

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



TESIS

**SOPORTE FAMILIAR Y ADHERENCIA AL TRATAMIENTO
ANTIHIPERTENSIVO EN PACIENTES MAYORES DE 45 AÑOS
ATENDIDOS EN EL PROGRAMA DE HIPERTENSIÓN ARTERIAL
EN EL CAP LUIS PALZA LÉVANO ESSALUD – TACNA.**

Para optar por el Título Profesional de Médico Cirujano

Presentado por:

Br. Sué Emily Torres López

Asesor:

Med. Marggoriet Uziela Vásquez Silva

TACNA – PERÚ

2022

DEDICATORIA

El presente trabajo está dedicado a aquellas personas que siempre confiaron en mí, que a pesar de las adversidades siempre fueron ese soporte que necesité para poder hoy decir que pude cumplir este sueño. Gracias mamá Kioko y mamá Betty.

AGRADECIMIENTOS

Quiero agradecer en primer lugar a Dios y a la Virgen del Carmen porque fueron los pilares que me mantuvieron firme a lo largo de este camino. Agradezco a mis padres, porque a ellos les debo lo que soy y por haberme brindado a lo largo de los años el amor y la comprensión que me hacía falta.

Agradezco a mis hermanos porque ellos fueron esas personas que a pesar de todo siempre estuvieron acompañándome en toda esta etapa de mi vida. A mi Mamá Betty, que sin sus consejos y su apoyo probablemente me hubiera rendido ante la adversidad y a mi tío Luis Vásquez porque con su paciencia y su predisposición a brindarme un consejo siempre que lo necesité ha hecho posible que hoy esté terminando esta maravillosa etapa de mi vida.

Por último, quiero mencionar a mi tío Eliseo Tang, porque desde pequeña me inculcó valores que fueron formando poco a poco para llegar a ser lo que soy.

ÍNDICE

DEDICATORIA	ii
AGRADECIMIENTOS	iii
ÍNDICE	iv
RESUMEN.....	vi
ABSTRACT	vii
INTRODUCCIÓN	8
1. CAPÍTULO I: EL PROBLEMA DE INVESTIGACIÓN	9
1.1. FUNDAMENTACIÓN DEL PROBLEMA	9
1.2. FORMULACIÓN DEL PROBLEMA	10
1.2.1. PROBLEMA GENERAL	10
1.2.2. PROBLEMAS ESPECÍFICOS	10
1.3. OBJETIVOS DE LA INVESTIGACIÓN	11
1.3.1. OBJETIVO GENERAL	11
1.3.2. OBJETIVOS ESPECÍFICOS	11
1.4. JUSTIFICACIÓN.....	12
1.5. DEFINICIÓN DE TÉRMINOS	12
1.5.1. Adherencia al tratamiento	12
1.5.2. Soporte social.....	13
1.5.3. Hipertensión arterial.....	13
2. CAPÍTULO II: REVISIÓN BIBLIOGRÁFICA.....	14
2.1. ANTECEDENTES DE LA INVESTIGACIÓN	14
2.1.1. ANTECEDENTES INTERNACIONALES.....	14
2.1.2. ANTECEDENTES NACIONALES	17
2.1.3. ANTECEDENTES LOCALES	18
2.2. MARCO TEÓRICO	19
3. CAPÍTULO III: VARIABLES Y OPERACIONALIZACIÓN	31

3.1.	HIPÓTESIS	31
3.2.	OPERACIONALIZACIÓN DE VARIABLES	31
4.	CAPÍTULO IV: METODOLOGÍA DE LA INVESTIGACIÓN	32
4.1.	DISEÑO	32
4.2.	ÁMBITO DE ESTUDIO	33
4.3.	POBLACIÓN Y MUESTRA	33
4.3.1.	CRITERIOS DE INCLUSIÓN	34
4.3.2.	CRITERIOS DE EXCLUSIÓN	35
4.4.	PROCEDIMIENTOS DE RECOLECCIÓN DE DATOS.....	35
4.4.1.	TÉCNICA	35
4.4.2.	INSTRUMENTOS	35
5.	CAPÍTULO V: PROCEDIMIENTOS DE ANÁLISIS DE DATOS.....	37
5.1.	PROCEDIMIENTO DE RECOJO DE DATOS.....	37
5.2.	PROCESAMIENTO DE LOS DATOS	37
5.3.	CONSIDERACIONES ÉTICAS.....	38
	RESULTADOS.....	39
	DISCUSIÓN	43
	CONCLUSIONES	46
	RECOMENDACIONES	47
	BIBLIOGRAFÍA.....	48
	ANEXOS	53
	ANEXO N°01: FICHA DE UBIGEO.....	53
	ANEXO N°02: TEST DE MORISKY	54
	ANEXO N°03: CUESTIONARIO MOS	55
	ANEXO N°04: TABLAS COMPLEMENTARIAS	56

RESUMEN

Objetivo: Identificar la asociación entre el soporte familiar y la adherencia al tratamiento antihipertensivo en pacientes mayores de 45 años atendidos en el programa de hipertensión en el CAP Luis Palza Lévano. **Materiales y métodos:** Estudio transversal, analítico y prospectivo; participaron en el estudio 224 pacientes pertenecientes al programa de hipertensión del CAP Luis Palza Lévano. Se utilizaron el test de Morisky – Green y el cuestionario MOS para evaluar la adherencia al tratamiento y el soporte familiar respectivamente. **Resultados:** De la población participante el 52,2% era de sexo masculino y el 47,8% de sexo femenino; respecto a la edad esta tenía una media de 67,3 años con una desviación estándar de $\pm 10,1$ años y a su vez el 59,4% correspondía al grupo de edad de mayores de 65 años. El 71,4% indicó que tiene un soporte familiar categorizado como máximo, el 25,9% como medio y sólo el 2,7% como mínimo. En cuanto a la adherencia al tratamiento, el 41,5% fue adherente y el 58,5% no adherente. En cuanto a los pacientes con soporte familiar máximo se distribuyeron en un 46,9% como adherente al tratamiento y un 53,1% no adherente. Se encontró un valor p de 0,03 entre las variables soporte familiar y adherencia al tratamiento con la prueba exacta de Fisher. **Conclusión:** Existe asociación estadísticamente significativa entre el soporte familiar y la adherencia al tratamiento farmacológico antihipertensivo.

Palabras clave: adherencia, soporte familiar, hipertensión arterial (DeCS Bireme)

ABSTRACT

Objective: To identify the association between family support and adherence to antihypertensive treatment in patients over 45 years of age treated in the hypertension program at CAP Luis Palza Lévano. **Materials and methods:** Cross-sectional, analytical and prospective study; 224 patients from the CAP Luis Palza Lévano hypertension program participated in the study. The Morisky-Green test and the MOS questionnaire were used to assess adherence to treatment and family support, respectively. **Results:** Of the participating population, 52.2% were male and 47.8% female; Regarding age, this had a mean of 67.3 years with a standard deviation of ± 10.1 years and, in turn, 59.4% corresponded to the older adult age group (people over 65 years). 71.4% indicated that they have a maximum categorized social support, 25.9% as medium and only 2.7% as minimum. Regarding adherence to treatment, 41.5% were adherent and 58.5% non-adherent. Regarding family support, the participants who were categorized as maximum, 46.9% were adherent to antihypertensive treatment, 53.1% non-adherent. When evaluating the association of the variables with Fisher's exact test, we found that there is a statistically significant association ($p = 0.03$). **Conclusion:** There is a statistically significant association between family support and adherence to antihypertensive treatment.

Keywords: adherence, family support, arterial hypertension (MESH)

INTRODUCCIÓN

El concepto de hipertensión arterial (HTA) hace referencia a un aumento patológico de la presión que ejerce la sangre sobre las paredes de los vasos sanguíneos, dicha patología a largo plazo ocasiona daños a diferentes órganos, siendo este evento lo que normalmente desencadena su diagnóstico (1).

En otros países a nivel mundial el porcentaje de adherencia al tratamiento es de un 45% mientras que en Estados Unidos el porcentaje de adherencia está un 50% y en países de latino américa como es el Perú el porcentaje de adherencia se encuentra en un 53.3%, este resultado es consecuencia de la influencia del apoyo familiar, emocional y personal (2).

El soporte familiar según los estudios de Poblete F (3) y Méndez MJM (4) concluyen que es un factor importante de adherencia al tratamiento; los estudios mencionados indican que cuan más prolongado sea el tratamiento y mayor sea la edad del paciente este tendrá mayor probabilidad de adherencia si cuenta con un respaldo familiar importante. (3,4).

La relación existente entre estas dos variables en nuestro medio no ha sido muy estudiada y por ende cobra mayor relevancia su investigación. Es por tal motivo que el objetivo del estudio es determinar la asociación entre la adherencia al tratamiento y el soporte familiar en pacientes mayores de 45 años, atendidos en el programa de hipertensión arterial en el CAP II Luis Palza Lévano de la Red Asistencial Tacna – EsSalud. pretendiendo con ello brindar información de calidad para que se puedan direccionar políticas a fin de mejorar este parámetro muy influyente en el tratamiento, recuperación y control de esta patología y de esta forma evitar complicaciones sistémicas a futuro con estos pacientes.

1. CAPÍTULO I: EL PROBLEMA DE INVESTIGACIÓN

1.1. FUNDAMENTACIÓN DEL PROBLEMA

La hipertensión arterial, patología que en un inicio no presenta sintomatología característica. Es la causa primordial de desarrollo de enfermedades cardiovasculares; se estima que es responsable de 9.4 millones de muertes al año y que aproximadamente la tercera parte de personas en el mundo padece esta patología (5). La Federación Mundial del corazón ante el incremento de esta patología ha emprendido una estrategia con el fin de reducir a menos del 25% la prevalencia de esta enfermedad.

El apoyo familiar hace referencia a la posición que toma una familia cuando uno de los integrantes de esta padece de alguna enfermedad o discapacidad; podemos incluir en este aspecto el apoyo social, emocional y personal (6).

Podemos mencionar que el apoyo social abarca la atención familiar que se recibe durante el tiempo que dura la enfermedad, hablamos aquí de apoyo económico, alimentación y medicamentos acorde a los requerimientos. Por otro lado, el ámbito emocional se refiere a la atención prestada por parte de la familia, incluso el hecho de escuchar las quejas sobre su enfermedad (7).

Según la Organización Mundial de la Salud, la adherencia al tratamiento es el cumplimiento de este, que conlleva a la ingesta de toma de la medicación en la dosis, y tiempos prescritos. Engloba también, la persistencia de mantener esta conducta a lo largo de todo el tratamiento. La prevalencia en relación al porcentaje de pacientes que cumplen su régimen terapéutico con cifras distintas según la región o el país. En Gambia, China y los Estados Unidos de América (EE.UU.) es sólo del 27%, 43% y 51% en, respectivamente. (8).

En España, la no adherencia se estima aproximadamente en un 50% si hablamos de enfermedades como la hipertensión, diabetes y dislipidemias; y asciende hasta un 70% en el asma.

En América Latina y el Caribe las tasas de adherencia al tratamiento farmacológico sólo bordean el 20%; sin embargo, en esta población se hace énfasis en el aumento de adherencia a medida que la persona envejece (9). En nuestro país, un estudio publicado en el 2017 reportó una adherencia parcial de esta patología de 53.3% en el Hospital Rebagliati (10)

1.2. FORMULACIÓN DEL PROBLEMA

1.2.1. PROBLEMA GENERAL

¿Cuál es la asociación entre el soporte familiar y la adherencia al tratamiento farmacológico antihipertensivo en pacientes mayores de 45 años atendidos en el programa de hipertensión arterial en el CAP Luis Palza Lévano EsSalud – Tacna?

1.2.2. PROBLEMAS ESPECÍFICOS

- ¿Cuáles son las características sociodemográficas en pacientes mayores de 45 años atendidos en el programa de hipertensión arterial en el CAP Luis Palza Lévano EsSalud – Tacna?
- ¿Cuál es el grado de soporte familiar en pacientes mayores de 45 años atendidos en el programa de hipertensión arterial en el CAP Luis Palza Lévano EsSalud – Tacna?
- ¿Cuál es la frecuencia de adherencia al tratamiento farmacológico antihipertensivo en pacientes mayores de 45 años atendidos en el programa de hipertensión arterial en el CAP Luis Palza Lévano EsSalud – Tacna?

- ¿Hay asociación entre el soporte familiar y la adherencia al tratamiento farmacológico antihipertensivo en pacientes mayores de 45 años atendidos en el programa de hipertensión arterial en el CAP Luis Palza Lévano EsSalud – Tacna?

1.3. OBJETIVOS DE LA INVESTIGACIÓN

1.3.1. OBJETIVO GENERAL

Identificar la asociación entre el soporte familiar y la adherencia al tratamiento farmacológico antihipertensivo en pacientes mayores de 45 años atendidos en el programa de hipertensión arterial en el CAP Luis Palza Lévano EsSalud – Tacna.

1.3.2. OBJETIVOS ESPECÍFICOS

- a. Conocer las características sociodemográficas de los pacientes mayores de 45 años atendidos en el programa de hipertensión arterial en el CAP Luis Palza Lévano EsSalud – Tacna.
- b. Identificar el grado de soporte familiar de los pacientes mayores de 45 años atendidos en el programa de hipertensión arterial en el CAP Luis Palza Lévano EsSalud – Tacna.
- c. Evaluar el nivel de adherencia al tratamiento antihipertensivo de los pacientes mayores de 45 años atendidos en el programa de hipertensión arterial en el CAP Luis Palza Lévano EsSalud – Tacna.
- d. Establecer la asociación entre el soporte familiar y la adherencia al tratamiento antihipertensivo en pacientes mayores de 45 años atendidos en el programa de hipertensión arterial en el CAP Luis Palza Lévano EsSalud – Tacna.

1.4. JUSTIFICACIÓN

En la adherencia al tratamiento están implicados muchos elementos, este trabajo intenta explicar la importancia del soporte familiar a raíz de la iniciativa de cumplir el tratamiento prescrito; la búsqueda de la asociación entre estas variables permitirá enfocar de manera integral la atención recibida por el personal de salud hacia los pacientes.

Este trabajo supone un aporte en la búsqueda de mejoras en cuanto a la estadística reportada de adherencia al tratamiento en pacientes no sólo con hipertensión sino con cualquier enfermedad crónica no transmisible y que estén en tratamientos permanentes o a largo plazo. Se puede tomar este estudio como punto de partida no sólo para evaluar la asociación descrita sino, para evidenciar indicadores confiables y actuales de adherencia al tratamiento farmacológico en el CAP Luis Palza Lévano de EsSalud.

Finalmente, esta investigación proporciona datos tanto para entender la importancia, y mejorar la atención integral al paciente crónico; los datos obtenidos sobre adherencia ayudarán a que las políticas y estrategias abordadas por las autoridades competentes se puedan fortalecer y de acuerdo a la gestión realizada en el tiempo, disminuirá el gasto realizado por el paciente.

1.5. DEFINICIÓN DE TÉRMINOS

1.5.1. Adherencia al tratamiento

Grado en el que el paciente sigue el tratamiento prescrito, como el mantenimiento de citas y horarios y cumplimiento de la medicación para el resultado terapéutico deseado. Esto implica una responsabilidad activa compartida por el paciente y los proveedores de atención de salud.

1.5.2. Soporte social

Sistemas de apoyo que brindan asistencia y estímulo a las personas con discapacidades físicas o emocionales para que puedan desarrollarse mejor. El apoyo social informal generalmente es proporcionado por amigos, familiares o similares, mientras que la ayuda formal proviene de iglesias, grupos, etc.

1.5.3. Hipertensión arterial

Presión sanguínea arterial sistémica persistentemente elevada. En base a múltiples lecturas (determinación de la presión sanguínea), habitualmente se considera hipertensión cuando la presión sistólica es mucho mayor a 140 mm hg o cuando la presión diastólica (presión sanguínea) es de 90 mm hg o más.

2. CAPÍTULO II: REVISIÓN BIBLIOGRÁFICA

2.1. ANTECEDENTES DE LA INVESTIGACIÓN

2.1.1. ANTECEDENTES INTERNACIONALES

Moreno Juste A et al., realizaron un estudio de cohortes retrospectivo en España, publicado en el año 2018, titulado “Adherencia al tratamiento de hipertensión arterial, hipercolesterolemia y diabetes en población anciana de una cohorte española”; el objetivo fue describir el cumplimiento adecuado del tratamiento en enfermedades crónicas como diabetes mellitus, dislipidemia e hipertensión arterial y sus factores asociados. Participaron 16 208 pacientes tomados de la base de datos de la cohorte EpiChron; las características de estos pacientes era que iniciaron monoterapia para alguna de las enfermedades descritas en el 2010. La adherencia fue medida mediante el seguimiento a la posesión de medicamentos, cuyo punto de corte fue el tener una posesión de medicamentos mayor al 80%. Los resultados mostraron que el 72.4%, 50.7% y 44.3% era la adherencia en diabéticos, hipertensos y pacientes con dislipidemia respectivamente. La existencia de alguna patología mental no está asociado al cumplimiento del tratamiento, tampoco el sexo, la edad o el número de fármacos. Las conclusiones que obtuvieron fueron que la adherencia al tratamiento tiene resultados subóptimos; la adherencia aumenta a medida que el paciente tiene mayores enfermedades y la edad, el sexo y el número de fármacos no influían en la adherencia. Las recomendaciones que enunciaron fueron que se requiere mayor investigación en este campo debido a la importancia que supone en la repercusión de la salud de estos pacientes (11).

Poblete F. et al, realizaron un estudio observacional analítico en Chile publicado en el año 2018, titulado “Apoyo social, salud autoevaluada,

adherencia al tratamiento y efectividad en pacientes con diabetes tipo II e hipertensión”, cuyo fin fue estimar el soporte social de pacientes con hipertensión y diabetes tipo II y la relación que tiene con la autovaloración de la salud, el cumplimiento del tratamiento, el control de la presión arterial y glucemia. El soporte social fue medido con la ayuda del cuestionario MOS; la adherencia con el test de Morisky y la salud autocalificada en una pregunta. Casi el 85% puntuó alto en el soporte social; encontraron que un buen soporte social se asocia significativamente en autoevaluar en casi 2.5 veces a la salud como buena; sin embargo, no hubo la misma relación en las demás variables (12).

Ordoñez Torres et al., realizaron un estudio transversal analítico en Ecuador, publicado en el año 2016, titulado “Asociación entre el nivel de apoyo social y familiar con la adherencia terapéutica en pacientes diagnosticados de hipertensión arterial que acuden a la consulta externa del Centro de Salud Augusto Egas – Distrito 23. Periodo octubre a diciembre – 2016”. El principal objetivo del estudio fue relacionar el apoyo social y el grado de adherencia terapéutica en pacientes con hipertensión; participaron en el estudio 195 pacientes mayores de edad. Se utilizaron el cuestionario MOS (apoyo social) y los tests de Batalla y Morinsky-Green (que nos permite evaluar adherencia al tratamiento). Gran parte de la población evaluada fueron mujeres, con educación básica, casados y con presión arterial controlada; la adherencia fue de 30.8% y el apoyo social máximo del 73.8%. Con estos resultados concluyeron los autores en que no había relación significativa entre ambas variables (13).

Martos Méndez M., este estudio realizado en España, fue publicado en el año 2016, titulado “Análisis de la Satisfacción Vital, Salud y Apoyo Social en Pacientes con Hipertensión Arterial”. El objetivo del presente estudio es

identificar el nivel de salud, placer y soporte social en una muestra de pacientes hipertensos, así como analizar la influencia del apoyo social sobre la salud y satisfacción vital. Método: La muestra del estudio está formada por 141 personas diagnosticadas con hipertensión arterial, que cumplieron de forma voluntaria el cuestionario diseñado para evaluar las variables objeto de investigación. En cuanto a los resultados del estudio, los pacientes manifestaron tener un nivel medio de salud y sentirse complacidos, aun percibiendo algunas molestias de dicha enfermedad. El apoyo social percibido de todas las fuentes es bastante alto, especialmente en familia y pareja. Los resultados confirman el papel del apoyo social como predictor de la salud y el placer con la vida de los pacientes que estudiaron. Las conclusiones que obtuvieron están relacionadas con rol importante que cumplen las relaciones interpersonales en la mejora de la salud y bienestar de los enfermos hipertensos, apareciendo los sanitarios como fuente importante de ayuda, además de la familia y la pareja (4).

Adela Alba L. et al., en la investigación que realizaron en México en el año 2015 sobre “El apoyo familiar y la adherencia en el tratamiento de hipertensión arterial” El objetivo de la investigación fue descubrir cómo el apoyo familiar influye en el cumplimiento del tratamiento para la presión arterial alta. Realizaron un estudio transversal en pacientes hipertensos que asistieron al Instituto Nacional del Corazón (INCICh) en la Ciudad de México. La información se recopiló mediante un cuestionario que incluía dos secciones, una para pacientes y otra para familiares. Los resultados que obtuvieron en el estudio fueron que, de 234 pacientes hipertensos con un rango mayor a 20 años de edad, en relación al apoyo familiar el 84% vive con un familiar y sólo el 79% está en contacto diario con el paciente, y en relación al cumplimiento del medicamento alrededor del 56% se olvida de tomar el medicamento, el 82% cumple con la toma del medicamento y el 76% requiere de apoyo de un familiar para cumplir el tratamiento. Lo

principal fue que el cumplimiento del tratamiento está estrechamente relacionado con el apoyo familiar (14).

2.1.2. ANTECEDENTES NACIONALES

Zegarra López E., realizó en Trujillo - Perú un estudio correlacional, transversal, publicado en el año 2019, titulado “Adherencia terapéutica y apoyo social en pacientes con hipertensión arterial, Hospital de apoyo Chepén”, el cual tuvo por objetivo fue precisar la relación entre la adherencia terapéutica y el nivel de apoyo en pacientes con esta dicha patología en el hospital ya antes mencionado, el número de población que estuvo involucrada en el estudio fue de 195, con un intervalo de edad de 40 a 70 años. Se utilizó el test Morisky y el cuestionario de apoyo social MOS. El resultado que se obtuvo fue que la edad promedio era de 57.56 ± 7.55 años; que el sexo femenino predominó en un 68.7%, que el 97.9% tuvo un nivel bajo de adherencia, y alrededor del 81% tuvo un mínimo apoyo social. Lo que se pudo concluir es que no hubo asociación significativa entre ambas variables estudiadas (15).

Ponce Salazar E., realizó un estudio publicado en el año 2019 en Trujillo-Perú, titulado “Soporte familiar y adhesión al tratamiento de adultos mayores del programa CAC en el Hospital I La Esperanza, 2019”, es un estudio de tipo descriptivo, el objetivo principal de este estudio fue identificar la influencia del soporte familiar y la adhesión al tratamiento en pacientes con edad avanzada, trabajaron con una muestra de 27 pacientes del taller de dicho hospital. Los resultados que se obtuvieron confirmaron la hipótesis, ya que es de muy bajo el nivel de soporte familiar relacionado con la adhesión al tratamiento (16)

Medina Gutierrez, R. et al., realizaron un estudio de tipo descriptivo, corte trasversal, cuya investigación publicada en el año 2016 y realizada en Lima-Perú, se tituló “Factores asociados a la adherencia al tratamiento en el adulto

y adulto mayor con hipertensión arterial de un hospital general, octubre 2016”, el objetivo del estudio fue identificar los factores que se asociaban con la adherencia al tratamiento de la hipertensión de un hospital general. La población estudiada fueron 150 pacientes, donde aplicaron el test de Morisky, Green - Levine y el “Instrumento para evaluar los factores que influyen en la adherencia a tratamientos farmacológicos y no farmacológicos en pacientes con factores de riesgo de enfermedad cardiovascular”. Los resultados mostraron que gran parte de los pacientes eran adultos mayores y que predomina el sexo femenino en un 64%, que un 16 % fueron personas adherentes al tratamiento. Las conclusiones que obtuvieron los autores fue que el factor que se asociaba estadísticamente fue con la terapia (17).

2.1.3. ANTECEDENTES LOCALES

Alfárez Condori J., realizó en Tacna – Perú un estudio correlacional de corte transversal en el año 2017 titulado “Factores que Influyen en la Adherencia al Tratamiento Antihipertensivo en Pacientes del Programa de Hipertensión Arterial de la Red Asistencial de EsSalud –Tacna, 2017”. El objetivo fue identificar los factores que influyen en la adherencia al tratamiento antihipertensivo en pacientes de dicho programa, con encuestas domiciliarias a 180 pacientes, aplicando el cuestionario de Martín Bayarre Grau (adherencia al tratamiento) y un cuestionario de conocimientos sobre la enfermedad para identificar los factores influyentes. Los resultados indicaron que existe asociación entre la adherencia al tratamiento y estos factores: edad, grado de instrucción, estado civil, ocupación, años de diagnóstico ($p < 0.05$). Encontrando también una asociación significativa entre la adherencia al tratamiento con la aceptación de la enfermedad y con la satisfacción con el servicio de atención primaria ($p=0.00$). (18)

2.2. MARCO TEÓRICO

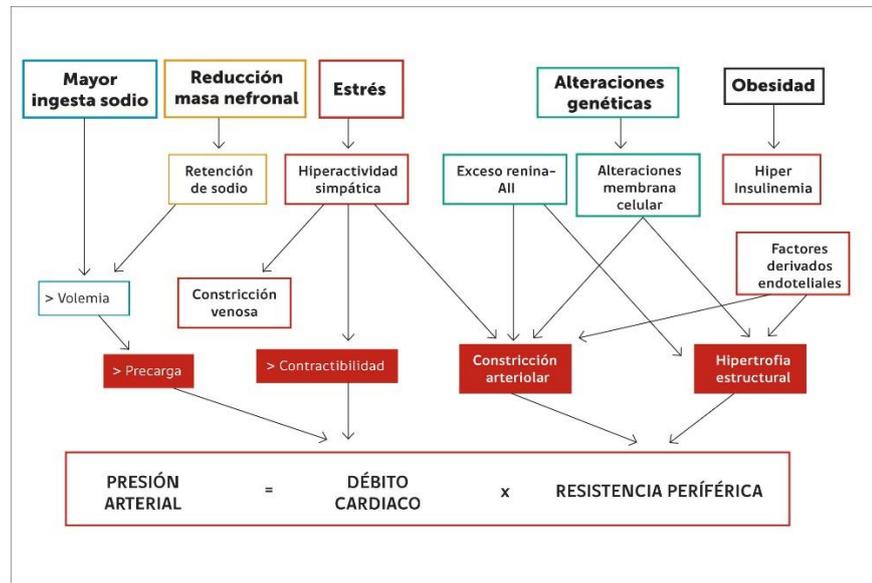
2.2.1. HIPERTENSIÓN ARTERIAL

A. Definición:

Es una enfermedad donde la presión en los vasos sanguíneos está elevada de una manera persistente, causando esto a largo plazo un mayor esfuerzo en el corazón; los valores normales son de 120 mm Hg (presión sistólica) y 80 mm Hg (presión diastólica). Se considera hipertensión arterial cuando los valores son iguales o mayores a 140 / 90 mm Hg (18).

B. Fisiología

La presión arterial corresponde a la tensión en la pared que genera la sangre dentro de las arterias, y está determinada por el producto de dos factores: el débito cardíaco y la resistencia periférica total. El débito cardíaco depende de la contractibilidad miocárdica y del volumen circulante intratorácico. La participación de la frecuencia cardiaca es menor en el débito cardíaco, excepto cuando está en rangos muy extremos. A su vez, la resistencia periférica depende del tono del árbol arterial y de las características estructurales de la pared arterial.



El latido cardíaco sólo inyecta sangre en el árbol arterial durante la fase de la sístole ventricular. Esto determina un flujo pulsátil sobre las paredes de las arterias. Gracias a que la aorta y grandes arterias son distensibles, almacenan en su zona distendida parte de la sangre recibida durante la sístole, la cual es devuelta a la circulación durante la diástole. El hecho anterior determina que también fluya sangre por las arterias durante la diástole, a pesar de que el corazón no expulsa sangre en esa fase.

El valor máximo de la presión durante la sístole se conoce como PA sistólica (PAS), y el valor mínimo durante la diástole se conoce como PA diastólica (PAD). La PAS depende fundamentalmente del débito cardíaco y la distensibilidad de la aorta y grandes arterias, esta última se expresa a través de la onda de pulso retrógrada. En cambio, la PAD depende fundamentalmente de la resistencia periférica

C. Diagnóstico

Tradicionalmente, el diagnóstico de HTA se basa en la medición de la PA en la consulta médica. Así entonces, se considera a un paciente como hipertenso cuando presenta repetidamente cifras mayores o iguales a 140/90mmHg (7).

Universalmente no hay un número aceptado de mediciones ni de visitas necesarias para el diagnóstico de HTA. Las guías internacionales no son muy específicas y todas recomiendan varias mediciones en la consulta en días diferentes, en otras palabras, luego de varias “visitas”. Así, por ejemplo: el informe norteamericano JNC VI establece que el diagnóstico de HTA debe estar basado en el promedio de 2 o más visitas después de una inicial de tamizaje y que lecturas adicionales deberían ser tomadas en cada visita si las 2 primeras difieren en $>5\text{mmHg}$ (8). A su vez, las guías de la OMS/ISH recomiendan que el diagnóstico de la HTA esté basado en múltiples mediciones de la PA, efectuadas en varias visitas en días distintos, pero sin especificar en cuántas visitas (9,10). En cambio, las guías británicas NICE son más precisas y recomienda realizar dos o más mediciones en cada visita en hasta cuatro ocasiones diferentes (11). Esta última recomendación se basa en que modelos matemáticos sugieren que la mayor sensibilidad y especificidad se logra con dos determinaciones cada vez en 4 visitas en diferentes días (12,13).

Las guías chilenas GES de HTA, señalan que: “hipertensión arterial corresponde a la elevación persistente de la presión arterial sobre límites normales, que por convención se ha definido en $\text{PAS} \geq 140\text{mmHg}$ y $\text{PAD} \geq 90\text{mmHg}$ ” (14). Además, las guías chilenas GES proponen para confirmar el diagnóstico de HTA utilizar el perfil de PA, que consiste en realizar al menos dos

mediciones adicionales de PA en cada brazo, separados al menos de 30 segundos, en días distintos y en un lapso no mayor a 15 días. Si los valores difieren por más de 5mmHg, se debe tomar lecturas adicionales hasta estabilizar los valores. Se clasificará como hipertenso a personas cuyo promedio de mediciones sea mayor o igual a 140/90mmHg (14).

En todas las guías se enfatiza la importancia de varias mediciones de la PA y en diferentes ocasiones, debido a: la disminución de las cifras de PA con las sucesivas mediciones, lo que está relacionado con el fenómeno de alerta que presentan muchos pacientes, con el fenómeno estadístico de regresión a la media, y a la variabilidad intrínseca de la PA como toda variable biológica (10).

La AHA señala que es bien reconocido que el poder predictivo de múltiples mediciones de la PA es mucho mayor que una sola medición en la consulta, y que cuando se toma una serie de mediciones, la primera es típicamente la más alta. La AHA recomienda un mínimo de 2 mediciones que deben realizarse a intervalos de al menos 1 minuto, y el promedio de esas lecturas debe ser usado para representar la PA del paciente. Si hay diferencia entre la primera y la segunda medición mayor a 5mmHg, deben ser obtenidas 1 o 2 mediciones adicionales, y a continuación, se utiliza el promedio de estas lecturas múltiples (15).

Los estudios clínicos randomizados en pacientes hipertensos utilizan dos o más determinaciones en dos o más visitas (16). En la mayoría de estos estudios se rigen por las recomendaciones de la AHA. Estudios clínicos más recientes como el estudio SPRINT

(The Systolic Blood Pressure Intervention Trial) utilizaron equipos automáticos que efectúan 3 mediciones de la PA, dando como valor final el promedio de la segunda y tercera medición de la PA (17).

D. Sintomatología:

Esta enfermedad generalmente es asintomática, pero algunas personas pueden presentar sintomatología como cefalea, disnea o sangrado nasal pero no se presentan hasta una etapa avanzada (20).

E. Clasificación:

Según la sociedad europea de cardiología la tensión arterial se clasifica en los siguientes estadios (21).

Tabla A. Clasificación de la Hipertensión Arterial – Guía Europea de HTA

Estadío	Sistólica		Diastólica
Óptima	<120	y	<80
Normal	120-129	y/o	80-84
Normal alta	130-139	y/o	85-89
Hipertensión grado 1	140-159	y/o	90-99
Hipertensión grado 2	160-179	y/o	100-109
Hipertensión grado 3	≥180	y/o	≥110
Hipertensión sistólica aislada	≥140	y	<90

Fuente. Guía Europea de HTA (ESH/ESC) 2018: resumen de puntos clave - Atención Primaria [Internet]. 2019. Disponible en: <https://atencionprimaria.almirallmed.es/cientificos/guia-europea-de-hta-esh-esc-2018-resumen-de-puntos-clave/>

Tabla B. Clasificación de la Hipertensión Arterial – Guía ACC/AHA

Estadío	Sistólica		Diastólica
Normal	<120	y	<80
Elevada	120-129	Y	<80
Hipertensión grado 1	130-139	o	80-89
Hipertensión grado 2	>140	o	>90
Crisis hipertensiva	>180	y/o	>120

Fuente. Guía 2020 de la American College of Cardiology / American Heart Association

F. Tratamiento

- **Tratamiento no farmacológico**

Consiste en los cambios que se debe hacer en la vida diaria, ya que nos brindará una mejor calidad de vida y uno de los cambios fundamentales, es la reducción del consumo de sal alrededor de unos 6 gr por día ayuda a disminuir de una manera considerable la tensión arterial en unos 2 a 4 mm Hg en personas sanas y en personas que padecen de esta enfermedad alrededor de 6 gr e incluso puede llegar a reducir la dosis en el caso de un tratamiento farmacológico. El evitar consumir bebidas alcohólicas disminuye el riesgo alrededor de 2 mm Hg de que la tensión arterial se eleve; pero no sólo se trata de adoptar ciertas conductas sino que también se debe incluir la práctica de ejercicios sobre todo aeróbicos que ayudarán a reducir la mortalidad, y el elevado consumo de pescado, de grasas insaturadas, verduras, legumbres, frutas, cereales y el constante consumo de lácteos, que a largo plazo ayudará a disminuir el riesgo de enfermedades cardiovasculares (19).

El peso y la presión arterial se ven asociadas, porque un descenso en el peso ayuda en el manejo y descenso de la presión arterial (20).

- **Tratamiento Farmacológico**

Actualmente las tasas de control de la presión arterial han sido muy favorables y esto se relaciona al uso de la terapia combinada. Anteriormente se pensaba que la monoterapia era lo más adecuado, y se preocupaban por saber cuál sería el fármaco de primera elección, pero a lo largo del tiempo las

evidencias demostraron que la terapia combinada era la forma de tratamiento farmacológico más adecuada, debido a que esta enfermedad engloba diversas vías neuroendocrinas; los beneficios que brinda esta forma de terapia es que combina mecanismo de acción y disminuye los efectos adversos. Según la guía europea de cardiología se debe aplicar la terapia combinada cuando no hay un buen resultado frente a la monoterapia o desde el principio cuando las cifras de presión arterial son significativamente elevadas, pero se estableció que para una mejor adherencia sean combinaciones de forma permanente. Una de las combinaciones más adecuada que recomiendan es de un bloqueante de sistema renina-angiotensina (SRAA), IECA o ARA II, adicionándole un diurético tiazídico o un calcio antagonista, aunque podría haber otras opciones; en un estudio clínico los resultados con ARA II en comparación a con los de un IECA, brindaban una mayor adherencia al tratamiento que lo relacionaban con un adecuado soporte familiar. Por otro lado, existe un porcentaje significativo de pacientes que no logran alcanzar el objetivo con la terapia combinada, siendo necesario pasar a una estrategia de triple terapia, entre las cuales pueden ser antagonistas del receptor de angiotensina II (ARA II), hidroclorotiazida (HCTZ) y amlodipino, que logran una mayor eficacia, pero son medicamentos muy estrictos en su dosis como en su administración, y provoca una cronoterapia (21).

En conclusión; la evidencia indica que la combinación de fármacos es mejor que la monoterapia, al momento de prescribir una terapia a un paciente hipertenso es necesario tratar a cada paciente de una manera individual, relacionando

la clínica que presente el paciente y la experiencia del personal médico (23).

2.2.2. ADHERENCIA AL TRATAMIENTO

La Organización Mundial de la Salud (OMS) indica que la adherencia al tratamiento es el cumplimiento estricto de la toma de la medicación indicada en tiempo y dosis de acuerdo a la prescripción. Los países desarrollados reportan que sólo la mitad de los enfermos con patologías crónicas cumplen con sus tratamientos (22).

Podemos dividir la adherencia al tratamiento en tres etapas; la primera, lograr que los pacientes acudan a los establecimientos de salud y tengan contacto con el personal de salud; segundo, mantener el compromiso del paciente y para ello se deben implementar medidas no sólo dirigidas al paciente sino también al médico tratante; tercero, conseguir cambios en la rutina permanente de los pacientes, para que terminada la intervención se continúe con ese proceso voluntariamente. (23)

La adherencia comprende diversas conductas:

- Tomar parte y continuar un programa de tratamiento.
- Mantener las horas de consulta con otros especialistas y acudir a las revisiones
- Tomar correctamente la medicación prescrita
- Seguir desempeñando cambios adecuados en el estilo de vida (alimentación, ejercicios, etc.)
- Realizar correctamente el régimen terapéutico domiciliaria.

Hay otros autores que mencionan factores implicados en el incumplimiento, y los clasifican en: (24)

a. Factores relacionados con la enfermedad:

A medida que el paciente mejora su salud, existe una predisposición psicológica para obviar la toma de sus medicamentos.

b. Factores relacionados con el tratamiento: El tratamiento que puedan prescribir al paciente en algunas circunstancias va a conllevar efectos colaterales que pueden ser el mal sabor o discinesias, otros elementos que se pueden relacionar son la eficacia, complejidad, duración, costos y la vía de administración.

c. Factores relacionados con el equipo terapéutico: Ésta es la relación del paciente y el profesional de la salud que esté a cargo de la atención; la conducta que se pueda tomar frente al personal de salud y las características del medio terapéutico.

Otro punto muy importante son los métodos que se aplican para medir la adherencia que pueden clasificarse en métodos directos e indirectos (25).

A. Métodos directos: Este método está relacionado con la medición del grado del medicamento o como actúa su metabolito en sangre y la medición del marcador biológico en este.

B. Métodos Indirectos: En este método se hace referencia a los cuestionarios de informe de los pacientes ,el recuento de píldoras, evaluación de la respuesta clínica, monitoreo electrónico de la medicación (MEMS), medición de marcadores fisiológicos, cuestionario para evaluar soporte familiar (25).

2.2.3. SOPORTE FAMILIAR

A. Definición de Familia

La familia como parte de un entorno social, ha ido modificando su estructura y modelos, se han adicionado nuevas tradiciones como parte de la dinámica del concepto de familia. Para poder realizar un estudio debemos abarcar cuales son las tendencias actuales de desarrollo , cuanta es la influencia y la importancia del soporte de esta misma en un paciente (26).

B. Definición de soporte familiar

Es una característica que brinda el entorno familiar a cualquier miembro de su familia, que involucra apoyo social, emocional, ya que influye de una manera positiva en el desarrollo de la enfermedad (27).

➤ Tipos de soporte

- **Soporte emocional**, hace referencia a la empatía, confianza, estabilidad, amor y confianza que brinda la familia a la persona que padece la enfermedad.
- **Soporte valorativo**, brinda el sustento para poder mejorar la autoestima, y la personalidad para que el miembro de una familia pueda asimilar de la manera más adecuada alguna enfermedad crónica.
- **Soporte social**, es un componente que nos ayuda a reforzar la parte psicológica frente a lo que pueda ocurrir con el entorno social.
- **Soporte informativo**, que ayuda a brindar los datos adecuados en beneficio a la enfermedad.

- **Apoyo instrumental**, en este componente se hace referencia a el apoyo que se brinda en la vida cotidiana con las necesidades básicas que una persona debe realizar.
- **Apoyo económico**, hace referencia a el apoyo material que se brinda para poder cubrir sus necesidades básicas y el tratamiento de la enfermedad (27).

Las principales percepciones que tiene el individuo sobre el soporte familiar que recibe de su propia familia, están determinadas por tres dimensiones: (28)

- Dimensión Afectivo: Se refiere a la expresión emocional, como el respeto y la empatía, entre cada integrante de la familia.
- Dimensión Adaptación Familiar: Se refiere a la ausencia de comportamientos y sentimientos negativos hacia la familia, como la agresividad, la ira y la competitividad de los miembros de la familia.
- Dimensión Autonomía Familiar: que está asociada a la confianza a la libertad y privacidad de sus miembros.

De acuerdo a algunos autores tanto el soporte social como el familiar se presentan como modeladores delante de acontecimientos trágicos o pérdidas significativas.

3. CAPÍTULO III: VARIABLES Y OPERACIONALIZACIÓN

3.1. HIPÓTESIS

El grado de soporte familiar se relaciona con la adherencia al tratamiento farmacológico antihipertensivo en pacientes mayores de 45 años atendidos en el programa de hipertensión arterial en el CAP Luis Palza Lévano EsSalud – Tacna. Periodo julio – setiembre 2021.

3.2. OPERACIONALIZACIÓN DE VARIABLES

VARIABLE	INDICADOR	CATEGORIZACION	ESCALA DE MEDICION
Edad	Ficha de recolección	Edad en Años cumplidos	Cuantitativa continua
Sexo	Ficha de recolección	0 = Masculino 1 = Femenino	Cualitativa nominal
Adherencia al tratamiento	Test de Morisky	0 = No adherente (< 8 puntos) 1 = Adherente (\geq 8 puntos)	Cualitativa ordinal
Soporte familiar	Encuesta MOS	Máximo (entre 94 – 95 puntos) Medio (entre 58 – 93 puntos) Mínimo (entre 19 – 57 puntos)	Cualitativa ordinal

4. CAPÍTULO IV: METODOLOGÍA DE LA INVESTIGACIÓN

4.1. DISEÑO

Tipo de investigación:

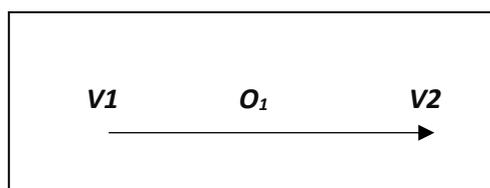
Estudio observacional, porque no se modificó el curso natural de las variables estudiadas; retrospectivo, porque las variables estudiadas se evaluaron ocurrido ya un efecto y de corte transversal, porque la toma de datos se realizó sólo una vez en el tiempo.

Nivel de investigación:

Nivel relacional, porque se realizó análisis estadístico bivariado para demostrar la asociación de las variables.

Diseño de investigación:

Por el método epidemiológico el diseño fue analítico, porque buscaremos la dependencia de una variable con otra mediante una prueba estadística



V1: Soporte familiar

V2: Adherencia al tratamiento antihipertensivo

O1: Observación de la asociación

4.2. ÁMBITO DE ESTUDIO

El Centro de Atención Primaria Luis Palza Lévano, es un centro descentralizado de atención al paciente asegurado, ubicado en el distrito de Gregorio Albarracín Lanchipa. Cuenta con consultorios de especialidad y atención primaria. Al igual que otros establecimientos de salud del seguro social, este cuenta con programas para el diagnóstico presuntivo, evaluación, control y asignación de tratamiento para enfermedades crónicas no transmisibles; uno de estos programas es el de Hipertensión Arterial, que cuenta con aproximadamente 385 asegurados que van periódicamente a realizar sus controles y recibir tratamiento en el Centro de Atención Primaria CAP Luis Palza Lévano de nivel de atención II prestando servicios preventivos, recuperativos y promocionales en diferentes áreas de la salud.

4.3. POBLACIÓN Y MUESTRA

El universo de la población a estudiar estuvo compuesto por los 385 pacientes Registrado en la Base de Datos de los programas crónicos del CAP II Luis Palza Lévano.

La muestra fue representada por 224 pacientes todos pertenecientes al programa de hipertensión arterial y que aceptaron voluntariamente responder las encuestas tanto para evaluar su adherencia al tratamiento como para el soporte familiar y que además cumplían con los criterios de selección más adelante mencionados.

$$n = \frac{Z_{\alpha}^2 * N * p * q}{(N-1) E^2 + Z_{\alpha}^2 p * q}$$

Donde:

n = Tamaño de la muestra

N = Total de la población

Z_α = Nivel de confianza o seguridad (95%)

p = Proporción esperada mínima con complicaciones (9%)

q = 1-p

E = Error de estimación

- N= 385
- Z= 1.96
- p= 0.5
- q=0.5
- e= 5%
- n = 224

4.3.1. CRITERIOS DE INCLUSIÓN

- a. Pacientes que acepten voluntariamente llenar los cuestionarios de adherencia al tratamiento y soporte familiar.
- b. Pacientes que pertenezcan al programa de Hipertensión arterial del CAP y tengan diagnóstico confirmado de hipertensión arterial.
- c. Pacientes que estén recibiendo tratamiento por lo menos por seis meses anteriores a la aplicación del estudio.
- d. Pacientes con 45 años de edad hacia adelante
- e. Ambos sexos.
- f. Pacientes que tengan alguna enfermedad sistémica aparte de la hipertensión arterial pero que pertenezcan al programa de hipertensión arterial.

4.3.2. CRITERIOS DE EXCLUSIÓN

- a. Pacientes con menos de seis meses de tratamiento antihipertensivo.
- b. Pacientes que tengan deterioro cognitivo.

4.4. PROCEDIMIENTOS DE RECOLECCIÓN DE DATOS

4.4.1. TÉCNICA

La técnica utilizada fue mediante encuestas, las cuales se aplicaron para evaluar la adherencia (Test de Morisky) (Anexo 03) y soporte familiar (encuesta MOS) (Anexo 04) a 224 pacientes que son parte del programa de hipertensos del CAP II Luis Palza Lévano de EsSalud – Tacna.

Se utilizó un formulario de Google Forms (<https://forms.gle/V7PqKXJYU4MSNhUN6>) para poder acceder a la población objetivo, ya que debido a la coyuntura por la pandemia de la COVID – 19, no se podía citar a los pacientes y se los controlaba por medios electrónicos (llamadas por celular o videollamadas).

4.4.2. INSTRUMENTOS

Se utilizó un formulario de Google Forms (<https://forms.gle/V7PqKXJYU4MSNhUN6>) en el cual se consignaron datos como edad y sexo, además de presencia de comorbilidades.

Para evaluar la adherencia al tratamiento antihipertensivo, se utilizó el Test de Morisky – Green (29), el cual consta de ocho preguntas.

Siete de ellas de respuesta dicotómica de SI y NO, y una con escala tipo Likert; a las cuales se les asigna un puntaje. Esto determina una sumatoria y el puntaje obtenido de 8, será considerado como buena adherencia. Este test tiene un alfa de Cronbach de 0,83, una sensibilidad de 93% y una especificidad de 53% para identificar pacientes con mal control de la presión arterial. (30)

Para el soporte familiar se utilizó el cuestionario MOS, que es un instrumento de rápido y sencillo manejo multidimensional que mide apoyo social percibido y fue desarrollado para un estudio de desenlaces de pacientes con enfermedades crónicas (diabetes mellitus, hipertensión arterial, EPOC – aunque con menor percepción para esta patología –) en la atención primaria. Para su valoración se utiliza la suma del valor correspondiente a:

- Índice global de apoyo social: Todas las respuestas.
- Apoyo emocional: Respuestas número: 3, 4, 8, 9, 13, 16, 17 y 19. (factor 1)
- Ayuda material: Respuestas a las preguntas: 2, 5, 12 y 15. (factor 3)
- Relaciones sociales de ocio y distracción: Respuestas a las preguntas: 7, 11, 14 y 18. (incluido en factor 1 – preguntas 11 y 14 – y factor 2 – preguntas 7 y 18 –)
- Apoyo afectivo: Respuestas a las preguntas 6, 10 y 20. (factor 2)

En la validación para su versión en español, se reportaron valores de consistencia interna de 0,94; 0,86 y 0,87 para los tres factores (distribuidos en cuatro dimensiones) determinadas por la prueba Alfa de Cronbach. (31)

5. CAPÍTULO V: PROCEDIMIENTOS DE ANÁLISIS DE DATOS

5.1. PROCEDIMIENTO DE RECOJO DE DATOS

En el procedimiento de recojo de datos lo primero que se hizo una vez inscrito el proyecto en la Universidad Privada de Tacna, se solicitaron los permisos a la Gerencia General de la Red Asistencial EsSalud Tacna y a la Dirección del CAP Luis Palza Lévano para que pueda otorgar el registro de pacientes con los datos necesarios del Programa de Hipertensión Arterial.

Luego de tener la lista de pacientes del programa de hipertensión, se tomó contacto mediante el número registrado y posterior a la explicación de los fines del estudio mediante una llamada (directamente con el paciente o con un familiar que pueda comprender los fines del estudio); se les envió un formato de Google Forms (<https://forms.gle/V7PqKXJYU4MSNhUN6>) el cual contenía los Test de Morisky y el cuestionario MOS.

5.2. PROCESAMIENTO DE LOS DATOS

Luego de recolectados los datos se utilizó el programa Microsoft Excel versión para Windows 2021, para la creación de una hoja de cálculo que sea útil para el procesamiento de los mismo. Una vez terminado este proceso se utilizó del programa SPSS v.28 para el análisis estadístico univariado y bivariado de las variables, mediante las pruebas estadísticas de asociación y correlación. Los resultados obtenidos fueron presentados mediante tablas, utilizando frecuencias absolutas y relativas para las variables cualitativas y mediana y desviación estándar para la variable edad. Se hizo uso de la prueba exacta de Fisher para evaluar la asociación entre las variables del estudio, considerando significativo un valor p menor a 0,05.

5.3. CONSIDERACIONES ÉTICAS

El proyecto fue revisado y aprobado por el Comité de Investigación y Ética de la Universidad Privada de Tacna.

Además, sólo ingresaron al estudio aquellos pacientes que aceptaron voluntariamente llenar el formulario, a los que se les indicó y explicó que el iniciar el llenado de dichos formularios, estaban aceptando participar en la investigación.

RESULTADOS

Tabla 1. Características generales de los pacientes mayores de 45 años atendidos en el programa de Hipertensión en el CAP Luis Palza Lévano ESSALUD - Tacna.

Características sociodemográficas	n	%
Sexo		
Masculino	117	52,2
Femenino	107	47,8
Edad*	67,3	10,1
De 45 a 65 años	91	40,6
Mayor de 65 años	133	59,4
Total	224	100,0

*Variable expresada en media y desviación estándar

De la población participante el 52,2% era de sexo masculino y el 47,8% de sexo femenino; respecto a la edad esta tenía una media de 67,3 años con una desviación estándar de $\pm 10,1$ años y a su vez el 40,6% pertenecían al grupo de edad entre 45 a 65 años y el 59,4% correspondía al grupo de edad de mayores de 65 años.

Tabla 2. Distribución del soporte familiar según el cuestionario MOS de los pacientes mayores de 45 años atendidos en el programa de Hipertensión en el CAP Luis Palza Lévano ESSALUD - Tacna.

Soporte familiar (Cuestionario MOS)	n	%
Máximo	160	71,4
Medio	58	25,9
Mínimo	6	2,7
Total	224	100,0

De los 224 pacientes pertenecientes al programa de Hipertensión del CAP Luis Palza Lévano, el 71,4% indicó que tiene un soporte familiar categorizado como máximo, el 25,9% como medio y sólo el 2,7% como mínimo.

Tabla 3. Distribución de la adherencia al tratamiento antihipertensivo según el Test Morisky – Green en los pacientes mayores de 45 años atendidos en el programa de Hipertensión en el CAP Luis Palza Lévano ESSALUD - Tacna.

Adherencia al tratamiento (Test Morisky - Green)	n	%
Adherente	93	41,5
No adherente	131	58,5
Total	224	100,0

En cuanto a la adherencia al tratamiento evaluada mediante el Test Morisky – Green, el 41,5% fue adherente y el 58,5% no adherente.

Tabla 4. Soporte familiar según adherencia al tratamiento antihipertensivo en los pacientes mayores de 45 años atendidos en el programa de Hipertensión en el CAP Luis Palza Lévano ESSALUD - Tacna.

Soporte familiar	Adherencia al tratamiento				Total	
	Adherente		No adherente		n	%
	n	%	n	%		
Máximo	75	46,9	85	53,1	160	100,0
Medio	17	29,3	41	70,7	58	100,0
Mínimo	1	16,7	5	83,3	6	100,0
Total	93	41,5	131	58,5	224	100,0

$X^2: 6,98; p = 0,03$

En cuanto a los pacientes con soporte familiar máximo se distribuyeron en un 46,9% como adherente al tratamiento y un 53,1% no adherente; los de soporte familiar medio se distribuyeron en un 29,3% adherente y un 70,7% no adherente; finalmente, los de soporte familiar mínimo se distribuyeron en un 16,7% adherente y un 83,3% no adherente.

Al evaluar la asociación de las variables con la prueba exacta de Fisher, encontramos que si existe asociación estadísticamente significativa ($p = 0,03$)

DISCUSIÓN

La hipertensión arterial es parte de un grupo de enfermedades denominadas crónicas no transmisibles, que tiene su principal pilar para su control en un estilo de vida saludable y el estricto control del tratamiento farmacológico. Es este punto en el que la evaluación de la adherencia al tratamiento y los factores que puedan mejorarlo cobra importancia para estos pacientes; más aún si son adultos y adultos mayores.

En nuestro país aproximadamente sólo la mitad de las personas con tratamiento farmacológico instaurado lo cumplen a cabalidad y esto es definitivamente influenciado por el apoyo familiar y emocional que puedan tener este tipo de pacientes (2); sin embargo, esta afirmación no es concluyente. (13)

El estudio realizado tuvo un universo de 385 pacientes pertenecientes al programa de Hipertensión Arterial del CAP Luis Palza Lévano de la Red Asistencial EsSalud – Tacna; de ellos se tomó como criterio de selección a los que tenían de 45 años a más y por ello se descartaron nueve pacientes al inicio del estudio. Finalmente, ingresaron al estudio 224 pacientes (las razones se detallan en la sección población y muestra del capítulo de metodología). De estos poco más de la mitad eran de sexo masculino y tres de cada cinco participantes tenía más de 65 años; además, la media de la edad fue de $67,3 \pm 10,1$ años. La población estudiada fue mayor a la de los estudios de Ordoñez Torres (13), Martos Méndez (14), Zegarra López (15) y Alférez Condori (17); también podemos indicar que la media de la edad es mayor que en el trabajo de Zegarra López ($57,56 \pm 7,5$ años), ya que cabe recalcar que en este trabajo se puso un rango de entre 40 a 70 años; por otro lado, es importante mencionar que la investigación de Ponce Salazar menciona entre las características de su población que la mayoría eran de edad avanzada (en el presente trabajo tres de cada cinco participantes tenían 65 o más edad). Empero, la mayor población encontrada en la búsqueda realizada para esta investigación fue la del trabajo de Moreno Juste (11) con 16208 participantes, pero fue de una base de datos preexistente.

En relación al soporte familiar, podemos indicar que siete de cada diez pacientes indicaron que tenían un apoyo social máximo, la cuarta parte medio y menos del 3% mínimo, lo que nos podría indicar que las familias de este tipo de pacientes tienen una conciencia de la enfermedad y conocen o han admitido la importancia del tratamiento que deben recibir dichos pacientes. Esto es similar a lo que reportan Ordoñez Torres y Poblete (12,13) con un 85% y un 73,8% de apoyo calificado como máximo (se utilizó el mismo cuestionario en estos estudios); pero es contrario a lo que indica Zegarra López (15) ya que en su investigación los resultados indicaron que el 81% de la población estudiada tenía un apoyo social mínimo.

En cuanto a la adherencia al tratamiento evaluada mediante el Test Morisky – Green, sólo cuatro de cada 10 pacientes fueron adherentes al tratamiento antihipertensivo; esto es menor a la media indicada en estudios previos para nuestro país; esto es muy similar a lo reportado por Moreno Juste (11) con una adherencia del 50,7% y a su vez contrario a lo reportado por Ordoñez Torres (13) con una adherencia del 30,8%, y por otro lado los estudios de Zegarra López (15) y Alférez Condori (17) reportaron una muy baja adherencia con menos del 10%.

Respecto a la relación entre las variables estudiadas, en los pacientes que tuvieron un soporte familiar máximo, más de la mitad no fueron adherentes al tratamiento; en los que tenían soporte familiar medio, siete de cada diez pacientes eran no adherente y en los que tenían soporte familiar bajo, más del 80% presentó no adherencia al tratamiento farmacológico. Sin embargo, es importante resaltar que sí se encontró asociación estadísticamente significativa entre las variables; por lo que podemos afirmar que un soporte familiar máximo está asociado a una mejor adherencia al tratamiento en pacientes con tratamiento antihipertensivo; sin embargo, los alcances de la investigación no pueden determinar si este factor por sí solo determina la adherencia, pero sí que es importante.

La literatura no es concluyente en cuanto a la relación entre las variables estudiadas, el trabajo de Poblete (12) reporta que aquellas personas con un soporte familiar adecuado tienen 2,5 veces mayor probabilidad de tener una buena adherencia al tratamiento antihipertensivo; el estudio de Adela Alba (14) también reportó que

existe una estrecha relación entre la adherencia y el apoyo social. Por otro lado, el trabajo de Ordoñez Torres (13) indicó que no encontró relación estadísticamente significativa entre las variables mencionadas.

Existen algunas limitaciones que deben tenerse en cuenta al interpretar los hallazgos de este estudio. En primer lugar, todos los resultados fueron autoinformados, lo que podría provocar un sesgo de recuerdo (además de la edad de la población estudiada). Sin embargo, el uso de escalas autoinformadas para medir el soporte familiar y la adherencia al tratamiento es común debido a su conveniencia y bajo costo. En segundo lugar, este fue un estudio transversal, por lo que no se pudo observar el cambio temporal a raíz de la evaluación hecha a los encuestados (al ser informados de sus resultados podría haber cambios). En tercer lugar, es posible que los hallazgos del estudio en el presente estudio no se puedan generalizar a otras poblaciones. Vimos que la adherencia fue menor a la media nacional y también hay que tener en cuenta el factor COVID-19. En cuarto lugar, sólo se consideró una variable en relación a la adherencia por no poder tener contacto directo con los participantes (restricciones por la pandemia, negativa de familiares por miedo a contagio, no vacunación) pero podrían existir variables confusoras inmersas como cantidad de medicamentos, conocimiento de la enfermedad, presencia de complicaciones, escolaridad del paciente, modificaciones en la atención por la pandemia. En quinto lugar, cabe señalar el posible sesgo de autoselección inherente al estudio. Era posible que las personas con mayor apoyo y soporte familiar optaran por responder y contestar las llamadas para ingresar al estudio.

CONCLUSIONES

1. La asociación entre el soporte familiar y la adherencia al tratamiento farmacológico antihipertensivo es significativa ($p = 0,03$).
2. La población estudiada fue en el 52,2% de la población estudiada era de sexo masculino; tenía una media de 67,3 años con una desviación estándar de $\pm 10,1$ años y a su vez el 59,4% correspondía al grupo de edad de mayores de 65 años.
3. El soporte familiar evaluado mediante el cuestionario MOS, indica que el 71,4% de los participantes tienen un soporte familiar calificado como máximo, el 25,9% como medio y sólo el 2,7% como mínimo.
4. La adherencia al tratamiento farmacológico antihipertensivo evaluado mediante el Test de Morisky – Green, indicó que el 41,5% de los pacientes pertenecientes al programa fueron adherentes y el 58,5% no adherentes.
5. Los pacientes con soporte familiar máximo, se distribuyeron en un 46,9% como adherentes y un 53,1% no adherentes; de los de soporte familiar medio, el 29,3% fueron adherentes y el 70,7% no adherentes y los pacientes con soporte familiar mínimo, el 16,7% fueron adherentes y el 83,3% no adherentes.

RECOMENDACIONES

1. Implementar la evaluación de la adherencia al tratamiento periódicamente en los establecimientos de salud que tengan un programa de Hipertensión debido a la importancia de este factor en el control de la enfermedad y reducción de las complicaciones.
2. Involucrar de una manera más constante a los familiares de los pacientes con enfermedades crónicas no transmisibles, ya que el apoyo social es una arista importante pero muchas veces descuidada en el transcurso de la evaluación integral de los pacientes.
3. Realizar investigaciones de carácter longitudinal para ver el impacto que tienen los programas de hipertensión y de otras enfermedades crónicas en la población, ya que el objetivo no es sólo brindar seguimiento a las complicaciones sino prevenirlas y la manera más eficaz es con el cumplimiento del tratamiento tanto farmacológico como no farmacológico.

BIBLIOGRAFÍA

1. Hipertensión arterial - adultos: MedlinePlus enciclopedia médica [Internet]. [citado 11 de mayo de 2020]. 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]. julio de 2017 [citado 17 de mayo de 2020];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. Poblete F, Barticevic N, Sapag C, Tapia P, Valdés C, Bustamente C, et al. [Apoyo social, salud auto-calificada, adherencia al tratamiento y efectividad en pacientes con diabetes tipo II e hipertension]. 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>
4. Méndez MJM. Análisis de la Satisfacción Vital, Salud y Apoyo Social en Pacientes con Hipertensión Arterial. Rev Psicol Salud. 2016;4(1):24-59.
5. OMS | Preguntas y respuestas sobre la hipertensión [Internet]. WHO. [citado 27 de febrero de 2020]. Disponible en: <http://www.who.int/features/qa/82/es/>
6. OMS. Enfermedad pulmonar obstructiva crónica (EPOC) [Internet]. Organización Mundial de la Salud. 2017 [citado 11 de mayo de 2020]. 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))
7. Vega Angarita O, González Escobar D. Apoyo social: elemento clave en el afrontamiento de la enfermedad crónica. 2009 [citado 11 de mayo de

2020];1(16):23-32.

Disponible

en:

[http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1695-](http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1695-61412009000200021)

[61412009000200021](http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1695-61412009000200021)

8. OMS. El incumplimiento del tratamiento prescrito para las enfermedades crónicas es un problema mundial de gran envergadura [Internet]. Organización Mundial de la Salud. 2003 [citado 11 de mayo de 2020]. Disponible en: <https://apps.who.int/mediacentre/news/releases/2003/pr54/es/index.html#:~:text=Ginebra%2C%201%20de%20julio%20de,y%20que%20tiende%20a%20aumentar>.
9. Morales R, Estela L. La adherencia al tratamiento en las enfermedades crónicas. *Rev Cuba Angiol Cir Vasc.* diciembre de 2015;16(2):175-89.
10. Rodríguez-Abt JC, Solís-Visscher RJ, Rogic-Valencia SJ, Román Y, Reyes-Rocha M. Asociación entre conocimiento de hipertensión arterial y adherencia al tratamiento en pacientes hipertensos del Hospital Nacional Edgardo Rebagliati Martins de Lima, Perú. 2015. *Rev Fac Med.* 1 de enero de 2017;65(1):55-60.
11. 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.
12. Poblete F, Barticevic N, Sapag JC, Tapia P, Bastías G, Quevedo D, et al. Social support, self-rated health, treatment adherence and effectiveness in patients with type II diabetes and hypertension. *Rev Médica Chile.* diciembre de 2018;146(10):1135-42.
13. Ordoñez Torres DL, Tapia Garzón ME. “Asociación entre el nivel de apoyo social y familiar con la adherencia terapéutica en pacientes diagnosticados de hipertensión arterial que acuden a la consulta externa del Centro de Salud

- Augusto Egas distrito 23 de octubre a diciembre del 2016". 2016 [citado 21 de febrero de 2020]; Disponible en: <http://repositorio.puce.edu.ec:80/xmlui/handle/22000/12975>
14. Alba-Leonel A, Fajardo-Ortiz G, Papaqui-Hernández J. El apoyo familiar y la adherencia en el tratamiento de hipertensión arterial. *Rev Enferm Neurológica* [Internet]. 30 de abril de 2015 [citado 17 de mayo de 2020];14(1):11-7. Disponible en: <https://revenferneurolonlinea.org.mx/index.php/enfermeria/article/view/200>
 15. López EZ. Adherencia terapéutica y apoyo social en pacientes con hipertensión arterial, Hospital de apoyo Chepén. *Rev UCV-Sci Bioméd.* 2018;1(1):33-9.
 16. Salazar P, Belsi E. Soporte familiar y adhesión al tratamiento de adultos mayores del programa CAC en el Hospital I La Esperanza, 2019. Univ Nac Trujillo [Internet]. 2019 [citado 1 de abril de 2020]; Disponible en: <http://dspace.unitru.edu.pe/handle/UNITRU/14778>
 17. Medina Gutierrez R, Rojas Morales J, Vilcachagua Castillo JE. Factores asociados a la adherencia al tratamiento en el adulto y adulto mayor con hipertensión arterial de un hospital general. Octubre 2016 [Internet]. [Lima]: Universidad Cayetano Heredia; 2017 [citado 17 de mayo de 2020]. Disponible en: <https://repositorio.upch.edu.pe/handle/upch775>
 18. Condori A, Betshabét J. Factores que Influyen en la Adherencia al Tratamiento Antihipertensivo en Pacientes del Programa de Hipertensión Arterial de la Red Asistencial de EsSalud –Tacna, 2017 [Internet]. [Tacna]: Universidad Privada de Tacna; 2019 [citado 17 de mayo de 2020]. Disponible en: <http://localhost:8080/xmlui/handle/UPT/683>
 19. [gpc_hta192019.pdf](#) [Internet]. [citado 3 de abril de 2020]. Disponible en: https://www.salud.gob.ec/wp-content/uploads/2019/06/gpc_hta192019.pdf

20. 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>
21. Terapia combinada para el tratamiento de la hipertensión arterial - Sociedad Española de Cardiología [Internet]. [citado 3 de abril de 2020]. Disponible en: <https://secardiologia.es/clinica/publicaciones/actualidad-cardiologia-clinica/octubre-2017/9086-terapia-combinada-para-el-tratamiento-de-la-hipertension-arterial>
22. 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>
23. 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 Institucionaria*. 2009;(85):61-75.
24. Salinas Cruz E, Nava Galán G. Adherencia terapéutica. *Enf Neurol*. 2012;11(2):102-4.
25. Pagès-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>.
26. Gómez EO, Guardiola VJV. Hacia un concepto interdisciplinario de la familia en la globalización. *Justicia Juris* [Internet]. 2014 [citado 17 de mayo de 2020];10(1):11-20. Disponible en: <https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=5995439>
27. Tesis_60113.pdf [Internet]. [citado 3 de abril de 2020]. Disponible en: http://www.repositorio.usanpedro.edu.pe/bitstream/handle/USANPEDRO/11782/Tesis_60113.pdf?sequence=1&isAllowed=y

28. Avellaneda Glarreta MK. Influencia del soporte familiar en la calidad de vida del adulto mayor con discapacidad del programa atención domiciliaria - PADOMI, Distrito de Florencia Mora, Provincia de Trujillo, año 2015. [Trujillo]: Universidad Nacional de Trujillo; 2015.
29. 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 Publica. abril de 2017;34(2):245-9.
30. 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.
31. Revilla Ahumada L de la, Luna del Castillo J, Bailón Muñoz E, Medina Moruno I. Validación del cuestionario MOS de apoyo social en Atención Primaria. Medicina de Familia. 2005;6(1):10-18.

ANEXOS

ANEXO N°01: FICHA DE UBIGEO

HCL:	Edad:	Sexo:
Teléfono:	Dirección:	
Fecha llamada o contacto:		
Hora llamada o contacto:		
COMORBILIDADES:		
DM2	HTA	Otros:

ANEXO N°02: TEST DE MORISKY

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 debajo 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

ANEXO N°03: CUESTIONARIO MOS

PREGUNTA	Nunca	Pocas Veces	Algunas Veces	La mayoría de las veces	Siempre
Alguien quien le ayude cuando tenga que estar en la cama	1	2	3	4	5
Alguien con quien puede contar cuando necesita hablar	1	2	3	4	5
Alguien que le aconseje cuando tiene problemas	1	2	3	4	5
Alguien que le lleve al médico cuando lo necesite	1	2	3	4	5
Alguien que le muestre amor y afecto cuando lo necesite	1	2	3	4	5
Alguien con quien pasar un rato	1	2	3	4	5
Alguien quien le informe y le ayude a entender una situación	1	2	3	4	5
Alguien en quien confiar o con quien hablar de sí mismo y sus preocupaciones	1	2	3	4	5
Alguien quien le abrace	1	2	3	4	5
Alguien con quien pueda relajarse	1	2	3	4	5
Alguien que le prepare la comida si no puede hacerlo	1	2	3	4	5
Alguien cuyo consejo realmente lo desee	1	2	3	4	5
Alguien con quien hacer cosas que le sirvan para olvidar sus problemas	1	2	3	4	5
Alguien que le ayude en sus tareas domésticas si está enfermo	1	2	3	4	5
Alguien con quien compartir sus temores y problemas más íntimos	1	2	3	4	5
Alguien que le aconseje como resolver sus problemas personales	1	2	3	4	5
Alguien con quien divertirse	1	2	3	4	5
Alguien quien comprenda sus problemas	1	2	3	4	5
Alguien a quien amar y hacerle sentirse querido	1	2	3	4	5

ANEXO N°04: TABLAS COMPLEMENTARIAS

Tabla 5. Distribución de la presencia de comorbilidades en los pacientes mayores de 45 años atendidos en el programa de Hipertensión en el CAP Luis Palza Lévano ESSALUD - Tacna.

Comorbilidades	n	%
Con comorbilidades	145	64,7
Sin comorbilidades	79	35,3
Total	224	100,0

En relación a las comorbilidades el 64,7% manifestaron que, si tenían alguna, mientras que el 35,3% no.

Tabla 6. Distribución de las dimensiones del Cuestionario MOS de soporte familiar en los pacientes mayores de 45 años atendidos en el programa de Hipertensión en el CAP Luis Palza Lévano ESSALUD - Tacna.

Soporte familiar	n	%
Apoyo emocional		
Máximo	168	75
Medio	51	22,8
Mínimo	5	2,2
Ayuda material instrumental		
Máximo	160	71,4
Medio	54	24,1
Mínimo	10	4,5
Relaciones sociales de ocio y distracción		
Máximo	152	67,9
Medio	68	30,4
Mínimo	4	1,8
Apoyo afectivo referido a expresiones de amor y cariño		
Máximo	163	72,8
Medio	52	23,2
Mínimo	9	4,0
Total	224	100,0

En cuanto a la distribución de las dimensiones del cuestionario MOS, el apoyo emocional tuvo un puntaje máximo en el 75% de los casos, medio en el 22,8% y mínimo en el 2,2%; la dimensión ayuda material e instrumental, tuvo una calificación máxima en el 71,4% de los casos, media en el 24,1% mínima en el 4,5%; las relaciones sociales de ocio y distracción, se distribuyeron en máxima en el 67,9%, media en el 30,4% y mínima en el 1,8%; finalmente, la dimensión apoyo afectivo referido a expresiones de amor y cariño, tuvo un 72,8% con puntaje máximo, 23,2% con puntaje medio y 4% con puntaje mínimo.