIGACIÓN.....	40
4.1.	DISEÑO	40
4.2.	ÁMBITO DE ESTUDIO	41
4.3.	POBLACIÓN Y MUESTRA.....	42
4.3.1.	POBLACIÓN	42
4.3.2.	MUESTRA	41
4.3.3.	CRITERIOS DE SELECCIÓN	43
4.4.	PROCEDIMIENTOS DE RECOLECCIÓN DE DATOS.....	44
4.6.	ASPECTOS ÉTICOS	47
	RESULTADOS	49
	DISCUSIÓN	63
	CONCLUSIONES	68
	RECOMENDACIONES.....	69
	BIBLIOGRAFÍA	70
	ANEXOS	76
	ANEXO N°01: CUESTIONARIO MORISKY – GREEN.....	76
	ANEXO N°02: TEST DE BATALLA	77
	ANEXO N°03: FICHA DE RECOLECCIÓN DE DATOS	78
	ANEXO N°04: CONSENTIMIENTO INFORMADO DE PARTICIPACIÓN	79

INTRODUCCIÓN

La hipertensión arterial (HTA) se define como un incremento anormal en la presión que la sangre ejerce sobre las paredes de los vasos sanguíneos. Con el tiempo, esta condición puede provocar daños en varios órganos, y suele ser la manifestación que lleva al diagnóstico de la enfermedad (1).

En los Estados Unidos, aproximadamente el 50% de las personas sigue su tratamiento según lo prescrito, mientras que, a nivel global, el índice de adherencia es del 45%. En países latinoamericanos como Perú, este porcentaje asciende al 53,3%. Estas variaciones pueden atribuirse a varios factores, incluyendo el apoyo familiar, emocional y personal, que influyen en la adherencia al tratamiento (2).

El desafío radica en la falta de cumplimiento del tratamiento asociada a enfermedades crónicas, siendo más pronunciada en países desarrollados en comparación con aquellos en vías de desarrollo, donde las tasas son más bajas. Conforme se incrementa la incidencia de enfermedades crónicas, también se observa un aumento en las complicaciones derivadas de una adherencia inadecuada al tratamiento. La hipertensión arterial (HTA) es mayormente asintomática, lo que contribuye a la falta de adherencia, ya que los pacientes no perciben el riesgo crónico asociado con la condición y pueden optar por interrumpir el tratamiento (3,4).

La investigación sobre los factores que influyen en el cumplimiento de metas para mejorar la salud de pacientes crónicos ha sido ampliamente estudiada en la población adulta, pero ha recibido menos atención en adultos mayores. Por lo tanto, es crucial investigar este aspecto en esta población. El objeto de esta investigación es determinar la conexión entre el conocimiento sobre la enfermedad y la adherencia farmacológica antihipertensiva en adultos mayores que recibieron atención en el Centro de Salud “La Esperanza” en Tacna durante el año 2023, y evaluar cómo esta relación afecta a los "pacientes controlados".

1. CAPÍTULO I: EL PROBLEMA DE INVESTIGACIÓN

1.1. FUNDAMENTACIÓN DEL PROBLEMA

La hipertensión arterial (HTA) se reconoce como un desafío significativo para la salud pública, a pesar de los esfuerzos en la aplicación de medidas preventivas y directrices para garantizar la adherencia a su tratamiento. En la actualidad, junto con otras enfermedades crónicas, está ocasionando efectos adversos en el bienestar de quienes la padecen, así como una repercusión negativa en los índices de mortalidad. De forma regular, entidades internacionales de cardiología, tales como el Colegio Americano de Cardiología y la Sociedad Europea de Cardiología, revisan y actualizan documentos médicos relevantes. Estas actualizaciones tienen como objetivo reforzar y actualizar los conocimientos de los profesionales de la salud en este campo, con la finalidad de mejorar la atención clínica brindada a los pacientes (3). De acuerdo con la OMS, la hipertensión constituye un problema de salud significativo que contribuye al desarrollo de enfermedades cardíacas, accidentes cerebrovasculares, insuficiencia renal, así como a una mortalidad y discapacidad prematuras. Este impacto se observa principalmente en las poblaciones de países con ingresos bajos y medianos, así como en aquellos con sistemas de salud poco robustos y una cobertura limitada (4).

Conforme a la definición de la OMS, la adherencia al tratamiento se refiere al cumplimiento riguroso del mismo, lo cual implica seguir las indicaciones respecto a la ingesta de medicamentos en las dosis y horarios prescritos. Además, la adherencia al tratamiento también abarca la persistencia en mantener esta conducta a lo largo de toda la duración del tratamiento. A nivel global, la prevalencia de este indicador varía considerablemente, oscilando entre el 15% y el 93% (5).

En España, se estima que la falta de adherencia alcanza aproximadamente el 50% en enfermedades crónicas no transmisibles, y llega a estar en siete de cada diez pacientes en enfermedades como el asma. En Latinoamérica, las tasas de adherencia al tratamiento farmacológico apenas alcanzan el 20%; no obstante, se destaca un incremento en la adherencia a medida que la población envejece (6). En Perú una investigación del 2017 mostró adherencia al tratamiento antihipertensivo de 53,3% en el Hospital Rebagliati (7).

La hipertensión arterial es una enfermedad crónica de gran importancia clínica, con una prevalencia considerable, que ejerce un fuerte impacto en la salud pública. Por lo tanto, es imperativo que tanto las instituciones de salud pública como las privadas redoblen sus esfuerzos para garantizar un seguimiento adecuado, lo que implicaría una mayor cobertura para los pacientes diagnosticados con esta enfermedad. Es crucial identificar los factores principales que contribuyen a la falta de adherencia al tratamiento, así como los aspectos del estilo de vida que necesitan modificarse (8). Surge, por lo tanto, la interrogante sobre la disponibilidad de investigaciones que examinen la adherencia al tratamiento antihipertensivo, particularmente en la población adulta mayor. Además, es relevante explorar los posibles factores que influyen en el incumplimiento de estos tratamientos, como el nivel de conocimiento sobre la enfermedad.

1.2. FORMULACIÓN DEL PROBLEMA

1.2.1. PROBLEMA GENERAL

¿Cuál es la relación entre la adherencia al tratamiento y el nivel de conocimiento de la enfermedad en los adultos mayores hipertensos atendidos en el Centro de Salud La Esperanza de Tacna en el año 2023?

1.2.2. PROBLEMAS ESPECÍFICOS

- a. ¿Cuál es la adherencia al tratamiento de los adultos mayores hipertensos atendidos en el Centro de Salud La Esperanza de Tacna en el año 2023?
- b. ¿Cuál es el nivel de conocimiento de la enfermedad de los adultos mayores hipertensos atendidos en el Centro de Salud La Esperanza de Tacna en el año 2023?
- c. ¿Cuáles son las características sociodemográficas de los adultos mayores hipertensos atendidos en el Centro de Salud La Esperanza de Tacna en el año 2023?
- d. ¿Qué otras enfermedades crónicas presentan los adultos mayores hipertensos atendidos en el Centro de Salud La Esperanza de Tacna en el año 2023?
- e. ¿Cuáles son las características relacionadas al tratamiento de los adultos mayores hipertensos atendidos en el Centro de Salud La Esperanza de Tacna en el año 2023?
- f. ¿De acuerdo al nivel de conocimiento de la enfermedad y la adherencia al tratamiento, cuántos adultos mayores hipertensos atendidos en el Centro de Salud La Esperanza de Tacna en el año 2023 logran la meta terapéutica “paciente controlado”?

1.3. OBJETIVOS DE LA INVESTIGACIÓN

1.3.1. OBJETIVO GENERAL

Determinar la relación entre la adherencia al tratamiento y el nivel de conocimiento de la enfermedad en los adultos mayores hipertensos atendidos en el Centro de Salud La Esperanza de Tacna en el año 2023.

1.3.2. OBJETIVOS ESPECÍFICOS

- a. Determinar la adherencia al tratamiento de los adultos mayores hipertensos atendidos en el Centro de Salud La Esperanza de Tacna en el año 2023.
- b. Determinar el nivel de conocimiento de la enfermedad de los adultos mayores hipertensos atendidos en el Centro de Salud La Esperanza de Tacna en el año 2023.
- c. Describir las características sociodemográficas de los adultos mayores hipertensos atendidos en el Centro de Salud La Esperanza de Tacna en el año 2023.
- d. Analizar las características relacionadas al tratamiento de los adultos mayores hipertensos atendidos en el Centro de Salud La Esperanza de Tacna en el año 2023.
- e. Evaluar si la adherencia al tratamiento y el nivel de conocimiento de la enfermedad, se relacionan en el logro de la meta terapéutica “paciente controlado”, en los adultos mayores hipertensos atendidos en el Centro de Salud La Esperanza de Tacna en el año 2023.
- f. Determinar los “pacientes controlados” hipertensos adultos mayores atendidos en el Centro de Salud La Esperanza de Tacna en el año 2023.

1.4. JUSTIFICACIÓN

La adherencia al tratamiento implica una serie de elementos diversos, y este estudio busca determinar si el entendimiento de la enfermedad afecta la capacidad de seguir el tratamiento indicado. Al examinar la asociación entre estas variables, se pretende mejorar la atención integral que reciben los pacientes por parte del personal de salud (9,10).

Este estudio se plantea como una valiosa contribución para elevar los índices de cumplimiento terapéutico en individuos de edad avanzada que lidian con enfermedades crónicas no transmisibles. Este enfoque no se restringe únicamente a la hipertensión, sino que abarca afecciones que demandan tratamientos sostenidos o prolongados. Además de explorar la asociación mencionada, este trabajo busca emplear indicadores confiables y actualizados sobre la adherencia al tratamiento farmacológico en el Centro de Salud La Esperanza de Tacna.

En conclusión, este estudio ofrece datos fundamentales para comprender la importancia y potenciar las estrategias de atención integral de los pacientes con enfermedades crónicas.

Los resultados obtenidos de la adherencia al tratamiento contribuirán a reforzar las políticas y estrategias implementadas por las autoridades pertinentes. Con el transcurso del tiempo, esto podría conducir a una disminución en los costos que los pacientes asumen para su tratamiento.

1.5. DEFINICIÓN DE TÉRMINOS

1.5.1. Adherencia al tratamiento

Medida en que una persona sigue las indicaciones médicas, incluyendo la puntualidad en las citas y la adherencia estricta a las dosis de medicamentos según lo recetado. Esta adherencia es crucial para lograr los objetivos terapéuticos deseados. Esta responsabilidad implica una colaboración activa entre el paciente y los profesionales de la salud (11).

1.5.2. Nivel de conocimiento de la enfermedad

La capacidad de las personas para obtener, procesar y comprender la información sobre una enfermedad y los servicios necesarios para tomar decisiones adecuadas al respecto se conoce como alfabetización en salud. Este concepto engloba la habilidad de entender y utilizar la información de manera efectiva para mantener y mejorar la salud (12).

1.5.3. Hipertensión arterial

Presión arterial sistémica que constantemente se presenta elevada y en varias mediciones (13).

1.5.4. Metas en el control de hipertensión arterial

Parámetros que se señalan para un correcto y adecuado control del paciente hipertenso según la normativa del Ministerio de Salud (14).

1.5.5. Paciente controlado

Se considera dentro de este grupo al paciente que, habiendo iniciado y sostenido el esquema terapéutico indicado, logra registrar al menos en cuatro de seis controles mensuales en un lapso aproximado de medio año a un año, valores de presión arterial que permanecen por debajo de 140/90 mmHg o, en ese sentido, dentro del rango específico que el profesional tratante fija como meta. De alguna manera, esta clasificación supone no solo una respuesta favorable, sino también cierta constancia en el seguimiento clínico, lo cual permite interpretar, aunque sea con matices, un nivel de control que resulta clínicamente relevante (15,42).

2. CAPÍTULO II: REVISIÓN BIBLIOGRÁFICA

2.1. ANTECEDENTES DE LA INVESTIGACIÓN

Recalde Mello, Laura et al., investigaron la *“Adherencia al tratamiento y nivel de conocimiento en adultos con hipertensión arterial en Asunción en el 2022”*, enfocado en objetivar la adherencia farmacológica y el grado de conocimientos sobre la HTA en adultos residentes en el área urbana, se llevó a cabo un estudio observacional y descriptivo. Participaron varones y mujeres con mayoría de edad bajo el diagnóstico de HTA entre mayo y octubre de 2022. De los 425 participantes, la mayoría eran mujeres (61,1%), y el 28,9% reportaron tener diabetes mellitus. En ese sentido, al revisar los datos obtenidos a partir del Test de Morisky-Green, se observa que buena parte de los participantes tenía dificultades para mantener una rutina constante en el consumo de sus fármacos, ya que un 60% admitía olvidos frecuentes y un grupo menor, aunque relevante, reconocía que no respetaba el horario indicado. Por otro lado, cuando se analizó la información recogida mediante el cuestionario de Batalla, se hizo evidente que persistían ideas equivocadas sobre la propia naturaleza de la hipertensión, pues algunos participantes consideraban que no se trataba de una condición permanente o que no podía manejarse adecuadamente con cambios en la alimentación y el uso regular de medicamentos. Desde esa perspectiva, también resultó preocupante que ciertos encuestados no lograran identificar los posibles daños a órganos específicos derivados de la enfermedad, lo que deja entrever, de esta forma, que tanto el nivel de conocimiento como la adherencia terapéutica siguen siendo limitados dentro de esta población (15).

Marrufo, Gil et al., en su trabajo *“Nivel de conocimientos sobre hipertensión arterial y adherencia al tratamiento en pacientes hipertensos de un hospital de la selva peruana”*, cuyo objeto fue dilucidar la asociación

del conocimiento de la enfermedad y la adherencia farmacológica en pacientes con esta condición en el Hospital de Apoyo I Santiago Apóstol en Bagua Grande, Amazonas, durante los meses de mayo y junio del 2022. El diseño del estudio fue descriptivo correlacional, transversal, prospectivo y de enfoque cuantitativo. La muestra estuvo conformada por 83 personas diagnosticadas con hipertensión, y en ese sentido se observó que una proporción importante, cercana al 43,4%, evidenciaba un nivel de conocimiento reducido acerca de su condición y, de alguna manera, mantenía solo una adherencia parcial al tratamiento indicado. Por otro lado, al analizar la relación entre estas variables, no se identificó una asociación estadísticamente relevante que permitiera vincularlas con claridad. Desde esa perspectiva, los investigadores plantearon que el nivel de comprensión que los pacientes tienen sobre la HTA, es decir, sobre su propia enfermedad, no aparenta influir de forma significativa en la constancia con la que siguen su terapia farmacológica (16).

Soplopucó Díaz, M., Tejada Peche, C. en el 2021 realizaron una investigación titulada *“Asociación entre conocimiento sobre hipertensión arterial y adherencia al tratamiento en pacientes hipertensos de centros de salud, Lambayeque 2021”*. La presente investigación tuvo como propósito examinar cómo se relaciona el nivel de conocimiento que poseen los pacientes sobre la hipertensión arterial y el grado en que realmente siguen su tratamiento, en un grupo de personas atendidas en dos centros de atención primaria entre enero y marzo del 2021. En ese sentido, se optó por un enfoque descriptivo correlacional con un diseño transversal, lo que permitió observar la situación tal como se presentó en los establecimientos de salud ubicados en la provincia de Chiclayo. El estudio consideró a 137 participantes con diagnóstico confirmado, distribuidos entre un centro donde se evaluaron 80 pacientes y otro donde se incluyeron. Para valorar la adherencia al tratamiento, se recurrió al cuestionario MBG de Martín-Bayarre-Grau, ampliamente usado en investigaciones similares; mientras

que el nivel de comprensión sobre la enfermedad se midió con el cuestionario de conocimientos sobre hipertensión arterial (CSH), el cual permitió identificar el grado de conocimiento que cada paciente tenía respecto a su propia condición. Los hallazgos revelaron que el 96,5% de los pacientes con un grado de comprensión limitado sobre la hipertensión arterial exhibían una adhesión parcial al tratamiento. Además, aquellos individuos con una comprensión deficiente de su enfermedad tenían un riesgo 5,1 veces mayor de mostrar una adhesión parcial al tratamiento. Se determinó una relación estadísticamente significativa entre el desconocimiento acerca de la hipertensión y la falta de cumplimiento terapéutico (χ^2 6.451; p 0.011; OR 5.147; IC 95% 1.299-20.4). La carencia de datos sobre la HTA y la insuficiente duración de la visita médica también demostraron una asociación significativa con la adherencia parcial al tratamiento. En síntesis, este estudio concluye que un escaso nivel de comprensión sobre la hipertensión arterial está relacionado con una reducida adherencia al tratamiento (17).

Salinas K., en el 2021 realizaron una investigación titulada ***“Relación entre el nivel de conocimiento sobre hipertensión arterial y la adherencia al tratamiento. Hospital Belén de Trujillo, 2021”***. El objetivo de este estudio fue investigar la relación entre el entendimiento de la hipertensión arterial y la adhesión al tratamiento en pacientes atendidos en el Hospital Belén de Trujillo durante el año del estudio. La metodología empleada fue de naturaleza cuantitativa, siendo de tipo aplicado, no experimental, correlacional y analítico-transversal. Se seleccionó una muestra de 150 pacientes y se llevó a cabo la recopilación de datos mediante encuestas utilizando dos cuestionarios validados y fiables como son el cuestionario de conocimientos sobre hipertensión arterial (CSH) y el cuestionario Martín-Bayarre-Grau (MBG) que evalúa la adherencia al tratamiento farmacológico, durante los meses de octubre y noviembre del año en mención. Los resultados mostraron que los individuos con un conocimiento

limitado sobre la hipertensión arterial tendían a ser mayores de 60 años, de sexo masculino, con educación primaria, provenientes de zonas rurales y desempleados. Asimismo, se observaron similitudes en cuanto a las características de los pacientes con baja adherencia al tratamiento, a excepción del lugar de residencia, siendo predominantemente urbano. En cuanto a la medicación, los pacientes encuestados a veces seguían la dosis y el horario prescritos, rara vez realizaban ejercicio físico recomendado y en ocasiones asistían a sus citas de control médico. En conclusión, no se encontraron pruebas estadísticas para respaldar una relación importante entre las variables analizadas (18).

Una investigación titulada ***"Nivel de conocimiento sobre la hipertensión arterial entre pacientes hipertensos"*** fue llevada a cabo por **Alejos M. y Maco J.** Entre junio y septiembre de 2015, la investigación evaluó el nivel de comprensión de la enfermedad entre pacientes adultos hipertensos que acudían a consultas ambulatorias en el Hospital Cayetano Heredia. La muestra consistió en doscientos pacientes diagnosticados con hipertensión primaria y de 20 a 65 años de edad. Se les administró un cuestionario elaborado por los autores y validado por jueces expertos, el cual contenía 20 ítems para evaluar el nivel de conocimiento de su enfermedad, mediante una entrevista en persona. Aunque el tiempo promedio de convivencia con la enfermedad alcanzaba aproximadamente los 13,27 años, se observó que solo el 26,0% de los evaluados lograba ofrecer una explicación precisa sobre qué implica realmente la HTA. En ese sentido, llamó la atención que la mayoría fueran mujeres, representando el 64,5%, y que un 73,5% no tuviera claridad sobre los factores de riesgo no modificables vinculados a esta condición. De alguna manera, estos resultados dejan ver la necesidad urgente de fortalecer la educación del paciente, sobre todo en lo relativo al control cotidiano de la hipertensión y a la prevención de eventuales complicaciones que pueden surgir si no se manejan adecuadamente (19).

La tesis titulada ***"Factores asociados con la adhesión al tratamiento antihipertensivo en pacientes adultos y adulto mayores del Hospital de Ilo en 2018"*** elaborada por **Laqui Quispe, Y.** en 2018. Para determinar los factores que se correlacionan con el cumplimiento de la terapia antihipertensiva en pacientes adultos y ancianos en el Hospital Ilo II-1, se llevó a cabo una investigación de correlación prospectiva utilizando dos instrumentos: Un cuestionario con preguntas sobre factores asociados a la adherencia al tratamiento, el cual obtuvo una fiabilidad alfa de Cronbach de 0,85; y el Test de Morisky-Green-Levine para medir la adherencia al tratamiento, el cual obtuvo una fiabilidad alfa de Cronbach de 0,61. La cohorte constó de cien pacientes que habían recibido un diagnóstico de hipertensión. Su selección se basó en criterios preestablecidos para la inclusión y la exclusión. Los resultados revelaron que sólo el 8% de los pacientes se adherían al régimen de tratamiento exactamente como se les había prescrito, mientras que el 92% no lo hicieron. Se identificó una notable correlación entre las variables relacionadas con el tratamiento y la adhesión al tratamiento. Como ejemplo, la tasa de no respuesta al comportamiento de adhesión al tratamiento reveló que el 93,6% de los pacientes no se adherían, mientras que sólo el 6,4% se adherían (0,018). Estos resultados demuestran que los factores socioeconómicos, los factores relacionados con el sistema de salud y los factores específicos del paciente tienen un impacto sustancial en el incumplimiento del tratamiento antihipertensivo (20).

Ascarza F. en el 2018 realizó una tesis titulada ***"Factores asociados a la no adherencia al tratamiento farmacológico antihipertensivo en pacientes adulto mayores en un hospital de Lima, septiembre – noviembre 2018"*** Con el propósito de identificar los factores asociados con la falta de cumplimiento del tratamiento para la hipertensión arterial en adultos

mayores que se atienden por consultorio externo de cardiología del Hospital Nacional Daniel Alcides Carrión en Lima, se llevó a cabo un estudio observacional, analítico y correlacional de corte transversal. Se realizó una encuesta a 182 pacientes hipertensos adultos mayores, previa obtención de su consentimiento informado. Los datos recopilados fueron analizados utilizando el software estadístico SPSS versión 23.0. Los resultados mostraron una relación entre la inadecuada adherencia a los fármacos antihipertensivos con dos factores específicos: la edad y un nivel educativo superior. Se observó que los pacientes adultos mayores tenían una mayor probabilidad de cumplir con el tratamiento farmacológico antihipertensivo por cada año adicional de vida, así como aquellos con un nivel educativo más alto (21).

Moreno Juste, A. et al., en su estudio realizado en España en el 2018, *“Adherencia al tratamiento de hipertensión arterial, hipercolesterolemia y diabetes en población anciana de una cohorte española”*; cuyo objeto era analizar si se cumplía el tratamiento en enfermedades crónicas y determinar los factores asociados a dicho cumplimiento. Se incluyeron 16.208 participantes que fueron seleccionados de una base secundaria de la cohorte EpiChron, quienes comenzaron monoterapia para una de las enfermedades mencionadas, en 2010. La evaluación del cumplimiento farmacológico se llevó a cabo mediante el monitoreo de la disponibilidad de medicamentos, estableciendo un umbral en el cual se consideró que la posesión de medicamentos era superior al 80%. Se encontró que la adherencia fue del 72,4%, 50,7% y 44,3% en pacientes con diabetes, hipertensión y dislipidemia, respectivamente. No hubo asociación entre la presencia de trastornos mentales y la adherencia al tratamiento, ni con el género, cantidad de fármacos o la edad. Se enunció finalmente que el cumplimiento al tratamiento fue subóptimo y aumentó con el número de

comorbilidades o la edad del paciente, mientras que el género y la cantidad de fármacos no tuvieron impacto en la adherencia (22).

González Bouli, Y., Cardoso Aguilar, E., Carbonell Noblet, A., en el 2019 publicaron una investigación titulada *“Adherencia terapéutica antihipertensiva en adultos mayores”* Con el propósito de examinar cómo se cumple el tratamiento antihipertensivo en personas de mayor edad atendidas en el consultorio de Arroyo Bueno del policlínico “Fausto Favier Favier”, dentro del área de salud de Palenque de Yateras, Guantánamo, se desarrolló un estudio descriptivo realizado entre junio y diciembre de 2017 con 21 pacientes hipertensos. La información se recogió mediante entrevistas dirigidas tanto a los propios pacientes como a sus familiares, en las que se aplicó un cuestionario que incluía aspectos vinculados a la edad, el sexo, los fármacos indicados, las patologías asociadas y posibles reacciones adversas, complementándose todo ello con la revisión de sus respectivos expedientes clínicos. La adhesión al tratamiento se evaluó mediante el Test de Morisky-Green. Del conjunto total de pacientes, el 57,1% eran mujeres y el 52,4% tenían 60 años. Se notó que la mayoría de pacientes no mantenían su presión arterial adecuada, alcanzando un 66,7%. Además, en el 80,9% de los casos se identificó una escasa adhesión al tratamiento antihipertensivo, debido a diversas razones, pero principalmente el motivo más común del incumplimiento fueron las reacciones adversas a los medicamentos, lo que representó un 28,6%, dentro de las cuales se mencionaron el decaimiento en un 52,4%, la tos nocturna en un 47,6%, y los calambres musculares en un 33,3%. En conclusión, gran parte de los pacientes no cumplían con la terapéutica por varias razones, siendo el miedo a las reacciones adversas el factor más predominante, lo que afectó negativamente el control de la presión arterial en estos pacientes (23).

Asto R., en el 2020 realizó una investigación titulada *“Factores sociodemográficos y terapéuticos asociados a la baja adherencia al tratamiento antihipertensivo en adultos”*, El estudio se planteó con la intención de reconocer, de alguna manera, qué factores sociodemográficos y también vinculados al tratamiento podían explicar por qué tantos adultos atendidos en el Hospital Regional Docente de Trujillo durante el 2018 no lograban mantener una adecuada adherencia a su terapia antihipertensiva. En ese sentido, se optó por un enfoque observacional y descriptivo de tipo transversal, sin manipulación experimental, y se aplicó el Test de Morisky–Green–Levine a 369 pacientes con el fin de valorar su nivel real de cumplimiento. Desde esa perspectiva, los hallazgos mostraron que un 60,98% de los participantes presentaba un nivel bajo de adherencia, lo que ya adelantaba un patrón bastante preocupante. Por otro lado, se observó que ciertos rasgos parecían influir de manera significativa, pues el género femenino, la edad mayor de 65 años, la escolaridad limitada sobre todo cuando solo se alcanzó la primaria incompleta y la condición de soltería aparecían repetidamente asociados a un menor compromiso con el tratamiento. Se confirmó una relación estadísticamente significativa entre estas variables ($p < 0,05$). En conclusión, se observó una alta prevalencia de falta de adherencia al tratamiento entre los adultos con hipertensión arterial. Factores como ser mujer, tener más de 65 años, nivel educativo bajo, estar soltero, recibir un solo medicamento como tratamiento, y haber estado bajo tratamiento por menos de 5 años se asociaron significativamente con esta baja adherencia al tratamiento antihipertensivo (24).

Garcés Ortega et al., en el 2020 determinaron a través de una investigación titulada *“Adherencia al tratamiento de la hipertensión arterial en adultos mayores”* donde confirmaron que la hipertensión arterial (HTA) es un grave problema de salud a nivel global. Esta condición conlleva complicaciones que afectan a quienes la padecen, generando otras enfermedades crónicas

que impactan en distintos sistemas del cuerpo. Por eso, es crucial que las personas busquen atención médica para recibir el tratamiento adecuado, ya que la HTA suele ser asintomática y necesita una evaluación profesional para ser detectada. En Ecuador, en 2012, esta patología afectaba a 1.373 personas por cada 100.000 habitantes, representando el 7,35% de las muertes en Azuay. Para abordar esta situación, es fundamental que quienes sufren de hipertensión sigan fielmente el tratamiento prescrito, pero la adherencia al tratamiento puede verse afectada por diversos factores. El objetivo principal de esta investigación fue identificar estos factores que obstaculizan el seguimiento adecuado de la terapia. Estos desafíos no solo impactan al médico y al paciente, sino que también generan mayores costos para el sistema de salud, tanto público como privado. Por ello, es crucial establecer estrategias y métodos dirigidos a orientar y educar a aquellos con HTA, sobre todo a pacientes de la tercera edad (25).

Real Delor et al., en el 2021 realizó un estudio titulado *“Adherencia al tratamiento antihipertensivo en adultos de Unidades de Salud Familiar del Paraguay: estudio multicéntrico”*. El estudio tuvo como propósito identificar cuántos pacientes hipertensos cumplían realmente su tratamiento, cómo entendían su condición y, de alguna manera, qué factores influían en el descontrol de la enfermedad. Se desarrolló bajo un diseño prospectivo y observacional, incluyendo a personas adultas diagnosticadas con hipertensión que acudían a tres Unidades de Salud Familiar en Paraguay entre mayo y noviembre del 2019. En ese sentido, para evaluar la adherencia se utilizó el cuestionario ARMS-e, mientras que el nivel de conocimiento sobre la enfermedad se midió con el cuestionario de Strelec et al. Todo el proceso mantuvo las pautas éticas correspondientes. La muestra incluyó a 171 participantes con una edad media cercana a los 59 años, predominando las mujeres. La obesidad grado 1 apareció como el estado nutricional más frecuente y la diabetes mellitus fue la comorbilidad más observada. Además,

los inhibidores de la angiotensina 1 resultaron ser los medicamentos de uso más común. Por otro lado, los hallazgos evidenciaron que 116 personas mostraban adherencia al tratamiento, lo que representó un 68%, mientras que un 82% alcanzó un nivel adecuado de conocimientos sobre la hipertensión. Aun así, desde esa perspectiva, casi la mitad de los pacientes, 83 en total, mantenía cifras tensionales fuera de control, situación que se vinculó de forma significativa con la falta de cumplimiento terapéutico y con la necesidad de apoyo de un cuidador dentro del hogar. De esta forma, puede decirse que, en conjunto, la tasa de adherencia alcanzó el 68% y la comprensión adecuada de la enfermedad llegó al 82%, lo que ofrece un panorama mixto sobre cómo los pacientes hipertensos afrontaban su tratamiento en esas unidades de salud durante 2019 (26).

2.2. MARCO TEÓRICO

2.2.1. HIPERTENSIÓN ARTERIAL

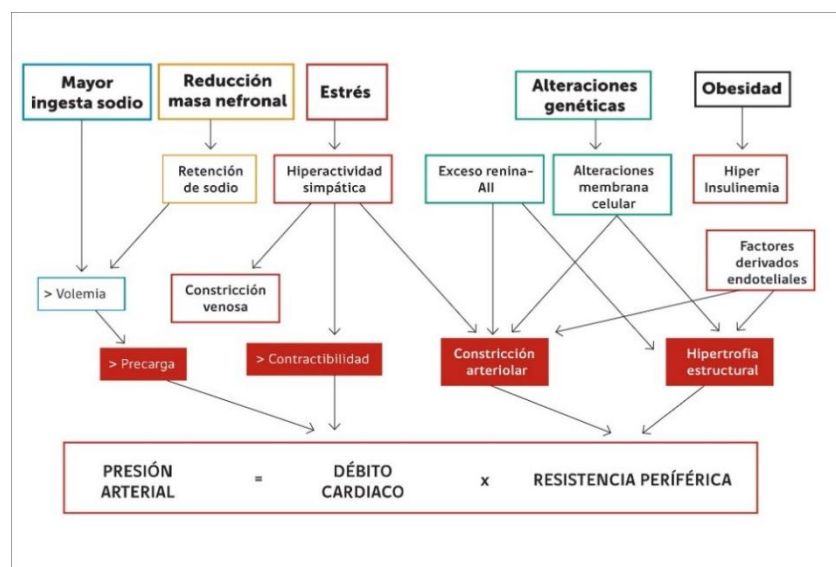
A. Definición:

La hipertensión arterial está caracterizada por una elevación persistente de la presión en los vasos sanguíneos, lo que conlleva a un aumento prolongado de la carga sobre el corazón. Normalmente, los valores de presión arterial se sitúan en menos de 120 mmHg de presión sistólica y menos de 70 mmHg de presión diastólica (25). Actualmente la nueva normativa peruana MINSA 2026 adaptada de la Guía ESC, establece el diagnóstico cuando estos valores alcanzan o superan los 140/90 mmHg para la población general y $\geq 130/80$ mmHg para pacientes de alto riesgo (41).

B. Fisiología

La presión arterial alude a la fuerza con la que la sangre empuja las paredes arteriales, algo que, en ese sentido, depende esencialmente del volumen que el corazón impulsa y de la resistencia que ofrecen los vasos en su trayecto. De alguna manera, ese volumen está condicionado por la intensidad con que el músculo cardíaco logra contraerse y por la cantidad de sangre que circula en un momento dado, lo que termina configurando un equilibrio dinámico. Por otro lado, la frecuencia cardíaca suele influir menos en ese resultado global, salvo en circunstancias muy extremas donde, desde esa perspectiva, puede modificar de forma perceptible el funcionamiento general. Por otro lado, la resistencia periférica está relacionada con el tono de los vasos sanguíneos y las características estructurales de las arterias.

FISIOPATOLOGÍA DE LA HIPERTENSION ARTERIAL



Fuente: Tratado de Fisiología médica. Guyton y Hall.

En la fase de contracción ventricular (sístole), el corazón expulsa sangre hacia el sistema arterial, lo que ocasiona un flujo pulsátil

en las arterias. Las arterias aorta y otras grandes, debido a su elasticidad, retienen una porción de la sangre al corazón durante la contracción del corazón (sístole) en sus paredes elásticas. Durante la diástole, esta sangre almacenada se devuelve al torrente sanguíneo, lo que resulta en un flujo continuo de sangre a través de las arterias, incluso cuando el corazón no está bombeando activamente durante esta fase.

La presión arterial sistólica (PAS), que corresponde al valor máximo durante la sístole, y la presión arterial diastólica (PAD), que es el valor mínimo durante la diástole, son determinadas por diferentes factores. La presión arterial sistólica (PAS) se ve principalmente afectada por la resistencia de la aorta y otras arterias grandes y el gasto cardíaco. De otro lado, la presión arterial diastólica (PAD) está mayormente determinada por la resistencia vascular periférica (26).

C. Diagnóstico

La presión arterial sistólica suele depender de cómo el corazón impulsa la sangre y de la facilidad con la que la aorta y las arterias principales pueden expandirse, algo que finalmente se manifiesta en la onda de pulso que retorna hacia el centro. En ese sentido, la presión diastólica responde más bien a la resistencia que ofrecen los vasos periféricos, es decir, a esa oposición constante del sistema vascular que, de alguna manera, termina definiendo su valor en reposo (7).

No existe un acuerdo universal sobre la cantidad exacta de mediciones o visitas necesarias para diagnosticar la hipertensión. Las directrices internacionales no ofrecen especificaciones precisas al respecto y suelen sugerir realizar múltiples mediciones

en consultas médicas separadas en días distintos, es decir, después de diversas "visitas". Por ejemplo, estudios en Norteamérica sugieren que la identificación de HTA debería basarse en el promedio de al menos 2 o más visitas después de una evaluación inicial de detección (8). En ese sentido, tanto las recomendaciones de la Organización Mundial de la Salud como las de la Sociedad Internacional de Hipertensión plantean que el diagnóstico de hipertensión debe basarse en mediciones reiteradas de la presión arterial obtenidas en distintos días, como una forma de asegurar mayor precisión y evitar decisiones apresuradas. Por otro lado, estas mismas directrices no llegan a fijar un número exacto de visitas o controles indispensables para confirmar la presencia de la enfermedad, lo que deja cierto margen interpretativo que, de alguna manera, suele depender del criterio clínico y del contexto particular de cada paciente (9,10). Por otra parte, las recomendaciones del Instituto Nacional para la Salud y la Excelencia Clínica (NICE) del Reino Unido son más detalladas, proponiendo realizar hasta tres mediciones de presión arterial en la consulta inicial para obtener un promedio más preciso de la presión arterial, para luego confirmar el diagnóstico con MAPA (43).

En el Perú, históricamente el diagnóstico de hipertensión arterial (HTA) se ha regido por la Norma Técnica N° 031-2015-MINSA, la cual establecía un criterio diagnóstico general basado en una presión arterial sistólica ≥ 140 mmHg y/o una presión arterial diastólica ≥ 90 mmHg. Sin embargo, la normativa vigente para el manejo de esta patología es la Guía de Práctica Clínica para la prevención, diagnóstico y tratamiento de la hipertensión arterial en adultos (MINSA, 2026), según este documento, la HTA se mantiene como una PAS ≥ 140 mmHg y/o una PAD ≥ 90 mmHg;

y se establece un umbral diagnóstico más estricto de $\geq 130/80$ mmHg para adultos con comorbilidades de alto riesgo como diabetes mellitus, enfermedad renal crónica o antecedentes de enfermedad cardiovascular (41).

Para confirmar el diagnóstico, la guía MINSA 2026 estipula que las mediciones deben obtenerse en al menos dos visitas al establecimiento de salud en días distintos. Asimismo, se recomienda que en cada consulta se realicen al menos dos mediciones con un intervalo de 30 segundos entre ellas, utilizando el promedio de ambas para la evaluación. Como innovación frente a normas anteriores, se prioriza el uso de la Monitorización Ambulatoria de la Presión Arterial (MAPA) o el Monitoreo Domiciliario (MDPA) para confirmar el diagnóstico clínico cuando estos recursos estén disponibles. Finalmente, se destaca que en la primera consulta se deben realizar mediciones en ambos brazos, utilizando aquel con el valor más alto para todos los controles posteriores (41).

Las guías chilenas del Régimen de Garantías Explícitas en Salud (GES) para la hipertensión arterial, indican que se considera HTA cuando hay un aumento sostenido de la presión arterial por encima de los límites normales, los cuales se definen convencionalmente como una PAS igual o mayor a 140 mmHg y una PAD igual o mayor a 90 mmHg (14). Adicionalmente, las pautas chilenas del GES sugieren utilizar el perfil de presión arterial (PA) para confirmar el diagnóstico de HTA. En ese sentido, este procedimiento exige efectuar al menos dos nuevas tomas de presión arterial en cada brazo, dejando un intervalo aproximado de medio minuto entre una y otra, y realizarlas en días distintos, pero dentro de un plazo que no sobrepase las dos

semanas. De alguna manera, cuando se observa una variación superior a 5 mmHg entre las lecturas, es necesario repetirlas hasta que los registros muestren cierta estabilidad. Desde esa perspectiva, una persona será considerada hipertensa cuando el promedio de todas esas mediciones alcance o supere los 140/90 mmHg (19).

Cada una de las directrices resalta la relevancia de llevar a cabo varias mediciones de la presión arterial en distintas ocasiones, dado que los valores de la presión arterial tienden a reducirse con mediciones repetidas (10).

La Asociación Americana del Corazón (AHA) destaca que es importante las múltiples mediciones de la presión arterial ya que esto es, considerablemente mayor en su capacidad predictiva que una sola medición en la consulta médica. También indica, que al realizar varias mediciones, usualmente la primera suele ser la más elevada. La AHA sugiere realizar al menos 2 mediciones, con un intervalo de al menos 1 minuto entre cada una. Se sugiere calcular el promedio de estas lecturas para representar la presión arterial del paciente (32,44).

Los ensayos clínicos aleatorizados en pacientes con hipertensión generalmente utilizan dos o más mediciones en al menos dos visitas. En muchos de estos estudios, siguen las recomendaciones de la Asociación Americana del Corazón (AHA). En investigaciones más actuales, como SPRINT (Systolic Blood Pressure Intervention Trial), se emplearon dispositivos automáticos que realizaron tres tomas de la presión arterial, utilizando el promedio de la segunda y tercera medición como el valor final (32).

D. Sintomatología:

La hipertensión arterial es una condición crónica que generalmente no presenta síntomas evidentes en sus etapas tempranas. Sin embargo, en algunos casos, pueden aparecer manifestaciones clínicas que incluyen:

- **Cefalea:** Dolores de cabeza persistentes, especialmente en la región occipital, pueden ser un síntoma asociado con la hipertensión arterial no controlada (27).
- **Mareos y visión borrosa:** Algunos pacientes pueden experimentar mareos o cambios en la agudeza visual como es la visión borrosa, como manifestaciones de hipertensión arterial en etapas avanzadas (28).
- **Fatiga y malestar general:** Aunque menos comunes, la fatiga inexplicable y el malestar general pueden ser síntomas de hipertensión arterial, aunque estos son más propensos a estar relacionados con otros factores de salud (29).
- **Asintomática:** En la mayoría de los casos, la hipertensión arterial es asintomática, lo que subraya la importancia de la detección y el control periódico de la presión arterial (30).

E. Clasificación:

De acuerdo con la GPC MINSA 2026 adaptada de la Sociedad Europea de Cardiología (ESC), la hipertensión arterial se categoriza en los siguientes estadios (41,45):

Categoría	P. Sistólica (mmHg)	P. Diastólica (mmHg)
Presión arterial no elevada	< 120	< 70
Presión arterial elevada	120 – 139	70 – 89
Hipertensión arterial	≥ 140	≥ 90

Fuente: Guía ESC 2024 sobre el manejo de la presión arterial elevada y la hipertensión; y GPC para la prevención diagnóstico y tratamiento de la hipertensión arterial MINSA 2026.

Según la AHA (American Heart Association) la hipertensión arterial se clasifica en los siguientes estadíos:

Categoría	P. Sistólica (mmHg)	P. Diastólica (mmHg)
Normal	< 120	< 80
Elevada	120 – 129	< 80
Hipertensión estadio 1	130 – 139	80 – 89
Hipertensión estadio 2	≥ 140	≥ 90

Fuente. Guía 2025 de la American College of Cardiology / American Heart Association

F. Tratamiento

- **Tratamiento no farmacológico**

Centrado en implementar cambios en el estilo de vida que promuevan una mejor calidad de vida, una de las

modificaciones fundamentales consiste en reducir la ingesta de sal a aproximadamente 6 gramos por día. Esto puede conducir a una reducción significativa de la presión arterial en un rango de 2 a 4 mmHg en personas sanas y hasta 6 mmHg en individuos con hipertensión, posibilitando incluso la reducción de la dosis de medicamentos o la prevención de su uso. Abstenerse del consumo de bebidas alcohólicas también puede contribuir a reducir el riesgo de incremento en la presión arterial en aproximadamente 2 mmHg. Además de adoptar ciertos comportamientos, es crucial incorporar la práctica regular de ejercicio, particularmente ejercicios aeróbicos, los cuales han demostrado reducir la mortalidad asociada con la hipertensión (32).

Existe una asociación entre el peso corporal y la presión arterial, dado que una reducción en el peso puede contribuir al control y la disminución de la presión arterial. (31).

- **Tratamiento Farmacológico**

Actualmente, se observa un incremento en el control de la presión arterial, en gran medida atribuido al uso de la terapia combinada. A pesar de que anteriormente se creía que la monoterapia era la opción más adecuada, estudios a lo largo del tiempo han demostrado que la terapia combinada es más efectiva. Esta elección se fundamenta en el hecho de que la hipertensión arterial involucra múltiples vías neuroendocrinas, y la combinación de diferentes fármacos actúa sobre estos mecanismos de forma más completa, al mismo tiempo que reduce los efectos secundarios. Según las directrices de la Sociedad Europea de Cardiología y su adaptación en la normativa peruana, la terapia combinada idealmente en una única píldora, debe considerarse para la mayoría de pacientes

con hipertensión confirmada, quedando la monoterapia indicada para la categoría de presión arterial elevada con riesgo cardiovascular alto, y los casos de adultos mayores con edad mayor o igual de 85 años, que presenten fragilidad moderada o severa, que padezcan de hipotensión ortostática y aquellos con una expectativa de vida limitada (41). A lo largo del análisis se ha ido entendiendo que, en ese sentido, las combinaciones farmacológicas requieren mantenerse de manera continua para que el paciente no pierda el ritmo del tratamiento, algo que de alguna manera influye mucho más de lo que suele mencionarse en los textos clínicos. Desde esa perspectiva, una de las mezclas que suele considerarse más útil es la que integra un inhibidor del sistema renina-angiotensina, ya sea un IECA o un ARA II, con un diurético tiazídico o, en su defecto con un antagonista del calcio, aunque, también se reconocen otras opciones que podrían adaptarse según las necesidades individuales sin que eso contradiga la lógica terapéutica general. Los estudios clínicos han demostrado que, en comparación con los IECA, los pacientes tratados con ARA II tienen una mayor adherencia al tratamiento, esto atribuido a un mejor perfil de tolerabilidad de esta familia. Sin embargo, hay un grupo considerable de pacientes que no logran alcanzar los objetivos de presión arterial incluso con terapia combinada, lo que nos empuja a iniciar un manejo con terapia triple; involucrando el uso de ARA II, hidroclorotiazida y amlodipino, los cuales proporcionan una mayor efectividad bajo una administración rigurosa y pueden resultar en una cronoterapia (33).

En resumen, la evidencia respalda que la terapia combinada es más efectiva que la monoterapia en el tratamiento de la

hipertensión arterial. Sin embargo, al decidir qué tratamiento prescribir a un paciente hipertenso, es crucial considerar las características clínicas individuales de cada paciente, así como la experiencia y el juicio clínico del profesional médico (34).

2.2.2. ADHERENCIA AL TRATAMIENTO

La OMS define a la adherencia al tratamiento como la observancia rigurosa de la administración de la medicación prescrita, en términos de dosis y horarios. En las naciones desarrolladas, se informa que únicamente la mitad de los individuos afectados por enfermedades crónicas siguen adecuadamente sus tratamientos (34).

En ese sentido, suele entenderse que la adherencia al tratamiento transcurre en un proceso que puede leerse por etapas que se van encadenando de manera gradual. Primero aparece la necesidad de que la persona acuda efectivamente al centro de atención y mantenga algún nivel de comunicación con el profesional de salud, algo que parece simple pero que, de alguna manera, constituye la base de todo. Luego viene un momento más delicado, cuando se intenta sostener el compromiso del paciente a través de acciones que involucren tanto su disposición personal como la guía constante del médico. Y, por otro lado, se aspira a que este acompañamiento termine generando hábitos más estables, de forma tal que, aun después de culminar la intervención, el paciente continúe vinculado al tratamiento por iniciativa propia (35).

Implica una serie de comportamientos, que incluyen:

- Participar y persistir con un programa de tratamiento.
- Asistir a las citas programadas con las diversas especialidades y seguir las atenciones médicas.

- Ingerir la medicación prescrita de manera correcta y regular.
- Mantener cambios apropiados en el estilo de vida, como la alimentación y el ejercicio.
- Seguir correctamente el régimen terapéutico en el hogar.

Varios estudios nos suministran datos sobre otros elementos que contribuyen al no cumplimiento, los cuales se categorizan en:

a. Aspectos vinculados con la enfermedad:

Conforme se experimenta mejoras en su salud, es factible que se genere una disposición psicológica que lleve a descuidar la ingesta de los fármacos.

b. Aspectos vinculados con el tratamiento:

Los fármacos pueden conllevar efectos colaterales, como mal sabor o discinesias, entre otros. Además, otros aspectos que pueden tener un impacto incluyen la eficacia del tratamiento, su nivel de complicación, duración, gastos y el modo de administración.

c. Aspectos vinculados al equipo terapéutico:

Hace referencia a la interacción entre el paciente y el profesional de la salud encargado de su tratamiento, así como a las actitudes que el paciente pueda tener frente al personal sanitario y las particularidades del entorno de atención médica (36).

Otro aspecto crucial es la diversidad de métodos empleados para evaluar la adherencia, los cuales son (37):

A. Métodos directos: Este enfoque implica medir la concentración del medicamento o de sus metabolitos en la

sangre, así como la evaluación de los marcadores biológicos correspondientes.

B. Métodos Indirectos: En ese sentido, este enfoque se apoya en herramientas que permiten conocer, de alguna manera, cómo los pacientes vienen siguiendo su tratamiento, pues se recurre a encuestas donde ellos mismos describen su nivel de adherencia, al recuento de las tabletas consumidas y también a la observación de la evolución clínica. Por otro lado, de esta forma se incorpora el uso del monitoreo electrónico de la medicación (MEMS), junto con la medición de ciertos indicadores fisiológicos que sirven de referencia, además de cuestionarios orientados a identificar el tipo de apoyo familiar con el que cuentan (37,38).

3. CAPÍTULO III: VARIABLES Y DEFINICIONES OPERACIONALES

3.1 OPERACIONALIZACIÓN DE VARIABLES

VARIABLE	INDICADOR	DEFINICIÓN OPERACIONAL	CATEGORIZACION	ESCALA DE MEDICION
Características sociodemográficas	Edad	Años cumplidos	Edad en años cumplidos	Cuantitativa discreta
	Sexo	Género biológico del participante	0 = Masculino 1 = Femenino	Cualitativa nominal
	Lugar de residencia	Distrito donde vive el participante	0 = Cercado 1 = Gregorio Albarracín 2 = Alto de la Alianza 3 = Ciudad Nueva 4 = Otro	Cualitativa nominal
	Estado civil	Estado marital del participante	0 = Soltero 1 = Casado / Conviviente 2 = Divorciado / Separado 3 = Viudo	Cualitativa nominal
	Grado de instrucción	Mayor grado académico alcanzado por el participante	0 = Analfabeto 1 = Primaria 2 = Secundaria 3 = Superior	Cualitativa ordinal
	Ocupación	Actividad principal que desarrolla el participante	0 = Trabajador dependiente 1 = Trabajador independiente 2 = Jubilado	Cualitativa nominal
Características relacionadas al tratamiento	Tipo de terapia	Medicamentos indicados para tratamiento de la hipertensión	0 = Monoterapia 1 = Terapia combinada con dos medicamentos 2 = Terapia combinada con tres medicamentos	Cualitativa nominal
	Frecuencia de la medicación	Frecuencia de veces en el día que toma su tratamiento	0 = Una vez al día 1 = Dos o más veces al día	Cualitativa ordinal
	Presencia de reacciones adversas	Haber sufrido o estar sufriendo alguna reacción	0 = Reacciones gastrointestinales 1 = Reacciones dérmicas	Cualitativa nominal

		como consecuencia del tratamiento	2 = Reacciones cardiovasculares 3 = Otras reacciones	
Características relacionadas al momento de la consulta	Acude con acompañante	El participante acude con un familiar o persona conocida a la consulta	0 = No 1 = Si	Cualitativa nominal
	Tiempo de espera	Tiempo en que el participante espera hasta que lo atienden en consulta	0 = Menos de 30 min 1 = Entre 30 min a una hora 2 = Más de una hora	Cualitativa ordinal
	Oportunidad de cita	Oportunidad del participante para conseguir cita el día que le toca su control	0 = No 1 = Si	Cualitativa nominal
Presencia de comorbilidades	Presencia de enfermedades en el participante	Enfermedades con diagnóstico confirmado del participante	0 = Diabetes mellitus tipo 2 1 = Insuficiencia cardiaca 2 = Asma / EPOC 3 = Artrosis / Dolor musculoesquelético 4 = Otra	Cualitativa nominal
Adherencia al tratamiento	Test de Morisky	Cumplimiento de la indicación de tratamiento por parte del participante	0 = No adherente (< 8 puntos) 1 = Adherente (≥ 8 puntos)	Cualitativa ordinal
Número de controles en el año	Cantidad de consultas que tuvo el paciente	Cantidad de consultas en relación al control de su enfermedad que tuvo el participante en el año	0 = Ninguna 1 = De 1 a 5 consultas 2 = De 6 a más consultas	Cualitativa ordinal
Nivel de conocimiento	Test de Batalla	Conocimiento del paciente sobre su enfermedad	0 = Inadecuado conocimiento (< 3 puntos) 1 = Adecuado conocimiento (3 puntos)	Cualitativa ordinal
Paciente controlado	Presión arterial menor de 140/90 mmHg	Cuatro controles con presión arterial en rango	0 = No 1 = Si	Cualitativa nominal

4. CAPÍTULO IV: METODOLOGÍA DE LA INVESTIGACIÓN

4.1. DISEÑO

Tipo de investigación:

La investigación se concibe, en ese sentido, como un proceso estrictamente observacional, porque el estudio no interviene en el comportamiento natural de las variables y más bien se limita a examinar cómo se manifiestan por sí solas dentro del contexto elegido. De alguna manera, el propósito es mantener la distancia suficiente para no alterar aquello que se pretende comprender, lo cual ayuda a que los resultados reflejen con mayor fidelidad lo que ocurrió realmente. Además, se asume un enfoque retrospectivo, pues el análisis parte de hechos ya consumados y se orienta a reconstruir el escenario después de que los efectos se presentaron, casi como si se revisara cuidadosamente un registro ya cerrado en el tiempo.

Desde esa perspectiva, la lógica del diseño transversal también se vuelve decisiva, porque el conjunto de datos se obtiene en un único momento y no a través de un seguimiento prolongado, lo que otorga una especie de fotografía analítica que captura la situación tal cual existía en ese instante. De esta forma, se busca una aproximación concreta que permita describir lo sucedido sin necesidad de observar la evolución de las variables a lo largo del tiempo, es decir, apostando por un esquema que prioriza la claridad del corte temporal antes que la complejidad de un estudio prolongado.

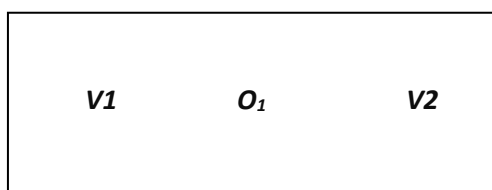
Nivel de investigación:

El estudio suele entenderse, en ese sentido, como uno de carácter relacional porque, de alguna manera, se apoyó en un examen estadístico de tipo bivariado que permitió observar si las variables mantenían algún grado de conexión entre sí. De esta forma, más que limitarse a describirlas de manera

aislada, la investigación buscó identificar cómo interactuaban en conjunto, incluso cuando esas interacciones no siempre resultaban del todo evidentes en una primera mirada. Por otro lado, el análisis permitió aproximarse a ciertos patrones que, desde esa perspectiva, ofrecieron indicios relevantes para comprender la manera en que dichas variables podían vincularse dentro del contexto específico del estudio.

Diseño de investigación:

Basado en el método epidemiológico, el diseño del estudio fue analítico, ya que se investigó la dependencia de una variable con otra mediante pruebas estadísticas.



V1: Factores asociados

V2: Adherencia al tratamiento antihipertensivo

O1: Observación de la asociación

4.2. ÁMBITO DE ESTUDIO

La Dirección de Salud en Tacna tiene a la micro red Cono norte, donde se incluye el Centro de Salud La Esperanza; cabe indicar que todos los puestos y centros de salud, pertenecen por geografía a los distritos de Ciudad Nueva y Alto de la Alianza.

El centro de salud La Esperanza es un establecimiento de primer nivel de atención, categoría I – 4, que ofrece una amplia gama de servicios de salud. Entre ellos se encuentran medicina general, medicina interna, pediatría,

ginecología, gastroenterología, endocrinología, traumatología, psiquiatría, anatomopatología, enfermería, obstetricia, psicología, odontología, servicio social, saneamiento ambiental, radiología, ecografía, nutrición, servicios de emergencia, observación, terapia física, sala de partos, así como una farmacia y laboratorio.

4.3. POBLACIÓN Y MUESTRA

4.3.1 POBLACIÓN

La población considerada en este estudio estuvo integrada por un conjunto de 89 personas adultas mayores diagnosticadas con hipertensión, quienes acudieron de manera regular a los consultorios de medicina del Centro de Salud La Esperanza a lo largo del año 2023. En ese sentido, se tomó como referencia a todos los usuarios que recibieron atención entre enero y diciembre, pues de alguna manera representaban el flujo real de pacientes que buscaban seguimiento clínico continuo. De esta forma, el estudio asumió este grupo como la totalidad accesible para el análisis, a partir de la idea de que su presencia constante en el servicio permitía obtener información más cercana a las dinámicas habituales del cuidado de la salud en este establecimiento.

4.3.2. MUESTRA

La muestra estuvo representada por pacientes hipertensos adultos mayores pertenecientes al programa de enfermedades no transmisibles del Centro de Salud La Esperanza, que acudieron a sus controles mensuales durante el año 2023, que aceptaron voluntariamente responder el cuestionario para evaluar su adherencia al tratamiento y nivel de conocimiento de la enfermedad, que

contaban con datos completos dentro de su historia clínica y que además cumplieron con los criterios de selección más adelante mencionados.

De los 95 pacientes adultos mayores que figuraban en el padrón de pacientes hipertensos atendidos durante el año 2023, dos habían fallecido y cuatro tenían datos que no correspondían para hacer posible su ubicación. Así finalmente, se trabajó con 89 pacientes.

4.3.3. CRITERIOS DE SELECCIÓN

4.3.3.1. CRITERIOS DE INCLUSIÓN

- a. Pacientes adultos mayores hipertensos pertenecientes al programa de enfermedades no transmisibles del Centro de Salud La Esperanza.
- b. Pacientes adultos mayores hipertensos, que acepten voluntariamente llenar los cuestionarios utilizados en el presente trabajo.
- c. Pacientes adultos mayores hipertensos que tengan por lo menos 4 atenciones mensuales durante el año 2023, en consultorio de medicina del centro de salud.
- d. Se consideró a los pacientes que habían mantenido su tratamiento de manera constante durante al menos los seis meses previos, pues en ese sentido ese tiempo mínimo permite observar efectos más estables y, de alguna manera, otorga una base más sólida para interpretar cómo evoluciona la hipertensión bajo un manejo continuo.
- e. También se incluyó a quienes presentaban alguna otra condición sistémica adicional, siempre que continuaran adscritos al programa de hipertensión arterial, ya que desde esa perspectiva su situación clínica aportaba un panorama

más completo para entender la dinámica del tratamiento y sus variaciones.

4.3.3.2. CRITERIOS DE EXCLUSIÓN

- a. Por otro lado, se decidió excluir a los pacientes que solo habían acumulado menos de cuatro meses de terapia antihipertensiva durante el periodo estudiado, porque de esta forma se evita incorporar casos cuyo tiempo de tratamiento todavía es insuficiente para generar conclusiones fiables sobre los cambios producidos.
- b. Pacientes que tengan deterioro cognitivo o no puedan comprender los objetivos de la investigación.
- c. Pacientes adultos mayores hipertensos, que no acepten voluntariamente llenar los cuestionarios utilizados en el presente trabajo.

4.4. PROCEDIMIENTOS DE RECOLECCIÓN DE DATOS

Después de tener listo el primer borrador del manuscrito, este se envió a la oficina de investigación y, como parte del proceso habitual, también pasó por la revisión del Comité de Ética de la Facultad de Ciencias de la Salud de la Universidad Privada de Tacna. En ese sentido, una vez que el dictaminador otorgó su conformidad, se continuó con los trámites para solicitar las autorizaciones necesarias ante la Red de Salud Tacna y la Gerencia General del Centro de Salud La Esperanza. De esta forma, y solo después de obtener todas las aprobaciones institucionales, el equipo pudo avanzar hacia la realización definitiva del estudio, algo que de alguna manera marcó el inicio formal del trabajo en campo.

Después de que los participantes firmaron el consentimiento informado, se llevó a cabo la revisión de sus historias clínicas para identificar aquellos que cumplían con los criterios de inclusión. Durante esta revisión, se recopilaron datos demográficos como edad, sexo, lugar de residencia, estado civil y ocupación, así como información relevante sobre el tratamiento y las consultas médicas, incluyendo los controles asistidos. También se registraron posibles comorbilidades que puedan presentar los participantes. Todos estos datos se registraron de manera ordenada en una ficha de recolección de datos elaborada por el investigador principal. Es importante destacar que esta ficha no midió ninguna variable y solo se utilizó para registrar los datos de manera organizada, por lo que no fue necesario validarla.

Para la evaluación de la adherencia al tratamiento se seleccionó el Test de Morisky Green de 8 ítems MMAS-8 en lugar de la versión original de 4 ítems MGL (39), ya que permite capturar las conductas del paciente en un espectro más amplio, y no solo evalúa el olvido involuntario, sino también los patrones de omisión intencional de dosis debido a efectos adversos o la falsa percepción de mejoría. En el contexto de la atención primaria, esta gradúa en tres niveles: alta, media y baja, que resulta metodológicamente superior ya que identifica al sub grupo de adherencia media quienes mediante intervenciones educativas pueden alcanzar un control óptimo en sus cifras tensionales. No optamos por la versión clásica e histórica de 4 ítems MGL la cual por su carácter estrictamente dicotómico presenta altas tasas de falsos negativos clasificando como “no cumplidor” al paciente que incurre en un olvido esporádico con la misma severidad que a aquel que abandona el tratamiento de forma constante.

El MMAS-8 reúne siete preguntas que se responde con un sí o no, y una de escala tipo Likert de 5 opciones que permite matizar mejor las percepciones. Cada respuesta aporta un puntaje y, en ese sentido, la suma final refleja el nivel de compromiso con la medicación, de modo que alcanzar ocho puntos

implica una adherencia óptima, de seis a menos de ocho puntos adherencia media, y menos de seis puntos adherencia baja.

Desde esa perspectiva, también se tomó en cuenta la confiabilidad psicométrica del test, pues no basta con aplicarlo sin comprender su desempeño real. El instrumento presenta un alfa de Cronbach de 0,83, lo que suele interpretarse como una consistencia aceptable, aunque siempre puede debatirse sobre la manera en que estas cifras dialogan con diferentes contextos clínicos. Por otro lado, su sensibilidad llega al 93%, un valor que llama la atención por su capacidad para detectar a quienes no logran un control adecuado de la presión arterial, mientras que su especificidad del 53% muestra un margen más limitado, lo que de esta forma abre espacio para reflexionar sobre el uso complementario de otras herramientas que afiancen la evaluación (40).

Para evaluar el nivel de conocimiento sobre la enfermedad por parte del paciente, se utilizó el Test de Batalla, utilizado esencialmente en HTA y diabetes mellitus. Este test es bastante sencillo, rápido de aplicar y considera como un nivel adecuado de conocimiento 3 respuestas correctas, e inadecuado menos de 3 (38).

4.5. PROCEDIMIENTOS DE ANÁLISIS DE DATOS

Una vez que se terminó de reunir toda la información, se empezó a trabajar con una hoja de cálculo en Excel, versión 2021 para Windows, donde primero se revisaron los registros y se fueron descartando aquellos que mostraban inconsistencias evidentes. De alguna manera, este proceso inicial permitió ordenar el conjunto de datos antes de pasar a un análisis más formal. Luego, ya con el archivo depurado, se empleó el software IBM SPSS v.28 para desarrollar un examen univariado y bivariado, avanzando paso a paso con la idea de que cada variable pudiera ser observada con cierto

detalle técnico, aunque sin perder esa mirada general que suele acompañar los trabajos de investigación aplicada.

Análisis univariado

Posteriormente, y desde esa perspectiva más analítica, se procedió a etiquetar y organizar las variables siguiendo lo que se había establecido previamente en la matriz de operacionalización. En ese sentido, se generaron tablas de frecuencias, tanto absolutas como relativas, para las variables categóricas, ya que permitían identificar patrones básicos en la distribución de los datos. Por otro lado, cuando se trató de la variable edad, se optó por evaluar su comportamiento mediante la prueba de normalidad de Shapiro-Wilk, lo cual ayudó a justificar el uso de medidas como la media y la desviación estándar. Aunque este proceso parezca rutinario, de esta forma se aseguró una lectura coherente de los resultados.

Análisis bivariado

Finalmente, para explorar si existía algún tipo de relación estadística entre las variables consideradas, se recurrió a la prueba Chi cuadrado, un recurso bastante habitual en estudios de este tipo. En ese camino, se mantuvo como criterio de referencia un valor p inferior a 0,05 para señalar la presencia de significancia estadística, es decir, para determinar si los hallazgos podían interpretarse más allá del simple azar. En ese sentido, esta etapa permitió comprender no solo cómo se comportaban individualmente las variables, sino también cómo interactuaban entre sí dentro del marco del estudio.

4.6. ASPECTOS ÉTICOS

Resulta importante mencionar que el protocolo fue remitido al Comité de Ética de la Facultad de Ciencias de la Salud de la Universidad Privada de

Tacna, pues es el espacio donde se revisa con mayor rigor la pertinencia y el resguardo de los derechos de quienes participan. En ese sentido, se procuró que toda la información personal sea tratada con estricta confidencialidad, siguiendo lo dispuesto por la Declaración de Helsinki y quedando siempre bajo la custodia responsable del equipo investigador, que asume este compromiso como parte esencial del desarrollo del estudio.

Por otro lado, antes de que los participantes inicien el llenado del cuestionario, se les explicó de manera clara los propósitos generales del trabajo, para que tengan una idea razonable de lo que se busca y cómo se utilizarán sus respuestas. Desde esa perspectiva, solo después de esta explicación se solicitó la firma del consentimiento informado, un paso que, aunque parezca sencillo, constituye un momento fundamental para asegurar que cada persona interviene de forma libre y plenamente consciente, de esta forma garantizando el respeto por su decisión individual.

RESULTADOS

Tabla 1. Características sociodemográficas de los pacientes adultos mayores hipertensos atendidos en el Centro de Salud La Esperanza en el año 2023.

Características sociodemográficas	n	%
Sexo de participante		
Masculino	30	33,7
Femenino	59	66,3
Estado civil		
Soltero	18	20,2
Casado/Conviviente	35	39,3
Divorciado/ Separado	13	14,6
Viudo	23	25,8
Residencia		
Cercado	4	4,5
Gregorio Albarracín	1	1,1
Alto de la Alianza	83	93,3
Ciudad Nueva	1	1,1
Grado de instrucción		
Analfabeto	11	12,4
Primaria	50	56,2
Secundaria	22	24,7
Superior	6	6,7
Ocupación		
Trabajador dependiente	4	4,5
Trabajador independiente	30	33,7
Jubilado	55	61,8
Edad*	73,3	±6,69
Total	89	100,0

*Variable expresada en media y desviación estándar

La mayor proporción de pacientes que participaron en el presente estudio fueron de sexo femenino con el 66,3%; la mayoría con el 39,3% tenían como estado civil casados o convivientes, seguidos por el estado civil viudos con un 25,8%; el 93,3% vivían en el distrito Alto de la Alianza. Respecto del grado de instrucción el 56,2% habían estudiado hasta primaria; en cuanto a ocupación el 61,8% eran jubilados. Finalmente, la media de la edad fue de 73,3 años con una desviación estándar de 6,69 años.

Tabla 2. Características relacionadas al tratamiento de los pacientes adultos mayores hipertensos atendidos en el Centro de Salud La Esperanza en el año 2023.

Características relacionadas al tratamiento	n	%
Tipo de terapia		
Monoterapia	42	47,2
Combinada con dos medicamentos	36	40,4
Combinada con tres medicamentos	11	12,4
Frecuencia de medicación		
Una vez al día	24	27,0
Dos veces o más al día	65	73,0
Reacciones adversas		
Gastrointestinales	21	23,6
Cardiovasculares	1	1,1
Dérmicas	1	1,1
Otras	4	4,5
Ninguna	62	69,7
Tiempo de espera para la consulta		
Menos de 30 min	7	7,9
Entre 30 min a 1 hora	40	44,9
Más de 1 hora	42	47,2
Acude con acompañante		
No	67	75,3
Si	22	24,7
Consiguió cita día de control		
No	23	25,8
Si	66	74,2
Acudió a su control puntual		
No	28	31,5
Si	61	68,5
Total	89	100,0

Respecto al tipo de terapia el 47,2% recibía monoterapia, el 40,4% terapia combinada con dos fármacos y el 12,4% terapia combinada con tres fármacos; el 73% tomaba su medicación dos o más veces al día; la mayoría con un 69,7% refirió que no presentó ninguna reacción adversa, seguida de un 23,6% con reacciones adversas gastrointestinales; la mayoría refirió que tuvo un tiempo de espera largo para su consulta, con un 47,2% que refirió haber esperado más de una hora, y un 44,9% que refirieron haber esperado entre 30 minutos y una hora; un gran porcentaje de pacientes, el 75,3% acudió a su cita sin acompañante; solo el 25,8% de pacientes no conseguía cita para su fecha de control y el 74,2% sí; por otro lado el 68,5% de pacientes siempre acudía a su control en la fecha acordada.

Tabla 3. Distribución de las comorbilidades de los pacientes adultos mayores hipertensos atendidos en el Centro de Salud La Esperanza en el año 2023.

Comorbilidades	n	%
Diabetes mellitus tipo 2	39	43,8
Dislipidemia	55	61,8
Artrosis	12	13,5
Dolor	12	13,5
Otros	77	86,5

La mayoría con el 61,8% padecía además Dislipidemia, y un 43,8% de los pacientes presentaba además Diabetes mellitus tipo 2.

Tabla 4. Distribución de los pacientes adultos mayores hipertensos “controlados” atendidos en el Centro de Salud La Esperanza en el año 2023.

Paciente Controlado	n	%
No	29	32,6
Si	60	67,4
Total	89	100.0

El 67,4% de los pacientes participantes sí estaban “controlados”.

Tabla 5. Distribución de la adherencia al tratamiento farmacológico de los pacientes adultos mayores hipertensos atendidos en el Centro de Salud La Esperanza en el año 2023.

Adherencia al tratamiento (Test de Morisky - Green)	n	%
Adherencia baja	34	38,2
Adherencia media	55	61,8
Adherencia alta	0	0
Total	89	100.0

En cuanto a la adherencia al tratamiento la mayor parte de los pacientes calificaron como adherencia media con un 61,8%, y ningún paciente obtuvo adherencia alta.

Tabla 6. Distribución del nivel de conocimientos sobre hipertensión arterial de los pacientes adultos mayores hipertensos atendidos en el Centro de Salud La Esperanza en el año 2023.

Nivel de conocimiento (Test de Batalla)	n	%
Conocimiento bajo	37	41,6
Conocimiento adecuado	52	58,4
Total	89	100.0

La mayor parte de los pacientes entrevistados tenían conocimiento adecuado de la enfermedad con un 58,4%.

Tabla 7. Distribución del nivel de conocimientos sobre hipertensión arterial según adherencia al tratamiento de los pacientes adultos mayores hipertensos atendidos en el Centro de Salud La Esperanza en el año 2023.

Adherencia al tratamiento	Nivel de conocimientos				Total		p
	Conocimiento bajo		Conocimiento adecuado				
	n	%	n	%	n	%	
Adherencia baja	12	35,3%	22	64,7%	34	100,0%	0,383
Adherencia media	25	45,5%	30	54,5%	55	100,0%	
Total	37	41,6%	52	58,4%	89	100,0%	

De los pacientes con adherencia media al tratamiento, la mayor proporción tenía conocimiento adecuado de la enfermedad con un 54,5%. No obstante, los pacientes con adherencia baja al tratamiento, también la mayoría tenía conocimiento adecuado de la enfermedad con un 64,7%.

Respecto de los pacientes con conocimiento adecuado de la enfermedad, la mayoría tenía adherencia baja al tratamiento con un 64,7%; y de manera contraria ocurría con el grupo de pacientes con conocimiento bajo de la enfermedad, quienes en su mayoría presentaron adherencia media al tratamiento con un 45,5%.

Sin embargo, al evaluar con la prueba de chi cuadrado la asociación entre ambas variables, encontramos que no hubo significancia estadística ($p = 0,383$).

Tabla 8. Distribución de las características sociodemográficas según la adherencia al tratamiento de los pacientes adultos mayores hipertensos atendidos en el Centro de Salud La Esperanza en el año 2023.

Características sociodemográficas	Adherencia al tratamiento farmacológico				Total		p
	Adherencia baja		Adherencia media		n	%	
	n	%	n	%			
Sexo							
Masculino	17	56,7%	13	43,3%	30	100,0%	0,013
Femenino	17	28,8%	42	71,2%	59	100,0%	
Estado civil							
Soltero	4	22,2%	14	77,8%	18	100,0%	0,322
Casado / Conviviente	17	48,6%	18	51,4%	35	100,0%	
Divorciado / Separado	5	38,5%	8	61,5%	13	100,0%	
Viudo	8	34,8%	15	65,2%	23	100,0%	
Grado de instrucción							
Analfabeto	3	27,3%	8	72,7%	11	100,0%	0,820
Primaria	19	38,0%	31	62,0%	50	100,0%	
Secundaria	9	40,9%	13	59,1%	22	100,0%	
Superior	3	50,0%	3	50,0%	6	100,0%	
Ocupación							
Trabajador dependiente	3	75,0%	1	25,0%	4	100,0%	0,099
Trabajador independiente	14	46,7%	16	53,3%	30	100,0%	
Jubilado	17	30,9%	38	69,1%	55	100,0%	
Total	34	38,2%	55	61,8%	89	100,0%	

En cuanto a las características sociodemográficas respecto a la adherencia al tratamiento, como se describió en la tabla 1, la mayoría de nuestros pacientes fueron de sexo femenino, quienes en su gran mayoría tenían adherencia media al tratamiento con un 71,2%, mientras que los pacientes de sexo masculino la mayor parte presentaron adherencia baja con un 56,7%.

Respecto del estado civil nuestro estudio comprendió mayormente a la condición de casados o convivientes, los cuales mayormente tuvieron adherencia media con un 51,4%, se observa también que todos los demás grupos de estado civil igualmente tuvieron adherencia media en mayor porcentaje.

En cuanto al grado de instrucción, la mayoría correspondió al nivel primario, y de ellos la mayor parte tuvo una adherencia media con un 62%

Respecto de la ocupación; la mayoría fueron jubilados y dentro de ellos la mayor parte tuvieron adherencia media con el 69,1%.

Al evaluar con la prueba de chi cuadrado, encontramos que existe asociación estadísticamente significativa entre el sexo y la adherencia al tratamiento farmacológico ($p = 0,013$); las demás características sociodemográficas no tuvieron asociación estadística significativa con la adherencia al tratamiento.

Tabla 9. Distribución de las características relacionadas al tratamiento según la adherencia al tratamiento de los pacientes adultos mayores hipertensos atendidos en el Centro de Salud La Esperanza en el año 2023.

Características relacionadas al tratamiento	Adherencia al tratamiento				Total		p
	Adherencia baja		Adherencia media				
	n	%	n	%	N	%	
Tipo de terapia							
Monoterapia	19	45,2%	23	54,8%	42	100,0%	0,269
Combinada con dos medicamentos	10	27,8%	26	72,2%	36	100,0%	
Combinada con tres medicamentos	5	45,5%	6	54,5%	11	100,0%	
Acudió a su control puntualmente							
No	13	46,4%	15	53,6%	28	100,0%	0,349
Si	21	34,4%	40	65,6%	61	100,0%	
Paciente controlado							
No	11	37,9%	18	62,1%	29	100,0%	0,817
Si	23	38,3%	37	61,7%	60	100,0%	
Total	34	38,2%	55	61,8%	89	100,0%	

La mayoría de los pacientes del estudio recibían monoterapia, y de estos la mayor parte tenían adherencia media con 54,8%; y a su vez, la mayor parte de los pacientes que tenían adherencia media correspondían al grupo de pacientes que recibían terapia combinada con dos medicamentos con un 72,2%.

Respecto de los pacientes que sí acudían a su control puntualmente, un 65,6% tenían adherencia media.

En cuanto a los pacientes controlados, que eran la mayor parte, un 61,7% tuvieron adherencia media.

Al evaluar las variables mencionadas con la prueba de chi cuadrado, encontramos que ninguna tiene asociación estadísticamente significativa con la adherencia al tratamiento.

Tabla 10. Distribución de las características sociodemográficas según el nivel de conocimientos sobre hipertensión arterial de los pacientes adultos mayores hipertensos atendidos en el Centro de Salud La Esperanza en el año 2023.

Características sociodemográficas	Nivel de conocimiento				Total		p
	Conocimiento bajo		Conocimiento adecuado				
	n	%	n	%	n	%	
Sexo							
Masculino	10	33,3%	20	66,7%	30	100,0%	0,363
Femenino	27	45,8%	32	54,2%	59	100,0%	
Estado civil							
Soltero	8	44,4%	10	55,6%	18	100,0%	0,980
Casado / Conviviente	15	42,9%	20	57,1%	35	100,0%	
Divorciado / Separado	5	38,5%	8	61,5%	13	100,0%	
Viudo	9	39,1%	14	60,9%	23	100,0%	
Grado de instrucción							
Analfabeto	6	54,5%	5	45,5%	11	100,0%	0,066
Primaria	16	32,0%	34	68,0%	50	100,0%	
Secundaria	10	45,5%	12	54,5%	22	100,0%	
Superior	5	83,3%	1	16,7%	6	100,0%	
Ocupación							
Trabajador dependiente	1	25,0%	3	75,0%	4	100,0%	0,516
Trabajador independiente	15	50,0%	15	50,0%	30	100,0%	
Jubilado	21	38,2%	34	61,8%	55	100,0%	
Total	37	41,6%	52	58,4%	89	100,0%	

En cuanto a las características sociodemográficas respecto al nivel de conocimiento, la mayoría, las pacientes de sexo femenino, obtuvieron un 54,2% con conocimiento adecuado. Respecto del estado civil casado o conviviente, la mayor parte corresponde a conocimiento adecuado de la enfermedad con un 57,1%. Por su parte los pacientes con grado de instrucción nivel primario, la mayoría obtuvo un 68% como conocimiento adecuado. En el caso de los pacientes de ocupación jubilado, la mayor parte correspondió a conocimiento adecuado con el 61,8%.

Al evaluar las variables mencionadas con la prueba de chi cuadrado, encontramos que ninguna tiene asociación estadísticamente significativa con el nivel de conocimientos.

Tabla 11. Distribución de las características relacionadas al tratamiento según el nivel de conocimientos sobre Hipertensión arterial de los pacientes adultos mayores hipertensos atendidos en el Centro de Salud La Esperanza en el año 2023.

Características relacionadas al tratamiento	Nivel de conocimientos				Total		p
	Conocimiento bajo		Conocimiento adecuado				
	n	%	n	%	n	%	
Tipo de terapia							
Monoterapia	15	35,7%	27	64,3%	42	100,0%	0,472
Combinada con dos medicamentos	16	44,4%	20	55,6%	36	100,0%	
Combinada con tres medicamentos	6	54,5%	5	45,5%	11	100,0%	
Acudió a su control puntual							
No	10	35,7%	18	64,3%	28	100,0%	0,494
Si	27	44,3%	34	55,7%	61	100,0%	
Paciente controlado							
No	10	34,5%	19	65,5%	29	100,0%	0,370
Si	27	45,0%	33	55,0%	60	100,0%	
Total	37	41,6%	52	58,4%	89	100,0%	

La mayoría de los pacientes del estudio recibían monoterapia, y de estos la mayor parte tenían conocimiento adecuado con 64,3%.

Respecto de los pacientes que sí acuden a su control puntualmente, que fueron la mayoría, un 55,7% tenían conocimiento adecuado.

En cuanto a los pacientes controlados, que fueron la mayoría, el 55% tuvieron conocimiento adecuado.

Al evaluar las variables mencionadas con la prueba de chi cuadrado, encontramos que ninguna tiene asociación estadísticamente significativa con el nivel de conocimientos.

Tabla 12. Relación entre la adherencia al tratamiento y el nivel de conocimiento sobre Hipertensión arterial, con el logro de la meta terapéutica “paciente controlado” en los pacientes adultos mayores hipertensos atendidos en el Centro de Salud La Esperanza en el año 2023.

Nivel de conocimiento	Control de la enfermedad												Total	
	No controlado (29 pacientes)						Controlado (60 pacientes)							
	Adherencia baja		Adherencia media		Adherencia alta		Adherencia baja		Adherencia media		Adherencia alta			
	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%
Inadecuado conocimiento	4	4,49	6	6,74	0	0,0	8	8,98	19	21,34	0	0,0	37	41,57
Adecuado conocimiento	7	7,865	12	13,48	0	0,0	15	16,85	18	20,22	0	0,0	52	58,43
Total	11	12,36	18	20,22	0	0,0	23	25,84	37	41,57	0	0,0	89	100,00

P= 0,631

En la presente tabla observamos que, del total de participantes la mayoría con 19 pacientes (21,34%) a pesar de tener inadecuado conocimiento de la enfermedad, tuvieron mayor porcentaje de adherencia media, y lograron controlar la enfermedad, observándose que no hay una relación estadísticamente significativa entre el adecuado nivel de conocimiento y adherencia al tratamiento, con el logro de la meta terapéutica “paciente controlado”.

DISCUSIÓN

La adherencia al tratamiento en los pacientes adultos mayores hipertensos es un factor crítico para lograr un control adecuado de la presión arterial y la prevención de complicaciones cardiovasculares. Diversos estudios han evidenciado que el nivel de conocimiento sobre la enfermedad influye significativamente en la adherencia al tratamiento, ya que los pacientes con mayor comprensión de la fisiopatología de la hipertensión arterial (HTA), sus complicaciones y la importancia del cumplimiento terapéutico tienden a presentar mejores tasas de adherencia. La educación en salud desempeña un papel fundamental en este proceso, ya que permite corregir conceptos erróneos, fomentar la autosuficiencia y mejorar la percepción de la enfermedad. Sin embargo, en adultos mayores, la adherencia puede verse afectada por múltiples factores, incluyendo deterioro cognitivo, apoyo familiar, influencia de los medios de comunicación, efectos adversos de los medicamentos, barreras socioeconómicas e idiosincrasia. Además, la presencia de comorbilidades y la polifarmacia en este grupo etario puede dificultar el cumplimiento de esquemas terapéuticos complejos. En este sentido, estrategias de intervención centradas en la educación del paciente, el refuerzo conductual y el seguimiento multidisciplinario han mostrado eficacia en la mejora de la adherencia. Entre estas estrategias, destacan la simplificación de los regímenes farmacológicos, el uso de recordatorios y el involucramiento de la familia y el personal de salud en el monitoreo continuo del tratamiento. La evaluación periódica del nivel de conocimiento del paciente sobre su enfermedad y tratamiento es crucial para detectar deficiencias educativas y diseñar planes de intervención individualizados.

Estudios recientes han demostrado que programas educativos estructurados pueden incrementar el conocimiento sobre la Hipertensión arterial y, en consecuencia, mejorar la adherencia terapéutica y los resultados clínicos. En conclusión, la relación entre adherencia al tratamiento y conocimiento de la enfermedad en adultos mayores hipertensos es bidireccional y compleja, lo que resalta la necesidad de

estrategias educativas y de apoyo que optimicen el manejo integral de la enfermedad y reduzcan el riesgo de eventos cardiovasculares adversos en esta población vulnerable.

La presente investigación se realizó entrevistando a 89 pacientes, a los cuales se les aplicó dos tipos de instrumentos; en cuanto a la población esta investigación tiene similar población que el trabajo de Marrufo Gil (16) con 83 participantes, pero cabe recalcar que investigaciones más pequeñas se han podido revisar con importantes hallazgos como la de Gonzalez (23) que con sólo 21 participantes encontró importantes datos sobre las reacciones adversas. También se revisaron estudios con mucha mayor población como el estudio de Asto (24) realizado en Trujillo y el de Recalde Mello (15) en Paraguay con más de 400 participantes.

La relación entre el nivel de conocimiento sobre la hipertensión arterial y la adherencia al tratamiento en adultos mayores ha sido ampliamente debatida en la literatura científica. En nuestro estudio, si bien se identificó que el 58,4% de los pacientes tenían un conocimiento adecuado sobre su enfermedad y el 41,6% un conocimiento bajo, no se encontró una asociación estadísticamente significativa entre estas variables ($p = 0,383$). Este hallazgo coincide con lo reportado por Marrufo Gil (16), quienes tampoco identificaron una relación significativa entre estas variables. Sin embargo, Soplopucó Díaz (17) encontró una relación significativa entre el desconocimiento de la HTA y la no adherencia, lo que sugiere que este vínculo puede estar influenciado por distintos factores contextuales y poblacionales.

El nivel de conocimiento de la enfermedad juega un papel fundamental en la adherencia terapéutica (12). Según diversos estudios, la educación en salud contribuye a la mejora de la adherencia al tratamiento farmacológico, ya que permite a los pacientes comprender mejor la importancia de seguir adecuadamente las indicaciones médicas (17). Sin embargo, en el caso de los adultos mayores, la

adherencia terapéutica es multifactorial y puede verse influenciada por variables como la edad, el nivel educativo, la presencia de comorbilidades, el número de fármacos prescritos y el apoyo familiar. Es por ello que, aunque el conocimiento adecuado de la enfermedad podría considerarse un factor determinante en la adherencia al tratamiento, su impacto real puede diluirse en función de otras variables que condicionan el comportamiento del paciente (24).

En cuanto a la adherencia terapéutica, en nuestra investigación se observó que ningún paciente logró buena adherencia al tratamiento, 61,8% presentaron adherencia media, y el resto 38,2% de adultos mayores hipertensos presentaron baja adherencia al tratamiento. Este resultado es comparable con los hallazgos de Asto (24), quien reportó una baja adherencia del 61% en su población de estudio. Asimismo, Laqui Quispe (20) identificó que solo el 8% de los pacientes tenían una buena adherencia al tratamiento, lo que resalta la magnitud del problema en esta población. La baja adherencia al tratamiento antihipertensivo es un problema recurrente en la población adulta mayor y ha sido identificada como una de las principales barreras para el control adecuado de la enfermedad. Diferentes estudios han demostrado que la falta de adherencia puede aumentar el riesgo de complicaciones cardiovasculares, hospitalización y mortalidad prematura, lo que refuerza la necesidad de diseñar estrategias efectivas para mejorar el cumplimiento terapéutico en este grupo poblacional.

Respecto a las características sociodemográficas, se identificó una asociación significativa entre el sexo y la adherencia al tratamiento ($p = 0,013$), siendo las mujeres más adherentes que los hombres. Este resultado es consistente con lo reportado por Ascarza (21) y Asto (24), quienes también encontraron una mayor adherencia en el sexo femenino. Se ha sugerido que las mujeres suelen tener una mayor percepción de la gravedad de la enfermedad y una mayor predisposición a seguir indicaciones médicas, lo que podría explicar su mejor adherencia. En contraste, algunos estudios han reportado que los hombres tienden a presentar una

menor adherencia debido a factores como la autosuficiencia, la percepción errónea de bienestar y la falta de hábitos de autocuidado (18,19). Sin embargo, es importante considerar que la adherencia al tratamiento no depende únicamente del sexo, sino también de factores sociales, psicológicos y económicos que pueden influir en el comportamiento de los pacientes.

En relación a las demás variables, nuestro estudio arroja como resultados predominantes el estado civil casado o conviviente con 39,3%, el grado de instrucción de nivel primario con 56,2%, y la ocupación jubilados con 61,8%, todos ellos sin asociación significativa con la adherencia al tratamiento, lo que concuerda con estudios previos (16,17,18) que sugieren nuevamente que la adherencia es un fenómeno multifactorial influenciado por diversas barreras individuales y del sistema de salud. En este sentido, es importante destacar que, si bien el nivel educativo ha sido identificado en algunos estudios como un factor que influye en la adherencia, en nuestro análisis no se encontró una relación significativa. Esto puede deberse a que el conocimiento sobre la enfermedad no siempre se traduce en cambios de conducta, especialmente en pacientes mayores que pueden enfrentar barreras cognitivas o emocionales o de otra naturaleza para el cumplimiento del tratamiento.

Por otro lado, se evidenció que la mayoría con un 67,4% logró la calificación de paciente controlado, sin embargo, un importante 32,6% de los pacientes adultos mayores hipertensos no lograban esta meta, lo que redundaba en la importancia de estrategias integrales para mejorar el cumplimiento terapéutico y así acercarnos cada vez un poco más al objetivo que ronde el total de pacientes controlados. En ese sentido, Recalde Mello (15) señaló que el olvido de la medicación, la toma irregular y la suspensión del tratamiento por percepción de bienestar o efectos adversos son factores clave en la falta de adherencia, mismos motivos que también hemos detectado en la población adulta mayor entrevistada durante la ejecución de nuestro estudio.

En nuestro estudio, aunque no se encontró asociación significativa entre el régimen terapéutico y la adherencia, se observó una tendencia en la que los pacientes con monoterapia tenían una mayor proporción de adherencia baja en comparación con aquellos que recibían combinación de dos fármacos, siendo esta última la que mejor porcentaje de adherencia presentaba entre todas. Este hallazgo podría deberse a que, siendo la terapia combinada en adultos mayores más efectiva que la monoterapia en cuanto al control de los niveles altos de presión arterial, los pacientes al evidenciar buenos resultados deciden seguir las indicaciones médicas y por tanto presentan mejor adherencia; sin embargo, se deben evaluar estrategias que optimicen la adherencia independientemente del esquema terapéutico adoptado, y así no comprometer su eficacia. La simplificación del régimen terapéutico con el uso de combinaciones de dosis fijas y la educación continua sobre la importancia del cumplimiento del tratamiento podrían ser estrategias clave para mejorar la adherencia en esta población.

Finalmente, en cuanto al nivel de conocimiento, no mostró asociación estadísticamente significativa con el régimen terapéutico ni con ninguna variable sociodemográfica como son sexo, estado civil, grado de instrucción y ocupación, lo que indica que otros factores pueden estar influyendo en la adquisición y aplicación del conocimiento en la práctica diaria de los pacientes adultos mayores que participaron en nuestro estudio. Esto una vez más refuerza la necesidad de intervenciones educativas personalizadas y el uso de estrategias multidisciplinarias que no solo fomenten el conocimiento, sino que también aborden barreras individuales, cognitivas y estructurales que impactan en la adherencia de los adultos mayores hipertensos.

CONCLUSIONES

1. Ninguno de los pacientes participantes, adultos mayores hipertensos atendidos en el Centro de Salud La Esperanza de Tacna en el año 2023, tuvo alta adherencia al tratamiento, la mayoría con 61,8% calificó como adherencia media.
2. El 58,4% de los participantes calificaron como adecuado nivel de conocimiento de la enfermedad.
3. La media de edad de los participantes fue de 73,3 años con desviación estándar de 6,69 años; el 66,3% eran de sexo femenino; el 39,3% tenían estado civil casado/conviviente; el 93,3% vivían dentro del distrito Alto de la Alianza; el grado de instrucción prevalente fue nivel primario con 56,2%; y 61,8% eran de ocupación jubilados.
4. La mayoría recibía monoterapia con 47,2%; el 73% tomaban su medicación de dos a más veces al día; 69,7% refirió no presentar reacciones adversas a sus medicamentos; sólo 7,9% de los pacientes refirió que esperaban menos de 30 minutos para su consulta y el resto esperaban más tiempo; 75,3% acudían a su consulta sin acompañante; el 74,2% sí lograban conseguir cupo para la consulta de control para el día de su cita; y el 68,5% si acudía puntualmente a su control mensual.
5. La adherencia al tratamiento, el nivel de conocimiento de la enfermedad, y el logro de la meta terapéutica “paciente controlado” en los pacientes adultos mayores entrevistados, no lograron relación o asociación estadísticamente significativa.
6. 67,4% de los participantes lograron la condición de “paciente controlado”.

RECOMENDACIONES

1. Promover el uso de terapias combinadas en una sola pastilla, uso de pastilleros por parte de los pacientes o entrega de medicamentos en sobres rotulados en farmacia, recomendar a los familiares o cuidadores en casa a realizar el conteo de tabletas sobrantes al finalizar el mes para monitorear el cumplimiento del tratamiento.
2. Proporcionar una vez al mes sesiones educativas breves en sala de espera; transmitir videos cortos y subtitulados, con temas centrados en evitar el abandono del tratamiento por falsa percepción de bienestar físico y prevenir las complicaciones; uso correcto del tensiómetro digital en casa, entre otros.
3. Realizar nuevos estudios en la población de adultos mayores hipertensos, que abarquen mayor número de participantes y que apliquen instrumentos distintos a los usados en nuestro estudio, con la finalidad de contrastar y /o complementar nuestros resultados.
4. Elaborar un diagnóstico y plan de mejora del sistema de trabajo actual de las áreas de admisión y triaje. Trabajar con un padrón de contactos de familiares directos o cuidadores, convocarlos a sesiones periódicas informativas y motivadoras, hacerles entrega de copias de recetas y planes de cuidado en casa. Asimismo, trabajar con agentes comunitarios para apoyo en el acompañamiento del paciente que siempre acude solo.
5. Implementar equipos de trabajo que se encarguen del monitoreo trimestral del nivel de conocimiento, de la adherencia al tratamiento y de su influencia en el control de la hipertensión arterial de los adultos mayores, para así identificar deficiencias educativas y plantear estrategias de intervención.
6. Brindar educación permanente dentro de la consulta médica, seguir realizando campañas de atención integral periódicas, reforzar la motivación del paciente y familiar en los demás consultorios y áreas como psicología, enfermería, nutrición y farmacia.

BIBLIOGRAFÍA

1. Hipertensión arterial - adultos: MedlinePlus enciclopedia médica [Internet]. Disponible en: <https://medlineplus.gov/spanish/ency/article/000468.htm>
2. Herrera-Añazco P, Pacheco-Mendoza J, Valenzuela-Rodríguez G, Málaga G. Autoconocimiento, adherencia al tratamiento y control de la hipertensión arterial en el Perú: una revisión narrativa. Rev Peru Med Exp Salud Publica [Internet]. 2017;34(3):497-504. Disponible en: http://www.scielo.org.pe/scielo.php?script=sci_abstract&pid=S1726-46342017000300017&lng=es&nrm=iso&tlng=es
3. Ramos M. Hipertensión arterial: novedades de las guías 2018. Rev Urug Cardio. 2019; 34(1). Disponible en: <http://www.scielo.edu.uy/pdf/ruc/v34n1/1688-0420-ruc-34-01-131.pdf>
4. Health Organization World. Información general sobre la HTA en el Mundo. Organización Mundial de la Salud. 2014. Disponible en: https://www.who.int/cardiovascular_diseases/publications/global_brief_hypertension/es/.
5. OMS. Enfermedad pulmonar obstructiva crónica (EPOC) [Internet]. Organización Mundial de la Salud. 2017. Disponible en: [https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/cardiovascular-diseases-\(cvds\)](https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/cardiovascular-diseases-(cvds))
6. Vega Angarita O, González Escobar D. Apoyo social: elemento clave en el afrontamiento de la enfermedad crónica. 2009;1(16):23-32. Disponible en: http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1695-61412009000200021
7. Organización Mundial de la Salud. El incumplimiento del tratamiento prescrito para las enfermedades crónicas es un problema mundial de gran envergadura [Internet]. OMS. 2003. Disponible en: <https://www.who.int/mediacentre/news/releases/2003/pr54/es/>

8. Chacón K, Orellana D, Julia Marcela Q. Prevalencia de hipertensión, falta de adherencia al tratamiento antihipertensivo y factores asociados, en pacientes mayores de 40 años, internados en el servicio de clínica de los Hospitales José Carrasco Arteaga y Vicente Corral Moscoso, Cuenca 2013. Universidad de Cuenca; 2014. Disponible en: <https://dspace.ucuenca.edu.ec/bitstream/123456789/19902/1/Tesis.pdf>
9. Poblete F, Barticevic N, Sapag C, Tapia P, Valdés C, Bustamante C, et al. [Apoyo social, salud auto-calificada, adherencia al tratamiento y efectividad en pacientes con diabetes tipo II e hipertensión]. Rev Med Chil [Internet]. 1 de diciembre de 2018 [citado 11 de mayo de 2020];146(10):1135-42. Disponible en: <https://europepmc.org/article/med/30724976>
10. Méndez MJM. Análisis de la Satisfacción Vital, Salud y Apoyo Social en Pacientes con Hipertensión Arterial. Rev Psicol Salud. 2016;4(1):24-59.
11. DeCS Server – Adherencia al tratamiento. Disponible en: <https://decses.bvsalud.org/cgi-bin/wxis1660.exe/decsserver/>
12. DeCS Server – Conocimiento de la enfermedad. Disponible en: <https://decses.bvsalud.org/cgi-bin/wxis1660.exe/decsserver/>
13. DeCS Server – Hipertensión arterial. Disponible en: <https://decses.bvsalud.org/cgi-bin/wxis1660.exe/decsserver/>
14. DeCS Server – Metas en hipertensión arterial. Disponible en: <https://decses.bvsalud.org/cgi-bin/wxis1660.exe/decsserver/>
15. Recalde Mello Laura, Argüello Batista Veridiana, Báez Morínigo Paula Elena, et al. Adherencia al tratamiento y nivel de conocimiento en adultos con hipertensión arterial, Asunción 2022. Rev. virtual Soc. Párrafo. Medicina. En t. [Internet]. marzo de 2023 [consultado el 21 de febrero de 2024]; 10(1): 11-19. Disponible en: http://scielo.iics.una.py/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S2312-38932023000100011&lng=en.
16. Marrufo-Gil J, Saavedra-Camacho J, Santisteban-Salazar N, Iglesias-Osores S. Nivel de conocimientos sobre hipertensión arterial y adherencia al tratamiento en pacientes hipertensos de un hospital de la selva peruana. Universidad Médica

- Pinareña [revista en Internet]. 2023 [citado 21 Feb 2024]; 19 Disponible en: <https://revgaleno.sld.cu/index.php/ump/article/view/900>
17. Soplopucó Díaz M, Tejada Peché C. Asociación entre conocimiento sobre hipertensión arterial y adherencia al tratamiento en pacientes hipertensos de centros de salud, Lambayeque 2021 [Internet]. Universidad Nacional Pedro Ruiz Gallo; 2021 [consultado el 22 de febrero del 2024]. Disponible en: <https://repositorio.unprg.edu.pe/handle/20.500.12893/9222>
 18. Salinas K. Relación entre el nivel de conocimiento sobre hipertensión arterial y la adherencia al tratamiento. Hospital Belén de Trujillo, 2021 [Internet]. Universidad César Vallejo; 2021 [consultado el 22 de febrero del 2024]. Disponible en: <https://repositorio.ucv.edu.pe/handle/20.500.12692/87529>
 19. Alejos García ML, Maco Pinto JM. Nivel de conocimiento sobre hipertensión arterial en pacientes hipertensos. 2017 [citado el 22 de febrero del 2024]. Disponible en: <https://repositorio.upch.edu.pe/handle/20.500.12866/1007>
 20. Quispe L, Xiomara Y. Factores asociados a la adherencia al tratamiento antihipertensivo en el paciente adulto y adulto mayor del hospital Ilo 2018. Universidad José Carlos Mariátegui; 2020.
 21. Ascarza, F. Factores asociados a la no adherencia al tratamiento farmacológico antihipertensivo en pacientes adultos mayores en un hospital de Lima, septiembre – noviembre 2018 [Internet]. Universidad Ricardo Palma; 2019 [citado el 29 de diciembre de 2023]. Disponible en: <https://repositorio.urp.edu.pe/handle/20.500.14138/1725>
 22. Moreno Juste A, Gimeno Miguel A, Poblador Plou B, González Rubio F, Aza Pascual-Salcedo MM, Menditto E, et al. Adherencia al tratamiento de hipertensión arterial, hipercolesterolemia y diabetes en población anciana de una cohorte española. Med Clínica. julio de 2019;153(1):1-5.
 23. González BY, Cardoso AE, Carbonell NA. Adherencia terapéutica antihipertensiva en adultos mayores. RIC [Internet]. 2019 [consultado el 29 de diciembre de 2023];98(2):146–56. Disponible en:

<https://www.medigraphic.com/cgi-bin/new/resumen.cgi?IDARTICULO=88087>

24. Asto R. Factores sociodemográficos y terapéuticos asociados a la baja adherencia al tratamiento antihipertensivo en adultos. 2020 [citado el 29 de diciembre 2023]; Disponible en: <https://dspace.unitru.edu.pe/items/e2e878fc-05f2-4013-a1f3-aeb8b066c33f>
25. Garcés Ortega J, Quillupangui Ramón SM, Delgado Astudillo EP, Sarmiento Ávila SA, Vásquez SXS, García Solórzano GA, et al. Adherencia al tratamiento de la hipertensión arterial en adultos mayores. RLH [Internet]. 2020 [consultado el 29 de diciembre de 2023];15(5). Disponible en: http://saber.ucv.ve/ojs/index.php/rev_lh/article/view/22373
26. Real Delor Raúl et al. Adherencia al tratamiento antihipertensivo en adultos de Unidades de Salud Familiar del Paraguay: estudio multicéntrico. Rev. salud publica Párrafo. [Internet]. 2021 diciembre [citado el 29 de diciembre de 2023]; 11(2): 35-41. Disponible en: http://scielo.iics.una.py/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S2307-33492021000200035&lng=en.
27. OMS | Preguntas y respuestas sobre la hipertensión [Internet]. WHO. Disponible en: <http://www.who.int/features/qa/82/es/>
28. Tagle R. Diagnóstico de Hipertensión Arterial. Rev médica Clín Las Condes [Internet]. 2018;29(1):12–20. Disponible en: <https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0716864018300099>
29. Unger T, et al. Guías de práctica clínica mundial sobre Hipertensión de la Sociedad Internacional de Hipertensión. [Internet]. 2020;75(6):1334-1357. Disponible en: <https://www.ahajournals.org/doi/10.1161/HYPERTENSIONAHA.120.15026>.
30. Kowalski S, et al. "Síntomas en pacientes hipertensos que acuden al servicio de urgencias médicas: un análisis retrospectivo completo en entornos clínicos". J Clin Med. 2023;12(17):5495
31. Williams B, et al. Guía ESC/ESH 2018 sobre el diagnóstico y tratamiento de la hipertensión arterial. Rev Esp Cardiol. 2019;72(2):160.e1-160.e78

32. Whelton PK, et al. 2017 ACC/AHA Guía para la prevención, detección, evaluación y manejo de la presión arterial alta en adultos: un informe del Grupo de Trabajo sobre Guías de Práctica Clínica del Colegio Americano de Cardiología/Asociación Americana del Corazón. Hipertensión. 2018 Jun;71(6):e13-e115
33. Terapia combinada para el tratamiento de la hipertensión arterial - Sociedad Española de Cardiología [Internet]. Disponible en: <https://secardiologia.es/clinica/publicaciones/actualidad-cardiologia-clinica/octubre-2017/9086-terapia-combinada-para-el-tratamiento-de-la-hipertension-arterial>
34. Sosa-Rosado JM. Tratamiento no farmacológico de la hipertensión arterial. An Fac med [Internet]. 2010;71(4):241. Disponible en: <http://www.scielo.org.pe/pdf/afm/v71n4/a06v71n4>
35. López-Romero LA, Romero-Guevara SL, Parra DI, Rojas-Sánchez lz. Adherencia al tratamiento: concepto y medición. Redalyc [Internet]. 2016;1(21):117-37. Disponible en: <https://www.redalyc.org/pdf/3091/309146733010.pdf>
36. Nieto Betancurt L, Pelayo Pedraza R. Revisión del concepto de adherencia al tratamiento y los factores asociados a ésta, como objeto de la psicología de la salud. Revista Académica e Institucion. 2009;(85):61-75.
37. Salinas Cruz E, Nava Galán G. Adherencia terapéutica. Enf Neurol. 2012;11(2):102-4.
38. Pagés-Puigdemont N, Valverde-Merino MI. Métodos para medir la adherencia terapéutica. Ars Pharm. 2018;3(59):163-72. DOI: <http://dx.doi.org/10.30827/ars.v59i3.7387>.
39. Valencia-Monsalvez F, Mendoza-Parra S, Luengo-Machuca L. Evaluación de la escala Morisky de adherencia a la medicación (MMAS-8) en adultos mayores de un centro de atención primaria en Chile. Rev Peru Med Exp Salud Pública. abril de 2017;34(2):245-9.

40. Morisky DE, Ang A, Krousel-Wood M, Ward HJ. Predictive validity of a medication adherence measure in an outpatient setting. *J Clin Hypertens* (Greenwich). 2008 May;10(5):348-54. doi: 10.1111/j.1751-7176.2008.07572.x.
41. Instituto Nacional de Salud (Perú). Guía de práctica clínica para la prevención, diagnóstico y tratamiento de la hipertensión arterial en adultos. Lima: mayo del 2026. Serie de Guías de Práctica Clínica N° 01-2026. Disponible en: <https://www.gob.pe/institucion/ins/noticias/1401238-ins-presento-la-nueva-guia-de-practica-clinica-para-la-prevencion-diagnostico-y-tratamiento-de-la-hipertension-arterial-en-adultos>.
42. MINSA 2020. Componente de prevención y control de daños no transmisibles 2020. Disponible en: <https://diresamdd.gob.pe/doc/ManualesHis/manualesHIS/Manuales-Actualizados-2021/Manual-HIS-Componentes-Prevencion-No-transmisibles-2020-23-02-2021.pdf>
43. National Institute for health and care excellence (NICE). Guías NICE NG136. Disponible en: <https://www.nice.org.uk/guidance/ng136>
44. Guía AHA 2025: 2025 AHA/ACC Guideline for the Prevention, Detection, Evaluation, and Management of High Blood Pressure in Adults. Disponible en : https://professional-heart-org.translate.goog/en/science-news/2025-high-blood-pressure-guideline?_x_tr_sl=en&_x_tr_tl=es&_x_tr_hl=es&_x_tr_pto=tc
45. Guía ESC 2024: Guidelines for the management of elevated blood pressure and hypertension. Disponible en: <https://secardiologia.es/publicaciones/catalogo/guias/15503-guia-esc-2024-sobre-el-manejo-de-la-presion-arterial-elevada-y-la-hipertension>

ANEXOS

ANEXO N°01: CUESTIONARIO MORISKY – GREEN

Preguntas	Opciones de respuesta	
1. ¿Se le olvida alguna vez tomar la medicina para su hipertensión arterial?	Si = 0	No = 1
2. A algunas personas se les pasa tomarse sus medicinas por otras razones y no un simple olvido. Si recuerda las últimas dos semanas, ¿hubo algún día en el que se le olvidó tomar la medicina para su hipertensión arterial?	Si = 0	No = 1
3. ¿Alguna vez ha reducido la dosis o directamente dejado de tomar la medicina sin decírselo a su médico porque se sentía peor al tomarla?	Si = 0	No = 1
4. Cuando viaja o está fuera del hogar, ¿se le olvida llevar la medicina para su hipertensión arterial alguna vez?	Si = 0	No = 1
5. ¿Tomó la medicina para su hipertensión arterial ayer?	Si = 0	No = 1
6. Cuando siente que su hipertensión arterial está bajo control, ¿deja a veces de tomar su medicina?	Si = 0	No = 1
7. Tomar medicamentos cada día puede ser un problema para muchas personas. ¿Se siente alguna vez presionado por seguir el tratamiento médico para su hipertensión arterial?	Si = 0	No = 1
8. ¿Con qué frecuencia tiene dificultades para recordar tomar sus medicinas?	Nunca/ Casi nunca Rara vez Algunas veces Habitualmente Siempre	1 0,75 0,5 0,25 0
PUNTUACION TOTAL	8 puntos 6 a < 8 puntos < 6 puntos	
Adherencia Alta Adherencia Media Adherencia Baja		

ANEXO N°02: TEST DE BATALLA

Preguntas
¿Es la hipertensión arterial una enfermedad para toda la vida?
¿Se puede controlar con dieta y medicación?
Cite dos o más órganos que pueden dañarse por tener la presión arterial elevada

ANEXO N°03: FICHA DE RECOLECCIÓN DE DATOS

Edad:	Sexo: M () / F ()	Estado civil: Soltero () / Casado o Conviviente () Divorciado o Separado () / Viudo ()	
Lugar de residencia	Cercado () Gregorio Albarracín () Alto de la Alianza () Ciudad Nueva () / Otro: _____		
Grado de instrucción	Analfabeto	Primaria	Secundaria Superior
Ocupación	Trabajador dependiente	Trabajador independiente	Jubilado
Tipo de terapia	Monoterapia	Terapia combinada con dos medicamentos	Terapia combinada con tres medicamentos
Frecuencia de medicación	Una vez al día		Dos o más veces al día
Reacciones adversas:			
GI	CV	Dérmicas	
Tiempo de espera	Menos de 30 min	Entre 30 min a 1 hora	Más de 1 hora
Acude con acompañante	No		Si
Consiguió cita para el día del control	No		Si
Acude a su control puntualmente	No		Si
Comorbilidades:			
DM2	Dislipidemia	IC	Asma
EPOC	Artrosis	Dolor musculoesquelético	Otros:

**ANEXO N°04: CONSENTIMIENTO INFORMADO DE
PARTICIPACIÓN**

Título del estudio	RELACIÓN ENTRE ADHERENCIA AL TRATAMIENTO Y NIVEL DE CONOCIMIENTO DE LA ENFERMEDAD EN ADULTOS MAYORES HIPERTENSOS ATENDIDOS EN EL CENTRO DE SALUD LA ESPERANZA DE TACNA, AÑO 2023.
Investigador principal	Bach. Eva Julia Rojas Apaza
Asesor(es)	Dr. Gerson Roberto Gómez Zapana

Objetivo y propósito del estudio:

Determinar la relación entre la adherencia al tratamiento y el nivel de conocimiento de la enfermedad en los adultos mayores hipertensos atendidos en el Centro de Salud La Esperanza de Tacna en el año 2023.

Estimado participante,

A usted se le está invitando a participar del presente estudio que tiene por propósito evaluar la adherencia al tratamiento y el nivel de conocimiento de la enfermedad en adultos mayores hipertensos atendidos en el Centro de Salud La Esperanza durante el año 2023. Este estudio se desarrolla como parte de los requisitos para la obtención del título profesional de Médico Cirujano y es desarrollado bajo la dirección de Dr. Gerson Roberto Gómez Zapana, docente adscrito a la Facultad de Ciencias de la Salud de la Universidad Privada de Tacna.

En el presente documento usted encontrará información relacionada a: los procedimientos que se relacionan con la investigación, los riesgos y/o beneficios, entre otros aspectos que le permitirán decidir si participa o no. Lea detenidamente este documento y siéntase usted con la libertad de hacer las preguntas que considere necesarias.

Si usted decide participar del estudio, deberá colocar su nombre y firma. Además, se le entregará una copia firmada y fechada.

Procedimientos:

Si usted está de acuerdo con participar de este estudio, los procedimientos que requieren de su colaboración son los siguientes:

1. Llenado de un cuestionario sobre adherencia al tratamiento, el cual será supervisado por el investigador.
2. Preguntas de filiación y enfermedades subyacentes, el cual será supervisado por el investigador.

Riesgos:

Esta investigación no representa ningún riesgo para el participante, ya que se centra en evaluaciones mediante técnicas no invasivas como lo son el llenado de encuestas y/o cuestionarios.

Beneficios:

Usted se beneficiará de los resultados, ya que estos serán informados a los médicos a cargo de su evaluación y tratamiento para que puedan direccionar de una manera más específica su terapia no farmacológica.

Costo por participación y compensación económica:

Su participación en este estudio no deriva en gastos o costos relacionados. Igualmente, por su participación no recibirá ningún incentivo económico ni de otra índole distinta a los beneficios previamente explicados.

Confidencialidad:

El investigador principal y el asesor guardarán la información obtenida de su participación en este estudio. Es necesario mencionar que su participación será debidamente codificada y en ningún caso se registrarán con nombre. Si los resultados de este estudio se llegaran a publicar en una revista, no se mostrará ninguna información que permita su identificación como participante del estudio.

Derechos del participante:

Si usted decide participar de este estudio, podrá retirarse en cualquier momento y/o no participar de alguna parte del mismo. Por lo cual deberá informar su decisión al investigador principal de

manera oportuna. Si tiene alguna duda adicional, podrá ponerse en contacto con el investigador principal Bach. Eva Julia Rojas Apaza llamando al teléfono 971534808.

Para contactar con el asesor de este estudio, comuníquese con Dr. Gerson Roberto Gómez Zapana, escribiendo al siguiente correo electrónico: gersong21@hotmail.com

Comité de ética:

Si durante el desarrollo de la investigación tiene preguntas sobre los aspectos éticos del estudio, podrá contactar el Comité de Ética de la Facultad de Ciencias de la Salud a través del siguiente correo electrónico: cei_facsa@upt.pe

DECLARACIÓN Y/O CONSENTIMIENTO DE PARTICIPACIÓN

Acepto voluntariamente la participación en el estudio **RELACIÓN ENTRE ADHERENCIA AL TRATAMIENTO Y NIVEL DE CONOCIMIENTO DE LA ENFERMEDAD EN ADULTOS MAYORES HIPERTENSOS ATENDIDOS EN EL CENTRO DE SALUD LA ESPERANZA DE TACNA, AÑO 2023.** dirigido por el investigador principal Bach. Eva Julia Rojas Apaza. Por otro lado, entiendo que puedo retirarme del estudio en cualquier momento que considere apropiado.

Nombre y Apellidos del participante

Fecha y hora

Nombre y apellido del investigador

Fecha y hora