Artículos originales

Caracterización de pacientes con hipertensión arterial no controlada en relación con la adherencia al tratamiento

Characterization of Patients with Uncontrolled Arterial Hypertension in Relation to Adherence to Treatment

Yadelaicy Ochoa González[1] Yoenny Peña García[2] Joanne Mola Vega[1]

[1] Filial de Ciencias Médicas, Puerto Padre, Las Tunas, Cuba
[2] Centro Municipal de Higiene, Epidemiología y Microbiología, Puerto Padre, Las Tunas, Cuba

Cómo citar este artículo:
Ochoa-González Y, Peña-García Y, Mola-Vega J. Caracterización de pacientes con hipertensión arterial no controlada en relación con la adherencia al tratamiento. **Revista Finlay** [revista en Internet]. 2022 [citado 2026 Nov 12]; 12(3):[aprox. 9 p.]. Disponible en: https://revfinlay.sld.cu/index.php/finlay/article/view/1184

Resumen

Fundamento: el tratamiento y control de la hipertensión arterial han mejorado en los últimos años, pero la adherencia al tratamiento sigue siendo deficiente.
Objetivo: caracterizar a los pacientes con hipertensión arterial no controlada, en relación con la adherencia al tratamiento, en un consultorio del médico de la familia en Puerto Padre, Las Tunas.
Métodos: se realizó un estudio descriptivo de corte transversal, en el consultorio #2 de un área de salud del municipio Puerto Padre, provincia Las Tunas, en abril del 2022. La población en estudio estuvo constituida por 232 hipertensos, y la muestra, por 86 pacientes con hipertensión arterial no controlada. Las variables analizadas fueron: edad, sexo, nivel de escolaridad, ocupación, per cápita familiar, factores de riesgo psicosociales, tiempo de evolución de la enfermedad, tiempo y adherencia al tratamiento. Para la obtención de la información se diseñó un cuestionario para entrevista, en el que se incluyeron las preguntas del Test de Morisky-Green. Para el análisis se utilizaron frecuencias absolutas y porcentajes.
Resultados: predominó el sexo femenino (62,8 %) y los mayores de 50 años (67,4 %), el nivel de escolaridad preuniversitario o técnico medio (39,5 %), el 30,2 % eran trabajadores y un 24,4 % eran jubilados. En los factores de riesgo psicosociales prevaleció el estrés (70,9 %). De los pacientes 21 (24,4 %), llevaban entre 8 y 11 años y más de 15 años de diagnóstico y el 27,9 % más de 15 años con tratamiento. El 69,8 % no estaba adherido al tratamiento de la hipertensión arterial.
Conclusiones: prevalecieron las mujeres, los mayores de 50 años y los factores psicosociales como el estrés, la ansiedad y depresión, en su mayoría con más de 15 años de diagnóstico y tratamiento. Predominaron los casos de pacientes no adheridos al tratamiento antihipertensivo.

Palabras clave: hipertensión arterial, adherencia al tratamiento, factores de riesgo

Abstract

Background: the treatment and control of hypertension have improved in recent years, but adherence to treatment is still poor.
Objective: to characterize patients with uncontrolled hypertension, in relation to adherence to treatment, in a family doctor's office in Puerto Padre, Las Tunas.
Methods: a descriptive cross-sectional study was carried out in office 2 of a Health Area in the Puerto Padre municipality, Las Tunas province, in April 2022. The study population consisted of 232 hypertensive patients, and the sample, by 86 patients with uncontrolled arterial hypertension. The variables analyzed were: age, sex, level of education, occupation, per capita family, psychosocial risk factors, time of evolution of the disease, time and adherence to treatment. To obtain the information, an interview questionnaire was designed, in which the Morisky-Green Test questions were included. Absolute frequencies and percentages were used for the analysis.
Results: the female sex prevailed (62.8 %) and those over 50 years old (67.4 %), the level of pre-university or medium technical education (39.5 %), 30.2 % were workers and 24.4 % were retired. In the psychosocial risk factors, stress prevailed (70.9 %). Of the patients, 21 (24.4 %) had been diagnosed for between 8 and 11 years and more than 15 years, and 27.9 % had received treatment for more than 15 years. 69.8 % do not have adherence to the treatment of arterial hypertension.
Conclusions: women, those over 50 years of age and psychosocial factors such as stress, anxiety and depression prevailed, mostly with more than 15 years of diagnosis and treatment. Cases of patients not adhering to antihypertensive treatment predominated.

Key words: arterial hypertension, adherence to treatment, risk factor's

Recibido: 2022-06-08 20:38:11
Aprobado: 2022-09-10 22:23:20

Correspondencia: Yadelaicy Ochoa González. Filial de Ciencias Médicas Puerto Padre. Las Tunas. yadelaicyochoa@gmail.com

INTRODUCCIÓN

En la segunda mitad del siglo XX, junto a los avances en las ciencias biomédicas, surge el dilema de la cumplimentación del tratamiento por parte del paciente, ya que se disponía de fármacos eficaces contra las enfermedades crónicas más prevalentes como la hipertensión o la diabetes, sin embargo, el grado de control sobre estos padecimientos era bastante escaso, de lo que cabía deducir que el grado de cumplimiento terapéutico era muy deficiente.[1]

La Organización Mundial de la Salud (OMS) definió el término adherencia como "el grado en el que la conducta de un paciente, en relación con la toma de medicación, el seguimiento de una dieta o la modificación de hábitos de vida se corresponde con las recomendaciones acordadas con el profesional sanitario".[2] Es decir, la adherencia farmacológica se da cuando los pacientes toman los medicamentos prescritos, esto incluye la dosificación, frecuencia y duración del tratamiento.

La adherencia es un término para el cual se han empleado otros vocablos como: adhesión, cumplimiento, observancia, adaptabilidad y alianza terapéutica.[1]

El cumplimiento describe el grado en que un paciente sigue correctamente un consejo médico. En definitiva, es sinónimo del término anterior, pero la adherencia supone una relación médico-paciente y el cumplimiento únicamente tiene que ver con que el paciente siga las órdenes de su médico.[1,2]

Conocer el grado de adherencia de un colectivo de enfermos es importante, pero aún lo es más el identificar el individuo mal cumplidor y los factores implicados. Es responsabilidad de los profesionales de la salud articular herramientas de información y conexión para ofrecer cuidados continuados e integrales que favorezcan la adhesión a los tratamientos médicos. El esfuerzo no debe dirigirse exclusivamente a la disminución o abolición de los síntomas mediante un tratamiento farmacológico, sino que debe buscar la capacitación de los pacientes en la realización de los cuidados que faciliten la adherencia terapéutica del enfermo y su familia en su ámbito natural.[1]

La hipertensión arterial (HTA) es el principal factor de riesgo para el desarrollo de enfermedad cardiovascular y cerebrovascular. Como consecuencia, la *World Heart Federation* ha emprendido una iniciativa para mejorar la tasa de control de la HTA a nivel mundial en un 25 % para el 2025.[3,4]

El tratamiento y el control de la HTA han mejorado en los últimos años, aunque estos aún son deficientes y muy por debajo del promedio de los países de altos ingresos y otros países latinoamericanos. La adherencia al tratamiento en HTA, según la información disponible, es también deficiente.[3]

Como todas las afecciones crónicas, la hipertensión, requiere de tratamiento para toda la vida, sin embargo, las evidencias científicas demuestran las dificultades que presentan los pacientes hipertensos con la adherencia a estos tratamientos. Las investigaciones sobre adherencia terapéutica e hipertensión arterial ofrecen resultados pocos alentadores. Algunos estudios confirman que la cifra de pacientes no cumplidores alcanza cerca del 40 % para el tratamiento médico farmacológico y entre el 60 y el 90 % para el tratamiento médico no farmacológico, que abarca las medidas higiénicas, dietéticas y la práctica de ejercicios físicos, entre otros aspectos.[4]

Se ha descrito que la adherencia al tratamiento está asociada a la alfabetización en salud, en especial en enfermedades cardiovasculares. Esto significaría que, al mejorar la alfabetización en salud, los pacientes lograrán comprender mejor la prescripción médica y estarán más dispuestos a cambiar sus estilos de vida. Asimismo, se describe que la alfabetización en salud sería un fuerte predictor de adherencia al tratamiento en personas adultas mayores con enfermedades crónicas porque empodera a los pacientes en la toma de mejores decisiones sobre su salud y evita complicaciones relacionadas con sus enfermedades.[5]

Algunos estudios han revelado que entre un 60 y un 65 % de los pacientes hipertensos no controlan adecuadamente sus cifras de presión arterial y una de las principales causas es el incumplimiento terapéutico. La HTA exige la adherencia de los pacientes al tratamiento de una manera permanente y sistemática para su control.[6]

En Cuba, los últimos estudios en población adulta señalan una prevalencia entre el 33 y el 40 % de pacientes hipertensos, se reporta una prevalencia de la hipertensión arterial de 219,4

hipertensos por cada 1000 habitantes y son Matanzas y La Habana las provincias de mayor prevalencia, con cifras incluso superiores a las del resto del país: 256,7 y 252,1 hipertensos por cada 1000 habitantes, respectivamente.[7]

La falta de adherencia a los tratamientos de padecimientos crónicos es un problema universal y real que compromete la efectividad de dichos tratamientos y se traduce en peores resultados para la salud, con un impacto negativo en el gasto sanitario. Según la OMS, se estima que la adherencia media a tratamientos crónicos en países desarrollados ronda el 50 %; aunque si no se mide la adherencia de forma continuada, se desconoce la magnitud real del problema en el futuro.[7]

Para el control de la HTA es necesario que los pacientes se adhieran a las recomendaciones farmacológicas. Conocer los factores por los cuales un paciente se adhiere al tratamiento, así como el control de la presión arterial resulta esencial, por lo que se pretende que este trabajo tenga una proyección futura, con el propósito de diseñar y reorientar las intervenciones que buscan mejorar la adherencia a los tratamientos antihipertensivos.[7]

Por lo anteriormente expuesto, se decidió realizar esta investigación, para caracterizar a los pacientes con hipertensión arterial no controlada, en relación con la adherencia al tratamiento, en un consultorio del médico de la familia (CMF) del municipio Puerto Padre, provincia Las Tunas.

MÉTODOS

Se realizó un estudio descriptivo de corte transversal sobre la adherencia terapéutica en pacientes con hipertensión arterial no controlada, en el CMF #2 de un área de salud del municipio Puerto Padre en la provincia Las Tunas en abril del 2022.

La población de estudio estuvo constituida por 232 hipertensos, dispensarizados en el CMF, la muestra fue no probabilística por asignación, de 86 pacientes con hipertensión arterial no controlada.

Se definió como pacientes con hipertensión arterial no controlada, aquellos que acudieron al CMF (durante el estudio), con cifras elevadas de TA (por encima de 140 y 90 mmHg), mantenidas en más de tres ocasiones, en menos de 15 días, a pesar de tener indicado tratamiento antihipertensivo.

Se estudiaron las variables: edad, sexo, nivel de escolaridad, ocupación, per cápita familiar, factores de riesgo psicosociales, tiempo de evolución de la enfermedad, tiempo de tratamiento, adherencia.

Para la obtención de la información se diseñó un cuestionario que se aplicó en una entrevista, en la que, para evaluar la adherencia, se incluyeron las preguntas del Test de Morisky-Green:

1. ¿Se olvida alguna vez de tomar el medicamento?
2. ¿Toma la medicación a la hora indicada?
3. ¿Cuándo se encuentra bien deja alguna vez de tomar la medicación?
4. ¿Si alguna vez se siente mal, deja de tomar la medicación?

Se tomaron como respuestas que demuestran adherencia: no-sí-no-no y no adherentes cuando invierten alguna de las respuestas antes señaladas.

La información fue resumida en una base de datos y posteriormente se analizó a través del cálculo de frecuencias absolutas y porcentajes, los resultados fueron representados en tablas de distribución de frecuencias, para su análisis y discusión.

A los pacientes incluidos en el estudio se les leyó el consentimiento informado para que expresaran su conformidad. Además se les explicó los objetivos de la investigación y se informó que toda la información obtenida al aplicar el cuestionario, era con fines investigativos exclusivos para el estudio (confidencialidad), y que no se divulgarían datos personales. La investigación fue avalada por el Consejo Científico de la Filial de Ciencias Médicas de Puerto Padre provincia Las Tunas.

RESULTADOS

Predominó el sexo femenino en un 62,8 % y los mayores de 50 años para un 67,4 %. (Tabla 1).

 ISSN 2221-2434

Tabla 1. Pacientes con hipertensión arterial no controlada según edad y sexo

Grupo de edad	Masculino		Femenino		Total	
	No	%	No	%	No	%
15-19	3	9,4	2	3,7	**5**	**5,8**
20-24	1	3,1	2	3,7	**3**	**3,5**
25-29	1	3,1	3	5,6	**4**	**4,7**
30-39	0	0,0	3	5,6	**3**	**3,5**
40-44	1	3,1	4	7,4	**5**	**5,8**
45-49	3	9,4	5	9,3	**8**	**9,3**
50-54	7	21,9	10	18,5	**17**	**19,8**
55-59	5	15,6	10	18,5	**15**	**17,4**
60-64	5	15,6	9	16,7	**14**	**16,3**
65+	6	18,8	6	11,1	**12**	**14,0**
Total	**32**	**37,2**	**54**	**62,8**	**86**	**100**

En cuanto al nivel de escolaridad predominó el preuniversitario o técnico medio en el 39,5 % de los casos, según las variables socioeconómicas estudiadas el 30,2 % eran trabajadores y un 24,4 % eran jubilados, 36 pacientes tenían una mala per cápita familiar (41,9 %). (Tabla 2).

Tabla 2. Pacientes con hipertensión arterial no controlada según nivel de escolaridad y variables socioeconómicas

Variable	Escala	No	%
Grado de escolaridad	Primaria	8	9,3
	Secundaria	19	22,1
	Preuniversitario	34	39,5
	Universitario	25	29,1
Ocupación	Trabajador	26	30,2
	Jubilados	21	24,4
	Ama de casa	16	18,6
	Trabajador por cuenta propia	15	17,4
	Estudiantes	8	9,3
Per cápita familiar	Mala	36	41,9
	Buena	34	39,5
	Regular	16	18,6

A continuación se describen los factores de riesgo psicosociales presentes en los casos estudiados, entre los que predominó el estrés en el 70,9 %, la ansiedad o depresión en el 57 % y el miedo a efectos secundarios en el 52,3 %. (Tabla 3).

Tabla 3. Pacientes con hipertensión arterial no controlada según factores de riesgo psicosociales

Factores de riesgo	No	%
Estrés	61	70,9
Ansiedad/depresión	49	57,0
Miedo a efectos secundarios	45	52,3
Accesibilidad a los medicamentos	45	52,3
Tabaquismo	41	47,7
Alcoholismo	23	26,7
Sedentarismo	14	16,3

A continuación se describe cómo se distribuyeron los pacientes según el tiempo de evolución de la enfermedad y el tiempo de indicado el tratamiento. Se constató que 21 pacientes (24,4 %), llevaban entre 8 y 11 años y más de 15 años de diagnóstico de la enfermedad

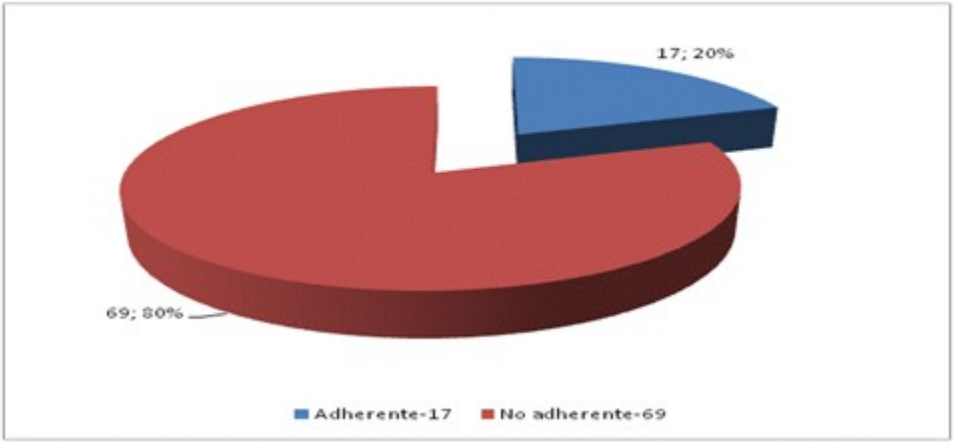
respectivamente. El 53, 5 %, lleva más de 12 años con tratamiento, de ellos el 27,9 % más de 15 años. (Tabla 4).

Tabla 4. Pacientes con hipertensión arterial no controlada según tiempos de evolución de la enfermedad y tratamiento

Tiempo	Evolución		Tratamiento	
	No	%	No	%
0-3 años	11	12,8	9	10,5
4-7 años	16	18,6	13	15,1
8-11 años	21	24,4	18	20,9
12-15 años	17	19,8	22	25,6
+ de 15 años	21	24,4	24	27,9
Total	**86**	**100**	**86**	**100**

Se constató que el 69,8 % no tenían adherencia al tratamiento de la hipertensión arterial. (Gráfico 1).

Gráfico 1. Evaluación de la adherencia según el test de Morisky-Green



DISCUSIÓN

El riesgo de padecer hipertensión arterial se incrementa con la edad, aunque la tendencia actual es al diagnóstico de esta enfermedad en edades jóvenes hacia los 30 o 40 años, la mayor prevalencia está después de los 50, como es el caso de la serie estudiada en esta investigación. En cuanto al sexo, ha existido un predominio del femenino, dado por factores culturales y de precepción de riesgo, las mujeres cuidan más de su salud que los hombres y por ello acuden con mayor frecuencia a los servicios de salud.

En el estudio de Huerta Rubio[1] se incluyeron 120

sujetos, entre 21 y 90 años, con una media de edad de 69 años. A su vez Hererra y cols.[3] plantean que la prevalencia de HTA fue de 44 %, y fue más común entre las mujeres (62,2 %), el autoconocimiento del diagnóstico fue mayor en los casos de 50 o más años de edad. La HTA fue el FRCV más frecuente en la población estudiada.

El estudio de Martínez de Murga[7] no coincide con los resultados de esta investigación en cuanto al sexo, ya que en la muestra estudiada hubo una prevalencia de la hipertensión arterial en hombres (51 %) respecto a las mujeres (49 %) y del grupo etáreo ≥ 65 años (57,7 %).

No cabe dudas de que el nivel de escolaridad, juega un papel determinante en el autocuidado de la salud y la percepción de riesgo, porque mientras mayor sea el grado de escolaridad, mejor se aceptan, comprenden y cumplen las recomendaciones y el tratamiento impuesto por el médico y otros profesionales de la salud. En este caso se describió un adecuado grado de escolaridad en los casos estudiados, la mayoría se encontró en el nivel preuniversitario o técnico medio.

En el estudio de Pomares y cols.[4] prevaleció el grupo etáreo de más de 60 años (51,9 %). Predominaron los sujetos del sexo femenino (63,0 %), los de mayor nivel de escolaridad (63,0 %), así como los profesionales (44,4 %). El tiempo de evolución de la enfermedad que predominó fue el de más de 10 años (40,7 %).

La ocupación juega un papel importante en la prevalencia de las enfermedades crónicas, en el caso de la HTA, existen labores que generan mayor estrés y que favorecen el desarrollo de esta enfermedad, como las de mayor carga intelectual, las de dirección, las que ofrecen riesgo y peligros de accidentes, etc. Por otro lado, en la jubilación se desencadenan otros factores relacionados con el estrés como son: el abandono del trabajo, las crisis familiares y otros factores sociales, que incrementan el riesgo de HTA o agravan la ya existente.

Al realizar un análisis de la adherencia al tratamiento hipertensivo Pomares y cols.[4] evidenciaron en su estudio, que en los pacientes con menor nivel de escolaridad prevaleció la adherencia parcial (60 %), seguido de la adherencia total (30 %). Mientras que los pacientes con mayor nivel de escolaridad, prevaleció la adherencia parcial (70,6 %), seguido de la no adhesión (17,6 %).

Con respecto a las categorías ocupacionales, las amas de casas presentaron un predominio en la adherencia parcial (75 %), seguido de la adherencia total (25 %). Los jubilados presentaron un predominio en la adherencia parcial (83,3 %), seguida de la adherencia total (16,7 %). Al analizar los obreros, existió una prevalencia de la adherencia total (60 %). Por otra parte, en los profesionales predominó la adherencia parcial (75 %), y como dato relevante ninguno se adhirió totalmente al tratamiento.

Otro estudio evidenció que la edad media de la población fue de 60,41 (DE 14) años. Predominó el sexo femenino (51,4 %) frente al sexo masculino (48,6 %). Más del 50 % de los pacientes cursaron con escolaridad básica. El 28,5 % fueron menores de 50 años. Conforme a la actividad, predominaron las actividades del hogar (45,7 %). El 86,6 % de los pacientes presentaron adherencia al tratamiento y conocimiento de la enfermedad,[6] lo que no coincide con los resultados de este estudio.

Si bien las causas de baja adherencia son variadas, se destacan por su importancia aquellas relacionadas a las características de la enfermedad crónica y frecuentemente asintomática que dificulta la toma de conciencia. Otra causa está relacionada con el fármaco por su perfil de efectos adversos, complejidad de dosificación (a mayor número de fármacos peor adherencia) y mayor costo económico. La buena relación médico-paciente tiene influencia positiva en la adherencia al igual que usar lenguaje acorde para concientizar al paciente sobre la enfermedad.[8]

Una causa esencial radica en los determinantes sociales, económicos y culturales. Tanto el bajo nivel socioeconómico, bajo nivel educativo y el desempleo se relacionan con mala adherencia. La falta de acceso al sistema de salud y la dificultad en la adquisición de fármacos son factores a tener en cuenta por los sistemas sanitarios a través de programas de seguimiento para pacientes con enfermedades crónicas.[8]

La OMS señala que la medición y la evaluación de la adherencia terapéutica es una necesidad que permite la planificación de tratamientos efectivos, eficientes y de calidad. A pesar de que la no adherencia es una práctica común, es poco detectada por los profesionales de la salud. En los últimos años se ha observado un incremento de investigaciones que indagan acerca de este fenómeno, pero aún se requiere de estudios que

permitan estimar los niveles de no adherencia en diferentes enfermedades y en grupos poblacionales específicos, en especial en los que requieren de tratamiento a largo plazo y los más vulnerables y que determinen su relación con el control integral de las enfermedades cardiovasculares.[9]

En un estudio realizado en Camaguey,[10] se encontró una población muy variada con un total de 350 pacientes hipertensos conocidos, de los cuales se detectaron un 40 % de ellos sin control. La HTA tuvo un incremento paulatino a la vez que aumentaba la edad, prevalecieron más de la mitad de los casos después de los 50 años, lo que coincide con esta investigación.

En un estudio en el que se avaluó la adherencia al tratamiento en hipertensos y diabéticos, del total de los hipertensos incluidos en el estudio 41 (59 %) no tenía adherencia al tratamiento. En todos los casos comparados, se utilizó el Test de Morisky Green-Levine, si bien existen otros instrumentos disponibles, es uno de los preferidos debido a su eficiencia práctica y la facilidad de aplicación en el consultorio, porque consta de pocas preguntas que pueden ser respondidas de manera rápida.[11]

La importancia de la adherencia al tratamiento farmacológico radica en las propias complicaciones que acarrean las enfermedades y en sus efectos tanto a nivel individual como para la familia de los pacientes, asimismo, es importante destacar los gastos importantes que representa para la salud pública de un país.[11]

La falta de adherencia a los tratamientos es un problema con repercusiones desde el punto de vista médico, económico y psicosocial. Entre las complicaciones más frecuentes se encuentran los retrasos en la recuperación, recaídas, aparición de complicaciones y valoración errónea de la efectividad real del tratamiento, lo que induce a cambiar el tratamiento e introducir otros más potentes y tóxicos que acrecientan el riesgo de la aparición de efectos secundarios agudos o la dependencia medicamentosa a largo plazo. Desde el punto de vista económico, la falta de adherencia aumenta los gastos en salud y puede generar pérdidas desde el punto de vista personal, social y familiar por la carga de sufrimiento físico y psicológico asociado a las complicaciones y secuelas de la enfermedad.[12]

Un importante problema relacionado con la HTA es la baja adherencia al tratamiento (AT) farmacológico, pues es un FR para las dos primeras causas de muerte a nivel mundial (enfermedad arterial coronaria y accidente cerebrovascular) en 2019. En consecuencia, su control adecuado es crucial, incluyendo la correcta adherencia al tratamiento. La estimación de esta adherencia se hace mayoritariamente con métodos indirectos basados en recuentos de medicamento, en registros de dispensación o en cuestionarios.[13]

La incidencia de inadecuados estilos de vida relacionados con el consumo de tabaco, la obesidad, el sedentarismo, los hábitos alimentarios, consumo de sustancias, el consumo de alcohol y la inactividad física son realmente nocivos para todas las personas y en particular para quienes padecen HTA, por lo que la recomendación de mantener hábitos de vida saludables se ha convertido en la mejor recomendación en los programas de prevención de la HTA. Programas en los que el farmacéutico puede jugar un papel relevante, tanto en la concienciación de los pacientes respecto de las consecuencias de la enfermedad, como en la detección de la HTA y en el seguimiento del tratamiento.[14]

Los factores socioeconómicos son determinantes poderosos del estado de salud, que afectan los tratamientos médicos. Existen factores socioeconómicos a los que se les atribuye un efecto considerable sobre la adherencia al tratamiento. La mayoría de las personas se encontró en riesgo de no desarrollar comportamientos de adherencia al tratamiento farmacológico y no farmacológico.[14]

El fenómeno de la adherencia al tratamiento es un problema mundial de alarmante magnitud, el cual está determinado por la interacción de factores que influyen en el cuidado de enfermedades crónicas, como la hipertensión arterial. Hay una diferencia significativa entre adherencia y cumplimiento. En este sentido, la OMS, aclara que la diferencia principal está dada por el hecho de que la adherencia requiere del consentimiento del paciente en cuanto a las recomendaciones, mientras que el segundo término implica que el propósito de recetar es conseguir que el paciente siga las instrucciones del médico.[14]

En este estudio entre los pacientes hipertensos no controlados prevalecieron las mujeres, los mayores de 50 años, con factores psicosociales como el estrés, la ansiedad y depresión, en su

mayoría con más de 15 años de diagnóstico y tratamiento. Predominaron los casos no adheridos a los tratamientos antihipertensivos.

Conflictos de intereses:

Los autores declaran la no existencia de conflictos de intereses relacionados con el estudio.

Roles de autoría:

1. Conceptualización: Yadelaicy Ochoa González, Yoenny Peña García.
2. Curación de datos: Yadelaicy Ochoa González, Joanne Mola Vega.
3. Análisis formal: Yadelaicy Ochoa González, Yoenny Peña García, Joanne Mola Vega.
4. Adquisición de fondos: Esta investigación no contó con la adquisición de fondos.
5. Investigación: Yadelaicy Ochoa González, Yoenny Peña García.
6. Metodología: Yoenny Peña García.
7. Administración del proyecto: Yadelaicy Ochoa González.
8. Recursos: Joanne Mola Vega.
9. Software: Joanne Mola Vega.
10. Supervisión: Yadelaicy Ochoa González.
11. Validación: Yadelaicy Ochoa González, Yoenny Peña García.
12. Visualización: Yoenny Peña García.
13. Redacción – borrador original: Yadelaicy Ochoa González, Yoenny Peña García.
14. Redacción – revisión y edición: Yadelaicy Ochoa González, Yoenny Peña García, Joanne Mola Vega.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Huerta C. Valoración de la adherencia terapéutica mediante el test de Morisky Green [Internet]. Salamanca: Universidad de Salamanca; 2019 [citado 27 May 2022]. Disponible en: https://gredos.usal.es/bitstream/handle/10366/139562/TFG_HuertaRubio_ValoracionAdherenciaTest.pdf?sequence=1&isAllowed=y

2. Organización Mundial de la Salud. El incumplimiento del tratamiento prescrito para las enfermedades crónicas es un problema mundial de gran envergadura [Internet]. Ginebra: OMS; 2003 [citado 27 Jun 2022]. Disponible en: https://www.who.int/mediacentre/news/releases/2003/pr54/es/

3. Herrera P, Pacheco J, Valenzuela G, Málaga G. Autoconocimiento, adherencia al tratamiento y control de la hipertensión arterial en el Perú: una revisión narrativa. Rev Perú Med Exp Salud Pública [revista en Internet]. 2017 [citado 27 Ene 2022];34(3):[aprox. 8p]. Disponible en: https://www.scielo.org.pe/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1726-46342017000300017

4. Pomares AJ, Vázquez MA, Ruíz ES. Adherencia terapéutica en pacientes con hipertensión arterial. Finlay [revista en Internet]. 2017 [citado 27 Feb 2022];7(2):[aprox. 7p]. Disponible en: https://revfinlay.sld.cu/index.php/finlay/article/view/476

5. Rosas G, Romero CA, Ramírez E, Málaga G. El grado de alfabetización en salud y adherencia al tratamiento en pacientes con hipertensión arterial en un hospital nacional de Lima, Perú. Rev Perú Med Exp Salud Pública [revista en Internet]. 2019 [citado 6 Mar 2022];36(2):[aprox. 7p]. Disponible en: https://www.scielo.org.pe/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1726-46342019000200007

6. Martínez EJ, García R, Álvarez AS. Adherencia al tratamiento farmacológico en pacientes con hipertensión arterial de un consultorio auxiliar. Med Gen [revista en Internet]. 2019 [citado 6 Jun 2022];8(2):[aprox. 6p]. Disponible en: https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=7132201

7. Estévez A, Martínez de Murga G, Sujo M, Estévez A. Adherencia farmacológica en pacientes hipertensos. Rev Cubana Med Gen Integr [revista en Internet]. 2020 [citado 6 Feb 2022];36(1):[aprox. 13p]. Disponible en: https://www.medigraphic.com/cgi-bin/new/resumen.cgi?IDARTICULO=94696

8. Sabio R. Hipertensión arterial y adherencia al tratamiento: la brecha entre ensayos clínicos y realidad. Rev Cubana Salud Pública [revista en Internet]. 2018 [citado 6 Feb 2022];44(3):[aprox. 10p]. Disponible en: https://www.medigraphic.com/cgi-bin/new/resumen.cgi?IDARTICULO=83907

9. Quintero LH, Crespo DA, Trujillo L, Hernández LM, Azcuy M. Adherencia terapéutica en pacientes con hipertensión arterial. Finlay [revista en Internet]. 2021 [citado 12 May 2022];11(3):[aprox. 7p]. Disponible en: https://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S2221-24342021000300279&lng=es

10. Arredondo AE, Martínez SC, González Y, Trench L. Analysis of no adherence to treatment in hypertensive patients. Rev Med Electrón [revista en Internet]. 2018 [citado 6 Ene 2022];40(3):[aprox. 10p]. Disponible en: https://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1684-18242018000300004&lng=es

11. Ríos CM. Adherencia al tratamiento farmacológico en hipertensos y diabéticos de una Unidad de Salud Familiar de Paraguay. Rev Cubana Salud Pública [revista en Internet]. 2018 [citado 6 Mar 2022];44(3):[aprox. 15p]. Disponible en: https://www.medigraphic.com/cgi-bin/new/resumen.cgi?IDARTICULO=83908

12. Mena FC, Nazar G, Mendoza S. Antecedentes de adherencia a tratamiento en pacientes hipertensos de un centro de salud chileno. Hacia Promo Salud [revista en Internet]. 2018 [citado 6 Jul 2022];23(2):[aprox. 12p]. Disponible en: https://www.scielo.org.co/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0121-75772018000200067&lng=en

13. Lozada A, Piscoya J, Zapara CS, Mendieta W. Calidad de vida y adherencia terapéutica en un programa de hipertensión arterial. Rev Cubana Salud Pública [revista en Internet]. 2021 [citado 6 Abr 2022];22(6):[aprox. 8p]. Disponible en: https://www.scielo.org.co/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0124-00642020000600207&lng=en

14. Pincay M. Adherencia al tratamiento de la hipertensión arterial. Higía Salud [revista en Internet]. 2020 [citado 7 Jun 2022];2(1):[aprox. 12p]. Disponible en: https://revistas.itsup.edu.ec/index.php/Higia/article/view/531