



UNIVERSIDAD CATÓLICA  
DE SANTIAGO DE GUAYAQUIL  
SISTEMA DE POSGRADO  
ESCUELA DE GRADUADOS EN CIENCIAS DE LA SALUD  
ESPECIALIZACIÓN EN MEDICINA FAMILIAR Y COMUNITARIA

TEMA:

FACTORES PSICOSOCIALES ASOCIADOS A LA NO ADHERENCIA  
AL TRATAMIENTO EN ADULTOS MAYORES HIPERTENSOS DE  
DOS CONSULTORIOS DEL CENTRO DE SALUD PASCUALES. AÑO  
2021

AUTORA:

ORTEGA FARÍAS, DIANA JANINE  
TRABAJO DE INVESTIGACIÓN PREVIO A LA OBTENCIÓN DEL  
TÍTULO DE:  
ESPECIALISTA EN MEDICINA FAMILIAR Y COMUNITARIA

DIRECTORA:

URGILES CARRIÓN, BRENDA YESQUENY

GUAYAQUIL – ECUADOR

2021



UNIVERSIDAD CATÓLICA  
DE SANTIAGO DE GUAYAQUIL  
SISTEMA DE POSGRADO  
ESCUELA DE GRADUADOS EN CIENCIAS DE LA SALUD  
ESPECIALIZACIÓN EN MEDICINA FAMILIAR Y COMUNITARIA

Certificamos que el presente trabajo fue realizado en su totalidad por  
*la Dra. Diana Janine Ortega Farías*, como requerimiento parcial para la  
obtención del Título de Especialista en Medicina Familiar y  
Comunitaria.

Guayaquil, a los 20 días del mes de noviembre del año 2021.

DIRECTORA DEL TRABAJO DE INVESTIGACIÓN:

---

Dra. Brenda Yesqueny Urgilés Carrión

DIRECTOR DEL PROGRAMA:

---

Dr. Xavier Francisco Landívar Varas



UNIVERSIDAD CATÓLICA  
DE SANTIAGO DE GUAYAQUIL  
SISTEMA DE POSGRADO  
ESCUELA DE GRADUADOS EN CIENCIAS DE LA SALUD  
ESPECIALIZACIÓN EN MEDICINA FAMILIAR Y COMUNITARIA

DECLARACIÓN DE RESPONSABILIDAD:

Yo, Diana Janine Ortega Farías

DECLARO QUE:

El Trabajo de investigación “Factores psicosociales asociados a la no adherencia al tratamiento en adultos mayores hipertensos de dos consultorios del Centro de Salud Pascuales. Año 2021” previo a la obtención del Título de Especialista, ha sido desarrollado en base a una investigación exhaustiva, respetando derechos intelectuales de terceros, conforme a las citas que constan en el texto del trabajo, y cuyas fuentes se incorporan en la bibliografía. Consecuentemente este trabajo es de mi total autoría.

En virtud de esta declaración, me responsabilizo del contenido, veracidad y alcance científico del Trabajo de Tesis mencionado.

Guayaquil, a los 20 días del mes de noviembre del año 2021

EL AUTOR:

---

Dra. Diana Janine Ortega Farías



UNIVERSIDAD CATÓLICA  
DE SANTIAGO DE GUAYAQUIL  
SISTEMA DE POSGRADO  
ESCUELA DE GRADUADOS EN CIENCIAS DE LA SALUD  
ESPECIALIZACIÓN EN MEDICINA FAMILIAR Y COMUNITARIA

AUTORIZACIÓN:

Yo, Diana Janine Ortega Farías

Autorizo a la Universidad Católica de Santiago de Guayaquil, la publicación en la biblioteca de la institución del trabajo de investigación de Especialización titulado: *“Factores psicosociales asociados a la no adherencia al tratamiento en adultos mayores hipertensos de dos consultorios del Centro de Salud Pascuales. Año 2021”*, cuyo contenido, ideas y criterios son de mi exclusiva responsabilidad y total autoría.

Guayaquil, a los 20 días del mes de noviembre del año 2021

EL AUTOR:

---

Dr. Diana Janine Ortega Farías

Guayaquil, a los 20 días del mes de noviembre del año 2021

URKUND

Original

Document Information

---

Analyzed document	ORTEGA FARIAS DIANA JANINE 28 - EMERG.pdf (D126462620)
Submitted	2022-01-28T21:47:00.0000000
Submitted by	
Submitter email	diana.ortega@cu.ucig.edu.ec
Similarity	0%
Analysis address	xavier.lendrar.ucig@analysis.urkund.com



Sources included in the report

---

## Agradecimiento

En primer lugar, le agradezco a Dios por ser la luz que guía mis pasos para darme la oportunidad de terminar este ciclo de mi vida con éxitos, gracias infinitas a mi madre quien ha sido uno de mis pilares fundamentales a lo largo de mi carrera, a mi padre que desde el cielo me dió las fuerzas suficientes para no rendirme jamás, a mis hermanos, a mi familia en general y a todas las personas que a lo largo de mi carrera me brindaron su ayuda.

Por supuesto darle las gracias a mi tutora de tesis Dra Brenda Urgilés y docentes Dr Yubel Batista, Dra Sanny Aranda por haberme brindado la oportunidad de recurrir a su capacidad y conocimiento, como también haber tenido toda la paciencia para guiarme durante todo el desarrollo de mi tesis.

## Dedicatoria

Dedico esta tesis a Dios, por ser mi guía en este largo camino y llenar de bendiciones mi vida, gracias a él superé los momentos difíciles y me levanté para culminar con éxito, a mi madre que con su esfuerzo y sacrificio ha sido mi apoyo incondicional, a mi padre que en el cielo se sentirá muy orgulloso, a mis hermanos que siempre me brindaron su apoyo enseñándome que con perseverancia se encuentra el éxito profesional, a mis sobrinas Camila y Lia que han sido mi motivo de inspiración en cada momento.



UNIVERSIDAD CATÓLICA DE SANTIAGO DE GUAYAQUIL

SISTEMA DE POSGRADO

ESCUELA DE GRADUADOS EN CIENCIAS DE LA SALUD

ESPECIALIZACIÓN EN MEDICINA FAMILIAR Y COMUNITARIA

TRIBUNAL DE SUSTENTACIÓN

---

LANDÍVAR VARAS, XAVIER FRANCISCO

DIRECTOR DEL POSGRADO

---

ARANDA CANOSA, SANNY

COORDINADORA DOCENTE

---

BATISTA PEREDA, YUBEL

OPONENTE





UNIVERSIDAD CATÓLICA DE SANTIAGO DE GUAYAQUIL  
ESPECIALIZACIÓN EN MEDICINA FAMILIAR Y COMUNITARIA

III COHORTE

ACTA DE CALIFICACIÓN

TEMA: "Factores psicosociales asociados a la no adherencia al tratamiento en adultos mayores hipertensos de dos consultorios del Centro de Salud Pascuales año 2021"  
POSGRADISTA: ORTEGA FARIAS DIANA JANINE  
FECHA:

No.	MIEMBROS DEL TRIBUNAL	FUNCIÓN	CALIFICACIÓN TRABAJO ESCRITO /60	CALIFICACIÓN SUSTENTACIÓN /40	CALIFICACIÓN TOTAL /100	FIRMA
1	DR. XAVIER LANDÍVAR VARAS	DIRECTOR DEL POSGRADO MFC				
2	DRA. SANNY ARANDA CANOSA	COORDINADORA DOCENTE				
3	DR. YUBEL BATISTA PEREDA	OPONENTE				
NOTA FINAL PROMEDIADA DEL TRABAJO DE TITULACIÓN						

Observaciones: \_\_\_\_\_

Lo certifico

\_\_\_\_\_  
DR. XAVIER LANDÍVAR VARAS  
DIRECTOR DEL POSGRADO  
TRIBUNAL DE SUSTENTACIÓN

\_\_\_\_\_  
DR. YUBEL BATISTA PEREDA  
OPONENTE  
TRIBUNAL DE SUSTENTACIÓN

\_\_\_\_\_  
DRA. SANNY ARANDA CANOSA  
COORDINADORA DOCENTE  
TRIBUNAL DE SUSTENTACIÓN

## ÍNDICE GENERAL

AGRADECIMIENTO .....	VI
DEDICATORIA .....	VII
TRIBUNAL DE SUSTENTACIÓN .....	VIII
ACTA DE CALIFICACIÓN .....	IX
ÍNDICE GENERAL.....	X
ÍNDICE DE TABLAS .....	XIII
ÍNDICE DE ANEXOS.....	XV
RESUMEN.....	XVI
ABSTRACT.....	XVII
1. INTRODUCCIÓN.....	2
2. EL PROBLEMA .....	5
2.1. IDENTIFICACIÓN, VALORACIÓN Y PLANTEAMIENTO .....	5
2.2. FORMULACIÓN.....	6
3. OBJETIVOS GENERALES Y ESPECÍFICOS.....	7
3.1 GENERAL .....	7
3.2 ESPECÍFICOS.....	7
4. MARCO TEÓRICO.....	8
4.1 MARCO CONCEPTUAL .....	8
4.1.1. Envejecimiento .....	8
4.1.2. Personas Adultas Mayores.....	9
4.1.3. La hipertensión arterial .....	10

4.1.4. HTA en adultos mayores .....	11
4.1.5. Factores predisponentes .....	12
4.1.6. Importancia del control de la hipertensión arterial .....	13
4.1.7. Clasificación de la Hipertensión arterial para adultos mayores .	14
4.2. LA ADHERENCIA AL TRATAMIENTO COMO PROCESO COMPLEJO Y FACTORES INFLUYENTES .....	14
4.2.1. Concepto .....	14
4.2.2. Importancia.....	17
4.2.3. Factores relacionados con la adherencia al tratamiento de enfermedades crónicas .....	18
4.3. ANTECEDENTES INVESTIGATIVOS .....	25
4.4. INSTRUMENTOS DE LA INVESTIGACIÓN .....	26
5. FORMULACIÓN DE HIPÓTESIS .....	30
6. MÉTODOS .....	31
6.1. NIVEL DE LA INVESTIGACIÓN. ....	31
6.2. TIPO DE INVESTIGACIÓN. ....	31
6.3. DISEÑO DE INVESTIGACIÓN. ....	31
6.4. JUSTIFICACIÓN DE LA ELECCIÓN DEL MÉTODO.....	31
6.5. POBLACIÓN DE ESTUDIO. ....	32
6.6. CRITERIOS Y PROCEDIMIENTOS DE SELECCIÓN DE LA MUESTRA O PARTICIPANTES DEL ESTUDIO.....	32
- <i>Criterios de inclusión.</i> .....	32
6.7. PROCEDIMIENTO DE RECOLECCIÓN DE LA INFORMACIÓN.....	33
6.8. TÉCNICAS DE RECOLECCIÓN DE INFORMACIÓN .....	36

6.9.	TÉCNICAS DE ANÁLISIS ESTADÍSTICO .....	36
6.10.	VARIABLES .....	38
6.10.1.	Operacionalización de variables .....	38
7.	PRESENTACIÓN DE RESULTADOS Y DISCUSIÓN.....	39
8.	CONCLUSIONES.....	52
9.	VALORACIÓN CRÍTICA DE LA INVESTIGACIÓN .....	53
	REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS .....	54
	ANEXOS .....	64

## ÍNDICE DE TABLAS

Tabla 1. Distribución de adultos mayores según edad y sexo. Consultorio 25 (A) y 26 (A) del centro de salud Pascuales. Año 2021.....	39
Tabla 2. Distribución de adultos mayores según estado civil y sexo. Consultorio 25 (A) y 26 (A) del centro de salud Pascuales. Año 2021.....	40
Tabla 3. Distribución de adultos mayores según escolaridad y sexo. Consultorio 25 (A) y 26 (A) del centro de salud Pascuales. Año 2021.....	41
Tabla 4. Distribución de adultos mayores según adherencia al tratamiento y sexo del consultorio 25 (A) y 26 (A) del centro de salud Pascuales. Año 2021 .....	43
Tabla 5. Distribución de adultos mayores según depresión y sexo del consultorio 25 (A) y 26 (A) del centro de salud Pascuales. Año 2021 .....	43
Tabla 6. Distribución de adultos mayores según depresión y adherencia al tratamiento del consultorio 25 (A) y 26 (A) del centro de salud Pascuales. Año 2021 .....	45
Tabla 7. Distribución de adultos mayores según apoyo social y adherencia al tratamiento del consultorio 25 (A) y 26 (A) del centro de salud Pascuales. Año 2021 .....	46
Tabla 8. Distribución de adultos mayores según funcionalidad familiar y adherencia al tratamiento del consultorio 25 (A) y 26 (A) del centro de salud Pascuales. Año 2021 .....	47
Tabla 9. Distribución de adultos mayores según dependencia y adherencia al tratamiento del consultorio 25 (A) y 26 (A) del centro de salud Pascuales. Año 2021 .....	49

Tabla 10. Distribución de adultos mayores según conocimiento y adherencia al tratamiento del consultorio 25 (A) y 26 (A) del centro de salud Pascuales. Año 2021 .....	50
--	----

## ÍNDICE DE ANEXOS

Anexo 1. CONSENTIMIENTO INFORMADO .....	64
Anexo 2. ENCUESTA.....	66
Anexo 3. ADHERENCIA AL TRATAMIENTO.....	67
Anexo 4. ESCALA DE DEPRESIÓN DE YESSAVAGE .....	68
Anexo 5. ESCALA DE MOSS .....	70
Anexo 6. APGAR FAMILIAR. ADULTOS .....	73
Anexo 7. EVALUACIÓN DE LAS ACTIVIDADES BÁSICAS DE LA VIDA DIARIA (ABVD) ÍNDICE DE KATZ MODIFICADO .....	75

## RESUMEN

**Antecedentes:** La hipertensión arterial es considerada una enfermedad de origen multifactorial, la no adherencia al tratamiento antihipertensivo está relacionada a múltiples factores psicosociales, siendo los más importantes la falta de conocimiento de la enfermedad, el escaso apoyo social, la dependencia, funcionabilidad familiar y la depresión. **Métodos:** Se realizó un estudio de nivel relacional tipo descriptivo de corte transversal, se incluyeron 83 adultos mayores de ambos sexos con diagnóstico de Hipertensión Arterial asignados al consultorio 25 (A) – 26 (A) del Centro de Salud Pascuales. Se utilizó el test de Morisky-Green-Levinne y para la determinación de los factores psicosociales se utilizó la escala de depresión de Yessavage, cuestionario de apoyo psicosocial de MOS-SSS y el de Apgar familiar, índice de Katz modificado, test de Batallas. Para determinar la asociación estadística entre la variable de supervisión y las variables asociadas se utilizó, para probar la hipótesis, la prueba estadística de Chi cuadrado. **Resultados:** se evidenció una prevalencia del grupo etario entre 65 a 69 años, sexo femenino, casados, bajo nivel educativo, depresión, disfunción familiar. La mayoría de los pacientes presentan apoyo social. La falta de adherencia al tratamiento se presentó en la mitad de los participantes. **Conclusiones:** La adherencia al tratamiento para la hipertensión arterial en el adulto mayor que acude al Centro de Salud Pascuales fue baja y se relacionó con el apoyo social recibido.

**Palabras Clave:** hipertensión, adulto mayor, adherencia terapéutica



## ABSTRACT

**Background:** Hypertension is considered a disease of multifactorial origin, non-adherence to antihypertensive treatment is related to multiple psychosocial factors, the most important being the lack of knowledge of the disease, scarce social support, dependence, family functionality and depression. **Methods:** A cross-sectional descriptive relational level study was carried out, including 83 older adults of both sexes with a diagnosis of Arterial Hypertension assigned to the office 25-26 of the Pascuales Health Center. The Morisky-Green-Levinne test was used and the Yessavage depression scale, the MOS-SSS psychosocial support questionnaire, and the family Apgar, modified Katz index, Battle test were used to determine the psychosocial factors. To determine the statistical association between the supervisory variable and the associated variables, the Chi-square test was used to test the hypothesis. **Results:** a prevalence of the age group between 65 to 69 years, female, married, low educational level, depression, family dysfunction was evidenced. Most patients have social support. Lack of adherence to the presnet treatment in half of the participants. **Conclusions:** Adherence to treatment was related to the social support received.

**Key Words:** hypertension, elderly, therapeutic adherence

## 1. INTRODUCCIÓN

La hipertensión arterial (HTA) ha sido considerada entre las patologías con origen relacionado a diversidad de factores y entre las que presenta la mayor prevalencia en todos los países del mundo, condiciona complicaciones a nivel cerebrovasculares y cardiovasculares, aspecto que es posible evitar cuando esta patología ha logrado estar bien controlada (1).

Considerando a los adultos mayores de 40 años, y resaltando todos los procesos relacionados con el envejecimiento que pueden generar toda una gama de transformaciones asociadas, hecho que se presente en todo el cuerpo sin distinción de algún órgano o algún sistema, en una forma más explícita por ejemplo, a nivel cardiovascular, inicia la rigidez arterial y sus paredes pierden elasticidad y esta alteración desencadena mayor resistencia al flujo sanguíneo con el consecuente incremento de la presión en todo el sistema circulatorio (2).

En los individuos que han alcanzado la adultez y en especial al llegar a la adultez mayor, controlar los niveles de presión arterial a nivel terapéutico representa un reto, esto se debe a que existen algunos factores sociodemográficos que, por lo general, suelen influir en lo que se ha denominado adherencia terapéutica o al tratamiento antihipertensivo de muchos pacientes. Las causas relacionadas son muchas, entre estas, con la edad inicia pérdida o disminución de capacidad cognitiva y física, elementos que afectan mucho la salud (3).

Por lo expuesto se entiende que todo el proceso relacionado con el envejecimiento aumenta el potencial riesgo en el adulto mayor, perdiendo capacidades de respuestas adecuadas frente a las adversidades ambientales e incluso de los eventos sociales negativos (4).

Con base se afirma que la HTA disminuye la calidad de vida del adulto mayor, debido a efectos adversos de medicamentos, la polifarmacia los elementos inherentes a factores socioeconómicos y las múltiples secuelas presentadas en varios órganos blancos de la enfermedad (5).

La adherencia terapéutica es un elemento importante que incluye una variedad de conductas, se considera como un fenómeno multifactorial de gran complejidad, por ende, amerita de manera especial, que participen de forma activa y en conjunto el paciente junto al médico, aspecto que amerita de una comunicación adecuada, es así como puede ser posible gestionar y facilitar una toma de decisiones consensuadas (6).

La OMS el 2003 emitió varios parámetros que permitieron definir a la adherencia como “el grado en el que la conducta del paciente, en relación con la toma de medicación, el seguimiento de una dieta o modificación de hábitos de vida se corresponde con las recomendaciones acordadas por el profesional” (7). Es considerada la no adherencia terapéutica cuando existe diversos inconvenientes como dificultad de adquirir el medicamento, toma de dosis incorrecta, suspensión de tratamiento por olvido de varias dosis o sin indicación médica.

La interacción psicosocial pasa a ser un elemento que protege al paciente adulto mayor y es parte importante para generar bienestar en los diversos ordenes como son: lo físico, el aspecto mental, la parte social y la salud del individuo, aspectos que requieren que se logre crear un vínculo de acciones permanentes que involucren al paciente en grupos sociales donde pueda compartir y aprender a mejorar las condiciones de salud (8).

La no adherencia al tratamiento o las trabas que pueda presentar, corresponden a un grave problema que se presenta con mucha frecuencia durante la práctica médica en los centros de salud (9). La terapéutica farmacológica con mayor eficacia es el paciente con HTA eficaz debe ser capaz de disminuir la morbimortalidad por complicaciones cardiovasculares, incluyendo el riesgo de desarrollar accidentes cerebrovasculares y otras secuelas, entre estas la insuficiencia cardíaca y las alteraciones que conllevan a fallas de la arteria coronaria (5).

Esta investigación se dirige a pacientes que presentan una edad vulnerable como los adultos mayores, quienes en gran cantidad acuden solos en búsqueda de atención médica, con morbilidades tales como trastornos

hipertensivos, diabetes, entre otros, que representan factores desfavorables en su estado hemodinámico y están asociadas a descompensaciones. En estos pacientes la falta de eficacia y de adherencia al tratamiento farmacológico, contribuyen a una mala calidad de vida, discapacidad y/o la muerte, además este tipo de estudio no se ha realizado en este Centro, lo que genero la decisión de realizar esta investigación en este grupo etario.

Esta investigación es de nivel relacional tipo observacional, prospectivo de corte transversal, que permitió caracterizar los principales factores de riesgo psicosociales que inciden en la no adherencia terapéutica que presenta el adulto mayor y una vez identificados se pueden implementar estrategias educativas y, amparados en las normativas gubernamentales, elaborar blíster recordatorios de medicamentos, inclusión en unidades de apoyo social en conjunto con la atención integral de salud familiar, comunitaria e Intercultural (MAISFCI). Igualmente permitirá aplicar líneas de investigación, y consolidación de logros alcanzados “Garantizar los derechos de la naturaleza para las actuales y futuras generaciones”.

## **2. EL PROBLEMA**

### **2.1. Identificación, Valoración y Planteamiento**

En la práctica clínica se reciben pacientes que no tienen adherencia al tratamiento, lo que constituye un problema capaz de generar un gran impacto a nivel mundial, en especial porque limita al paciente para recibir los beneficios de medicamentos indicados, convirtiéndose este elemento de la práctica clínica en causa del fracaso terapéutico, sobre todo en pacientes con patologías crónicas no transmisibles (ECNT), los que finalmente van a requerir mayor intervención médica, intensificar las terapias, realizar nuevos y frecuentes análisis de laboratorio, muchas veces poco necesarios o que pueden representar un potencial riesgo al paciente. Es por lo anterior que se presenta la necesidad de identificar esos los factores que pueden estar influyendo en el cumplimiento del tratamiento para así tener las herramientas para combatirlo y con ello contribuir en la mejora de la calidad de vida, tanto del propio paciente como de la familia (10).

Al observar la presencia de pacientes con falta de adherencia terapéutica desde el contexto de una ECNT, es posible considerar esta situación como un problema de salud pública con consecuencias muy graves, aspecto que no solo se presenta en todos los países del mundo, a su vez se registra un notorio crecimiento constante, es multifactorial y con alta posibilidad de generar secuelas graves para la salud del paciente, por esta razón la OMS ha realizado una serie de recomendaciones encaminadas a diagnosticar y caracterizar este problema, además de proporcionar o mejorar la capacidad de sensibilizar al personal de salud para que se pueda plantear el tema de trabajo en conjunto entre la parte directiva de las instituciones dedicadas a la salud, los profesionales tanto médicos como personal de enfermería y la parte más importantes, los pacientes, sus familiares y el resto de la comunidad, contemplando la inclusión de estrategias adaptadas a cada caso en particular (11).

En los países desarrollados, están establecidas las tasas de adherencia a los tratamientos de los pacientes con ECNT, las cuales oscilan entre un 50%, afortunadamente esta cifra disminuye rápidamente en los países menos desarrollados. Para los países en la región latinoamericana la frecuencia en la que se presentan la falta de cumplimiento de tratamientos se ha estimado en aproximadamente un 40% en lo concerniente a tratamiento farmacológico, porcentaje que puede ascender entre un 60 hasta un 90 % cuando se trata del tratamiento no farmacológico, es decir, lo referente a las medidas médicas higiénicas, regímenes alimentarios o como dietas, suspensión de algunos alimentos y en especial cuando se les indica realizar algún tipo de ejercicio físico (12).

En el centro de salud Pascuales de la provincia del Guayas del Ministerio de Salud Pública, se observa que en las atenciones diarias, los adultos mayores que acuden a la consulta médica llegan en su mayoría solos sin compañía de familiares, con problemas de depresión, hipertensión arterial, descompensados por diversos factores, siendo el más frecuente la no adherencia terapéutica.

## **2.2. Formulación**

¿Cuáles son los factores psicosociales que inciden en la no adherencia al tratamiento en adultos mayores hipertensos de dos consultorios del centro de salud Pascuales?

### **3. OBJETIVOS GENERALES Y ESPECÍFICOS**

#### **3.1 General**

Asociar factores psicosociales identificados en la población con la no adherencia al tratamiento antihipertensivo en adultos mayores de dos consultorios del centro de salud Pascuales. Año 2021.

#### **3.2 Específicos**

- Caracterizar la población de estudio según variables sociodemográficas.
- Determinar la adherencia al tratamiento en la población de estudio.
- Identificar factores de riesgo de la no adherencia terapéutica presentes en la población de estudio.
- Establecer la posible asociación entre factores identificados y la adherencia al tratamiento en la población de estudio.

## 4. MARCO TEÓRICO

### 4.1 Marco conceptual.

#### 4.1.1. *Envejecimiento*

Es evidente que el envejecimiento conforma un proceso irreversible, progresivo, con un componente dinámico y heterogéneo que es universal en todos los individuos sin distinción, caracterizado por una serie de transformaciones biopsicosociales vividas con el transcurrir del tiempo. Se divide en primario, estimado como la etapa responsable de las variaciones que se relacionan propiamente con los años de vida y el envejecimiento secundario se presenta por las alteraciones consecuentes a la interacción del envejecimiento primario bajo el dominio de factores medioambientales, donde se agregan alteraciones que suelen ser causadas por las diferentes patologías que desarrolle la persona, esto modifica el envejecimiento estándar, es asociado a complicaciones de salud, además requiere de cambios adaptativos (13).

El sistema sanitario presenta una gran demanda en el cuidado de pacientes mayores de 60 años, esto es motivado, al procedimiento de involución que los caracteriza y según la realidad que vive cada persona. Cuando se trata de adultos mayores, algunos registran cifras de 4 veces más requerimientos sobre necesidades de cuidados por parte de los servicios sanitarios al compararlos con individuos de menos edad (14).

Es posible hablar de un envejecimiento con características saludables y esto puede ser alcanzado mejorando la calidad de vida en estas personas, asegurando un fácil acceso a los servicios prestadores de atención sanitaria, propiciando y mejorando siempre el medio ambiente, dando prioridad al trabajo que tiene que realizar el sector salud en cuanto al seguimiento de las ECNT (15).



#### *4.1.2. Personas Adultas Mayores*

Las Personas Adultas Mayores (PAM) podrían disponer de envejecimiento positivo si permanece con buena salud, con buenas condiciones de una vida óptima y con bienestar, para lograr esto es necesario que durante el proceso de envejecimiento, la forma de vida esté relacionado a sistemas socioculturales apropiados. Asimismo, existen elementos de carácter psicosocial ligados estrechamente con la etiología de afecciones y actitudes del proceso salud-enfermedad. Las políticas de tipo social dirigidas a las PAM deben tener sustento en la cotidianidad del paciente, ajustándose a sus verdaderas necesidades (16).

Todo aquello que se relacione a la vejez suele estar asociado a mayor comorbilidad con un progresivo y constante deterioro del bienestar (17). Existen algunas morbilidades en adultos mayores de gran reconocimiento mundial, en parte por la gran incidencia, se cuentan entre otras muchas, la HTA, diabetes, cardiopatías, alteraciones del sistema nervioso y neoplasias. Las acciones a emprender para tratar a las PAM deben tener la meta de disminuir o de ser posible hasta evitar, la discapacidad prematura, así como prevenir y apoyar con tratamiento oportuno las patologías de tipo crónico que surgen al envejecer (18).

Si se otorga reconocimiento al aspecto biológico, tomándolo en cuenta como parte importante del envejecimiento, se evidencia el vínculo del daño tanto molecular como celular, que además logra aumentar al pasar los años, lo cual conlleva a minimizar gradual y de forma progresiva las facultades, tanto mentales como físicas, donde existe también mayor peligro a desarrollar distintas enfermedades y de muerte. Los cambios biológicos pueden variar de manera particular en cada persona, lo cual se debe al deterioro como factor no estrechamente ligado a la vejez. Por consiguiente, existe evidencia fundada en casos individuales donde el individuo no solo logra envejecer, también su bienestar permanece con excelencia, por otro lado, en otros del mismo grupo etario presentan un grave deterioro y dependencia (18).

En lo que respecta a las características sociodemográficas, un elemento importante y que marca muchas diferencias en la atención en salud durante la vejez, es el nivel de instrucción de las PAM, siendo un elemento que registran muchas variaciones de una nación a otra. En países como Chile, según Figueroa, Lagos y García (19) el promedio de años de escolaridad del adulto mayor se ha registrado en 11,23 años, lo cual implica que la mayoría alcanzan como mínimo la secundaria.

Los datos arrojados en el estudio realizado en Perú por Ascarza (20) confirma sobre el 43.96% de adultos mayores tienen únicamente la primaria como nivel de estudio, siendo este el porcentaje más elevado, continúan aquellos con estudios hasta la secundaria quienes representan un 35.71%, seguidos de un 18.68% que realizó estudios superiores y un pequeño grupo de analfabetos que representaron el 1.65% del total estudiado.

#### *4.1.3. La hipertensión arterial*

La HTA es aquella afección que presenta pocos síntomas y está ligada a diversos indicadores de advertencia para quien la padece, algunos de tipo conductual como la dieta, el sedentarismo y aspectos metabólicos como dislipidemias, obesidad, e incluso diabetes, entre otros. El elemento principal de gran efectividad para sobrellevar dicha afección, es el estar correctamente informados sobre la misma, así como contar con suficiente apoyo y la colaboración necesaria para obtener tanto los servicios como los productos sanitarios que requieran (21).

En noviembre de 2017, la *American Heart Association* y el *American College of Cardiology* emitió algunas definiciones y elementos relacionados a esta patología, donde se encuentra la clasificación de la presión arterial modificada en: Normal cuando la persona presenta cifras representativas de presión arterial en < 120/80 mmHg, elevada 120-129/<80, Hipertensión Estadio 1 130-139/80-89, Hipertensión Estadio 2  $\geq$ 140/90 (22).

La hipertensión ha sido establecida como una de las ECNT que registra el mayor motivo de consulta en Unidades de Medicina Familiar, conformando a su vez una patología que puede ayudar a identificar otras alteraciones vasculares, como enfermedad cerebrovascular (ECV), insuficiencia renal, infartos y la afección arterial periférica. Un número significativo de hipertensos no llevan alcanzar un control adecuado, lo que provoca que se aumente el deterioro en órganos blancos, complicaciones, discapacidad, incremento en los gastos familiares y del sector salud (23).

#### *4.1.4. HTA en adultos mayores*

Las enfermedades con mayor afectación del sistema circulatorio son aquellas que desarrollan también mayor daño en el adulto mayor, convirtiéndose en las primeras causas de mortalidad de las PAM. Los cambios estructurales son variados y profundos, entre estos hay evidencia de una reducción significativa de células miocárdicas, lo cual produce hipertrofia compensatoria de los miocitos adyacentes, a esto se le agrega la rigidez y las calcificaciones valvulares, además en la vasculatura ocurre remodelamiento endotelial, en especial se desarrolla engrosamiento de la íntima de arterias (24).

La rigidez arterial suele estar presente durante la vejez, como consecuencia de alteraciones estructurales de las paredes arteriales, y en especial, se ha visto su mayor desarrollo en las arterias de conducción que gozan de un diámetro superior a los 300 micrómetros, esto suele presentarse en el transcurso de la HTA (25).

Los signos clínicos de envejecimiento cardiovascular incluyen aumento de presión del pulso y onda de pulso en arterias periféricas. Cuando la disfunción ventricular izquierda es inexistente, los aumentos de la presión apreciados en el pulso, indican un ascenso de la rigidez arterial y un peligro mayor de isquemia. Los factores asociados al incremento del remodelado arterial y la disfuncionalidad endotelial, generan mayor rigidez arterial (26).

Otro aspecto a tener presente es el paso del tiempo es la distensibilidad cardíaca decrece y con ella disminuye entonces la respuesta fisiológica del

sistema cardiovascular ante actividad física, siendo este el caso del adulto mayor, quienes durante el reposo pueden mantener un consumo cardíaco y un índice en reposo que corresponda con los parámetros normales, sin embargo, al intensificarse la actividad física estas no incrementan sus niveles a los requeridos, estando entre los motivos principales de la reducción de la respuesta beta adrenérgica (27).

#### *4.1.5. Factores predisponentes*

La HTA es una ECNT presentada con alta prevalencia entre los adultos mayores y factores principales que contribuyen a su desarrollo incluyen aspectos como la rigidez en las arterias, constituyendo un agente de riesgo significativo para otras patologías, las alteraciones que se presentan perjudican a ambos sexos, aunque con mayor predominio del sexo femenino (28).

Según las cifras del INEC (29) en relación al adulto mayor, esta institución sugiere que en Ecuador existe una prevalencia mayor de mujeres (50,4 %) por encima del registro de los hombres (49,6%) siendo escasa la diferencia a en toda la nación. Así mismo estas cifras van disminuyendo en frecuencia mientras se incrementan los años, comenzando con un 2,2 % en edades comprendidas entre 65 a 69 años para disminuir progresivamente hasta 0,1% al alcanzar entre 95 a 99 años.

En este sentido, Castañeda & Ramírez (30) describen que la ECNT más frecuente en adultos mayores es la HTA. En dicha investigación los hombres obtuvieron una prevalencia levemente mayor de 44.7 % a las mujeres con 43.5%, en especial entre los 60 a 69 años, así mismo, entre los 70 a 79 años prevalecieron las personas de sexo masculino (37.83 %) sobrepasando a las femeninas (35.61%).

La HTA en ancianos provoca alteraciones vasculares periféricas y en órganos blancos, por tal motivo el adecuado control de la tensión arterial es considerado ahora gran responsabilidad para el sector salud representando una complicación sanitaria principal a la que se enfrenta a diario el médico de

familia, tomando en cuenta también que se trata de la patología que con mayor frecuencia provoca discapacidad e incluso la muerte en pacientes de edad avanzada (31).

Conforme con las cifras en Ecuador manejadas en el INEC (29) el estado civil de los individuos que padecen HTA, se puede apreciar un porcentaje considerable de personas solteras (36,5 %) seguido de casados (32,5 %), unión libre (20,4 %) y viudo (3,8 %). Así mismo, Herrera (32) concerniente al estado civil de adultos mayores con hipertensión 67,5 % son casados, viudo el 15 % y en unión libre el 5,8%.

En Perú, según el Ministerio de la Mujer y Poblaciones Vulnerables (33) un 60,6% de las personas con 60 y más años están casadas/os o convivientes, el 24,4% viudas/os y el 15,1% otro estado civil: divorciada/o, separada/o y soltera/o).

#### *4.1.6. Importancia del control de HTA*

La HTA es una de esas enfermedades cuya recomendación primordial es la de realizar un seguimiento apropiado que permita mantener niveles tensionales dentro de parámetros normales, para ello se requiere introducir cambios saludables para modificar esos modos de vida negativos e incorporar buenos hábitos que acompañen el tratamiento, lo que permitirá mejorar el control establecido para estos pacientes (34).

Diversos factores promueven la instalación y evolución de la HTA, se destacan la ingesta en exceso grasas saturadas, alcohol y comidas con una elevada concentración de sodio, poca ingesta de verduras y de frutas, índices elevados de estrés y poco ejercicio físico. (34).

El tratamiento para la HTA beneficia en gran medida al adulto mayor, en la evolución como paciente y puede disminuir los riesgos de agravamiento que con frecuencia presentan estos pacientes, en este sentido, algunos suelen requerir combinación de fármacos y un buen apego al tratamiento para así poder asegurar la eficacia terapéutica (35).

#### *4.1.7. Clasificación de la Hipertensión arterial para adultos mayores*

Para el diagnóstico de la HTA se requiere mínimo tres controles de presión arterial realizados en diferentes ocasiones, para ello se toma en cuenta el brazo donde se ha registrado la presión arterial más elevada. Se divide en estadios, siendo un nivel óptimo los valores menores a 120/80 mmHg, normal entre 120-130/80-85, normal alta de 130-139/85-89, HTA Grado I 140-159/90-99, HTA Grado II 160-179/100-109 e HTA Grado III cifras mayores a 180/110 (36).

La mejor estrategia continúa siendo la prevención primaria enfocada a pacientes, comunidad y personas que presenten un riesgo elevado, los principales elementos están conformados por una formación integral y constante, que haga hincapié en los elementos que se consideren riesgo y el cumplimiento del tratamiento indicado por el médico (36).

### **4.2. La adherencia al tratamiento como proceso complejo y factores influyentes**

#### *4.2.1. Concepto*

La adherencia al tratamiento podría ser definida como un proceso donde los pacientes toman sus medicamentos (37).

La “no-adherencia” refiere el acto de infringir las indicaciones prescritas por el médico, esto está en relación a la decisión del paciente a ser intencional. Están relacionados diversos elementos, tales como relevancia de tomar el medicamento, el grado de severidad en la que se encuentre la afección y la fiabilidad en el tema de la posible eficacia del medicamento. La no adherencia genera severas consecuencias, tales como fracaso del manejo la enfermedad, costos altos en los servicios asistenciales, mayor admisión hospitalaria, disminución o deterioro de las condiciones en las que vive el paciente, los elementos antes mencionados empeoran en las patologías crónicas, en especial porque requieren prolongar el tratamiento (38).

Las enfermedades de tipo crónico suelen presentar grados de dificultad mayor con respecto a su adherencia terapéutica, entre estas, la HTA, por contemplar una enfermedad generalmente asintomática, representa la afección con mayor incumplimiento del tratamiento y generalmente, el paciente afronta un alto riesgo de empeorar su condición. La ausencia de adherencia es multifactorial, las causas más referidas por los pacientes se relaciona con el estatus socioeconómico bajo, falta de un soporte familiar, dificultad de entender las indicaciones médicas, esta última se vincula con los bajos índices de escolaridad presentados y la polifarmacia (39).

Luna, Haro, Uriostegui, Barajas, & Rosas, (40) señalan que en su trabajo de investigación evidenciaron mayor prevalencia de pacientes femeninas (67.53%) por encima de los masculinos (32.47%) con el cumplimiento del tratamiento en el 47,7 % de los casos. Por el contrario, los investigadores Núñez et al., (41) evidenciaron que el cumplimiento terapéutico se sitúa en el 51,7%, y no encontraron diferencias estadísticamente significativas con respecto al sexo o la edad.

En lo concerniente a la vinculación entre la funcionalidad familiar y la adherencia al medicamento, Bello y Montoya (42) hallaron en su estudio un cumplimiento del tratamiento terapéutico del 51,72% en los adultos mayores encuestados resaltando que el 90,52% percibió una familia altamente funcional, mientras que el 62,07% refiere gozar de un elevado apoyo familiar. Así mismo, Becerra y Villegas (43) reafirman lo anteriormente expuesto al concluir en un trabajo que contó con la participación de 336 pacientes que se puede apreciar una asociación entre la preservación de la salud y el cumplimiento del tratamiento en relación con la buena funcionabilidad familiar tras indicar que el 89.6% de los pacientes presentaban una elevada adherencia farmacológica, sobre el 10.42% mantenían una adherencia moderada.

En lo que respecta al funcionamiento familiar, el 54% determinó que pertenecían a una familia de funcionalidad normal, un 37.2% tenían una

familia con funcionalidad moderada, frente a un 7% disfuncional y un 0.9% que fue establecido como severamente disfuncional.

En este mismo orden de ideas, Lagos y Flores (44) tras realizar una encuesta a 100 pacientes donde utilizaron dos tipos de instrumento (automanejo en patologías crónicas y APGAR familiar) en los resultados se indicó que un 54% pertenecía a una familia moderadamente disfuncional y solo un 7% eran gravemente disfuncional. En lo que respecta al cumplimiento del tratamiento antihipertensivo, el 56% fue regular mientras que un 9% fue inadecuado. Por consiguiente, se halló una asociación directa entre las dos variables.

En la investigación llevada a cabo por Becerra y Villegas (43) quedó demostrado que el buen funcionamiento de la familia ayuda a preservar y fomentar el bienestar del individuo es lo cual está relacionado con la adherencia farmacológica y al buen desempeño en los cambios de hábitos de vida

Entre los elementos asociados a la adherencia farmacéutica se encuentran acatar el programa y dietas indicadas, asumir una buena percepción de su afección y acatar los cambios necesarios en estilo de vida. Otros aspectos relacionados son el manejo del estrés laboral, la existencia de discapacidad, desconocimiento relacionado a los aspectos fundamentales de la patología, mala relación médico paciente. La no adherencia al tratamiento provoca complicaciones en la evolución de la enfermedad, hospitalizaciones frecuentes y mayor riesgo de muerte (45).

Se han implementado programas que permitan mejorar la situación del apego al tratamiento, no obstante, la ausencia en la adherencia de las ECNT continúa representando un inconveniente grave a escala mundial, en especial para los pacientes con problemas de hipertensión, en quienes aumenta la probabilidad de presentar eventos coronarios y cerebrovasculares, altera la economía familiar y aumenta la demanda de recursos médicos (46).

La no adherencia terapéutica a los antihipertensivos está vinculada con un control deficiente y el seguimiento tiende a ser menor cuando se trata de



pacientes con edad avanzada, en parte debido a la elevada frecuencia de déficit cognitivo, la ausencia de soporte familiar, inasistencia a los controles, y consumo incorrecto de las cantidades prescritas. Se ha estimado la adherencia, alcanzando cifras de 58,8% por carencia del fármaco, el 71,6% de los pacientes tiende a olvidar el cumplimiento, mientras que el 58,3% no respeta los horarios indicados para la toma del medicamento (47).

#### *4.2.2. Importancia*

La terapia antihipertensiva disminuye el agravamiento y las probabilidades de muerte de esta afección, no obstante, al menos un 30 % de las personas que padecen hipertensión no llevan un control apropiado y correcto de dicha patología.

En el adulto mayor hipertenso, se observa una adherencia al tratamiento baja, entre las causas principales está el incumplimiento de la toma por olvido, la ingesta excesiva de fármacos o polifarmacia y la falta de conocimiento con respecto a las consecuencias producto de esta mala práctica (48).

La ausencia a la adherencia terapéutica genera graves secuelas, entre estas limita un resultado terapéutico, retrasa la recuperación, agrava desarrolla mayores complicaciones. Los riesgos en la ausencia de la adherencia terapéutica implican graves recaídas, genera mayor dependencia, mayores consecuencias adversas y probabilidad de toxicidad por sobre abuso, presencia de posibles accidentes durante la mezcla de medicamentos de manera no autorizada, entre otros (49).

Con respecto a la HTA, la poca o ninguna adherencia en el tratamiento es considerada como causa significativa del control deficiente de esta enfermedad donde alrededor del 50% son los que cumplen correctamente el tratamiento indicado. Se recomienda evaluar el cumplimiento del tratamiento hipotensor y establecer los factores asociados a esta dificultad (4).

La falta del cumplimiento farmacológico puede generar consecuencias graves, tales como los efectos indeseados, ineficacia terapéutica y mayores ingresos y reingresos hospitalarios (50).

#### *4.2.3. Factores relacionados con la adherencia al tratamiento de enfermedades crónicas*

La no adherencia farmacéutica es multifactorial, está relacionada con los años del paciente, sus creencias, apoyo del entorno social y cultural, miedo a los potenciales efectos secundarios, costo elevado y a inconvenientes en cuanto a la comunicación llevada a cabo por el médico y su paciente. Otros elementos importantes son la polimedicación, pautas de cumplimiento complejas en el tratamiento, la confusión de los nombres genéricos del medicamento prescrito, algunas características en dichos fármacos, los trastornos cognitivos y con mención especial, el olvido en las tomas, todos estos aspectos conforman los motivos principales que influyen en la ausencia de adherencia al tratamiento por parte del paciente (51).

Un aspecto que puede incidir en la adherencia ante una afección crónica es la depresión, aspecto comúnmente padecido por los adultos mayores según el Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad de España, (52) esta se relaciona con el daño progresivo de las facultades cognitivas y la pérdida de capacidades para funciones básicas y cotidianas del individuo.

Por consiguiente, los autores Jiménez, Vidal, Román y Chover, (53) corroboraron que están ligados el seguimiento adecuado del tratamiento y las ayudas sociales, así como el hecho de que dentro del grupo catalogado como aplicado, el 78,7% presentaban buen acceso a las ayudas sociales; frente a los no cumplidores del tratamiento, donde las ayudas sociales fueron menores, demostrando así que tanto el seguimiento adecuado del tratamiento como el acceso a las ayudas sociales están ligados

Sin embargo, Pomares, Rodríguez, Vázquez y Santiesteban, (54) quienes en la investigación que llevaron a cabo encontraron que el grupo prevaleciente fue aquel de seguimiento incompleto o interrumpido del tratamiento,

obteniendo un 76,7%, seguido por el grupo que cumple correctamente con su tratamiento, el cual obtuvo fue del 18,1%, no obtuvieron una relación directa, ni positiva ni estadísticamente significativa en las ayudas sociales que debería recibir el paciente, ya que por parte de la población completa de esta investigación se destaca que concerniendo a la variable de ayudas sociales apenas preponderó la categoría llamada *nada*, obteniendo el 39,7 % (54).

En este sentido, Sandoval, et al., (55) quienes también realizaron un estudio sobre el tema no perciben que dichas variables estén ligadas ya que obtuvo como resultado que alrededor del 36.3% sigue el tratamiento adecuadamente, frente al 36.2% de los encuestados, es decir 513 pacientes, afirma no haber contado con muchas ayudas sociales.

Asimismo, en lo referido al seguimiento del tratamiento en el área médica, tanto el seguimiento farmacológico como la higiene durante la cotidianidad, tienen características multifactoriales que interfieren con el proceso correcto que supone el seguir cada paso a seguir durante las terapias, entre estos diversos elementos de tipo económico y social. También existen otros obstáculos asociados a la patología, ya sean elementos que competen al tratamiento o los servicios de atención médica (56).

Según Ramos (57), los factores más asociados a la adherencia al tratamiento es posible clasificarlos según:

- Factores socioeconómicos: En este renglón se incluyen la pobreza, un bajo grado académico, falta de empleo, ausencia de efectivo apoyo a través de red social , alto costo del transporte y de los fármacos, algunas creencias relacionadas con el gentilicio y acervo popular en relación a la enfermedad, su tratamiento y la presencia de disfuncionalidad familiar en el hogar.
- Factores relacionados el sistema de salud: Dificultad de acceso de los servicios sanitarios, deficiencia en la distribución de los fármacos, poco conocimiento y bajo entrenamiento al del personal sobre estos

aspectos para mejorar el control de las ECNT, exceso de trabajo en los centros asistenciales y poco incentivo, sistemas sanitarios que cuentan con poca o ninguna capacidad para proporcionar educación al paciente, dificultad para mantener el seguimiento adecuado de estas patologías, comunidad sin la capacidad apropiada para prestar apoyo, desconocimiento sobre la adherencia y los programas con estrategias efectivas que permitan una efectiva mejoría.

- Factores relacionados con la enfermedad: Presencia de síntomas graves, discapacidad, sea esta física, psicológica o social, progresión paulatina y continua de la enfermedad y poca accesibilidad al tratamiento efectivo.
- Factores relacionados con el tratamiento: Régimen complicado, tratamiento de una duración prolongada o permanente, tratamientos previos fracasados y necesidad de cambios frecuentes, efectos colaterales y poca posibilidad para evitarlos

Autores como, Urbina (58) tras analizar a un grupo de 144 pacientes, constataron que un 32% no tenía adherencia al tratamiento y presentaban además periodicidad en el desarrollo de cuadros depresivos, por el contrario, entre los pacientes con adherencia al tratamiento solo un 14% presentaba depresión. Con estas cifras concuerdan los hallazgos del estudio de Barría & Leiva (59) estos refieren que el 59,5% no cumplían con el tratamiento que se les había indicado y el 34,2% presentan sintomatología depresiva destacando la asociación entre los síntomas depresivos con una mejor adherencia terapéutica.

No obstante, Rojas (60) luego de aplicar el Test de Morisky – Green y de Batalla a 50 individuos con HTA, pudo constatar que un 12% de estos cumplen con los fármacos para el control de su enfermedad, así también, destaca que los pacientes que registraron una buena adherencia al tratamiento y que presentan riesgo de padecer episodios depresivos, representaron solo un

10% es por ello que concluyó que no se puede afirmar la existencia de una relación entre ambas variables.

Dentro de los factores que comúnmente han sido relacionados con los procesos mórbidos, se encuentra la discapacidad, aspecto que con gran frecuencia conlleva a una dependencia funcional. En relación a lo antes expuesto, los investigadores Puello, Amador, & Ortega, (61) cuya muestra fué de 75 pacientes, 74% mujeres y que implementó instrumento tipo encuesta en conjunto con la escala de Barthel, obtuvo como resultado una dependencia funcional entre leve a independencia en un 30.76% y en el 71.43% de los casos se presentó una dependencia moderada a leve. En los participantes del estudio cuyas edades comprendían entre 67 y 72 años el 90% mantiene independencia a la hora de llevar a cabo actividades de higiene corporal. La adherencia al tratamiento farmacológico se registró en un 78%.

Los investigadores Barría & Leiva, (59) tras analizar un grupo de estudio comprendido por 79 pacientes por medio del uso de una serie de instrumentos como el Test de Morisky-Green, Índice de Barthel, Escala geriátrica de Yesavage y Mini Mental State Examination observó que, el total de los adultos mayores participantes en su investigación, cuya predominación fueron los del grupo de sexo femenino, el 59,5% no cumplían con el tratamiento farmacológico, respecto al tema del nivel de dependencia funcional, sus hallazgos apuntan evidencian que al menos un 35,4% cumplían con esta característica. El investigador determinó que dicho estudio no evidenció la presencia de una asociación estadística significativa entre las variables referidas.

Los investigadores Calderon & Tenelanda (62), plantearon un estudio que contó con un grupo de 134 adultos mayores, a quienes implementaron la encuesta Morisky como instrumento, quedó establecido que el 54.5% de los participantes manifestaron una mala adherencia a las indicaciones del médico, en comparación con un 45.5% quienes sí tenían un buen apego para cumplir con los fármacos indicados. Otros de los aspectos resaltantes tuvieron relación con la automedicación, que había sido practicada en alguna

circunstancia de sus vidas, aspecto referido por el 49.28% de estos pacientes. Con relación a la dependencia funcional, un grupo que abarcó a 72 pacientes, equivalentes a un 51.43% del total, fueron identificados como independientes, mientras que el 48.57% (68 adultos mayores) manifestaron dependencia funcional disponiendo así de un cuidador.

Otros autores señalan algunos elementos relacionados con el paciente, tales como sus actitudes y creencias, las expectativas de curación, el estrés de orden psicosocial, la poca motivación, una inadecuada habilidad para el control de la clínica de la enfermedad, o no poder interpretar de forma correcta las indicaciones del médico que lo atendió, entre otros, todos ellos son señalados como aspectos que cobran especial importancia en el adulto mayor por la influencia negativa en la evolución de su enfermedad (63).

El grado de instrucción incide en la vigilancia y valoración de hábitos saludables, la salud es percibida como un indicador favorable entre el grupo de individuos que presentan un mayor nivel de instrucción y por lo tanto, suelen ser pacientes que sí cumplen con los lineamientos que se requieran para mantener un buen estado saludable (64). El porcentaje de analfabetismo que presentan las personas con edades por encima de los 60 años se estima que alcanza el 6,8 %, en otros niveles como primaria es del 35,3 %, secundaria 23% y superior el 13,47 % y el promedio de los años académicos acumulados es de 9,6 (29).

En concordancia, Sandoval, et al., (55) en la investigación llevada a cabo en Chile, se puede corroborar que el 32% de todos los participantes (513 pacientes) presentan niveles bajos de escolaridad habiendo aprobado un promedio igual o menor a 8 años de estudio esto es expuesto como un factor importante que incide de manera negativa para que el paciente pueda cumplir con su tratamiento.

En pacientes que padecen de alteraciones como la depresión, cuando presenta alteraciones de su estado de ánimo que deteriora de manera significativa la calidad de vida en el adulto mayor, entre la clínica principal se

evidencia tristeza, angustia, irritabilidad, inestabilidad anímica, afectación cognoscitiva, limitaciones a la funcionalidad, fallas en sus acciones habituales, gran dificultad para procesar la información. Entre estos factores de riesgo han sido señalados el sexo femenino, ciertos rasgos de personalidad, enfermedades de tipo crónicas no transmisibles y aislamiento social (65).

Según señala Calderón (66) el 38,6 % de los participantes, presentaron probable depresión o depresión establecida, asegurando que esta enfermedad en unión con la demencia, ha sido considerada como las patologías neuro-psiquiátricas de mayores prevalencias vistas en el adulto.

Según Rojas (60) tras estudiar un grupo de pacientes con 50 participantes aplicando una Escala de Depresión Geriátrica constató que un 94% presentó mayor frecuencia de riesgo de presentar estados depresivos, entre estos el 65,95% eran hombres contra 34.05% correspondientes al sexo femenino.

En una medición de riesgo de desarrollar enfermedad depresiva realizada con el Instrumento Escala Geriátrica Yesavage, los investigadores Ortiz & Urrego (67) encontraron que el 26,9% están en riesgo de depresión leve, el 14,8% en riesgo de depresión establecida y el resto sin riesgo, no obstante, y en lo que respecta a las cifras de acuerdo al sexo, constataron la existencia de mayor riesgo de presentar esta enfermedad en las mujeres (16%) en relación a los hombres (11,7%).

La adherencia para poder cumplir el tratamiento indicado y el deterioro cognoscitivo se encuentran relacionadas, aspecto con mayor particularidad en los pacientes adultos mayores, lo que se también se vincula con la edad, sexo, nivel socioeconómico e instruccional, familia, entre otros. Recobra entonces mayor relevancia para que el equipo del personal de salud propicie el acceso de estos pacientes para que logren obtener una asistencia médica que permita favorecer la adherencia al tratamiento (68).

Con lo relacionado a información y conocimiento sobre hipertensión, Ortiz, Bandera, González, Figueroa y Veloz, (69) concuerdan en aspectos relevantes en el conocimiento de esta patología dando resultados insatisfactorios en su

trabajo de investigación, obteniendo un 51.9% mientras que la adherencia terapéutica se alcanzó en el 48 % de participantes sin evidenciar relación estadística entre ambas variables.

Los autores Sandoval, et al., (55) describen los resultados de su estudio, un conocimiento deficiente en aspectos primordiales de la enfermedad crónica que presentaban en el 47.4% de los 513 pacientes de su investigación. A su vez, la adherencia al tratamiento fue de 36,3% demostrando mayor significancia en mujeres. Pese a lo anterior, es importante destacar que, de acuerdo con las conclusiones que estos investigadores alcanzaron, no lograron evidenciar una asociación significativa entre las variables cumplimiento de tratamiento y el nivel de conocimiento sobre su enfermedad.

Por su parte, Monterrey, et al., (70) luego de analizar a un grupo de 199 personas, hallaron que el 51,3% de estos cumplieron el tratamiento antihipertensivo indicado. En consideración al tema del conocimiento, lograron establecer que el 47.2% habían alcanzado una instrucción moderada en lo relacionado con el tema de la HTA, de estos, un 62.4% eran pacientes con presencia de adherencia buena al tratamiento, mientras que el otro 37.6% no manifestaron esta condición.

No obstante, Rodríguez, Solís, Rogic, Román y Reyes, (71) señalan que el 68.2% de pacientes manifestaron tener alto conocimiento acerca de la hipertensión, mientras que el 31.8% un bajo conocimiento, este último aspecto presentó una relación con la adherencia de tipo parcial a los fármacos indicados en el 67.4% de los casos, en especial en esto último se evidenció que se asociaba a no haber recibido información sobre hipertensión con un valor de p de 0.01



### 4.3. Antecedentes investigativos

Un estudio realizado en Cuba donde participaron 198 pacientes con HTA estableció una prevalencia más elevada de pacientes masculinos con 51 % y de 65 años. A través de la Escala de Morisky Green Levine lograron determinar que el 43,9 % presentaban adherencia al tratamiento farmacológico, en especial las participantes femeninas (28,2 %). En lo que respecta al tipo de tratamiento, los esquemas que contemplan un monoterapia y Unidosis, evidenciaron una mayor adherencia (34,8 % y 27,7 % cada una), demostrando asociación significativa ( $p < 0.05$ ). Concluyen los autores que para optimizar el control de la HTA es importante tener presente esta relación con la adherencia farmacológica (72).

Con el propósito de caracterizar la adherencia al tratamiento de la HTA en los adultos por encima de 60 años en un Centro de Salud de La Habana, analizando a 245 pacientes, obteniendo una adherencia al tratamiento registrada en 58,3%, entre estos el nivel universitario alcanzó una adherencia de 74%. El esquema terapéutico en forma diaria y tratamientos con un único fármaco, registró mayor adherencia terapéutica con 73,8%. Esto también se evidenció entre los pacientes con esquemas de Unidosis por día. Los motivos más frecuentes para la falta de adherencia al tratamiento fueron el olvido de las dosis (40%) y sentirse bien (38.2%) (48).

En México se pudo establecer la adherencia terapéutica en pacientes que presentaban HTA atendidos en consulta de medicina familiar, empleando las Escalas de Morisky-Green-Levine (mgl) y *Brief Medication Questionnaire* (bmq). En estudio abarcó a un grupo de 348 pacientes, de estos 32,47 % eran masculinos y 67,53% femenino. Se evidenció que el 52,01 % refería adherencia terapéutica y el 52,30% no presentaba esta condición. Concluyen que al menos la mitad de los pacientes con HTA tienen falta de apego adecuado al tratamiento, por lo que tienen riesgo de desarrollar complicaciones como la discapacidad o incluso presentar una muerte prematura (40).

Núñez et, (41) afirma en su investigación que el cumplimiento terapéutico se sitúa en el 51,7%, sin apreciarse asociaciones estadísticamente significativas en lo relacionado con el sexo o la edad de los participantes.

En una investigación para establecer las características primordiales de la HTA, donde participaron 126 adultos mayores hipertensos, se describe un predominio del grupo etario entre 65-69 (36%) años, sexo femenino, dislipidemias y hábito de fumar (28).

#### **4.4. Instrumentos de la investigación**

- **Test de Morisky-Green-Levine:** Es la herramienta más usada en la identificación en el incumplimiento farmacoterapéutico, valora la adhesión terapéutica en pacientes hipertensos. Este instrumento consta de 4 interrogantes con respuestas de tipo dicotómicas (sí/no), que pone en evidencia la actitud del paciente conforme a la adhesión. A la vez, entre sus ventajas se cuenta que proporciona información de las razones para una falta del cumplimiento. Asimismo, es sencillo de elaborar al ser breve y que no presenta problemas en su aplicación porque presenta un elevado valor de especificidad, de valor predictivo positivo y no se requiere de un alturado bagaje cultural para su entendimiento. Al paciente se le puede considerar que cumple, si contesta de manera correcta a las cuatro interrogantes, es decir, No/Sí/No/No y no adherente si responde al menos una en forma incorrecta.

Para poder establecer que se trata de un paciente cumplidor, es importante que el paciente conteste con un Sí en el interrogante número dos y No en las otras tres (50).

Esta herramienta sirve para evaluar otra serie de patologías de tipo crónicas en cuanto a la adherencia a la medicación, para ello consta de cuatro preguntas de contraste cuyas respuestas son dicotómica (sí/no), y representan un reflejo del comportamiento del paciente en el

tema del cumplimiento. Entre sus características principales se destaca que muy fácil de responder, breve y muy fácil de aplicar, presenta una alta especificidad, un alto valor predictivo positivo (VPV) y escasos requisitos de nivel sociocultural para su comprensión. Las preguntas son las siguientes: ¿Olvida alguna vez tomar los medicamentos para tratar su enfermedad?, ¿Toma los medicamentos a la hora indicada?, Cuando se encuentra bien, ¿Deja de tomar la medicación? Si alguna vez le sienta mal, ¿Deja usted de tomarla? (73).

- **Test de Batalla (Test de conocimiento del paciente sobre la enfermedad):** Se trata de un instrumento tipo cuestionario que entre sus bondades cuenta con la facilidad de su aplicación, puesto que está conformado por preguntas sencillas que permiten analizar el nivel de conocimiento que presenta el paciente acerca de su enfermedad. Este test es basado en la premisa de que el mayor conocimiento de detalles importantes de la enfermedad que presenta el individuo, se traduce en un mayor grado de cumplimiento. Su aplicación se beneficia de lo breve de su contenido, lenguaje para una muy fácil comprensión, no interfiere el nivel sociocultural de la persona que lo responde y es especialmente útil para pacientes ancianos (74).
- **APGAR familiar:** Se usa para detectar disfunción familiar, ofrece valoración de tipo gráfica y un esquema de las relaciones familiares, proporcionando una visualización de forma integrada de la forma en que interaccionan los que conforman a la familia, expone también la evolución histórica de la familia, sus puntos débiles y los fuertes. Se ha constituido como una herramienta de gran valor diagnóstica para el médico de familia. Por parte del paciente, durante su aplicación, permite aumentar el interés para que pueda exteriorizar sus emociones y sentimientos, propiciando un clima de confianza médico-paciente, lo que permite una mejor comprensión del contexto familiar del paciente y con ello establecer una manera más eficaz de ayuda.

Este test es una excelente herramienta diagnóstica para poder definir la forma en la cual ese grupo está cumpliendo con las funciones básicas de la familia y puede identificar el rol de la funcionalidad familiar como elemento interviniente del proceso salud-enfermedad, La descripción de este test permite catalogarlo como un elemento muy indispensable durante el ejercicio de la medicina familiar en el primer nivel de atención primaria. De manera detalladas, se compone de partes importantes: adaptación, participación, gradiente de recursos, capacidad resolutive o recursos (75).

- **Escala de depresión geriátrica Test de YESAVAGE:** Se trata de un cuestionario utilizado para el cribado de la depresión en personas mayores de 65 años. Existen dos versiones:
  - Versión de 15 ítems: Población diana: Población general mayor de 65 años. Las respuestas correctas son afirmativas en los ítems 2, 3, 4, 6, 8, 9, 10, 12, 13 y 15, y negativas en los ítems 1, 5, 7, 11 y 14. Cada respuesta errónea puntúa 1. Los puntos de corte son: 0 - 5: Normal 6 - 10: Depresión moderada + 10: Depresión severa.
  - Versión de 5 ítems: Población diana: Población varón mayor de 65 años. Los ítems incluidos en esta versión son el 1, 4, 8, 9 y 12. Las respuestas correctas son afirmativas en los ítems 4, 8, 9 y 12, y la negativa en el ítem 1. Cada respuesta errónea puntúa 1 (76).
- **Cuestionario de apoyo psicosocial de MOS-SSS:** Se trata de un cuestionario breve que puede ser autoadministrado y está dirigido a pacientes con enfermedades crónicas no transmisibles (ECNT), diseñado en Estados Unidos, que incluye componentes como: Red de apoyo social (donde se evalúan la cantidad de personas que conforman la red de apoyo social, tales como amigos y familiares); Apoyo social emocional/informacional (se trata del soporte emocional, orientación y consejos; Apoyo instrumental (conducta o material de apoyo); Interacción social positiva (disponibilidad de individuos con los cuales hacer cosas divertidas; y Apoyo afectivo (expresiones de amor y

afecto). Cada componente fue validado, obteniendo: apoyo emocional/informacional ( $k = 8, \alpha .96$ ), apoyo instrumental ( $k = 4, \alpha .92$ ), interacción positiva ( $k = 3, \alpha .94$ ), apoyo afectivo ( $k = 3, \alpha .91$ ). Ha sido revalidado en países como España, Argentina, Portugal, China, Colombia y algunos estados de Estados Unidos, en todos estos lugares ha demostrado buenas propiedades psicométricas (77).

- **Índice de Katz modificado:** Es un instrumento que permite medir la capacidad de independencia del paciente con base a una serie de actividades cotidianas de la rutina diaria. Puede ser autoadministrado o contestado por familiares.

Consta de 6 ítems con respuestas dicotómicas para determinar la capacidad (valorada cada una en 0) o incapacidad (valorada en 1), para realizar un grupo de tareas básicas. La puntuación final permite clasificar al paciente según 3 niveles de incapacidad. Mide los parámetros baño, vestido, uso del inodoro, movilidad, continencia y alimentación (78).

## **5. FORMULACIÓN DE HIPÓTESIS**

El desconocimiento de su enfermedad, el escaso apoyo social, la dependencia, la disfuncionalidad familiar y la depresión son factores psicosociales predisponentes en el adulto mayor en la no adherencia al tratamiento antihipertensivo.

## **6. MÉTODOS**

### **6.1. Nivel de la investigación.**

Se realizó un estudio de nivel relacional, ya que miden dos o más variables que se pretende ver la asociación de los factores psicosociales con la no adherencia al tratamiento antihipertensivo en adultos mayores de dos consultorios del centro de salud Pascuales en el año 2021.

### **6.2. Tipo de investigación.**

Según la intervención del objeto se estudio es de tipo observacional ya que no existió manipulación del objeto de estudio, y según la toma de datos es prospectivo ya que la información utilizada es recogida por el investigador a través de fuentes primarias, de corte transversal debido a que la variable de estudio se midió en una sola ocasión y analítico por ser un análisis bivariado, donde se hizo asociación de variables.

### **6.3. Diseño de investigación.**

Según el diseño de investigación es un estudio de prevalencia o de corte transversal ya que la variable de estudio se mide en una sola ocasión.

### **6.4. Justificación de la elección del método**

- Se realizó estudio en una población de adultos mayores hipertensos en 2 consultorios del centro de salud Pascuales en el año 2021 con el propósito de asociar factores psicosociales con la no adherencia al tratamiento antihipertensivo; de nivel investigativo relacional.
- Con el nivel, tipo y diseño de la investigación planteados en el método, le podemos dar respuesta a la pregunta de investigación, a los objetivos del estudio y a la hipótesis planteada.

### **6.5. Población de estudio.**

La población de estudio estuvo constituida por adultos mayores de ambos sexos con diagnóstico de Hipertensión Arterial asignados a los consultorios 25 (A) y 26 (A) del centro de salud Pascuales en el año 2021, que aceptaron participar en el estudio y cumplieron los criterios de inclusión y exclusión para la investigación. La cifra de adultos mayores hipertensos fue de 83 pacientes.

### **6.6. Criterios y procedimientos de selección de la muestra o participantes del estudio.**

En la presente investigación participaron población los adultos mayores de ambos sexos con diagnóstico de Hipertensión Arterial asignados al consultorio 25 (A) y 26 (A) del centro de salud Pascuales que cumplieron los criterios y procedimientos de participación en la investigación científica en el período comprendido de enero a marzo de 2021.

- ***Criterios de inclusión.***

- Adultos mayores de ambos sexos con diagnóstico de hipertensión arterial primaria o esencial que firmaron el consentimiento informado para participar en la investigación.
- Adultos mayores con diagnóstico de hipertensión arterial primaria o esencial que residen de forma permanente en el área asignada a los dos consultorios.

- **Criterios de exclusión**

- Adultos mayores de ambos sexos con diagnóstico de hipertensión arterial que presenten algún tipo de discapacidad mental que les impida responder a los instrumentos incluidos en la investigación.



- Adultos mayores de ambos sexos con diagnóstico de hipertensión arterial que no es posible contactarlos luego de dos visitas a su hogar y dos citas al consultorio para aplicar los instrumentos de investigación.

### **6.7. Procedimiento de recolección de la información**

La investigación contó con la aprobación del Comité de Bioética de la Universidad de Católica de Santiago de Guayaquil. Durante su realización se cumplieron las normas éticas establecidas en el Reglamento de Ética para las investigaciones del Ecuador y en la Declaración de Helsinki. Se solicitó previa autorización a la dirección del centro de salud Pascuales.

Los pacientes diagnosticados como hipertensos que se incluyeron en este estudio se obtuvieron del Análisis Situacional Integral de Salud de los consultorios 25 (A) y 26 (A) del centro de salud Pascuales que se elaboró en diciembre de 2020, la misma que fue actualizada a través de la información recogida en la Plataforma de Registro de Atención en Salud (PRASS).

Previamente al inicio de la recogida de la información se procedió a explicar los detalles de la investigación a cada uno de los participantes en el estudio, los que a continuación firmaron el consentimiento informado.

Una vez que se aplicaron los criterios de inclusión y exclusión se recogieron los datos a través de los instrumentos seleccionados para la recolección de los datos de la investigación. Uno de ellos fue una encuesta elaborada por la investigadora y evaluada por tres expertos, dos especialistas de Medicina Familiar y Comunitaria y un especialista en Bioestadística, siguiendo los criterios de Moriyama, para la validación de los instrumentos.

Se utilizaron fuentes primarias: encuesta (cuestionario), psicometría que serán detalladas a continuación:

Para dar respuesta al objetivo 1, en la primera sección de la encuesta se recogieron los datos correspondientes a las variables sociodemográficas como edad, sexo, estado civil, escolaridad.

Para dar respuesta al objetivo 2, se utilizó el test de Morisky-Green-Levinne que comprende de 4 ítems se evalúa la adherencia a terapia farmacológica.

Las preguntas son:

- 1.- Deja de tomar los medicamentos para tratar su enfermedad?
- 2.- Toma los medicamentos a las horas indicadas?
- 3.- Cuando se encuentra bien, ¿Deja de tomar la medicación?
- 4.- Si alguna vez se siente mal, ¿Deja usted de tomarla?

Se considera cumplidor si se responde de forma correcta a las 4 preguntas:  
no/sí/no/no

Para dar respuesta al objetivo 3, se incluye la escala de depresión de Yessavage que consta de 15 preguntas las mismas que indicaron en sus resultados:

- No depresión (0 – 5 puntos).
- Probable depresión (6 – 9 puntos).
- Depresión establecida (10 -15 puntos).

Para evaluar el nivel de apoyo social se incluyó un cuestionario de apoyo psicosocial de MOS-SSS (Medical Outcome Study Social Support Survey), el cual permite recoger información multidimensional sobre niveles de apoyo a los que el paciente tiene acceso. Los resultados de los valores de la escala se detallan a continuación:

VALORES ESCALA DE MOSS

VALORES	MÁXIMA	MEDIO	MÍNIMO
Apoyo emocional	40	42	8
Apoyo instrumental	20	12	4
Apoyo de interacción social positiva	20	12	4
Apoyo afectivo	15	9	3
Índice global	95	57	19

Para medir el funcionamiento familiar, se incluyó un cuestionario Apgar familiar donde la interpretación del puntaje obtenido es el siguiente:

- función familiar normal: (17 – 20 puntos).
- disfunción leve (16 – 13 puntos).
- disfunción moderada (12 – 10 puntos).
- disfunción severa (9 puntos o menos).

Se realizó la evaluación de las actividades básicas de la vida diaria (ABVD) con el índice de Katz modificado, el mismo que asigna una puntuación de:

- 2 puntos a la actividad que se hace sin apoyo o con mínima ayuda, o sea independiente (I).
- 1 punto si necesita moderado nivel de ayuda (A) y
- 0 si es totalmente dependiente (D).

Se aplicó un test de Batallas para medir el grado de conocimiento que el paciente tiene de su enfermedad. El test consiste en 3 preguntas, una respuesta incorrecta calificará al paciente como no conocedor.

Se detallan a continuación las preguntas:

- 1.- ¿Es la hipertensión arterial una enfermedad para toda la vida?
- 2.- ¿Se puede controlar con dieta y medicación?
- 3.- Cite 2 o más órganos que pueden dañarse por tener la presión arterial elevada.

Para dar respuesta al objetivo 4, se determinó la posible asociación de las variables donde se pretende ver la asociación de los factores psicosociales con la no adherencia al tratamiento antihipertensivo en adultos mayores.

Estos instrumentos fueron aplicados por el autor en la consulta o en el domicilio, garantizando la privacidad de la persona encuestada.

## 6.8. Técnicas de recolección de información

Las Técnicas empleadas para recolectar la información fueron:

<b>Objetivo 1:</b> Caracterizar la población de estudio según variables sociodemográficas.	
Variable	Tipo de técnica
Edad	Encuesta
Sexo	Encuesta
Estado Civil	Encuesta
Escolaridad	Encuesta
<b>Objetivo 2:</b> Determinar la adherencia al tratamiento en la población de estudio.	
Adherencia al tratamiento	Psicometría (test de Morisky-Green-Levinne)
<b>Objetivo 3:</b> Identificar factores de riesgo de la no adherencia terapéutica presentes en la población de estudio.	
Depresión	Psicometría (escala de Yessavage)
Apoyo social	Psicometría (cuestionario de apoyo psicosocial de MOS-SSS)
Funcionalidad familiar	Psicometría (Apgar familiar)
Dependencia	Psicometría (índice de Katz modificado)
Conocimiento de la enfermedad	Psicometría (Test de Batallas)

## 6.9. Técnicas de análisis estadístico

- El procesamiento de los datos se realizó a través del programa estadístico IBM SPSS Statistics 26.0 (2019)
- Se utilizaron números absolutos y proporciones (porcentajes) para el resumen de las variables cualitativas y cuantitativas.
- Para determinar la asociación estadística entre la variable de supervisión y las variables asociadas se utilizó, para probar la hipótesis,

la prueba estadística de Chi cuadrado de homogeneidad, con un nivel de confianza del 95,0 % y un nivel de significancia del 5 % ( $p < 0,05$ )

- La información se presentó en forma de tablas para su mejor comprensión.

## 6.10. Variables

### 6.10.1. Operacionalización de variables

Variable	Indicador	Unidades, categorías o valor final	Tipo/Escala
Edad	Edad (grupos quinquenales)	65-69 años 70-74 años 75-79 años 80-84 años 85 años y mas	Cuantitativa discreta
Sexo	Sexo	Masculino Femenino	Cualitativa nominal
Estado Civil	Cedula de identidad	Soltero(a) Casado(a) Unión libre Viudo(a) Divorciado(a)	Cualitativa nominal
Escolaridad	Escolaridad terminada	Sin escolaridad Primaria Secundaria Bachiller Superior	Cualitativa ordinal
Adherencia al tratamiento	Test de valoración de cumplimiento del tratamiento	Sí cumple No cumple	Cualitativa nominal
Depresión	Escala de depresión Yessavage	No depresión Probable depresión Depresión establecida	Cualitativa ordinal
Apoyo social	Nivel de apoyo social	Máximo Medio Mínimo	Cualitativa ordinal
Funcionalidad familiar	Cohesión Armonía Comunicación Adaptabilidad Afectividad Rol Permeabilidad	Normal: (17-20 puntos) Disfunción leve: (16-13 puntos) Disfunción moderada: (12 -10 puntos) Disfunción severa: (menor o igual a 8 puntos)	Cuantitativa ordinal
Dependencia	Escala de las actividades de la vida diaria	Independiente Necesita cierta ayuda Dependiente	Cualitativa ordinal
Conocimiento de la enfermedad	Escala de conocimiento	Sí conoce No conoce	Cualitativa nominal

## 7. PRESENTACIÓN DE RESULTADOS Y DISCUSIÓN

Tabla 1. Distribución de adultos mayores según edad y sexo. Consultorio 25 (A) y 26 (A) del centro de salud Pascuales. Año 2021

Edad	Sexo				Total	%
	Masculino		Femenino			
	No	%	No	%		
65 - 69	8	24,2%	14	28,0%	22	26,5%
70 - 74	5	15,2%	10	20,0%	15	18,1%
75 - 79	5	15,2%	11	20,0%	16	19,3%
80 - 84	10	30,3%	5	10,0%	15	18,1%
85 años y más	5	15,2%	10	20,0%	15	18,1%
Total	33	100,0%	50	100,0%	83	100,0%

El total de los pacientes incluidos en este estudio fueron 83, estos se dividieron por grupos etarios con una proporción decreciente en la frecuencia de cada grupo con el aumento de la edad, en este sentido, se evidenció que el 26,5 % se encontraban entre los 65 a 69 años, seguido por los de 75 a 79 años con el 19,3 %. El grupo de pacientes femeninas fue mayor entre los que presentaban entre 65 a 69 años y los masculinos fueron más frecuentes en el grupo de 80 a 84 años (Tabla 1).

Los datos obtenidos en este estudio concuerdan con la situación poblacional en cuanto a edad, en concordancia con las cifras del INEC (29) acerca de la población adulto mayor, quienes van disminuyendo en frecuencia con el aumento de la edad, comenzando con un 2,2 % en la edad de 65 a 69 años para disminuir progresivamente hasta 0,1 % en los que tienen 95 a 99 años. En términos generales esta institución señala que en Ecuador existe una prevalencia mayor entre las mujeres (50,4 %) y los hombres (49,6%) siendo escasa la diferencia a nivel nacional.

Los resultados obtenidos concuerdan con las afirmaciones de González, González, Toirac, & Milanés, (28) quienes indican que la hipertensión es más frecuente en las mujeres por encima de los hombres y aumenta su prevalencia con la edad del paciente, respecto a la edad, esto autores describen mayor frecuencia de hipertensión entre el grupo de 65-69 años con 36%.

Estos datos también concuerdan con la investigación de Castañeda & Ramírez (30) quienes determinaron que entre los adultos mayores la enfermedad crónica más frecuente fue la HTA, entre estos, en los hombres se presentó con una leve prevalencia (44.7 %) por encima de las mujeres (43.5%) y en especial entre los 60 a 69 años, de igual manera entre los 70 a 79 años prevalecieron los pacientes masculinos (37.83 %) por encima de las femeninas (35.61%).

Tabla 2. Distribución de adultos mayores según estado civil y sexo. Consultorio 25 (A) y 26 (A) del centro de salud Pascuales. Año 2021

Estado Civil	Masculino		Femenino		Total	
	No	%	No	%	No	%
Casado(a)	10	30,3%	14	28,0%	24	28,4%
Soltero(a)	8	24,2%	13	22,0%	21	25,3%
Viudo(a)	4	12,1%	13	26,0%	17	20,5%
Unión libre	9	27,3%	6	12,0%	15	18,1%
Divorciado(a)	2	6,1%	4	8,0%	6	7,2 %
Total	33	100,0%	50	100%	83	100%

Entre el total de los pacientes predominó el estado civil casado con el 28,4 %, seguido de soltero con 25,3 %. En relación con el sexo, en ambos se observó predominio de casados con 30,3 % para los masculinos y 28 % para las femeninas, seguido de unión libre para los masculino con 27,3 % y viudo para las femeninas con 26 %. (Tabla 2).



El estado civil de los pacientes de este estudio guarda concordancia con las cifras que se manejan a nivel nacional en Ecuador según INEC (29) con una mayor frecuencia de solteros (36,5 %) seguido de casados (32,5 %), unión libre (20,4 %) y viudo (3,8 %).

Los datos de este estudio se asemejan a los hallazgos de Herrera (32) quien evidenció respecto al estado civil más frecuente de los adultos mayores, era casados en el 67,5 %, viudo el 15 % y en unión libre el 5,8% de su población estudiada.

Esta relación guarda semejanza con otros países como Perú, donde según el Ministerio de la Mujer y Poblaciones Vulnerables (33) se estimó que el 60,6% de la población con 60 y más años de edad eran casadas/os o convivientes, el 24,4% eran viudas/os y el 15,1% declararon otro estado civil: divorciada/o, separada/o y soltera/o).

Tabla 3. Distribución de adultos mayores según escolaridad y sexo. Consultorio 25 (A) y 26 (A) del centro de salud Pascuales. Año 2021

Escolaridad	Masculino		Femenino		Total	
	No	%	No	%	No	%
Sin escolaridad	6	18,2%	6	12,0%	12	14,5%
Primaria	16	48,5%	32	64,0%	48	57,8%
Secundaria	5	15,2%	9	18,0%	14	16,9%
Bachiller	4	12,1%	2	4,0%	6	7,2%
Superior	2	6,1%	1	2,0%	3	3,6%
Total	33	100%	50	100%	83	100%

Se observó mayor frecuencia en ambos sexos entre los pacientes que tenían educación primaria con 57,8 % del total de los niveles educativos, con mayor prevalencia de mujeres con 64 %. (Tabla 3).

El porcentaje de analfabetismo que presentan los adultos mayores de este estudio están por encima de las cifras a nivel nacional, donde se estima que este alcanza el 6,8 % y más bajas en otros niveles como primaria que en el país es del 35,3 %, secundaria 23% y superior el 13,47 % y el promedio de años de estudio es de 9,6, aspecto donde se presenta una mayor concordancia con este estudio (29).

A su vez, en los datos obtenidos en esta investigación pueden compararse con los descritos por Ascarza (20) quien afirma que el 43.96% de sus entrevistados tenían únicamente la primaria como nivel de estudio y continúan aquellos pacientes con nivel de secundaria en un 35.71%, sin embargo, los niveles obtenidos en cuanto a analfabetos que representaron el 1.65% de la población total estudiada es mucho menor que los resultados de la presente investigación.

Se evidencia también concordancia con lo expuesto por Figueroa, Lagos y García (19), quienes afirman que el promedio de años de escolaridad del adulto mayor se ha registrado en 11,23 años, es decir un mínimo de educación secundaria, en este aspecto, en el presente estudio el nivel alcanzado por la mayoría de los pacientes (primaria) es más bajo.

De igual manera, los resultados obtenidos concuerdan con el un estudio de Sandoval et al., (55) quienes registraron que el 32% del total de su población de estudio presentan niveles bajos de escolaridad habiendo aprobado un promedio igual o menor a 8 años de estudio y se expone como uno de los factores influyentes en la falta de adherencia al tratamiento por parte de los pacientes.

Tabla 4. Distribución de adultos mayores según adherencia al tratamiento y sexo del consultorio 25 (A) y 26 (A) del centro de salud Pascuales. Año 2021

Adherencia al tratamiento	Masculino		Femenino		Total	
	No	%	No	%	No	%
No cumple	17	51,5%	25	50,0%	42	50,6%
Si cumple	16	48,5%	25	50,0%	41	49,4%
Total	33	100,0%	50	100,0%	83	100,0%

La adherencia al tratamiento se puede evidenciar en el 50,6 % de todos los pacientes con predominio entre los pacientes femeninos que registraron el 50,0 % en comparación con el cumplimiento del tratamiento por parte de los masculinos con 48,5 % (Tabla 4).

Estas cifras concuerdan con los resultados de Luna, Haro, Uriostegui, Barajas, & Rosas, (40) que señala en su trabajo de investigación mayor prevalencia de pacientes femeninas (67.53%) por encima de los masculinos (32.47%). En el cumplimiento del tratamiento se presentó con una frecuencia similar (47.7%) comparada con los hallazgos de este trabajo de investigación en el 49.4 %.

Por su parte, Murga, Sujo, & Perera, (72), en su estudio señaló que la mayor prevalencia recae sobre los hombres con un 51%. En cuanto al cumplimiento del tratamiento este estudio arrojó como resultado que el 43.9% presentaban adherencia al tratamiento antihipertensivo, aspecto muy cercano a los datos obtenidos en el presente estudio.

Los resultados de este estudio no concuerdan con los obtenidos por Núñez et al., (41) quienes evidenciaron que el cumplimiento terapéutico se sitúa en el 51,7%, no apreciándose diferencias estadísticamente significativas con respecto al sexo o la edad.

Tabla 5. Distribución de adultos mayores según depresión y sexo del consultorio 25 (A) y 26 (A) del centro de salud Pascuales. Año 2021

Depresión	Masculino		Femenino		Total	
	No	%	No	%	No	%

No depresión	21	63,6%	30	60,0%	51	61,4%
Probable depresión	5	15,2%	12	24,0%	17	20,5%
Depresión establecida	7	21,2%	8	16,0%	15	18,1%
Total	33	100%	50	100%	83	100%

El 18,1 % del total de los pacientes presentaban depresión establecida, de los cuales el 21,2 % eran de sexo masculino y 16 % femenino, en el caso de probable depresión, se presentó con mayor frecuencia entre las femeninas con 24 %. (Tabla 5).

Estos datos coinciden con los resultados de la investigación llevada a cabo por Rojas (60), donde por medio de una Escala de Depresión Geriátrica se estudió una muestra de 50 pacientes y se constató que un 94% presentaba riesgo de padecer depresión, de los cuales un 65,95% pertenecen al sexo masculino sobre 34.05% correspondientes al sexo femenino.

Los totales encontrados en este estudio se asemejan a los de Ortiz & Urrego (67) quienes en la medición del riesgo de depresión a través de la escala geriátrica Yesavage, encontraron que el 26,9% están en riesgo leve, el 14,8% en riesgo de depresión establecida y el resto sin riesgo, sin embargo, las cifras de acuerdo al sexo encontraron mayor riesgo de depresión establecida en mujeres (16%) que en los hombres (11,7%).

En total, el 38,6 % de los pacientes presentaron probable depresión o depresión establecida, aspecto que resalta Calderón (66) quien asegura que la depresión junto con la demencia ha sido considerada como las enfermedades neuro-psiquiátricas del adulto mayor que presentan mayor prevalencia, por su parte Mesa (65) relaciona la depresión en el adulto mayor con la presencia de enfermedades crónicas y el sexo femenino.

Tabla 6. Distribución de adultos mayores según depresión y adherencia al tratamiento del consultorio 25 (A) y 26 (A) del centro de salud Pascuales. Año 2021

Depresión	Adherencia al tratamiento				Total	
	Sí cumple	%	No cumple	%	No	%
No depresión	31	73,8%	20	48,8%	51	61,4%
Probable depresión	6	14,3%	11	26,8%	17	20,5%
Depresión establecida	5	11,9%	10	24,4%	15	18,1%
Total	42	100%	41	100%	83	100%

$\chi^2 = 5,499$   $p = 0,064$

Se pudo evidenciar que el 20,5 % de los pacientes presenta una probable depresión, dentro de este grupo, el 26,8 % no cumple el tratamiento. El 18,1 % presenta depresión establecida y de estos el 24,1 % no cumple tratamiento. El valor de p fue mayor de 0,05 por lo tanto, entre estas variables no se registró diferencia significativa, sin embargo, se evidencia menor cumplimiento del tratamiento entre los pacientes que presentan depresión (Tabla 6).

En relación a estos resultados, Mesa (65) afirma que la depresión está relacionada con limitaciones en la funcionalidad del adulto mayor, así como con deterioro cognitivo y dificultad para procesar información, aspectos que pueden asociarse al incumplimiento del tratamiento prescrito por el médico, entre otras cosas, por la dificultad para procesar la información.

Estos resultados se relacionan con los hallazgos de Barría & Leiva (59) halló que el 59,5% de los participantes no son adherentes a la farmacoterapia prescrita y el 34,2% presentan sintomatología depresiva destacando la asociación de síntomas depresivos con la adherencia farmacológica.

Por su parte, (58) tras realizar un estudio cuya muestra contó con 144 pacientes, constató que un 32% de la población estudiada que no tenía adherencia al tratamiento presentaban también periodicidad en cuanto a depresión mientras que de los pacientes con adherencia al tratamiento solo

un 14% presentaba frecuencia de depresión. En dicha investigación se concluyó que la depresión está relacionada con la no adherencia al tratamiento en los pacientes de hipertensión arterial.

La depresión en el adulto mayor es muy frecuente y según el Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad de España, (52) se relaciona con deterioro cognitivo y disminución de su capacidad para funciones básicas y cotidianas, este último aspecto puede formar parte de los motivos por los cuales el paciente con depresión tiene menos adherencia al tratamiento de sus patologías crónica.

Los resultados de este estudio registran cifras por encima de las obtenidas por Rojas (60) quien aplicó el Test de Morisky – Green y de Batalla y evidenció que el 12% de la muestra cumplían con el tratamiento antihipertensivo, a su vez, los pacientes con adherencia al tratamiento que manifestaron riesgos de padecer episodios depresivos representaron el 10% por lo que concluye que no existe una relación entre ambas variables

Tabla 7. Distribución de adultos mayores según apoyo social y adherencia al tratamiento del consultorio 25 (A) y 26 (A) del centro de salud Pascuales. Año 2021

Apoyo social	Adherencia al tratamiento				Total	
	Sí cumple	%	No cumple	%	No	%
Máximo	29	70,6%	20	61,5%	49	66,7%
Medio	13	29,4%	17	38,5%	30	33,3%
Mínimo	0	0,0%	4	9,8%	4	4,8%
Total	42	100,0%	41	100,0%	83	100,0%

$X^2= 6,175$   $p= 0,046$

El mayor cumplimiento de tratamiento se registró entre los que refirieron tener apoyo social máximo en 70,6 % y entre los que presentan un apoyo social mínimo, el 9,8 % no cumplen tratamiento. Se puede evidenciar diferencia

significativa entre el apoyo social y la adherencia al tratamiento obteniendo esta relación un valor de p menor a 0,05 (Tabla 7).

Los resultados obtenidos se relacionan con Crespillo, et al., (51), quienes aseguran que la falta de adherencia al tratamiento es multifactorial y entre estos factores mencionan el apoyo del entorno social y cultural.

En el presente estudio se evidenció que los pacientes que presentaban mayor apoyo social tenían mejor adherencia al tratamiento lo cual se relaciona con las afirmaciones de Jiménez, Vidal, Román y Chover, (53) quienes observaron que los pacientes que mejor cumplían con el tratamiento (78,7%) presentaban un buen apoyo social; mientras que en el grupo de no cumplidores de tratamiento, el buen apoyo social se presentó más bajo.

En igual concordancia con los autores Pomares, Rodríguez, Vázquez y Santiesteban, (54) quienes en su estudio encontraron que predominaron los sujetos con una adherencia parcial al tratamiento con 76,7%, seguido de los pacientes que se adhieren totalmente al tratamiento con 18,1% sin embargo, no se asemeja a los resultados de apoyo social percibido, puesto que, del total de la muestra estudiada se destaca que en cuanto al apoyo social prevaleció la categoría nada con 39,7 % de los casos, no obtuvo una relación directa, positiva ni estadísticamente significativa entre las variables de estudio.

A su vez, existe similitud con los datos aportados por el trabajo realizado por Sandoval et al., (55) obtuvo como resultado que el 36.3% de los pacientes estudiados cumplen el tratamiento; así mismo, un 36.2% del total de la población contó con un escaso apoyo social.

Tabla 8. Distribución de adultos mayores según funcionalidad familiar y adherencia al tratamiento del consultorio 25 (A) y 26 (A) del centro de salud Pascuales. Año 2021

Funcionalidad familiar	Adherencia al tratamiento				Total	
	Sí cumple	%	No cumple	%	No	%
Normal	15	35,7%	13	31,7%	28	33,7%

Disfunción leve	8	19,0%	7	17,1%	15	18,1%
Disfunción moderada	11	26,2%	9	22,0%	20	24,1%
Disfunción severa	8	19,0%	12	29,3%	20	24,1%
Total	42	100%	41	100%	83	100,0%

$\chi^2 = 1,198$      $p = 0,754$

Los pacientes con mayor registro de cumplimiento de tratamiento son los que refirieron funcionalidad familiar normal con 35,7 % y los que no cumplen tratamiento presentan disfunción moderada en el 22 % y severa en el 29,3 %. El valor de p fue mayor de 0,05 por lo tanto, entre estas variables no se registró diferencia significativa (Tabla 8).

Los resultados de este estudio no concuerdan con los hallazgos de Bello y Montoya (42) con una adherencia al tratamiento del 51,72% de los adultos mayores resaltando que el 90,52% percibió una familia altamente funcional, y el 62,07% refiere contar con un alto apoyo familiar, cifras por encima de las registradas en este estudio.

En cuanto a la función familiar determinada en este estudio, se encuentra por debajo de los datos que registran Becerra y Villegas, (43) con el 54% de pacientes que pertenecen a una familia con funcionalidad normal, un 37.2% tienen una familia con funcionalidad moderada, comprobando una relación entre funcionalidad familiar y adherencia al tratamiento, aspecto que no pudo ser evidenciado en el presente estudio.

En comparación con Lagos y Flores, (44) en su estudio el 54% pertenecían a una familia moderadamente disfuncional y solo un 7% eran gravemente disfuncional. Con respecto con la adherencia al tratamiento antihipertensivo, el 56% fue regular mientras que un 9% fue inadecuado. Por consiguiente, se concluyó que existe una relación directa entre ambas variables, estos datos no concuerdan con los obtenidos en el presente estudio donde la disfunción familiar fue mayor y no se evidenció asociación entre las variables funcionalismo familiar y cumplimiento de tratamiento.



Tabla 9. Distribución de adultos mayores según dependencia y adherencia al tratamiento del consultorio 25 (A) y 26 (A) del centro de salud Pascuales. Año 2021

Dependencia	Adherencia al tratamiento				Total	
	Sí cumple	%	No cumple	%	No	%
Independiente	28	66,7%	28	68,3%	56	67,5%
Necesita cierta ayuda	12	28,6%	9	22,0%	21	25,3%
Dependiente	2	4,8%	4	9,8%	6	7,2%
Total	42	100,0%	41	100,0%	83	100,0%

$$X^2 = 1,083 \quad p = 0,582$$

Los pacientes que demostraron presentar independencia registraron adherencia al tratamiento en el 66.7 %, un aspecto similar se presentó entre los que no cumplen tratamiento y son independientes con 68.3 %. El valor de p fue mayor de 0.05 por lo tanto, entre estas variables no se registró diferencia significativa (Tabla 9).

En concordancia con los resultados de Barría y Leiva (59) quienes observaron que entre los adultos mayores el 59.5% no cumplían con el tratamiento farmacológico y su nivel de dependencia funcional fue de 35.4% aunque no evidenciaron relación entre dichas variables.

La independencia registrada en este estudio superó el hallazgo de Puello, Amador y Ortega (61) quienes registran dependencia funcional entre leve a independencia en un 30.76% mientras que el 71.43% presentó una de moderada a leve y respecto a la adherencia al tratamiento farmacológico se determinó que el 78% presentaban esta condición, cifras un poco por encima de los registros de adherencia entre los pacientes independientes de este estudio.

De igual manera, la independencia funcional registrada en este estudio estuvo por encima de las cifras de la investigación realizada por Calderon &

Tenelanda (62) donde el 51.43% presentan independencia, mientras que los datos de dependencia están muy por debajo de estos autores quienes refieren que el 48.75% presentaban dependencia funcional; respecto al cumplimiento del tratamiento el 45.5% de los pacientes tenían un buen cumplimiento del tratamiento farmacológico mientras que el 54.5% poseían una mala adherencia al tratamiento, en este sentido, si existe concordancia con estos autores puesto que en este estudio los pacientes con independencia registraron mayor frecuencia de cumplimiento de tratamiento.

Tabla 10. Distribución de adultos mayores según conocimiento y adherencia al tratamiento del consultorio 25 (A) y 26 (A) del centro de salud Pascuales. Año 2021

Conocimiento	Adherencia al tratamiento				Total	
	Si cumple	%	No cumple	%	No	%
Sí conoce	22	52,4%	23	56,1%	45	54,2%
No conoce	20	47,6%	18	43,9%	38	45,8%
Total	42	100,0%	41	100,0%	83	100,0%

$\chi^2 = 1,115$   $p = 0,734$

En total, el 45.8 % de los pacientes no conoce su enfermedad y entre los pacientes que refirieron conocer la enfermedad, el 52,4 % cumple el tratamiento y el 56,1 % no la cumple. El valor de p fue mayor de 0,05 por lo tanto, entre estas variables no se registró diferencia significativa (Tabla 10).

Estos resultados se relacionan con los obtenidos por los investigadores Ortiz, Bandera, González, Figueroa y Veloz, (69) quienes en su estudio evidenciaron que el conocimiento sobre la enfermedad hipertensiva fue insatisfactorio (51,9 %), la adherencia terapéutica se produjo en 48,0 % de los afectados y no guardó relación estadística con el conocimiento sobre su enfermedad.

Los resultados también se asemejan al estudio llevado a cabo por Sandoval et al., (55) concuerdan con lo anteriormente expuesto ya que se evidenció un

conocimiento deficiente sobre la enfermedad en el 47.4% de la población total estudiada, a su vez, la adherencia al tratamiento fue de 36,3% y no evidenciaron relación significativa entre la adherencia al tratamiento y el nivel de conocimiento respecto a la enfermedad.

A su vez, se relacionan con los obtenidos por Monterrey et al., (70) quienes afirman que el 51,3% de los pacientes estudiados tenían adherencia al tratamiento antihipertensivo y el 47.2% poseían un grado de instrucción moderado respecto a la hipertensión arterial de los cuales un 62.4% eran pacientes con presencia de adherencia terapéutica mientras que el otro 37.6% no eran adherentes al tratamiento.

Por el contrario, Rodríguez, Solís, Rogic, Román y Reyes, (71) encontraron que el 67.4% de los pacientes tenían poco conocimiento acerca de la HTA y se relacionó con adherencia parcial al tratamiento, con un valor de p menor a 0.05. En el presente estudio no se pudo evidenciar asociación entre estas dos variables.

## 8. CONCLUSIONES

Se estableció la relación entre factores psicosociales con la no adherencia al tratamiento antihipertensivo en adultos mayores de dos consultorios del centro de salud Pascuales en el año 2021:

- Entre las variables sociodemográficas de la población de estudio se evidenció un predominio de pacientes de sexo femenino, grupo etario entre 65 a 69 años, estado civil casado y nivel de instrucción primaria.
- Hubo un ligero predominio de los pacientes adherentes sobre los no adherentes.
- Los factores de riesgo de la no adherencia terapéutica más frecuentes en la población de estudio fueron sexo femenino, depresión probable o establecida, apoyo social mínimo, disfunción familiar severa y dependencia.
- Se evidenció asociación significativa entre el apoyo social máximo y la adherencia al tratamiento en la población de estudio.

## **9. VALORACIÓN CRÍTICA DE LA INVESTIGACIÓN**

La siguiente investigación tiene importancia científica puesto que permitió ver la falta de adherencia al tratamiento que presenta al menos la mitad de la población adulta mayor que presenta HTA.

Se lograron establecer algunos factores de riesgo para la falta de adherencia al tratamiento antihipertensivo, con esta información será posible evaluar las estrategias implementadas hasta la fecha para mejorarlas en función de dirigir las a los factores que están limitando el cumplimiento del tratamiento.

Permitió evaluar la atención prestada en el centro de salud e identificar los posibles errores en los que se está incurriendo

## REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Martínez T, González C, Castellón G, González B. El envejecimiento, la vejez y la calidad de vida: ¿éxito o dificultad? scielo Finlay. 2018 ene-mar; 8(1).
2. Salazar P, Rotta A, Otiniano F. Hipertensión en el adulto mayor. Rev Med Hered. 2016; 27: p. 60-66.
3. Heheverría M, Ramírez M, García H, García A. El envejecimiento. Repercusión social e individual. Scielo informáCIÓN Científica. 2018 nov-dic; 97(6).
4. Guarín M, Pinilla A. Adherencia al tratamiento antihipertensivo y su relación con la calidad de vida en pacientes de dos hospitales de Bogotá, D.C. 2013-2014. Rev. Fac. Med. 2016; 64(4): p. 651-7.
5. Gozález Y, Cardosa E, Carbonel A. Adherencia terapéutica antihipertensiva en adultos mayores. redalyc.org. 2019 mar-abr.; 98(2).
6. Ramírez N, Morales N, Mesa S. Adherencia;Adolescentes;Síndrome de inmunodeficiencia adquirida;VIH. Universidad CES. 2018.
7. Zambrano R. Adherencia al tratamiento farmacológico en pacientes diabéticos. Repositorio digital UNEMI. 2020 jun.
8. Lizarzabarru C, Robles J. Síndrome metabólico. concepto y aplicación práctica. Revista Cubana de Medicina interna. 2018 Mar; 2(14).
9. Pragna Patel 1PODDMCETHFWAHSASA. Mejor control de la presión arterial para reducir la morbilidad y mortalidad por enfermedades cardiovasculares: Proyecto de Prevención y Tratamiento Estandarizado de la Hipertensión Arterial\*. Rev Panam Salud Publica. 2017; 41.
10. Ortega M. Adherencia al tratamiento en enfermedades crónicas. Revista Electrónica de PortalesMedicos. 2020; 15(19).

11. Ramos L. La adherencia al tratamiento en las enfermedades crónicas. *Revista Cubana de Angiología y Cirugía Vascul.* 2015; 16(2).
12. Bertoldo P. Cumplimiento terapéutico en pacientes con enfermedades crónicas. *Rev Cubana Farm.* 2016; 47(4).
13. Cerquera A, Quintero M. Reflexiones grupales en gerontología: el envejecimiento normal y patológico. *Revista Virtual Universidad Católica del Norte.* 2015;(45): p. 173-180.
14. OPS. La salud de los adultos mayores: una visión compartida. [Online].; 2011 [cited 2020 julio 24. Obtenido de: [https://iris.paho.org/bitstream/handle/10665.2/51598/9789275332504\\_spa.pdf?sequence=1&isAllowed=y](https://iris.paho.org/bitstream/handle/10665.2/51598/9789275332504_spa.pdf?sequence=1&isAllowed=y).
15. Soria Z, Montoya B. Envejecimiento y factores asociados a la calidad de vida de los adultos mayores en el Estado de México. *Pap. poblac.* 2017; 23(93).
16. Flores M, Arriaga R, Silos A, Pérez K. Percepción del proceso de envejecimiento en adultos mayores en México. *Escenarios.* 2018;(27): p. 1-22.
17. OMS. Informe mundial sobre el envejecimiento y la salud. [Online].; 2015 [cited 2020 agosto 26. Obtenido de: [https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/186466/9789240694873\\_spa.pdf;jsessionid=89D8ED8B937148B9AC2C217462A1577B?sequence=1](https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/186466/9789240694873_spa.pdf;jsessionid=89D8ED8B937148B9AC2C217462A1577B?sequence=1).
18. OMS. Envejecimiento y salud. [Online].; 2018 [cited 2020 agosto 23. Obtenido de: <https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/envejecimiento-y-salud>.
19. Figueroa C, Lagos R, García M. Nivel educativo, edad y funcionamiento ejecutivo: Relación en la vejez. *Areté.* 2017; 17: p. 1-8.

20. Ascarza F. Factores asociados a la no adherencia al tratamiento farmacológico antihipertensivo en pacientes adultos mayores en un hospital de Lima, septiembre – noviembre 2018. Tesis. Lima, Perú: Universidad Ricardo Palma; 2019.
21. Campos I, Hernández L, Flores A, Gómez E, Barquera S. Prevalencia, diagnóstico y control de hipertensión arterial en adultos mexicanos en condición de vulnerabilidad. Resultados de la Ensanut 100k. Salud pública Méx. 2019; 61(6).
22. Whelton P, Carey R, Aronow W, Casey D, Collins K, Wright J. 2017 ACC/AHA/AAPA/ABC/ACPM/AGS/APhA/ASH/ASPC/NMA/PCNA Guideline for the Prevention, Detection, Evaluation, and Management of High Blood Pressure in Adults: A Report of the American College of Cardiology/American Heart Association Task Force on Clinical Pr. Hypertension. 2018; 71(6): p. 13-115.
23. Valenzuela A, Solórzano F, Valenzuela A, Durán L, Ponce de León S, Soria M. Recomendaciones de la guía de práctica clínica de hipertensión arterial en el primer nivel de atención. Rev Med Inst Mex Seguro Soc. 2016; 54(2): p. 249-260.
24. López J, Jauregui J. Sistema cardiovascular. In. Colombia: Celsus; 2012.
25. Slech M, Jara L, Michea A. Cambios fisiológicos asociados al envejecimiento. Revista Médica Clínica Las Condes. 2012; 23(1): p. 19-29.
26. Lee HY, Oh BH. Aging and arterial stiffness. Circ J. 2010; 74(11): p. 2257-62.
27. Jackson C, Wenger N. Enfermedad cardiovascular en el anciano. Revista Española de Cardiología. 2011; 64(8): p. 697-712.



28. González M, González MDR, Toirac Y, Milanés J. Caracterización de hipertensión arterial en adultos mayores. El Polígono. Policlínico Jimmy Hirzel. 2014. Multimed. Revista Médica. Granma. 2015; 19(4).
29. Villacís B, Carrillo D. País atrevido: la nueva cara sociodemográfica del Ecuador. Analitika. Instituto Nacional de Estadística y Censos (INEC). 2012.
30. Castañeda I, Ramírez M. Diferencias relacionadas con la salud de mujeres y hombres adultos mayores. Revista Cubana de Medicina General Integral. 2013; 29(3).
31. González R, Lozano J, Aguilar A, Gómez O, Díaz M. Caracterización de adultos mayores hipertensos en un área de salud. Revista Cubana de Medicina General Integral. 2017; 33(2).
32. Herrera J. Calidad de vida del adulto mayor con hipertensión arterial ESSALUD - distrito de Chota, 2017. [Online].; 2019 [cited 2020 julio 24. Obtenido de: <https://repositorio.unc.edu.pe/bitstream/handle/UNC/3504/CALIDAD%20DE%20VIDA%20DEL%20ADULTO%20MAYOR%20CON%20HIPERTENSIÓN%20ARTERIAL%20ESSALUD%20-%20DISTRITO%20DE%20CHOTA%20C%202017.pdf?sequence=1&isAllowed=y>.
33. Ministerio de la Mujer y Poblaciones Vulnerables- MIMP. III Informe anual de seguimiento al cumplimiento de la ley de las personas adultas mayores. [Online].; 2014 [cited 2020 julio 3. Obtenido de: [https://www.mimp.gob.pe/adultomayor/archivos/Informe2014\\_1.pdf](https://www.mimp.gob.pe/adultomayor/archivos/Informe2014_1.pdf).
34. Osorio E, Amariles P. Hipertensión arterial en pacientes de edad avanzada: una revisión estructurada. Revista Colombiana de Cardiología. 2018; 25(3): p. 209-221.

35. Schafer H, De Villiers J, Sudano I, Dischinger S, Theus G, Dieterle T. Recommendations for the treatment of hypertension in the elderly and very elderly--a scotoma within international guidelines. *Swiss Med Wkly.* 2012; 9(142).
36. Hidalgo E. Factores de riesgo y manifestaciones clínicas de la hipertensión. *Revista Científica Arbitrada en Investigaciones de la Salud "GESTAR"*. 2019; 2(4): p. 27-36.
37. Vrijens B, De Geest S, Hughes D, Przemyslaw K, Demonceau J, Urquhart J. A new taxonomy for describing and defining adherence to medications. *Br J Clin Pharmacol.* 2012; 73(5): p. 691-705.
38. Ortega J, Sánchez D, Rodríguez Ó, Ortega J. Adherencia terapéutica: un problema de atención médica. *Acta Médica Grupo Ángeles.* 2018; 16(3).
39. Rojas M, Morales S. Adherencia farmacológica al tratamiento antihipertensivo: ¿un reto o una realidad? *Rev. colomb. enferm.* 2014; 9(1): p. 133-141.
40. Luna U, Haro S, Uriostegui L, Barajas T, Rosas D. Nivel de adherencia terapéutica en pacientes con hipertensión arterial: experiencia en una unidad de medicina familiar de Zapopan Jalisco, México. *Atención Familiar.* 2017; 24(3): p. 116-120.
41. Núñez A, Montiel A, Martín E, Torres B, Lara C, González J. Adherencia al tratamiento en pacientes polimedicados mayores de 65 años con prescripción por principio activo. *Atención Primaria.* 2014; 46(5): p. 238-245.
42. Bello N, Montoya P. Adherencia al tratamiento farmacológico en adultos mayores diabéticos tipo 2 y sus factores asociados. *Revista Gerokomos.* 2017; 28(2): p. 73-77.

43. Becerra E, Villegas C. Funcionalidad familiar en la adherencia terapéutica del paciente con hipertensión arterial sistémica en primer nivel de atención. *CONAMED*. 2021; 26(2): p. 57-67.
44. Lagos H, Flores N. Funcionalidad familiar y automanejo de pacientes con diabetes mellitus e hipertensión arterial en el Hospital de Puente Piedra-Lima. *Cuid Salud*. 2014; 1(2).
45. Garcés J, Quillupangui S, Delgado E, Sarmiento S, Samaniego X, Pañi J. Adherencia al tratamiento de la hipertensión arterial en adultos mayores. *Revista Latinoamericana de Hipertensión*. 2020; 15(5): p. 322-329.
46. Antoniou S, Vrijens B, Burnier M, De la Sierra A, Volpe M. Current Situation of Medication Adherence in Hypertension. *Front Pharmacol*. 2017; 8(100).
47. Jimenez L, Siverio D, Chala J, Brito Y, Armada Z. Factores relacionados con la no adherencia al tratamiento farmacológico en hipertensos del Policlínico XX Aniversario. Diseño de un programa educativo. *CorSalud. Revista de Enfermedades Cardiovasculares*. 2017; 9(1): p. 10-18.
48. López S, Chávez R. Adherencia al tratamiento antihipertensivo en pacientes mayores de 60 años. *Revista Habanera de Ciencias Médicas*. 2016; 15(1): p. 40-50.
49. Pages N, Valverde M. Adherencia terapéutica: factores modificadores y estrategias de mejora. *Ars Pharmaceutica (Internet)*. 2020; 59(4).
50. Sánchez S, Olmos R, Ramírez C, García M, Valderrey M, De La Rubia A. Adherencia al tratamiento en pacientes mayores de 65 años que sufren reingresos precoces. *Farm Hosp*. 2018; 42(4).
51. Crespillo E, Rivas F, Contreras E, Castellano P, Suárez G, Pérez E. Conocimientos, percepciones y actitudes que intervienen en la adherencia al tratamiento en pacientes ancianos polimedicados desde

una perspectiva cualitativa. Revista de Calidad Asistencial. 2013; 28(1): p. 56-62.

52. Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad. Grupo de trabajo de la Guía de Práctica Clínica sobre el Manejo de la Depresión en el Adulto. Guía de Práctica Clínica sobre el Manejo de la Depresión en el Adulto Galicia: Avalia; 2014.
53. Jiménez G, Vidal I, Román F, Chover E. Influencia del apoyo social en la adherencia al tratamiento farmacológico en un centro de salud de Valencia. *RidEC.* ; 13(1): p. 26-35.
54. Pomares A, Rodríguez M, Vázquez M, Santiesteban R. Relación entre la adherencia terapéutica y el apoyo social percibido en pacientes con hipertensión arterial. *Revista cubana Medicina General Integral.* 2020; 36(2).
55. Sandoval D, Chacón J, Muñoz R, Henríquez Ó, Koch E, Romero T. Influencia de factores psicosociales en la adherencia al tratamiento farmacológico antihipertensivo. Resultados de una cohorte del Programa de Salud Cardiovascular de la Región Metropolitana, Chile. *Rev Med Chile.* 2014; 142(10).
56. Castillo A, Guerrero E, Santana L, Torres M. Factores asociados a la adherencia del tratamiento antihipertensivo en mayores de 55 años, en los hospitales Santa Rosa de Tenjo y Santa Matilde Madrid en el periodo marzo-abril de 2017. Tesis. Bogotá: Universidad de Ciencias Aplicadas y Ambientales, Facultad de Ciencias de la Salud; 2017.
57. Ramos L. La adherencia al tratamiento en las enfermedades crónicas. *Rev Cubana Angiol Cir Vasc.* 2015; 16(2).
58. Urbina V. Depresión como factor asociado a no adherencia terapéutica en pacientes con hipertensión arterial en un Hospital Público del Perú. Tesis. Trujillo, Perú: Universidad Privada Antenor Orrego; 2017.

59. Barría S, Leiva J. Relación entre dependencia, salud cognitiva y síntomas depresivos con adherencia farmacológica en adultos mayores diabéticos. *Gerokomos*. 2019; 30(1): p. 18-22.
60. Rojas R. Adherencia al tratamiento hipertensivo y su relación con la depresión en pacientes adultos mayores del Hospital nacional Edgardo Rebagliati Martins. Tesis. Lima, Perú: Universidad Nacional Mayor de San Marcos; 2019.
61. Puello E, Amador C, Ortega E. Impacto de las acciones de un programa de enfermería con enfoque promocional y de autocuidado en la capacidad funcional de adultos mayores. Tesis. Monteri, Colombia: Universidad de Córdoba; 2017.
62. Calderón G, Tenelanda D. Efecto de un instrumento educativo e informativo para mejorar la adherencia farmacológica en pacientes adultos mayores que asisten a la consulta externa del hospital del día – hospital de atención integral al adulto mayor en la ciudad de Quito, desde agosto. Tesis. Quito: Pontificia Universidad Católica del Ecuador; 2020.
63. Unni E, Farris K. Unintentional non-adherence and belief in medicines in older adults. *Patient Educ Couns*. 2011; 83(2): p. 265-8.
64. Regidor E, Castillon P, Gutierrez J, Banegas J, Rodriguez F. Variación socioeconómica en la magnitud de la asociación entre salud autoevaluada y mortalidad. *An Epidemiol*. 2010 mayo; 20(5): p. 395-400.
65. Mesa F. La depresión en el adulto mayor. In Paiz J, editor. *El ABC de los Síndromes Geriátricos 2019*. México, DF: Afil, S.A.; 2019. p. 231-243.
66. Calderón D. Epidemiología de la depresión en el adulto mayor. *Revista Médica Herediana*. 2018; 29(3).
67. Ortiz P, Urrego J. Riesgo de depresión y riesgo de ansiedad en el adulto mayor residente en la zona suroeste del departamento de Antioquia año 2012. [Online].; 2015 [cited 2020 noviembre 13]. Obtenido de:

[http://repository.ces.edu.co/bitstream/10946/1747/2/Depresion\\_Ansiedad\\_Adulto\\_Mayor.pdf](http://repository.ces.edu.co/bitstream/10946/1747/2/Depresion_Ansiedad_Adulto_Mayor.pdf).

68. Chandía V, Luengo C. Relación entre hipertensión arterial y diabetes mellitus tipo 2 con deterioro cognitivo en adultos mayores. *Gerokomos*. 2019; 30(4): p. 172-175.
69. Ortiz D, Bandera M, González S, Figueroa L, Veloz V. Adherencia terapéutica y conocimientos sobre hipertensión arterial en una muestra de pacientes adultos. *MEDISAN*. 2019; 23(4).
70. Monterrey M, Linares L, Toledo R, Vázquez A, Rivera D, Morales C. Adherencia farmacológica y calidad de vida relacionada con la salud en adultos mayores hipertensos. *Rev Ciencias Medicas*. 2021; 25(2).
71. Rodríguez J, Solís R, Rogic S, Román Y, Reyes 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*. 2017; 65(1): p. 55-60.
72. Murga G, Sujo M, Perera A. Adherencia farmacológica en pacientes hipertensos. *Revista Cubana de Medicina General Integral*. 2020; 36(1).
73. García-Jiménez E APMMPMMEGJFM. Incumplimiento, problemas relacionados con los medicamentos y resultados negativos asociados a la medicación: causas y resultados en el seguimiento farmacoterapéutico. *Ars Pharm*. 2008; 49(2): p. 145-57.
74. Rodríguez Chamorro MA GJEAPRCAF. Revisión de test de medición del cumplimiento terapéutico utilizados en la práctica clínica. *Atención Primaria*. 2008; 40(8): p. 413-.
75. Suarez M, Alcalá M. APGAR familiar: Una herramienta para detectar disfunción familiar. *Rev. Méd. La Paz*. 2014; 20(1).

76. Zambrano RdIVyA. Hipocampo-org. [Online].; 2020 [cited 2020 agosto 23. Obtenido de:[https://www.ome.es/media/docs/Novedad\\_Test\\_Yesavage.pdf](https://www.ome.es/media/docs/Novedad_Test_Yesavage.pdf).
77. Londoño N, Rogers H, Castilla J, Posada S, Ochoa N, Aguirre D. Validación en Colombia del cuestionario MOS de apoyo social. *International Journal of Psychological Research*. 2012; 5(1): p. 142-150.
78. Sociedad Andaluza de Medicina Intensiva y Unidades Coronarias. Índice de Katz (Valoración actividades vida diaria). [Online].; 2018 [cited 2020 agosto 12. Obtenido de: <https://www.samiuc.es/indice-katz-valoracion-actividades-vida-diaria/>.

## ANEXOS

### ANEXO 1

#### Anexo 1. CONSENTIMIENTO INFORMADO

Yo: \_\_\_\_\_; he recibido la información suficiente y pertinente de los objetivos de la investigación, que consistirá en: Identificar los factores que influyen en el no cumplimiento del tratamiento antihipertensivo en adultos mayores de dos consultorios del centro de salud Pascuales en el año 2021.

He recibido la información por el médico: Ortega Farías Diana Janine, posgradista de Medicina Familiar y Comunitaria de la Universidad Católica de Santiago de Guayaquil, con cédula de identidad 0704480409 y número de teléfono: 0969160133.

1. Declaro que he recibido la información sobre la investigación y acepto participar en ella.
2. Conozco que el Comité de Bioética de la Universidad Católica de Santiago de Guayaquil ha aprobado esta investigación.
3. La investigación consistirá en la aplicación de una encuesta con una serie de preguntas para identificar los factores que influyen en el no cumplimiento del tratamiento antihipertensivo en adultos mayores.
4. El tiempo aproximado que dedicaré a la investigación es de 1 año.
5. Sé que se mantendrá la confidencialidad de mis datos.
6. El consentimiento lo otorgo de manera voluntaria y sé que soy libre de negarme a participar o de retirarme del estudio en cualquier momento del mismo, por cualquier razón y sin que tenga ningún efecto sobre mi atención médica futura.



7. Después de finalizada la investigación se me informará de los resultados de la misma en general, si así lo deseo.
8. Se me ha dado tiempo y oportunidad para realizar preguntas. Todas las preguntas fueron respondidas a mi entera satisfacción.
9. Para constancia de lo mencionado, firmo este CONSENTIMIENTO INFORMADO de forma voluntaria, luego de haber tenido la oportunidad de formular inquietudes y comprendiendo todas las respuestas recibidas a las mismas.
10. Paciente: Firma \_\_\_\_\_
11. Cédula de identidad No. \_\_\_\_\_

Fecha:.....

## Anexo 2. ENCUESTA

Estimado (a) agradezco de antemano su valioso aporte por participar en el presente proyecto de investigación: Factores psicosociales asociados a la no adherencia al tratamiento en adultos mayores hipertensos de dos consultorios del Centro de Salud Pascuales año 2021. Al leer cada una de las preguntas concentre su atención de manera que la respuesta emitida sea confiable. Los datos registrados son confidenciales y solamente serán utilizados para fines de investigación.

### PARTE 1: ASPECTOS GENERALES.

1.- ¿Cuál es su edad en años?

\_\_\_\_\_

2.- ¿Cuál es su sexo?

a) Masculino ( )

b) Femenino ( )

3.- ¿Cuál es su estado civil?

a) Soltero ( )

d) Viudo ( )

b) Casado ( )

e) Divorciado ( )

c) Unión libre ( )

4.- ¿Cuál es su escolaridad terminada?

a) Sin escolaridad ( )

d) Bachillerato ( )

b) Primaria ( )

e) Superior ( )

c) Secundaria ( )

### Anexo 3. ADHERENCIA AL TRATAMIENTO.

Test de Morisky – Green Levine

- 1.- Deja de tomar los medicamentos para tratar su enfermedad?
- 2.- Toma los medicamentos a las horas indicadas?
- 3.- Cuando se encuentra bien, ¿Deja de tomar la medicación?
- 4.- Si alguna vez se siente mal, ¿Deja usted de tomarla?

Se considera cumplidor si se responde de forma correcta a las 4 preguntas:

no/si/no/no

#### Anexo 4. ESCALA DE DEPRESIÓN DE YESSAVAGE

Responda a cada una de las siguientes preguntas según como se ha sentido Ud. durante la última semana

1	¿Está Ud. Básicamente satisfecho con su vida?	<b>SI</b>	<b>NO</b>
2	¿Ha disminuido o abandonado muchos de sus intereses o actividades previas?	<b>SI</b>	NO
3	¿Siente que su vida está vacía?	<b>SI</b>	NO
4	¿Se siente aburrido frecuentemente?	<b>SI</b>	NO
5	¿Está Ud. de buen ánimo la mayoría del tiempo?	SI	<b>NO</b>
6	¿Está preocupado o teme que algo malo le va a pasar?	<b>SI</b>	NO
7	¿Se siente feliz la mayor parte del tiempo?	SI	<b>NO</b>
8	¿Se siente con frecuencia desamparado?	<b>SI</b>	NO
9	¿Prefiere Ud. quedarse en casa a salir a hacer cosas nuevas?	<b>SI</b>	NO
1	¿Siente Ud. que tiene más problemas con su memoria que otras personas de su edad?	<b>SI</b>	NO
1	¿Cree Ud. que es maravilloso estar vivo?	SI	<b>NO</b>
1	¿Se siente inútil o despreciable como está Ud. actualmente?	<b>SI</b>	NO
1	¿Se siente lleno de energía?	SI	<b>NO</b>
1	¿Se encuentra sin esperanza ante su situación actual?	<b>SI</b>	NO
1	¿Cree Ud. que las personas están en general mejor que Usted?	<b>SI</b>	NO
Las respuestas que indican depresión están en <b>NEGRITA Y MAYÚSCULAS</b> .  Cada una de estas respuestas cuenta 1 PUNTO.			Total:

**PUNTOS DE CORTE:**

No depresión	0-5 puntos
Probable depresión	6-9 puntos
Depresión establecida	10-15 puntos

## Anexo 5. ESCALA DE MOSS

Aproximadamente, ¿Cuántos amigos íntimos o familiares cercanos tiene Ud.?  
(Personas con las que se encuentra a gusto y puede hablar acerca de todo lo que le ocurre)

N.º de amigos íntimos o familiares...

La gente busca a otras personas para encontrar compañía, asistencia y otros tipos de ayuda. ¿Con que frecuencia dispone Ud. de cada uno de los siguientes tipos de apoyo cuando lo necesita? (Marque con un círculo uno de los números de cada fila)

PREGUNTA	NUNCA	POCAS VECES	ALGUNAS VECES	LA MAYORÍA DE VECES	SIEMPRE
Alguien que le ayude cuando tenga que estar en la cama	1	2	3	4	5
Alguien con quien puede contar cuando necesite hablar	1	2	3	4	5
Alguien que le aconseje cuando tenga 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	1	2	3	4	5
Alguien con quien pasar un buen rato	1	2	3	4	5

Alguien que 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 que 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 desee	1	2	3	4	5
Alguien con quien hacer cosas que le sirvas para olvidar los 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 que comprenda sus problemas	1	2	3	4	5
Alguien a quien amar y hacerle sentirse querido	1	2	3	4	5

VALORES	MÁXIMA	MEDIO	MÍNIMO
Apoyo emocional	40	42	8
Apoyo instrumental	20	12	4
Apoyo de interacción social positiva	20	12	4
Apoyo afectivo	15	9	3
Índice global	95	57	19



Anexo 6. APGAR FAMILIAR. ADULTOS

FUNCIÓN	Nunca (0 puntos)	Casi Nunca (1 punto)	Algunas veces (2 puntos)	Casi Siempre (3 puntos)	Siempre (4 puntos)
Me satisface la ayuda que recibo de mi familia cuando tengo algún problema o necesidad.					
Me satisface la participación que mi familia me brinda y me permite.					
Me satisface como mi familia expresa afectos y responde a mis emociones, como rabia, tristeza, amor etc.					
Me satisface como compartimos en mi familia: a) el tiempo para estar juntos; b) los espacios de la casa; c) el dinero					

La interpretación del puntaje obtenido es la siguiente:

1. Función familiar normal: 17-20 puntos.
2. Disfunción leve: 16-13 puntos.
3. Disfunción moderada: 12-10 puntos.
4. Disfunción severa: 9 puntos o menos.

Anexo 7. EVALUACIÓN DE LAS ACTIVIDADES BÁSICAS DE LA VIDA DIARIA (ABVD) ÍNDICE DE KATZ MODIFICADO

ACTIVIDADES	I	A	D
Se baña			
Se viste y desviste			
Apariencia personal			
Uso de inodoro			
Continencia micción defecación			
Trasladarse, acostarse, levantarse			
Caminar			
Se alimenta			

I= INDEPENDIENTE, A= AYUDA, D= DEPENDIENTE

- ✓ Independiente: 2
- ✓ Necesita cierta ayuda: 1
- ✓ Dependiente: 0

ANEXO 8. Test de Batalla (Test de conocimiento del paciente sobre la enfermedad)

- 1.- ¿Es la hipertensión arterial una enfermedad para toda la vida?
- 2.- ¿Se puede controlar con dieta y medicación?
- 3.- Cite 2 o más órganos que pueden dañarse por tener la presión arterial elevada.

El test consiste en 3 preguntas, una respuesta incorrecta calificará al paciente como no conocedor.

## **DECLARACIÓN Y AUTORIZACIÓN**

Yo, **Diana Janine Ortega Farias**, con C.C: # **0704480409** autor/a del trabajo de titulación: **Factores psicosociales asociados a la no adherencia al tratamiento en adultos mayores hipertensos de dos consultorios del Centro de Salud Pascuales. Año 2021**, previo a la obtención del título de **Especialista en Medicina Familiar y Comunitaria** en la Universidad Católica de Santiago de Guayaquil.

1.- Declaro tener pleno conocimiento de la obligación que tienen las instituciones de educación superior, de conformidad con el Artículo 144 de la Ley Orgánica de Educación Superior, de entregar a la SENESCYT en formato digital una copia del referido trabajo de titulación para que sea integrado al Sistema Nacional de Información de la Educación Superior del Ecuador para su difusión pública respetando los derechos de autor.

2.- Autorizo a la SENESCYT a tener una copia del referido trabajo de titulación, con el propósito de generar un repositorio que democratice la información, respetando las políticas de propiedad intelectual vigentes.

Guayaquil, 20 de noviembre del 2021

f. \_\_\_\_\_

Nombre: **Ortega Farias Diana Janine**

**C.C: 0704480409**

<b>REPOSITORIO NACIONAL EN CIENCIA Y TECNOLOGÍA</b>			
<b>FICHA DE REGISTRO DE TESIS/TRABAJO DE TITULACIÓN</b>			
<b>TEMA Y SUBTEMA:</b>	Factores psicosociales asociados a la no adherencia al tratamiento en adultos mayores hipertensos de dos consultorios del Centro de Salud Pascuales. Año 2021		
<b>AUTOR(ES)</b>	Diana Janine, Ortega Farias		
<b>REVISOR(ES)/TUTOR(ES)</b>	Urgilés Carrión, Brenda Yesqueny		
<b>INSTITUCIÓN:</b>	Universidad Católica de Santiago de Guayaquil		
<b>FACULTAD:</b>	Escuela de Graduados en Ciencias de la Salud		
<b>CARRERA:</b>	Especialización en Medicina Familiar y Comunitaria		
<b>TÍTULO OBTENIDO:</b>	Especialista en Medicina Familiar y Comunitaria		
<b>FECHA DE PUBLICACIÓN:</b>	20 de noviembre del 2021	<b>No. DE PÁGINAS:</b>	76
<b>ÁREAS TEMÁTICAS:</b>	Medicina Familiar y comunitaria, Geriátrica, Bioestadística		
<b>PALABRAS CLAVES/ KEYWORDS:</b>	hipertensión, adulto mayor, adherencia terapéutica		
<b>RESUMEN/ABSTRACT</b>			
<p>La hipertensión arterial es considerada una enfermedad de origen multifactorial, la no adherencia está relacionada a múltiples factores psicosociales, siendo los más importantes la falta de conocimiento de la enfermedad, escaso apoyo social, la dependencia, funcionabilidad familiar y la depresión. <b>Métodos:</b> Se realizó un estudio relacional, descriptivo de corte transversal, se incluyeron 83 adultos mayores de ambos sexos con diagnóstico de Hipertensión Arterial asignados al consultorio 25(A) – 26(A) del Centro de Salud Pascuales. Se utilizó el test de Morisky-Green-Levinne, para la determinación de los factores psicosociales la escala de depresión de Yessavage, cuestionario de apoyo psicosocial de MOS-SSS, Apgar familiar, índice de Katz modificado, test de Batallas. Para determinar la asociación estadística entre la variable de supervisión y las variables asociadas se utilizó, para probar la hipótesis, la prueba estadística de Chi cuadrado. <b>Resultados:</b> se evidenció prevalencia del grupo etario entre 65 a 69 años, sexo femenino, casados, bajo nivel educativo, depresión, disfunción familiar. La mayoría de los pacientes presentan apoyo social. La falta de adherencia al tratamiento se presentó en la mitad de los participantes. <b>Conclusiones:</b> La adherencia al tratamiento para la hipertensión arterial en el adulto mayor que acude al centro de salud Pascuales fue baja y se relacionó con el apoyo social recibido.</p>			
<b>ADJUNTO PDF:</b>	<input checked="" type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO	
<b>CONTACTO CON AUTOR/ES:</b>	<b>Teléfono:</b> 0969160133	<b>E-mail:</b> diani.janine84@gmail.com	
<b>CONTACTO CON LA INSTITUCIÓN (COORDINADOR DEL PROCESO UTE)::</b>	<b>Nombre:</b> Dr Xavier Landivar Varas		
	<b>Teléfono:</b> +593-4-3804600 ext:1830 - 1811		
	E-mail: posgrados.medicina@cu.ucsg.edu.ec		
<b>SECCIÓN PARA USO DE BIBLIOTECA</b>			
<b>Nº. DE REGISTRO (en base a datos):</b>			
<b>Nº. DE CLASIFICACIÓN:</b>			
<b>DIRECCIÓN URL (tesis en la web):</b>			