

UNIVERSIDAD CATÓLICA DE SANTA MARÍA
FACULTAD DE CIENCIAS FARMACÉUTICAS,
BIOQUÍMICAS Y BIOTECNOLÓGICAS
ESCUELA PROFESIONAL DE FARMACIA Y BIOQUÍMICA



**“EVALUACIÓN DEL NIVEL DE ADHERENCIA TERAPEÚTICA Y
FACTORES INTERVINIENTES, EN PACIENTES DEL PROGRAMA DE
HIPERTENSION DEL POLICLÍNICO METROPOLITANO ESSALUD,
AREQUIPA-2015”**

Presentado por la Bachiller:
Pacheco Pérez Mónica Sofía

Para optar el Título Profesional de:
Químico Farmacéutico

Asesora:
Dra. Roxana Gutiérrez Aranibar

AREQUIPA – PERU

2017

ÍNDICE GENERAL

RESUMEN

ABSTRACT

INTRODUCCIÓN

OBJETIVOS

HIPÓTESIS

CAPITULO I

MARCO TEÓRICO..... 17

1. Adherencia

1.1. Clasificación de la No adherencia

1.2. Tipos de adherencia 18

1.3. Factores que influyen en la adherencia terapéutica

1.4. Elementos que favorecen el cumplimiento

1.5. Riesgos de pacientes No adherentes 19

1.6. Evaluación de adherencia al tratamiento farmacológico 20

2. Hipertensión Arterial..... 21

2.1. Concepto

2.2. Clasificación 22

2.3. Fisiología 23

2.4. Diagnóstico

2.5. Factores de Riesgo

2.6. Complicaciones..... 26

2.7. Tratamiento Farmacológico

2.8. Tratamiento no Farmacológico..... 29

CAPITULO II

MATERIALES Y MÉTODOS 30

1. Población de estudio

1.1. Población

1.2. Muestra

2. Técnicas e instrumentos 31

2.1. Test de Morisky-Green-Levine..... 32

2.2. Test de Factores intervinientes y su categorización.	
3. Métodos.....	34
3.1. Muestreo	
3.2. Evaluación del nivel de adherencia terapéutica.....	35
3.3. Evaluación de los factores influyentes en la adherencia terapéutica	36
3.4. Análisis de Datos	38
RESULTADOS Y DISCUSIÓN	39
1. Aspectos generales de la población de estudio	
1.1. Edad y género	
1.2. Lugar de residencia.....	40
1.3. Ocupación	
1.4. Religión.....	42
1.5. Nivel de educación.....	43
1.6. Estado civil	44
1.7. Presencia de otras enfermedades	45
1.8. Presión arterial	46
2. Evaluación del nivel de adherencia terapéutica	47
2.1. Test de Morisky-Green-Levine	
2.2. Evaluación de la adherencia terapéutica según las condiciones sociodemográficas	48
2.3. Evaluación de la adherencia terapéutica según la clasificación de la presión arterial	52
3. Evaluación de los factores influyentes en la adherencia terapéutica	54
3.1. Actitud del paciente frente a su enfermedad.....	56
3.2. Conocimiento de la gravedad de la enfermedad.....	57
3.3. Conocimiento del tratamiento con medicamentos.....	58
3.4. Percepción del trato del personal de salud	
3.5. Factores socioeconómicos y demográficos.....	60
CONCLUSIONES.....	61
SUGERENCIAS.....	62
BIBLIOGRAFÍA.....	63
ANEXOS.....	68

ÍNDICE DE GRÁFICOS

Gráfico N° 1 <i>Distribución de la población en estudio, según edad.</i>	39
Gráfico N° 2 <i>Distribución de la población en estudio, según lugar de residencia. .</i>	40
Gráfico N° 3 <i>Distribución de la población en estudio, según la ocupación.</i>	41
Gráfico N° 4 <i>Distribución de la población en estudio, según su religión.</i>	42
Gráfico N° 5 <i>Distribución de la población en estudio, según el nivel de educación.</i>	43
Gráfico N° 6 <i>Distribución de la población en estudio, según el estado civil.</i>	44
Gráfico N° 7 <i>Distribución de la población en estudio, según presencia otras enfermedades.</i>	45
Gráfico N° 8 <i>Distribución de la población en estudio, según su presión arterial...</i>	46
Gráfico N° 9 <i>Nivel de adherencia al tratamiento farmacológico de pacientes con hipertensión, datos obtenidos por la aplicación del test de Morisky-Green-Levine. 47</i>	

ÍNDICE DE TABLAS

Tabla N° 1 <i>Clasificación de la presión arterial según la ESH/ESC.</i>	23
Tabla N° 2 <i>Test Morisky-Green-Levine</i>	32
Tabla N° 3 <i>Análisis del Test de Factores Intervinientes (TFI) de acuerdo a su contenido y valor de las respuestas</i>	33
Tabla N° 4 <i>Clasificación de los pacientes, según el nivel de adherencia terapéutica.</i>	35
Tabla N° 5 <i>Test de factores influyentes en la adherencia terapéutica y el puntaje asignado.</i>	36
Tabla N° 6 <i>Resultados posibles que podrían alcanzar los pacientes en el Test de factores influyentes y su categorización</i>	37
Tabla N° 7 <i>Distribución de la población en estudio, según edad.</i>	39
Tabla N° 8 <i>Distribución de la población en estudio, según el lugar de residencia.</i>	40
Tabla N° 9 <i>Distribución de la población en estudio, según la ocupación.</i>	41
Tabla N° 10 <i>Distribución de la población en estudio, según su religión.</i>	42
Tabla N° 11 <i>Distribución de la población en estudio, según el nivel de educación.</i>	43
Tabla N° 12 <i>Distribución de la población en estudio, según el estado civil.</i>	44
Tabla N° 13 <i>Distribución de la población en estudio, según la presencia de otras enfermedades.</i>	45
Tabla N° 14 <i>Distribución de la población en estudio, según su presión arterial...</i>	46

Tabla N° 15	<i>Nivel de adherencia al tratamiento farmacológico de pacientes con hipertensión, datos obtenidos por la aplicación del test de Morisky-Green-Levine.</i>	47
Tabla N° 16	<i>Nivel de adherencia al tratamiento farmacológico de pacientes con hipertensión, según las condiciones sociodemográficas de la población en estudio.</i>	49
Tabla N° 17	<i>Nivel de adherencia al tratamiento farmacológico de pacientes con hipertensión, según la clasificación de la presión arterial.</i>	52
Tabla N° 18	<i>Nivel de adherencia al tratamiento farmacológico de pacientes con hipertensión, según el control de la hipertensión.</i>	53
Tabla N° 19	<i>Categorización de pacientes con hipertensión, datos obtenidos por la aplicación de Test de evaluación de factores influyentes.</i>	54
Tabla N° 20	<i>Resumen de puntajes obtenidos por la aplicación del Test de evaluación de factores influyentes.</i>	55
Tabla N° 21	<i>Influencia de la actitud del paciente hipertenso, sobre la adherencia terapéutica.</i>	56
Tabla N° 22	<i>Influencia del conocimiento de la hipertensión, sobre la adherencia terapéutica.</i>	57
Tabla N° 23	<i>Influencia del conocimiento del tratamiento farmacológico de la hipertensión, sobre la adherencia terapéutica.</i>	58
Tabla N° 24	<i>Influencia de la percepción del trato del personal de salud, sobre la adherencia terapéutica.</i>	59
Tabla N° 25	<i>Influencia de los factores socioeconómicos y demográficos, sobre la adherencia terapéutica.</i>	60

Dedicatoria

A Dios, por haberme permitido llegar hasta este punto y haberme dado la vida y la salud para lograr mis objetivos, además de su infinita bondad y amor.

A mis Padres: Max Enrique y Ana María, por haberme apoyado en todo momento, por sus consejos, sus valores, por la motivación constante, por los ejemplos de perseverancia y constancia que los caracteriza, de los cuales me ha permitido ser una persona de bien.

A mis hermanos, Giancarlo y Jhon Franco, por ser el motor y motivo de mi superación.

Agradecimientos

Antes de comenzar me gustaría hacer presente mis grandes agradecimientos a aquellas personas, sin cuya ayuda y apoyo, esta tesis no hubiese sido posible. A mi familia y amigos, en especial a mis padres y a mis hermanos, Porque su confianza y apoyo ha hecho que pueda hacer realidad mis sueños. A todos ellos gracias.

RESUMEN

La hipertensión arterial (HTA) es un problema de salud relevante debido a que es una enfermedad crónica de etiología multifactorial y presenta una elevada prevalencia y que, según la OMS, es una de las principales causas de muerte en el mundo; por lo que es de gran preocupación para el sistema de salud, el adecuado control de la enfermedad mediante un esquema terapéutico óptimo y su cumplimiento estricto por parte del paciente adecuada adherencia terapéutica.

El presente estudio se realizó con pacientes del programa de hipertensión del Policlínico Metropolitano EsSalud Arequipa con su previo consentimiento, a quienes se evaluó el nivel de adherencia al tratamiento farmacológico, mediante la aplicación del test de Morisky-Green-Levine; además, se evaluó los factores que intervienen en el cumplimiento del tratamiento farmacológico, mediante la aplicación de un cuestionario de 20 preguntas que evaluaron cinco factores (actitud del paciente frente a su enfermedad, conocimiento de la gravedad de la enfermedad, conocimiento del tratamiento con medicamentos, percepción del trato del personal de salud y factores socioeconómicos y demográficos).

Los pacientes hipertensos que participaron en el presente estudio fueron: mujeres (56%) y varones (44%), con un promedio de edad de 69.3 años, el 98% residen en el medio urbano, 46.5% son ama de casa, prácticamente todos son de religión católica, el 30.8% tiene completa la educación básica, mayoritariamente son casados el 89.7%, el 55.8% tiene también diabetes y el 51% tiene controlada la enfermedad.

Mediante el test de Morisky-Green-Levine, se determinó que el 39%, 54% y 7% de la población estudiada tienen alta, mediana y baja adherencia terapéutica, respectivamente. También, se determinó que las mujeres se adhieren más al tratamiento farmacológico de la hipertensión, que los varones ($p < 0.05$); y es difícil establecer una clara relación entre el nivel de adherencia y las demás condiciones sociodemográficas (edad, lugar de residencia, religión, estado civil, ocupación, presencia de otras enfermedades y nivel de educación). Además, se determinó que el

nivel de adherencia terapéutica está relacionado con el adecuado control de la hipertensión ($p < 0.05$).

Utilizando el test de factores influyentes se determinó que los factores asociados negativamente al cumplimiento del tratamiento de la hipertensión, son la percepción del trato del personal de salud y la actitud del paciente frente a su enfermedad. Por otro lado, los factores que favorecen asociados positivamente al cumplimiento de la terapia son los factores socioeconómicos y demográficos, y el conocimiento de la gravedad de la enfermedad.

Se concluye que el nivel de adherencia al tratamiento farmacológico en los pacientes del programa de hipertensión del Policlínico Metropolitano de Arequipa se asocia con el género del paciente y el adecuado control de la presión arterial. Además, los factores que se asocian negativamente al cumplimiento son la percepción del trato del personal de salud y la actitud del paciente frente a su enfermedad; por lo que se reconoce que ambos factores son importantes para el adecuado control de la hipertensión arterial.

PALABRAS CLAVE: Hipertensión arterial, Adherencia terapéutica, factores intervinientes.

ABSTRACT

Arterial hypertension is a relevant health problem because it is a chronic disease with multifactorial etiology, it is highly prevalent and, according to the WHO, it is one of the leading causes of death in the world. The adequate control of the disease through an optimal therapeutic scheme and its strict adherence by the patient (adequate therapeutic adherence) is the main concern for the health system.

This study was realized with patients of the hypertensive program of Metropolitan Polyclinic o of Arequipa with their previous consent. The patients were evaluated according to the level of adherence to the pharmacological treatment, using the Morisky-Green-Levine Test. In addition, the factors involved in compliance with pharmacological treatment were evaluated, through the application of a test of 20 questions that evaluated five factors (patient's attitude towards their disease, knowledge of the severity of the disease, knowledge of drug treatment, Perception of the treatment of health personnel and socioeconomic and demographic factors).

The hypertensive patients who participated in the present study were women (56%) and men (44%), with an average age of 69.3 years old, 98% live in the urban environment, 46.5% are housewives, practically all are of Catholic religion, 30.8% have complete basic education, most of them (89.7%) are married, 55.8% also have diabetes and 51% have controlled the disease.

The Morisky-Green-Levine test showed that 39%, 54% and 7% of the population studied had high, medium and low therapeutic adherence, respectively. Also, it was determined that the women adhere more than the men to the pharmacological treatment of hypertension ($p < 0.05$); and it is difficult to establish a clear relationship between the level of adherence and other sociodemographic conditions (age, place of residence, religion, marital status, occupation, presence of other diseases and level of education). In addition, it was determined that the level of therapeutic adherence is related to the adequate control of hypertension ($p < 0.05$).

Using the test of influential factors, it was determined that the factors associated negatively to compliance with the treatment of hypertension are the perception of the treatment of the health personnel and the attitude of the patient to his illness. On the other hand, the positive factors associated with adherence to therapy are socioeconomic and demographic factors, and knowledge of the severity of the disease.

It is concluded that the level of adherence to the pharmacological treatment in the patients of the hypertensive program of Metropolitan Polyclinic of Arequipa is associated with the gender of the patient and the adequate control of the arterial pressure. In addition, the factors that are negatively associated with compliance are the perception of the treatment of health personnel and the attitude of the patient to his illness; so both factors are recognized as important aspects for the adequate control of arterial hypertension.

KEY WORDS: Hypertension, therapeutic adherence, intervening factors.

INTRODUCCIÓN

Actualmente, las enfermedades cardiovasculares se han convertido en la primera causa de muerte en todos los países del mundo industrializado, y el patrón epidemiológico de este fenómeno ha permitido reconocer la existencia de variables biológicas denominadas factores de riesgo de enfermedad cardiovascular, capaces de influenciar la probabilidad del padecimiento de accidentes cerebrovasculares, enfermedad coronaria, insuficiencia cardiaca o artropatía. La hipertensión arterial es uno de estos factores de riesgo modificables y es considerado, en la actualidad, como uno de los mayores problemas de Salud Pública (Bescós Castells, Boscá Crespo, García Arias, & Sánchez Chaparro, 2012)

La hipertensión arterial (HTA) es un problema de salud y constituye el factor de riesgo más importante en el origen de enfermedades cardíacas, cerebrovasculares y de la insuficiencia renal crónica. (Rivas Torres, Pino Delgado, & Osada Liy, 2016) Es de origen multicausal, puesto que en su desarrollo y mantenimiento influyen una gran variedad de factores biológicos, estilo de vida, psicológicos, estrés, emociones negativas o algunos rasgos de personalidad. (Magán Uceda, 2010)

El perfil epidemiológico del Perú en los últimos 20 años ha venido modificándose y los esfuerzos sanitarios junto con el progreso económico y social de la población han mejorado los estándares de salud pública y las enfermedades prevalentes de mayores índices de mortalidad son ahora aquellas relacionadas con enfermedades crónicas como las cardiovasculares. (Régulo Agusti, 2006) En los hospitales y servicios de salud la atención de hipertensos es muy frecuente y se han desarrollado estrategias de prevención y educación orientadas básicamente a mejorar a los estilos de vida de los pacientes, como diversos programas específicos para esta patología. Sin embargo, no existen estrategias claras hacia el control y vigilancia sanitaria del cumplimiento de las indicaciones médicas de tipo farmacológico. Los médicos generalmente no se preocupan por evaluar si sus pacientes toman o no los medicamentos, ni explican al paciente que las intermitencias en la medicación por

cualquier causa podrían ser detonantes de crisis hipertensivas de efectos muy negativos.

Los pacientes hipertensos probablemente no asocian beneficios para su salud en el cumplimiento estricto del tratamiento. Al contrario y como sugieren muchos estudios subsisten influencias, creencias, hábitos y patrones culturales que los convencen a dejar la medicación.(Acosta, Debs, Noval, & Dueñas, 2005) No sería extraño que los pacientes en sus domicilios tengan cantidades importantes de medicamentos que dejaron de tomar.(Rujel, 2012) Además, investigaciones han establecido algunas consecuencias de la no observación estricta de las pautas farmacológicas de un paciente hipertenso que van desde aquellas que afectan directamente la salud del paciente, hasta las asociadas a los propios servicios de salud y costos de tratamiento. En consecuencia, es claro que el incumplimiento da lugar a una disminución de la eficacia y efectividad de las medidas terapéuticas y un aumento de la morbimortalidad cardiovascular.

Investigaciones demostraron que los pacientes hipertensos son altamente incumplidores y las razones son de diversa naturaleza. Los estudios presentan diversos factores determinantes de tales conductas; desde el escaso valor que el paciente le asigna a los medicamentos hasta creencias reñidas con prácticas médicas modernas.(Martín Alfonso, Sairo Agramonte, & Bayarre Veá, 2003)

Por lo que se hace necesario una investigación que, a través de la interacción directa con el paciente hipertenso, en un ambiente relajado donde pueda expresarse con toda libertad acerca del uso de los medicamentos para su enfermedad, como el contexto de un “Programa para hipertensos”. Para que el paciente identifique cuales son los factores intervinientes; internos y externos, sean familiares, sociales o dependientes del propio prestador de salud.

En este escenario surge la iniciativa de desarrollar el presente estudio que busca identificar entre pacientes de un “Programa para hipertensos” su nivel de adherencia y los factores intervinientes que motivan tales conductas. Y en base a los resultados,

proponer un perfil de paciente hipertenso incumplidor en el área de injerencia del Policlínico Metropolitano EsSalud Arequipa. Con el fin de desarrollar una estrategia de atención y seguimiento de pacientes hipertensos, médicos, farmacéuticos y otros trabajadores de salud involucrados para que tengan en cuenta brindando las recomendaciones al prescribir y dispensar medicamentos.



OBJETIVOS

General

- Evaluar el nivel de adherencia terapéutica y sus factores intervinientes en pacientes del Programa de Hipertensión del Policlínico Metropolitano EsSalud Arequipa.

Específicos

- Evaluar el nivel de adherencia terapéutica, utilizando el test de Morisky-Green-Levine, en pacientes del Programa de Hipertensión del Policlínico Metropolitano EsSalud Arequipa.
- Establecer la relación que existe entre el nivel de adherencia terapéutica y los factores sociodemográficos y el control de la hipertensión arterial.
- Identificar los factores influyentes en el cumplimiento del tratamiento farmacológico, mediante una encuesta pre elaborada, en pacientes del Programa de Hipertensión del Policlínico Metropolitano EsSalud Arequipa.

HIPÓTESIS

Dado que la hipertensión arterial es una enfermedad crónica degenerativa que carece de estrategias institucionales para el control y vigilancia del cumplimiento de la medicación. Es posible que los pacientes del programa de hipertensos del Policlínico Metropolitano EsSalud Arequipa, no se adhieran adecuadamente al tratamiento, por causas de ciertos factores intervinientes.

CAPÍTULO I

MARCO TEÓRICO

1. Adherencia

La adherencia al tratamiento o cumplimiento terapéutico es establecida como la colaboración y participación proactiva, voluntaria del paciente con su tratamiento. El comportamiento de la persona en la que cumple con las recomendaciones como la toma de los medicamentos como se indican, realizar los cambios en el estilo de vida recomendados.(Peralta & Carbajal, 2008) Esto determina una buena eficacia y mejora la calidad de vida de las personas.

La falta de adherencia o incumplimiento del tratamiento farmacológico engloba variedad de situaciones y presenta múltiples causas (Buitrago, 2011) viene hacer la causa del fracaso de muchos tratamientos, la que conlleva a serios problemas en la calidad de vida, costos para el sistema de salud, contribuyendo a no conseguir buenos resultados terapéuticos así como un aumento de los costos sanitarios.

Para la Organización Mundial de la Salud (OMS), la adherencia terapéutica se define como el grado del comportamiento de una persona en la toma del medicamento, seguir un régimen alimentario, dieta, modificar el estilo de vida responde a las recomendaciones acordadas por el personal de salud.(Veliz, 2015)

1.1. Clasificación de la No adherencia

Primaria: Se da cuando el paciente no se lleva la prescripción del consultorio o cuando no recoge la medicación de la farmacia.

Secundaria: Se da cuando se administra una dosis en horarios incorrectos, olvidos en el número de dosis o si se aumenta la frecuencia de dosis o se deja el tratamiento antes de lo indicado por el médico.(Peralta & Carbajal, 2008)

1.2. Tipos de adherencia

Incumplimiento voluntario o intencionado.

Incumplimiento involuntario o no intencionado.

1.3. Factores que influyen en la adherencia terapéutica

Se clasifican en 4 áreas:(OMS, 2004)

Relación médico-paciente: Consiste en la motivación del médico tratante a su paciente a través de una buena comunicación y un aumento de la confianza para lograr beneficios del tratamiento esto hace iniciar y mantener un tratamiento. Transmitir la información de manera comprensible para el paciente contribuye a mejorar su adherencia.(Ozamiz Gorriño, 2014)

El paciente y su entorno: Las creencias que vienen de su entorno influyen en el cumplimiento. En esta área también se engloban las características sociodemográficas, nivel de conocimientos y el apoyo de la familia y sociedad con la que convive. (Ozamiz Gorriño, 2014)

La enfermedad: La percepción subjetiva de la enfermedad influye en el grado de cumplimiento. La adherencia al tratamiento viene precedida según el tipo de enfermedad. Se ha observado que según aumenta la cronicidad, la adherencia disminuye. Al igual que en enfermedades asintomáticas o si el tratamiento tiene fines preventivos. (Ozamiz Gorriño, 2014)

La terapéutica: El hecho de que sean tratamientos prolongados y con efectos secundarios, favorece el incumplimiento. Al igual que aquellos tratamientos que impliquen cambios en el estilo de vida hace que la adherencia al tratamiento sea más difícil. (Ozamiz Gorriño, 2014)

1.4. Elementos que favorecen el cumplimiento (Peralta & Carbajal, 2008)

Buena relación médico-paciente

- Buena comunicación.
- Expresarse con términos sencillos
- Escribir todas las indicaciones en las recetas.

Elaborar un plan terapéutico

- Prescribir el menor número de medicamentos.
- Asociar la toma de la medicación con actividades diarias.
- Preocuparse por horario, ocupación y apoyo familiar.
- Plan educativo para tratar de cambiar los hábitos o estilos de vida.

Información adecuada

- Factores de riesgo por la no toma de medicamentos.
- Informar sobre la dosis, frecuencia y efectos secundarios.
- Hábitos y estilos de vida a modificar.
- Beneficios esperados con el tratamiento.

1.5. Riesgos de pacientes No adherentes (OMS, 2004)

1.5.1. Recaídas más intensas:

La adherencia deficiente persistente puede agravar el curso de la enfermedad, lo que conlleva a que exista menor probabilidad de que los pacientes respondan al tratamiento.

1.5.2. Riesgo de abstinencia y efecto rebote:

Cuando el medicamento se suspende o interrumpe bruscamente pueden ocurrir efectos adversos. La buena adherencia desempeña una función importante al evitar problemas de abstinencia y efecto rebote.

1.5.3. Riesgo de resistencia:

La mala adherencia se reconoce como una causa principal del fracaso del tratamiento, de la recaída y la farmacoresistencia.

1.5.4. Riesgo de toxicidad:

En el caso de sobredosis de medicamentos, los pacientes presentan un mayor riesgo de toxicidad.

1.6. Evaluación de adherencia al tratamiento farmacológico

1.6.1. Test Morisky- Green- Levine

Este método indirecto está validado para diversas enfermedades crónicas basado en la entrevista clínica, fue desarrollado originalmente por Morisky-Green - Levine para valorar el cumplimiento de la medicación en pacientes con hipertensión arterial (HTA) tiene la finalidad de valorar actitudes acerca del tratamiento. Desde que el test fue introducido se ha usado en la valoración del cumplimiento terapéutico en diferentes enfermedades. Consiste en una serie de 4 preguntas con respuesta sí/no, que refleja la conducta del paciente respecto al cumplimiento. Se pretenden valorar si el paciente adopta actitudes correctas con relación al tratamiento para su enfermedad; se asume que si las actitudes son incorrectas el paciente es incumplidor. Las preguntas, que se deben realizar entremezcladas con la conversación y de forma cordial, son las siguientes:(Rodríguez Chamorro, García-Jiménez, Amariles, Rodríguez Chamorro, & José Faus, 2008)

- ¿Se olvida alguna vez de tomar los medicamentos?
- ¿Se olvida de tomar sus medicamentos a la hora indicada?
- Cuando se encuentra bien, ¿deja alguna vez de tomarlos?
- Si alguna vez le sientan mal, ¿deja de tomar la medicación?

El test de Morisky-Green-Levine es un método de fácil aplicación muy útil para determinar la adherencia y quienes no contestan correctamente las preguntas tendrían más probabilidades de lograr un control tensional menor y cifras de PA diastólica más elevadas.(Ingaramo, Vita, & Bendersky, 2005)

1.6.1.1. Ventajas

Proporciona información sobre las causas del incumplimiento. Es breve, económico y muy fácil de aplicar. Validado y aplicado en numerosas enfermedades crónicas. Proporciona información sobre las causas del incumplimiento. Tiene una alta especificidad, presenta alto valor predictivo positivo y escasos requisitos de nivel sociocultural para su comprensión. (Rodríguez Chamorro et al., 2008)

1.6.1.2. Desventajas

Subestima al buen cumplidor y sobrestima el no cumplimiento. Baja sensibilidad. Bajo valor predictivo negativo (Rodríguez Chamorro et al., 2008)

2. Hipertensión Arterial

La hipertensión es el aumento sostenido de la presión sanguínea en las arterias se define como una presión arterial sistólica (PAS) de 140 mmHg o mayor, presión arterial diastólica (PAD) de 90 mmHg o mayor en personas que no estén tomando medicación antihipertensiva. (Vidalón-Fernandez., 2010)

La Hipertensión Arterial (HTA) es considerada por la Organización Mundial de la Salud como la primera causa de muerte a nivel mundial, con cifras cercanas a 7 millones de personas al año. (Lira C., 2015) Contribuye al 80 % de las muertes por enfermedad cardiovascular y cerebrovascular en la población de 65 años y más. (Llibre Rodriguez, Laucerique Pardo, Noriega Fernandez, & Guerra Hernandez, 2011)

Corresponde a un problema de Salud Pública de relevancia, es un problema de primer orden en el mundo por su elevada prevalencia. (Cinza-Sanjurjo et al.,

2015) Ya que es una enfermedad crónica de etiología multifactorial (Sociedad Castellana de Cardiología, 2003) con mayor incidencia en el mundo que no da síntomas, la cual no se diagnostica oportunamente y cursa asintomática lo que imposibilita su tratamiento precoz siendo el principal desencadenante de enfermedades cardiovasculares, cerebrovasculares y renales condiciona una elevada morbimortalidad. La importancia del padecimiento radica en la repercusión sobre la esperanza y calidad de vida de quien tiene este padecimiento. (Sánchez-Cisneros, 2006)

2.1. Clasificación

Según la clasificación del VII Informe del Comité Conjunto Norteamericano para la Prevención, Detección, Evaluación y Tratamiento de la Hipertensión Arterial (JNC-7) y la Organización Mundial de la Salud/Sociedad Internacional de HTA (WHO-IS). Se basó en estudios realizados en Framingham por Vasan y colaboradores que demostraron la progresión a la HTA de pacientes considerados normales y ha sido confirmado en otros estudios en que los prehipertensos tienen cifras mayores de glicemia, colesterol, triglicéridos, LDL, índice de masa corporal y menor niveles de HDL-colesterol que los normotensos por lo que se plantea no solamente la modificación del estilo de vida, sino determinar el papel de la farmacoterapia antihipertensiva. (Crombet, 2007)

De acuerdo a su origen se puede clasificar en: (Manuel, 2004)

Primaria o esencial: La más frecuente no se conoce la causa que la produce. Presente en 95% de los casos

Secundaria: Se presenta cuando la hipertensión arterial se debe a causas específicas. Presente entre 5-10% de los casos

Tabla N° 1 Clasificación de la presión arterial según la *ESH/ESC*. (Mancia, Fagard, Narkiewicz, Redon, Zanchetti, et al 2013)

Categoría	Presión arterial sistólica (mmHg)		Presión arterial diastólica (mmHg)
Óptima	<120	y	<80
Normal	120 – 129	y/o	80 – 84
Normal alta	130 – 139	y/o	85 – 89
Hipertensión Grado I (leve)	140 – 159	y/o	90 – 99
Hipertensión Grado II (moderada)	160 – 179	y/o	100 – 109
Hipertensión Grado III (severa)	≥180	y/o	≥110
Hipertensión sistólica aislada	≥140	y	<90

Fuente: según *ESH/ESC*.

2.2. Fisiología

La presión arterial (PA) es una respuesta fisiológica automática, que puede ser definida como la fuerza con la que la sangre es bombeada por el corazón y con la que fluye por nuestro sistema circulatorio en función de los ciclos del propio latido cardiaco (sístole y diástole o de contracción y relajación del músculo). (Magán Uceda, 2010)

2.3. Diagnóstico

La manera de detectar la hipertensión arterial viene hacer con revisiones periódicas. Se puede realizar mediante antecedentes familiar y personales, exploración física y pruebas complementarias. (Temas, 2013)

2.4. Factores de Riesgo

La hipertensión arterial es una de las enfermedades crónicas con mayor incidencia en el mundo es por ello que es el principal factor de riesgo cardiovascular, cerebrovascular y renal, conlleva mortalidad y discapacidad importantes.

2.4.1. Factores no modificables

2.4.1.1. Edad y género:

El riesgo de padecer enfermedad cardiovascular aumenta de manera constante a medida que avanza la edad, porque disminuye la elasticidad de las arterias. (Bescós Castells et al., 2012) Siendo mayor en los hombres que en las mujeres ya que estas tienen cierta protección por las hormonas (estrógenos) por sus efectos cardioprotectores pero a medida que avanza la edad esto cambia por la menopausia y el riesgo se iguala.

2.4.1.2. Historia familiar:

La prevalencia aumenta si se tiene familiares hipertensos. (Sociedad Castellana de Cardiología, 2003)

2.4.1.3. Raza

La hipertensión se presenta con mayor prevalencia en personas de raza negra que en raza blanca.

2.4.2. Factores modificables

2.4.2.1. Tabaquismo:

El consumo de cigarrillos eleva de forma transitoria la tensión arterial, aumenta el riesgo de cardiopatía isquémica (CI) y de accidente cerebrovascular (ACV) en todas las edades. (Bescós Castells et al., 2012; Sociedad Castellana de Cardiología, 2003) Causa un incremento agudo de la presión arterial y de la frecuencia cardiaca que persiste más de 15 minutos después de haber fumado un cigarrillo, siendo la nicotina el principal responsable de la vasoconstricción. (Mancia, Fagard, Narkiewicz, Redon, Zanchetti, Böhm, et al., 2013; Manuel, 2004)

2.4.2.2. Obesidad:

El aumento del índice de masa corporal se asocia a un incremento del riesgo de cardiopatía isquémica (CI) por su elevación de la presión arterial. (Bescós Castells et al., 2012) Se debe mantener el IMC entre 19 - 25%. (Pérez, n.d.)

2.4.2.3. Sedentarismo:

La insuficiente actividad física tiene relación directa con la hipertensión. Se recomienda realizar actividad física para disminuir el riesgo cardiovascular. (Machuca & Parras, 2003)

2.4.2.4. Dislipidemias:

Las concentraciones crecientes de colesterol total y de colesterol LDL se asocian a incrementos del riesgo de CI. El riesgo relativo parece disminuir a medida que avanza la edad, aunque es característico que el riesgo absoluto aumente. (Bescós Castells et al., 2012)

2.4.2.5. Alcohol:

El consumo de cantidades elevadas de alcohol se asocia al aumento de riesgo de ACV por ser inductora de HTA, así como a unas cifras más altas de presión arterial. (Bescós Castells et al., 2012) el alcohol en altas dosis atenúa el efecto antihipertensivo de fármacos (Gámez & Roales-Nieto, 2007; Pérez, n.d.; Sociedad Castellana de Cardiología, 2003)

2.4.2.6. Elevada ingesta de sal:

El consumo de sal contribuye al aumento de las cifras de la Presión arterial y de una elevada prevalencia de HTA. (Gámez & Roales-Nieto, 2007; Pérez, n.d.; Sociedad Castellana de Cardiología, 2003)

2.5. Complicaciones

2.5.1. Complicación cardiovascular

La hipertensión arterial es un factor de riesgo para la enfermedad isquémica del corazón, infarto de miocardio y las intervenciones coronarias.

2.5.2. Complicación renal

Puede darse como consecuencia de la hipertensión arterial por el aumento de retención de sodio y agua a nivel renal.

2.5.3. Complicación cerebral

La hipertensión es un factor de riesgo para isquemias transitorias causadas por aterosclerosis extracraneal ya que la presión sanguínea aumenta. (Manuel, 2004)

2.6. Tratamiento Farmacológico

El principal objetivo del tratamiento de la hipertensión arterial es disminuir la morbimortalidad cardiovascular relacionada a la presión arterial elevada.

Se consideran 5 grupos de fármacos antihipertensivos de primera elección para el inicio y el mantenimiento: diuréticos, betabloqueadores, antagonistas del calcio, inhibidores de la enzima de conversión de angiotensina (IECA) y antagonistas de los receptores de angiotensina II (ARA II). (Prieto-díaz, 2014)

2.6.1. Diuréticos

Pertenecen a unos de los grupos de primera elección según la JNC-VI y la OMS. Disminuyen la presión sanguínea por eliminación de sodio del cuerpo y decremento del volumen sanguíneo.

2.6.1.1. Clasificación

- Tiazidas: Inhiben la reabsorción de sodio y cloro en la porción inicial del túbulo distal. Ejemplo: Hidroclorotiazida
 - Diuréticos de asa: Inhiben la reabsorción de sodio y potasio en la rama ascendente del asa de Henle Ejemplo: Furosemida
 - Diuréticos ahorradores de K^+ : Modifican la reabsorción de sodio en el túbulo distal y túbulos colectores. Ejemplo: espironolactona. (Machuca & Parras, 2003; Prieto-díaz, 2014)

2.6.2. Simpaticolíticos

Disminuyen la resistencia vascular periférica bloqueando la respuesta producida por la estimulación de los receptores adrenérgicos en el sistema nervioso simpático.

2.6.2.1. Antagonistas de los receptores beta adrenérgicos:

Actúan como antagonistas competitivos ya que poseen afinidad de receptores beta, al unirse a ello inhiben de forma parcial o total la actividad beta de los adrenérgicos. Disminuyen la presión sanguínea en la hipertensión leve a moderada útiles para tratar taquicardia refleja. (Katzung, 2010; Prieto-díaz, 2014)

Ejemplo: atenolol, propanolol

2.6.3. Inhibidores de la angiotensina

Disminuyen la resistencia vascular periférica y el volumen sanguíneo inhibiendo la producción de angiotensina.

2.6.3.1. Inhibidores de la enzima de conversión de Angiotensina (IECA)

Baja rápidamente la presión arterial al impedir la transformación de angiotensina I en angiotensina II ejerciendo una potente acción hipotensora. Los inhibidores de la angiotensina II reducen la presión sanguínea por decremento de la resistencia vascular periférica. (Katzung, 2010; Machuca & Parras, 2003)

Ejemplo: captopril, enalapril, lisinopril

2.6.3.2. Antagonistas de los receptores de angiotensina II (ARA)

Inhiben el receptor específico AT1 de la angiotensina II quedando anulada. Inhibiendo el efecto vasoconstrictor y la liberación de aldosterona Son antagonistas más selectivos de los efectos de la angiotensina que los IECA tienen una inhibición más completa de la acción de la angiotensina (Katzung, 2010; Machuca & Parras, 2003).

Ejemplo: valsartan, losartan, candesartan, irbesartan, telmisartan.

2.6.4. Vasodilatadores directos

Reducen la presión arterial ya que relaja al músculo liso vascular, dilatando la resistencia de los vasos.

2.6.4.1. Bloqueadores de canales de calcio:

Inhiben el ingreso de calcio a las células arteriales del músculo liso disminuyendo la resistencia periférica y presión sanguínea. Poseen efectos antianginosos y antiarrítmicos.

Ejemplo: diltiazem, verapamilo, nifedipino

2.7. Tratamiento no Farmacológico

Las medidas no farmacológicas consisten en cambiar el estilo de vida como disminuir la ingesta de sodio, alcohol y las grasas saturadas y aumentar la actividad física aeróbica, aumentar en consumo de potasio, eliminar el consumo de cigarrillos en los pacientes hipertensos y también en individuos con PA normal-alta. El fin de estas medidas es reducir la presión arterial y prevenir el desarrollo de la enfermedad cardiovascular.(Marín et al., 2005)

- Mantener el peso adecuado.
- Reducir la ingesta de sal.
- Disminuir el consumo de alcohol.
- Realizar actividad física diaria.
- Consumir frutas y vegetales.
- Reducir la ingesta de grasa saturada.(Iza-Stoll, 2006)

CAPÍTULO II

MATERIALES Y MÉTODOS

1. Población de estudio

1.1. Población

Todos los pacientes que pertenecen al Programa de Hipertensión del Policlínico Metropolitano EsSalud Arequipa, aproximadamente 1500 pacientes, dato obtenido de la oficina de Estadística de dicho Policlínico.

1.2. Muestra

El tamaño de muestra se calculó a partir de la totalidad de la población de ambos géneros, con la **Ecuación 1**, que corresponde al muestreo de proporciones con población conocida que refiere Wayne & Chad (Wayne W. & Chad L., 2013); donde: “n” es el número pacientes a ser evaluados, con un nivel de confianza de 95 %, por lo que $Z = 1,96$; P es la proporción de pacientes, que se adhieren al tratamiento (80%), por lo que $P = 0,80$; “Q” es la proporción de pacientes, que no se adhieren al tratamiento (20%), por lo que $Q = 0,20$; “N” es la población estimada de pacientes (430); y “E” es la precisión (5 %).

$$n = \frac{Z^2 P Q N}{E^2 (N - 1) + Z^2 P Q} \quad \text{Ecuación 1}$$

Reemplazando los valores en la **Ecuación 1**, se obtiene:

$$n = \frac{1,96^2 (0,80) (0,20) (430)}{0,05^2 (429) + 1,96^2 (0,80) (0,20)} = 156$$

Por lo que la muestra estuvo conformada por 156 pacientes, que acudieron al programa de hipertensión, consulta y recojo de medicamentos antihipertensivos en el mes de diciembre, y que luego de su consentimiento verbal y escrito, aceptaron participar en el presente trabajo de investigación.

2. Técnicas e instrumentos

La investigación se realizó obteniendo la información, con la aplicación de una encuesta de recolección de datos, elaborada, validada por expertos y aplicada a todos los pacientes con diagnóstico definitivo de hipertensión arterial, cuya cita para recoger los medicamentos se efectuó en el periodo de estudio.

El desarrollo de la investigación se realizó en dos fases:

- FASE 1: Tras informar a los pacientes de los objetivos del estudio y solicitar el consentimiento verbal y escrito, Se aplicó la encuesta para la recolección de datos, durante 30 días (del 1 al 30 de diciembre del 2015).
- FASE 2: Se ingresó la información de la encuesta, a una tabla matriz de modo codificado, utilizando el software M.S. Excel.

Los datos se recolectaron en una encuesta modelo (Anexo N° 1) creada para tal fin. Se realizó un análisis descriptivo de los resultados, los cuales se presentan en gráficos y tablas de frecuencias. Se describió las observaciones en números absolutos y porcentajes para su análisis y discusión.

La encuesta antes mencionada, estuvo estructurada en 3 apartados. En el primero se planteó preguntas para conocer las características socioculturales de la población estudiada tales como: edad, género, estado civil, grado de instrucción, ocupación, religión, lugar de residencia y presencia o no de otras enfermedades. El segundo apartado corresponde a la aplicación del Test de Morisky-Green-Levine con 4 preguntas dirigidas a obtener información relacionada con la adherencia al tratamiento farmacológico. Finalmente, el tercer apartado con 20 preguntas cerradas, tipo escala de Likert, con 5 alternativas de respuesta (a. Si siempre; b. Si mucho; c. Si, pero poco; d. Casi nada; e. No afecta), para evaluar los factores intervinientes en la adherencia terapéutica.

2.1. Test de Morisky-Green-Levine

En el presente estudio se utilizó el Test de Morisky-Green-Levine (**Tabla N° 2**), que mide la adherencia al tratamiento farmacológico, se denomina también test de cumplimiento auto comunicado de Morisky-Green-Levine, el cual es un método indirecto de medición basado en una entrevista voluntaria, que consta de un pequeño cuestionario de cuatro preguntas, que orientan a la adherencia o no adherencia al tratamiento. Se considera adherente a la persona que responde “NO” a las cuatro preguntas, y si contesta “SI” en al menos una de las preguntas se clasifica como no-adherente.(Ingaramo et al., 2005)

Tabla N° 2 Test Morisky-Green-Levine

PREGUNTAS	SI	NO
¿Se olvida de tomar alguna vez el medicamento para su hipertensión?		
¿Se olvida de tomar sus medicamentos a la hora indicada?		
Cuando se encuentra bien ¿deja te tomarlos?		
Si alguna vez le sientan mal ¿deja de tomarlas?		

Fuente: Test Morisky-Green-Levine

2.2. Test de Factores intervinientes y su categorización.

Se trabajó con un cuestionario de 20 preguntas cerradas (**Anexo N° 1**), utilizado por Ocampo(Ocampo Rujel, 2014) en diversas intervenciones comunitarias, basado en las influencias intervinientes sobre la adherencia terapéutica definidos por la OMS(OMS, 2004). Éste cuestionario se orienta a determinar conocimientos, creencias y prácticas sobre el cumplimiento de los tratamientos.

El cuestionario constó de una lista de 20 preguntas cerradas, acerca de cinco influencias intervinientes sobre la adherencia o cumplimiento terapéutico:

Factores relacionados con los pacientes, factores relacionados con la enfermedad, factores relacionados con el tratamiento, factores relacionados con el personal de salud y factores socio - económicos y demográficos(OMS, 2004). Cada pregunta del instrumento constó de cinco respuestas estándares, valoradas según una escala de Likert, valorada del 1 al 5. El puntaje mayor por respuesta se asignó a aquella que favorezca mejor la adherencia.

Se utilizó el cuestionario de preguntas y respuestas cerradas, los criterios de puntuación de cada respuesta en relación con su influencia al cumplimiento o adherencia se ingresó posteriormente en una matriz que se creó especialmente en una hoja de cálculo en la plataforma MS Excel. Si el paciente respondió de manera “acertada” todas las preguntas, el puntaje mayor sería de 100 y el más bajo de 20. Cada pregunta del documento refirió a un factor específico dentro de las influencias analizadas (**Tabla N° 3**).

Tabla N° 3 *Análisis del Test de Factores Intervinientes (TFI) de acuerdo a su contenido y valor de las respuestas*

Factores asociados a la adherencia según OMS	Preguntas del test asociadas a cada influencia	Valor mínimo de respuesta favorable a la adherencia	Mínimo puntaje por influencia	Valor máximo de respuesta favorable a la adherencia	Máximo puntaje por influencia
Actitud del paciente	4	1	4	5	20
La enfermedad	4	1	4	5	20
Características de tratamiento.	4	1	4	5	20
Los servicios de salud	4	1	4	5	20
Condiciones sociales y económicas	4	1	4	5	20
Total de preguntas	20	Puntaje mínimo por test	20	Puntaje máximo por test	100

Fuente: Elaboración propia

3. Métodos

3.1. Muestreo

Se realizó un muestreo consecutivo en 156 pacientes atendidos en el programa de hipertensos del Policlínico Metropolitano EsSalud Arequipa, durante el mes de diciembre del 2015.

3.1.1. Criterios de selección

3.1.1.1. Criterios de Inclusión

- Pacientes de ambos géneros con diagnóstico médico de hipertensión arterial que asistieron al programa de hipertensos del Policlínico Metropolitano EsSalud de Arequipa, al servicio de farmacia para recoger sus medicamentos, en el mes de diciembre del 2015.
- Pacientes con capacidad de concentración, atención, entendimiento y comunicación verbal.
- Pacientes que no presentaban limitaciones mentales, auditivas o de comunicación.
- Pacientes que recibieron tratamiento farmacológico con una temporalidad mayor a 3 meses.
- Pacientes con diagnóstico médico de hipertensión arterial que puedan cursar o no con otra(s) patología(s).

3.1.1.2. Criterios de Exclusión

- Pacientes que no aceptaron participar en el estudio.
- Pacientes de ambos géneros que presentaron alguna patología que impida la comunicación.

3.1.2. Consideraciones éticas.

El presente estudio se rige por las consideraciones éticas referidas por Behi *et al.*, (Behi & Nolan, 1995) y Recker (Recker, 2012), en las que se incluye la anonimidad, confidencialidad, participación voluntaria, consentimiento informado, entre otros; además, éste estudio se podría considerar como una “investigación sin riesgo”, debido a que se emplean técnicas y métodos de investigación documental retrospectivos y no se realiza ninguna intervención o modificación intencionada de las variables biológicas, fisiológicas, psicológicas o sociales de los individuos que participaron.

3.2. Evaluación del nivel de adherencia terapéutica

Como se mencionó en técnicas e instrumentos, la evaluación del nivel de adherencia terapéutica al tratamiento farmacológico de pacientes hipertensos, se determinó aplicando el Test de Morisky-Green-Levine (**Tabla N° 2**) y según refiere Natarajan *et al.*, (Natarajan, Putnam, Van Aarsen, Lawson, & Fred Burge, 2013) se asignó un punto a las respuestas “SI” y cero puntos a las respuestas “NO”; pudiéndose clasificar a los pacientes según el nivel (alta, media o baja) de adherencia al tratamiento farmacológico, considerando que los pacientes con un total de puntaje de 0; 1 - 2 y 3 - 4, presentan alta, media y baja adherencia terapéutica, respectivamente (**Tabla N° 4**).

Tabla N° 4 Clasificación de los pacientes, según el nivel de adherencia terapéutica.

NIVEL DE ADHERENCIA	CARACTERÍSTICA	PUNTAJE
Alta adherencia	Cumple adecuadamente el tratamiento farmacológico	0
Mediana adherencia	Cumple parcialmente el tratamiento farmacológico	1 – 2
Baja adherencia	Deja de tomar su medicación frecuentemente y por cualquier circunstancia.	3 – 4

Fuente: Elaboración propia

3.3. Evaluación de los factores influyentes en la adherencia terapéutica

La evaluación de los factores que influyen en la adherencia al tratamiento farmacológico de los pacientes en estudio, se realizó empleando el cuestionario de 20 preguntas que se observa en la **Tabla N° 5**; además, en dicha tabla se muestra también el puntaje asignado a cada pregunta, en el que 5 puntos favorece el cumplimiento del tratamiento y 1 punto indica el incumplimiento.

Tabla N° 5 Test de factores influyentes en la adherencia terapéutica y el puntaje asignado.

Actitud del paciente frente a su enfermedad	Si, siempre	Si, mucho	Si, pero poco	Casi nada	No afecta
• Los problemas del hogar le afectan para cumplir con la toma de sus medicamentos.	1	2	3	4	5
• Sus familiares y amigos le ayudan y motivan a tomar sus medicamentos.	5	4	3	2	1
• ¿Guarda de manera especial sus medicamentos para la hipertensión?	5	4	3	2	1
• Tiene ganas de cumplir con su medicación tal como le han indicado.	5	4	3	2	1
Conocimiento de la gravedad de la enfermedad	Estoy seguro	creo que si	es posible	poco posible	no creo
• Piensa que su enfermedad es fruto de algún daño, maldad o castigo de alguien o algo.	1	2	3	4	5
• Piensa que la presión es una enfermedad pasajera?	1	2	3	4	5
• Cuando se siente mejor deja de cumplir las indicaciones médicas?	1	2	3	4	5
• Conoce de las complicaciones que puede traer la presión alta?	5	4	3	2	1
Conocimiento del tratamiento con medicamentos	Siempre	muchas veces	algunas veces	casi nunca	Nunca
• Deja de tomar sus medicamentos porque siente que le caen mal?	1	2	3	4	5
• Alguna vez ha tomado Ud. otro medicamento que le hayan recomendado para la hipertensión sin la consulta previa con su médico?	1	2	3	4	5
• Cree que es cansado y aburrido tomar todos los días los mismos medicamentos a la misma hora?	1	2	3	4	5
• Cuando sale de visita o viaja a otra parte lleva su medicación?	5	4	3	2	1

...continuación de la tabla anterior.

Percepción del trato del personal de salud	Siempre	muchas veces	algunas veces	casi nunca	Nunca
• Asiste puntualmente a sus citas con el médico?	5	4	3	2	1
• Confía Usted en lo que el médico o el personal de la salud le dice y le recomienda tomar?	5	4	3	2	1
• Siente que el médico o el personal de salud se preocupa por su salud?	5	4	3	2	1
• Entiende las indicaciones del médico o del personal de salud sobre los medicamentos que toma para su hipertensión?	5	4	3	2	1
Factores socioeconómicos y demográficos	Siempre	muchas veces	algunas veces	casi nunca	Nunca
• Le entregan su medicación completa en la farmacia?	5	4	3	2	1
• Cree que su trabajo le permite cumplir con su medicación?	5	4	3	2	1
• Cree Usted que es difícil conseguir los medicamentos por donde vive?	1	2	3	4	5
• Cree Usted que es difícil ir al establecimiento de salud para solicitar medicamentos?	1	2	3	4	5

Fuente: Elaboración propia

Por otro lado, la **Tabla N° 6** muestra los posibles resultados para la categorización de los pacientes según el nivel de cumplimiento, considerando los factores influyentes.

Tabla N° 6 Resultados posibles que podrían alcanzar los pacientes en el Test de factores influyentes y su categorización

N° de pregunta Por test	Rango de puntajes	Categorización de los pacientes
20	81-100	Cumplidor
20	61-80	Ligeramente Incumplidor
20	41-60	Incumplidor
20	<40	Muy incumplidor

Fuente: Elaboración propia

3.4. Análisis de Datos

Los datos obtenidos del cuestionario realizado a los pacientes en estudio, fueron llevados a una matriz de datos elaborado con el software Microsoft Excel 2016, para su posterior análisis y elaboración de tablas y gráficos. El análisis estadístico se realizó utilizando el software Statistical Package for the Social Sciences IBM SPSS Statistics versión 23, y todos los análisis se realizaron con un nivel de confianza de 95% ($\alpha = 0.05$)



RESULTADOS Y DISCUSIÓN

1. Aspectos generales de la población de estudio

1.1. Edad y género

Tabla N° 7 Distribución de la población en estudio, según edad.

EDAD	GÉNERO	
	MASCULINO	FEMENINO
≤ 55 años	6 (4%)	5 (3%)
56 a 65 años	20 (13%)	22 (14%)
66 a 75 años	34 (22%)	43 (28%)
≥ 76 años	14 (9%)	17 (11%)
TOTAL	156 (100%)	87 (56%)
Promedio	69.3	69.2
D.S.	7.7	8.2

Fuente: Elaboración propia.

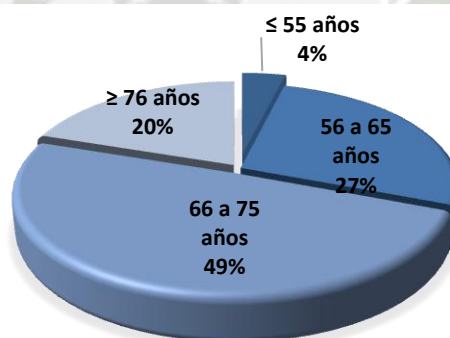


Gráfico N° 1 Distribución de la población en estudio, según edad.

Fuente: Elaboración propia.

El ministerio de salud, respaldado por diversos estudios, señala que entre los factores de riesgo para padecer de hipertensión arterial se encuentra la edad y el género, presentándose un mayor riesgo en mujeres mayores de 65 años de edad. (MINSA, 2009) Como se observa en la evidencia que el 56% del total de la población en estudio son mujeres; además el 39% son mujeres mayores de 65 años. Por otro lado el **Gráfico N° 1** muestra la estratificación de la población según el rango de edad.

1.2. Lugar de residencia

Tabla N° 8 *Distribución de la población en estudio, según el lugar de residencia.*

RESIDENCIA	
Urbano	153 (98%)
Rural	3 (2%)
TOTAL	156 (100%)

Fuente: Elaboración propia.

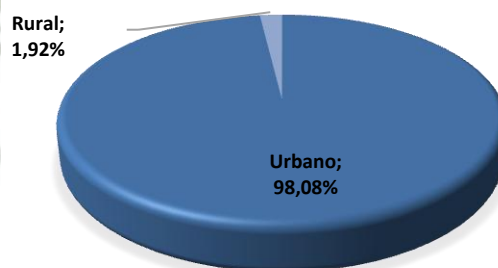


Gráfico N° 2 *Distribución de la población en estudio, según lugar de residencia.*

Fuente: Elaboración propia.

Como se muestra en la **Tabla N° 8** y el **Gráfico N° 2**; el 98% de la población estudiada refiere tener una residencia urbana y el resto, en el medio rural; no habiéndose encontrado pacientes que refieren su procedencia de zonas urbano-marginales.

1.3. Ocupación

Tabla N° 9 *Distribución de la población en estudio, según la ocupación.*

OCUPACIÓN	
Comerciante	27 (17.3%)
Agricultor	9 (5.8%)
Empleado	4 (2.6%)
Ama de casa	71 (46.5%)
Otros	45 (28.9%)
TOTAL	156 (100%)

Fuente: Elaboración propia.

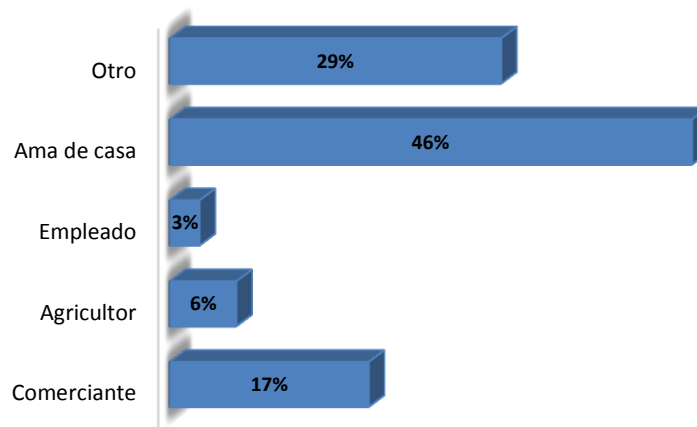


Gráfico N° 3 *Distribución de la población en estudio, según la ocupación.*

Fuente: Elaboración propia.

La **Tabla N° 9** y el **Gráfico N° 3** muestran la distribución de los pacientes del programa de hipertensos del policlínico metropolitano de Arequipa que participaron en el presente estudio, según la ocupación tienen, observándose que mayoritariamente de los pacientes son ama de casa (46.5%), seguido de comerciantes (17.3%).

1.4. Religión

Tabla N° 10 *Distribución de la población en estudio, según su religión.*

RELIGIÓN	
Católica	154 (98.72%)
Evangélica	1 (0.64%)
Otras	1(0.64%)
TOTAL	156 (100%)

Fuente: Elaboración propia.

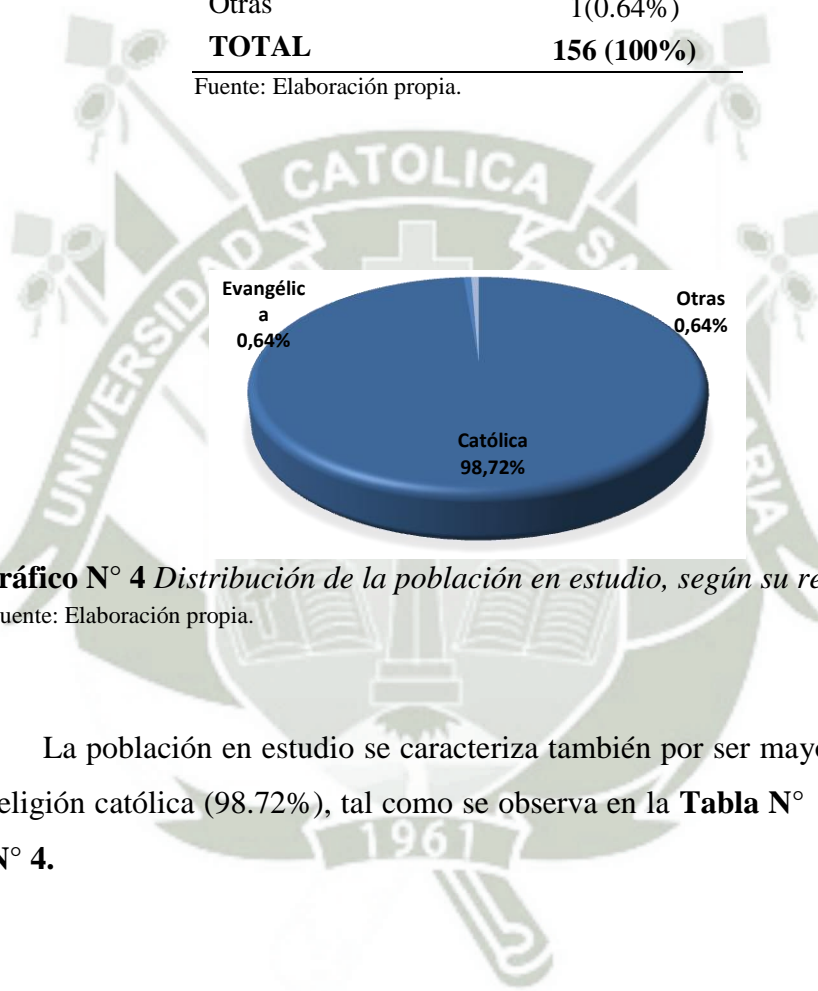


Gráfico N° 4 *Distribución de la población en estudio, según su religión.*

Fuente: Elaboración propia.

La población en estudio se caracteriza también por ser mayoritariamente de religión católica (98.72%), tal como se observa en la **Tabla N° 10** y el **Gráfico N° 4**.

1.5. Nivel de educación

Tabla N° 11 *Distribución de la población en estudio, según el nivel de educación.*

NIVEL DE EDUCACIÓN	
Sin educación	3 (1.92%)
Primaria incompleta	6 (3.85%)
Primaria completa	26 (16.67%)
Secundaria incompleta	58 (37.18%)
Secundaria completa	48 (30.77%)
Superior	15 (9.62%)
TOTAL	156 (100%)

Fuente: Elaboración propia.

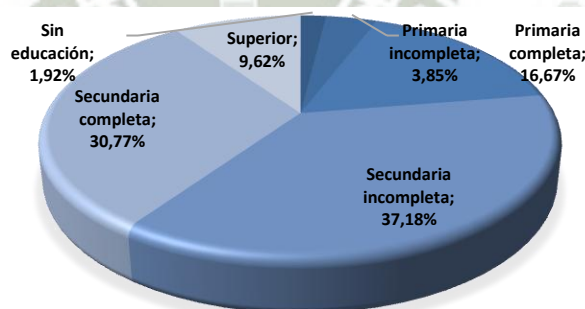


Gráfico N° 5 *Distribución de la población en estudio, según el nivel de educación.*

Fuente: Elaboración propia.

La **Tabla N° 11** y el **Gráfico N° 5** muestran la distribución de la población en estudio, según el nivel de educación y se consideró el grado más alto obtenido, en la que se observa que la mayoría de los pacientes no culminó la educación básica regular; además, el 37.18% tienen la secundaria incompleta, el 30.77% indica tener secundaria completa y solamente el 9.62% tiene educación superior.

1.6. Estado civil

Tabla N° 12 *Distribución de la población en estudio, según el estado civil.*

ESTADO CIVIL	
Soltero	1 (0.64%)
Casado	140 (89.74%)
Viudo	15 (9.62%)
TOTAL	156 (100%)

Fuente: Elaboración propia.

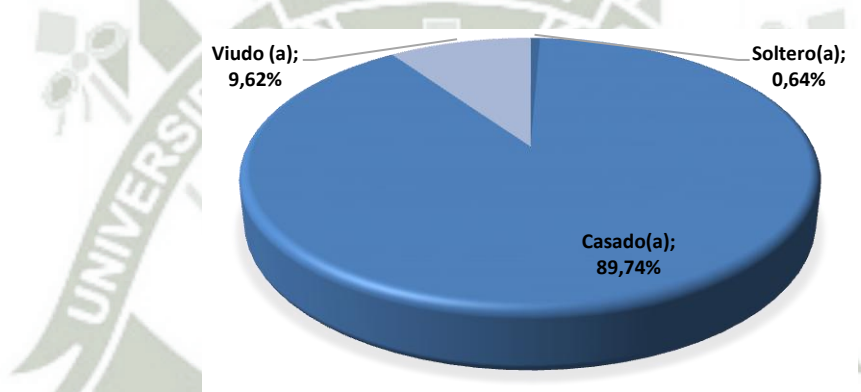


Gráfico N° 6 *Distribución de la población en estudio, según el estado civil.*

Fuente: Elaboración propia.

En cuanto al estado civil, el 89.74% de la población en estudio refiere ser casado y el 9.62% son viudos. Estos resultados se muestran en la **Tabla N° 12** y en el **Gráfico N° 6**. Por otro lado, para Redondo y colaboradores existe una relación directa entre la aparición de la hipertensión arterial con estar casado y vivir acompañado (Redondo-Sendino, Guallar-Castillón, Banegas, & Rodríguez-Artalejo, 2005); sin embargo, éste último aspecto no fue contemplado en la encuesta, por lo que es difícil establecer ésta relación en la población que participó en el presente estudio.

1.7. Presencia de otras enfermedades

Tabla N° 13 *Distribución de la población en estudio, según la presencia de otras enfermedades.*

PRESENCIA DE OTRAS ENFERMEDADES	
Migraña	2 (1.28%)
Gastritis	30 (19.23%)
Artritis	19 (12.18%)
Diabetes	87 (55.77%)
Ninguna u otras	18 (11.54%)
TOTAL	156 (100%)

Fuente: Elaboración propia.

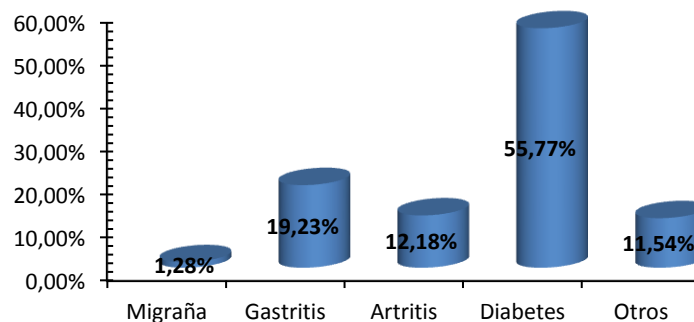


Gráfico N° 7 *Distribución de la población en estudio, según presencia otras enfermedades.*

Fuente: Elaboración propia

La **Tabla N° 13** y el **Gráfico N° 7**, muestran la distribución de la población en estudio, según la presencia de otras enfermedades. Se observa que el 56% de los pacientes, además de la hipertensión, tienen diabetes; de la misma forma, el 19% tienen también gastritis; y el resto de los pacientes, o no tienen alguna otra enfermedad o presentan artritis, migraña u otras.

Como se observa, la mayoría de los pacientes en estudio presentan también diabetes (56%), el estudio realizado por Rosas et al., señala que hasta un 30.1% de los pacientes hipertensos en México presentan diabetes. Con lo cual es evidente la comorbilidad de ambas enfermedades, tal como señala Araya en su estudio, de que la presencia de ambas enfermedades son extremadamente frecuente (Araya-Orozco, 2004)

1.8. Presión arterial

Tabla N° 14 Distribución de la población en estudio, según su presión arterial.

PRESIÓN ARTERIAL	
Óptima	31 (20%)
Normal	48 (31%)
Normal alta	66 (42%)
Hipertensión Grado I (leve)	8 (5%)
Hipertensión Grado II (moderada)	1 (1%)
Hipertensión Grado III (severa)	0 (0%)
Hipertensión sistólica aislada	2 (1%)
TOTAL	156 (100%)

Fuente: Elaboración propia.

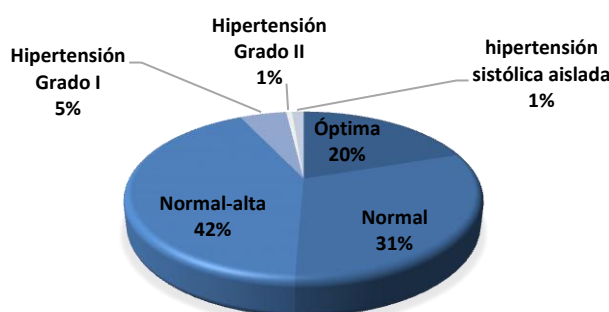


Gráfico N° 8 Distribución de la población en estudio, según su presión arterial.

Fuente: Elaboración propia.

La categorización de los pacientes según su presión arterial se realizó tal como indica la clasificación de la ESH/ESC observado en la **Tabla N° 1**. La **Tabla N° 14** y el **Gráfico N° 8** muestran la distribución de la población que participó en el presente estudio, según la presión arterial que presentaron el día de su evaluación y la aplicación de los respectivos cuestionarios. Se observa que el 42% de los pacientes presenta una presión arterial “Normal-alta”, seguido del 31% que tuvieron una presión arterial normal y el 20% presentó una presión arterial óptima; por lo que se podría deducir que el 51% de la población en estudio, tuvo la hipertensión arterial controlada, y esto aparentemente es debido a que los pacientes pertenecen a un programa de hipertensión; en la que estudios señalan que el desarrollo de programas de éste tipo podría implicar una significativa mejora en el control de la hipertensión (Ferrera, Moine, & Yáñez, 2010). Sin embargo, prácticamente la otra mitad de la población en estudio (49%), presentan un deficiente control de la enfermedad.

2. Evaluación del nivel de adherencia terapéutica

2.1. Test de Morisky-Green-Levine

Tabla N° 15 Nivel de adherencia al tratamiento farmacológico de pacientes con hipertensión, datos obtenidos por la aplicación del test de Morisky-Green-Levine.

ADHERENCIA AL TRATAMIENTO FARMACOLÓGICO	RECUENTO	PORCENTAJE
Alta adherencia	61	39%
Mediana adherencia	84	54%
Baja adherencia	11	7%
TOTAL	156	100.00%

Fuente: Elaboración propia.

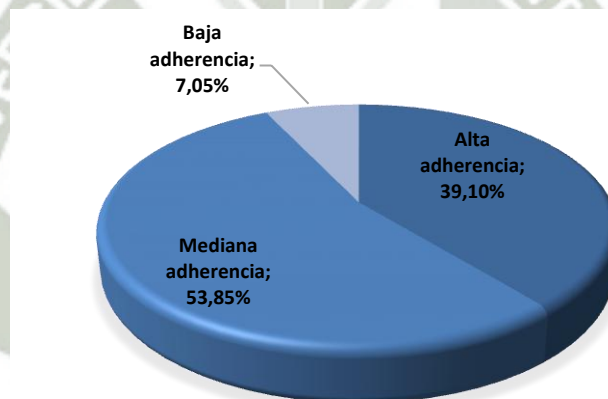


Gráfico N° 9 Nivel de adherencia al tratamiento farmacológico de pacientes con hipertensión, datos obtenidos por la aplicación del test de Morisky-Green-Levine.

Fuente: Elaboración propia.

La evaluación del nivel de adherencia al tratamiento farmacológico de los pacientes en estudio, se realizó mediante la aplicación del test de Morisky-Green-Levine; con el que se estratificó a los pacientes según se muestra en la **Tabla N° 15** y el **Gráfico N° 9**. Se observa que, del total de pacientes que participaron en el estudio, 39% tiene una alta adherencia; el 54% presenta una mediana adherencia y el resto (7%) respondieron el test indicando una baja adherencia al tratamiento farmacológico de la hipertensión.

Por otro lado, como se mencionó en materiales y métodos, la población en estudio fueron pacientes del programa de hipertensos del policlínico metropolitano EsSalud Arequipa, es decir éstos pacientes eventualmente recibieron ciertas charlas (con anterioridad al presente estudio) y probablemente tienen cierto conocimiento acerca de su enfermedad; y, aparentemente es la razón principal por la que un porcentaje considerable de pacientes participantes en el estudio (39%) respondieron el test de Morisky-Green-Levine, indicando una alta adherencia al tratamiento farmacológico.

Tal como señalan diversos estudios, en las que los programas con la intención de incrementar la adherencia al tratamiento farmacológico de pacientes hipertensos, dieron resultados favorables; es así que Ferrera *et al.*, señalan la eficacia de un programa de intervención, y concluyen un incremento significativo de la adherencia al tratamiento (Ferrera et al., 2010); de igual forma, Holguín *et al.* señalan que el 86.6% de los pacientes mostraron una alta adherencia al tratamiento farmacológico, luego de un programa de intervención biopsicosocial, en el que se brindó información sobre la enfermedad, el cumplimiento del tratamiento, factores de riesgo, entre otros (Holguín, Correa, Arrivillaga, Cáceres, & Varela, 2006).

2.2. Evaluación de la adherencia terapéutica según las condiciones sociodemográficas

Utilizando los instrumentos mencionados en materiales y métodos, tal como se muestra en la **Tabla N° 16**, se pudo también obtener el número y el porcentaje de pacientes que presentan alta, mediana o baja adherencia al tratamiento farmacológico de la hipertensión (luego de aplicar el Test de Morisky-Green-Levine), en función a los aspectos sociodemográficos de la población que participó en el presente estudio.

En cuanto al género, se observa que de los pacientes que tienen alta adherencia terapéutica, el 74% son mujeres (representando además un 29% del total de los pacientes que participaron en el estudio); por otro lado, el 75% de los

pacientes que tienen baja adherencia terapéutica son varones. Aparentemente existe una clara relación entre el nivel de adherencia y el género de los pacientes, esto se confirma mediante la prueba chi-cuadrado en la que se halló un valor de $p < 0.05$ (ver anexo 3); por lo que se concluye que las mujeres, estadísticamente, se adhieren más al tratamiento farmacológico de la hipertensión, que los varones. Similar resultado encontraron Lee *et al.*, en el que señalan que la mayoría de los que tienen buena adherencia, son mujeres (Lee et al., 2013).

Tabla N° 16 Nivel de adherencia al tratamiento farmacológico de pacientes con hipertensión, según las condiciones sociodemográficas de la población en estudio.

CONDICIONES SOCIODEMOGRÁFICAS	ALTA ADHERENCIA		MEDIANA ADHERENCIA		BAJA ADHERENCIA		
	N	%	N	%	N	%	
Género	Masculino	16	26.2%	44	53.0%	9	75.0%
	Femenino	45	73.8%	39	47.0%	3	25.0%
Edad	≤ 55 años	1	1.6%	5	6.0%	0	0.0%
	56 a 65 años	15	24.6%	24	28.9%	3	26.9%
	66 a 75 años	31	50.8%	41	49.4%	5	49.4%
	≥ 76 años	14	23.0%	13	15.7%	4	19.9%
Residencia	Urbano	60	98.4%	81	97.6%	12	100.0%
	Rural	1	1.6%	2	2.4%	0	0.0%
Religión	Católica	61	100.0%	81	97.6%	12	11.8%
	Evangélica	0	0.0%	1	1.2%	0	0.0%
	Otras	0	0.0%	1	1.2%	0	0.0%
Estado civil	Soltero(a)	0	0.0%	0	0.0%	1	8.3%
	Casado(a)	57	93.4%	75	90.4%	8	66.7%
	Viudo (a)	4	6.6%	8	9.6%	3	25.0%
Ocupación	Comerciante	10	16.4%	16	19.3%	1	8.3%
	Agricultor	1	1.6%	8	9.6%	0	0.0%
	Empleado	2	3.3%	1	1.2%	1	8.3%
	Ama de casa	37	60.7%	31	37.3%	3	25.0%
	Otro	11	18.0%	27	32.5%	7	58.3%
Presencia de otras enfermedades	Migraña	1	1.6%	1	1.2%	0	0.0%
	Gastritis	8	13.1%	18	21.7%	4	33.3%
	Artritis	6	9.8%	10	12.0%	3	25.0%
	Diabetes	39	63.9%	45	54.2%	3	25.0%
	Ninguna u otras	7	11.5%	9	10.8%	2	16.7%
Nivel de educación	Sin educación	1	1.6%	2	2.4%	0	0.0%
	Primaria incompleta	2	3.3%	4	4.8%	0	0.0%
	Primaria completa	10	16.4%	12	14.5%	4	33.3%
	Secundaria incompleta	24	39.3%	30	36.1%	4	33.3%
	Secundaria completa	18	29.5%	26	31.3%	4	33.3%
	Superior	6	9.8%	9	10.8%	0	0.0%

Fuente: Elaboración propia.

Con respecto a la edad de los pacientes, se observa que la mayoría de los que tienen alta adherencia (73.8%) son mayores de 65 años, y éste representa el 28.9% del total de la población estudiada (**ver anexo 3**), similar hallazgo señala Martín et al., quienes indican que los pacientes mayores a 60 años son más adherentes al tratamiento (Martín Alfonso et al., 2003). Además, la razón por la que el mencionado grupo de la población tiene mayor adherencia, podría ser que tienen considerables conocimientos sobre su enfermedad. Por otro lado, se conoce que la edad es uno de los principales factores de riesgo de padecer hipertensión arterial (MINSA, 2009), por lo que la mayoría de los pacientes aparentemente reconocen la importancia del cumplimiento del tratamiento farmacológico para el adecuado control de su enfermedad.

En cuanto al lugar de residencia, religión y estado civil; claramente se observa que la mayoría de los pacientes que refirieron tener alta adherencia terapéutica, pertenecen al medio urbano, de religión católica y estado civil casado; además, observando las **Tablas 8; 10 y 12**, y como se mencionó en la descripción de las mismas, la población que participó en el presente estudio mayoritariamente son de los mismos grupos mencionados; por lo que no se puede establecer con exactitud la relación que presenta el nivel de adherencia al tratamiento farmacológico de la hipertensión con estas características sociodemográficas. Por otro lado, el apoyo familiar y el contacto con grupos de personas son fundamentales para una adecuada adhesión al tratamiento farmacológico, tal como lo indica Orozco (Orozco, 2010); sin embargo, hay algunos autores que señalan que aspectos socioeconómicos y demográficos como edad, género, estado civil, religión, etc. Influyen escasamente en el buen cumplimiento del tratamiento (Basterra Gabarro, 1999).

Por otro lado, se observa que la mayoría de los pacientes que tienen alta adherencia terapéutica tienen como ocupación las actividades del hogar (ama de casa), representando un 60.7%, que además representa el 23.7% del total de los pacientes que participaron en el presente estudio (**ver anexo 3**); además, Corugedo y colaboradores señalan que la ocupación del paciente se asocia de

forma significativa con la adherencia terapéutica, en la que las responsabilidades laborales, provocan la falta de cuidado de la salud(Corugedo Rodríguez, Martín Alfonso, & Bayarre Veal, 2011).

Como se mencionó anteriormente, la diabetes es una enfermedad que frecuentemente se encuentra en presencia de la hipertensión arterial(Araya-Orozco, 2004), incluso podría ser considerado como un factor de riesgo para desarrollar eventos que exacerben el estado de salud del paciente(Dotres et al., 1999); por lo que el adecuado tratamiento de ambas enfermedades es esencial para la recuperación de la salud. Además, estudios señalan que la poli-medicación podría influir negativamente en la adherencia al tratamiento farmacológico(Gutiérrez-Angulo, Lopetegi-Uranga, Sánchez-Martín, & Garaigordobil-Landazabal, 2012); sin embargo, en el presente estudio, de los pacientes que tienen alta adherencia, el 63.9% tienen diabetes (además de la hipertensión), y representa al 25% de la población estudiada (**ver anexo 3**); esto podría deberse al adecuado grado de conocimiento de la enfermedad y que reconocerían la importancia del tratamiento farmacológico para el adecuado control de la enfermedad, especialmente si se tiene otras enfermedades que podrían agravar su estado de salud.

Finalmente, es difícil establecer con exactitud la relación que existe entre la adherencia al tratamiento farmacológico y el nivel de educación que presenta la población en estudio. Es así que, en los tres niveles de adherencia terapéutica las distribuciones de los pacientes se encuentran entre los niveles de educación de primaria completa, secundaria completa e incompleta. Sin embargo, algunos estudios señalan la importancia del grado de instrucción de los pacientes para una adecuada adherencia al tratamiento(García-reza, López, Célia, & Zeitoune, 2012) que podría reflejarse en el grado de conocimientos en temas del cuidado de la salud.

2.3. Evaluación de la adherencia terapéutica según la clasificación de la presión arterial

Tabla N° 17 Nivel de adherencia al tratamiento farmacológico de pacientes con hipertensión, según la clasificación de la presión arterial.

Clasificación de la presión arterial	ALTA ADHERENCIA		MEDIANA ADHERENCIA		BAJA ADHERENCIA	
	N	%	N	%	N	%
Óptima	13	21.3%	17	20.5%	1	8.3%
Normal	27	44.3%	20	24.1%	1	8.3%
Normal – Alta	20	32.8%	39	47.0%	7	58.3%
Hipertensión Grado I	1	1.6%	5	6.0%	2	16.7%
Hipertensión Grado II	0	0.0%	1	1.2%	0	0.0%
Hipertensión Grado III	0	0.0%	0	0.0%	0	0.0%
Hipertensión Sistólica Aislada	0	0.0%	1	1.2%	1	8.3%

Fuente: Elaboración propia.

Como se mencionó anteriormente, se utilizó la clasificación del grado de hipertensión según la ESH/ESC; la **Tabla N° 17** muestra los resultados de los pacientes, utilizando ésta clasificación asociada al nivel de adherencia a la terapia antihipertensiva. Se observa la complejidad de los datos obtenidos, en las que incluso varias categorías presentan un valor de cero (0.0%), con lo que es difícil aplicar un análisis estadístico. Por tal razón, se decidió construir una nueva tabla considerando dos categorías: Pacientes que tienen controlada la hipertensión (Presión arterial óptima y normal), y pacientes que no tienen controlada la hipertensión (Presión arterial normal-ata, hipertensión grado I, grado II, grado III y sistólica aislada), tal como se muestra en la **Tabla N° 18**.

Tabla N° 18 Nivel de adherencia al tratamiento farmacológico de pacientes con hipertensión, según el control de la hipertensión.

Hipertensión	ALTA ADHERENCIA		MEDIANA ADHERENCIA		BAJA ADHERENCIA	
	N	%	N	%	N	%
Controlada	40	65.6%	37	44.6%	2	16.7%
No controlada	21	34.4%	46	55.4%	10	83.3%

Fuente: Elaboración propia.

La **Tabla N° 18** muestra el nivel de adherencia al tratamiento farmacológico, asociado al estado de control de la hipertensión. Se observa que el 65.6% de los pacientes que tienen alta adherencia, tienen controlada la hipertensión; por otro lado, el 55.4% de los pacientes que tienen media adherencia no tienen controlada la hipertensión; por lo que aparentemente a mayor nivel de adherencia, se tiene mejor controlada la hipertensión. Éste hallazgo es confirmado con el análisis estadístico de chi-cuadrado, en el que se tiene un valor de 12.204; con lo que el valor del probabilístico p es 0.002 ($p < 0.05$); por ende, se concluye que el nivel de adherencia terapéutica está relacionado con el adecuado control de la hipertensión. Diversos estudios indican también como factor del buen control de la hipertensión, la adherencia al tratamiento (Coca Payeras, 2005; Holguín et al., 2006).

3. Evaluación de los factores influyentes en la adherencia terapéutica

Tabla N° 19 *Categorización de pacientes con hipertensión, datos obtenidos por la aplicación de Test de evaluación de factores influyentes.*

Categorización de los pacientes	Rango de puntajes	N (%)
Cumplidor	81-100	37 (24%)
Ligeramente Incumplidor	61-80	108 (69%)
Incumplidor	41-60	11 (7%)
Muy incumplidor	< 40	0 (0%)
TOTAL		156 (100%)

Fuente: Elaboración propia.

Como se mencionó en materiales y métodos, la evaluación de los factores que influyen en la adherencia al tratamiento farmacológico de la hipertensión en los pacientes que participaron en el presente estudio se realizó mediante la aplicación del cuestionario mostrado en la **Tabla N° 5** y se categorizó a los pacientes tal como se indica en la **Tabla N° 19**, en el que se observa que la mayoría de los pacientes son ligeramente incumplidores (69%); seguidamente, el 24% son cumplidores y el resto (7%) son incumplidores. Éstos datos son cercanos a los obtenidos mediante el Test de Morisky-Green-Levine, en el que se observó que los pacientes que presentan una mediana, alta y baja adherencia terapéutica, representan el 54%, 39% y 7% de la población en estudio, respectivamente (**Gráfico N° 9**).

Por lo que se puede deducir que ambas evaluaciones presentan similares resultados y ambos se relacionan, en el que los pacientes que son ligeramente incumplidores representarían a los pacientes con mediana adherencia terapéutica, los cumplidores representarían a los pacientes con alta adherencia y los incumplidores serían aquellos que tienen baja adherencia al tratamiento farmacológico de la hipertensión. Sin embargo, realizando la prueba de chi-cuadrado, estadísticamente no se puede aseverar ni rechazar esta conclusión, debido a los datos que se tienen que dan lugar a una baja confiabilidad del resultado estadístico (**ver anexo 4**)

Tabla N° 20 Resumen de puntajes obtenidos por la aplicación del Test de evaluación de factores influyentes.

Factor evaluado	N	Media	Desviación estándar	95% IC		Mínimo	Máximo
				Límite inferior	Límite superior		
Actitud del paciente frente a su enfermedad	156	10.56	2.331	10.19	10.93	5	17
Conocimiento de la gravedad de la enfermedad	156	17.37	1.073	17.20	17.54	13	19
Conocimiento del tratamiento con medicamentos	156	13.10	2.113	12.77	13.44	8	18
Percepción del trato del personal de salud	156	8.99	3.761	8.39	9.58	4	17
Factores socioeconómicos y demográficos	156	18.41	1.180	18.22	18.60	14	20
TOTAL	780	13.69	4.351	13.38	13.99	4	20

Fuente: Elaboración propia

Por otro lado, se construyó la **Tabla N° 20**, en el que se muestra los promedios de los puntajes que obtuvieron la población en estudio en cada factor interviniente evaluado. Realizando el análisis de varianza de una vía (ANOVA de una vía), seguido de la prueba post-hoc de Tukey (**ver anexo 5**), con los que se evidenció la diferencia estadística significativa entre todos los factores evaluados, con un nivel de confianza del 95% ($p < 0.05$).

Por lo que se concluye que los cinco factores evaluados influyen de forma diferente (entre ellos), al cumplimiento de la terapia; es por ello que se puede realizar una escala según el grado en que influye cada factor. Los factores que influyen negativamente al cumplimiento del tratamiento de la hipertensión, son la percepción del trato del personal de salud (puntaje promedio de 8.99), y sigue la actitud del paciente frente a su enfermedad (puntaje promedio de 10.56). Los factores que favorecen el cumplimiento de la terapia son los factores socioeconómicos y demográficos (puntaje promedio de 18.41), y el conocimiento de la gravedad de la enfermedad (puntaje promedio de 17.37).

3.1. Actitud del paciente frente a su enfermedad

Tabla N° 21 *Influencia de la actitud del paciente hipertenso, sobre la adherencia terapéutica.*

ACTITUD DEL PACIENTE FRENTE A SU ENFERMEDAD	Puntajes de cada pregunta				
	1	2	3	4	5
Los problemas del hogar le afectan para cumplir con la toma de sus medicamentos.	1 1%	9 6%	49 31%	71 46%	26 17%
Sus familiares y amigos le ayudan y motivan a tomar sus medicamentos.	12 8%	32 21%	54 35%	52 33%	6 4%
¿Guarda de manera especial sus medicamentos para la hipertensión?	54 35%	81 52%	10 6%	10 6%	1 1%
Tiene ganas de cumplir con su medicación tal como le han indicado.	50 32%	83 53%	9 6%	13 8%	1 1%

Fuente: Elaboración propia.

La **Tabla N° 21** muestra el resumen de los puntajes obtenidos de la población en estudio en cada pregunta relacionada a la actitud del paciente frente al cumplimiento del tratamiento de la hipertensión; se observa que entre las razones que favorecen la adherencia terapéutica, en cuanto a la actitud del paciente, se encuentra que al 63% de los pacientes no le afectan los problemas del hogar; y al 37%, sus familiares y amigos le motivan a tomar sus medicamentos. Por otro lado, las razones que desfavorecen la adherencia al tratamiento farmacológico son; la falta de interés por sus medicamentos (87%) y el desgano al cumplimiento de las indicaciones (85%).

3.2. Conocimiento de la gravedad de la enfermedad

Tabla N° 22 *Influencia del conocimiento de la hipertensión, sobre la adherencia terapéutica.*

CONOCIMIENTO DE LA GRAVEDAD DE LA ENFERMEDAD.	Puntajes de cada pregunta				
	1	2	3	4	5
Piensa que su enfermedad es fruto de algún daño, maldad o castigo de alguien o algo.	3 2%	1 1%	6 4%	41 26%	105 67%
Piensa que la presión es una enfermedad pasajera?	2 1%	2 1%	10 6%	118 76%	24 15%
Cuando se siente mejor deja de cumplir las indicaciones médicas?	0 0%	0 0%	2 1%	144 92%	10 6%
Conoce de las complicaciones que puede traer la presión alta?	0 0%	0 0%	1 1%	40 26%	115 74%

Fuente: Elaboración propia.

En cuanto a los factores influyentes a la adherencia terapéutica, relacionados con el conocimiento de la gravedad de la enfermedad; la **Tabla N° 22** muestra el resumen de las respuestas de la población en estudio. Se observa que la gran mayoría de los pacientes tienen conocimientos suficientes sobre la gravedad de la hipertensión en todas las preguntas planteadas que evalúan éste factor. Es así que prácticamente el 100% de los pacientes refieren conocer las complicaciones que puede traer la hipertensión arterial; el 98% reconoce la importancia de seguir las indicaciones médicas; el 93% de los pacientes indica que “no cree o piensa que es poco posible” que la hipertensión sea fruto de algún daño, maldad o castigo, por lo que se deduce que los pacientes conocen la etiología de la enfermedad; además, el 91% de la población en estudio reconoce que la hipertensión “no es pasajera”, por lo que reconocerían la importancia del tratamiento farmacológico.

3.3. Conocimiento del tratamiento con medicamentos

Tabla N° 23 *Influencia del conocimiento del tratamiento farmacológico de la hipertensión, sobre la adherencia terapéutica.*

CONOCIMIENTO DEL TRATAMIENTO CON MEDICAMENTOS.	Puntajes de cada pregunta				
	1	2	3	4	5
Deja de tomar sus medicamentos porque siente que le caen mal?	0 0%	4 3%	19 12%	111 71%	18 12%
Alguna vez ha tomado Ud. otro medicamento que le hayan recomendado para la hipertensión sin la consulta previa con su médico?	0 0%	5 3%	21 13%	121 78%	9 6%
Cree que es cansado y aburrido tomar todos los días los mismos medicamentos a la misma hora?	0 0%	4 3%	146 94%	4 3%	2 1%
Cuando sale de visita o viaja a otra parte lleva su medicación?	87 56%	20 13%	4 3%	13 8%	32 21%

Fuente: Elaboración propia.

La **Tabla N° 23** muestra los resultados del nivel de conocimiento del tratamiento farmacológico de la hipertensión; se observa que el 84% de la población en estudio refiere “nunca o casi nunca” tomó algún medicamento sin antes consultar con su médico, por ende, se podría deducir que solamente toman los medicamentos que le prescribe el personal de salud. Además, el 83% de los pacientes “nunca o casi nunca” deja de tomar sus medicamentos por causa de algún efecto adverso, por lo que se deduce que reconocen la importancia del uso de los medicamentos para el adecuado control de su enfermedad. Por otro lado, un aspecto que desfavorece el cumplimiento del tratamiento farmacológico es el hecho que el paciente salga de viaje, ya que el 69% refieren “nunca o casi nunca” llevan sus medicamentos, esto podría deberse a consecuencia del olvido o que sus viajes no sean prolongados.

3.4. Percepción del trato del personal de salud

Tabla N° 24 *Influencia de la percepción del trato del personal de salud, sobre la adherencia terapéutica.*

PERCEPCIÓN DEL TRATO DEL PERSONAL DE SALUD.	Puntajes de cada pregunta				
	1	2	3	4	5
Asiste puntualmente a sus citas con el medico?	92 59%	24 15%	5 3%	2 1%	33 21%
Confía Usted en lo que el médico o el personal de la salud le dice y le recomienda tomar?	77 49%	35 22%	10 6%	4 3%	30 19%
Siente que el médico o el personal de salud se preocupa por su salud?	22 14%	78 50%	47 30%	7 4%	2 1%
Entiende las indicaciones del médico o del personal de salud sobre los medicamentos que toma para su hipertensión?	5 3%	96 62%	45 29%	8 5%	2 1%

Fuente: Elaboración propia.

Con respecto a la percepción del trato del personal en la **Tabla N° 24** muestra que el 71% de los pacientes no confían en el médico o personal de salud; el 65% tiene dificultad para entender las indicaciones sobre la medicación, por lo que se deduce que los familiares cumplen un rol muy importante en el tratamiento farmacológico, tal como se observó en la evaluación del *factor actitud* (**Tabla N° 21**); Además, el 64% de la población en estudio siente que el médico o personal de salud “no se preocupa” por su salud.

Como se observa, la mayoría de los pacientes que participaron en el presente estudio indican tener un descontento en el trato del personal de salud en todas las preguntas que evalúan éste factor; por lo que es evidente que la percepción del trato del personal de salud desfavorece al cumplimiento del tratamiento farmacológico de la hipertensión.

3.5. Factores socioeconómicos y demográficos

Tabla N° 25 *Influencia de los factores socioeconómicos y demográficos, sobre la adherencia terapéutica.*

INFLUENCIA DE LOS FACTORES SOCIOECONÓMICOS Y DEMOGRÁFICOS.	Puntajes de cada pregunta				
	1	2	3	4	5
Le entregan su medicación completa en la farmacia?	0 0%	1 1%	33 21%	60 38%	62 40%
Cree que su trabajo le permite cumplir con su medicación?	0 0%	3 2%	6 4%	36 23%	111 71%
Cree Usted que es difícil conseguir los medicamentos por donde vive?	0 0%	1 1%	0 0%	27 17%	128 82%
Cree Usted que es difícil ir al establecimiento de salud para solicitar medicamentos?	0 0%	1 1%	3 2%	23 15%	129 83%

Fuente: Elaboración propia.

Finalmente, la evaluación de los factores socioeconómicos y demográficos se muestra en la **Tabla N° 25**. Se observa que el 99% de los pacientes indica que es fácil conseguir los medicamentos en su zona de residencia; el 98% refiere la facilidad de acudir al establecimiento de salud para solicitar los medicamentos; el 94% refieren que el trabajo no es un impedimento para el cumplimiento de su medicación y el 78% de los pacientes refieren que reciben todos los medicamentos para su tratamiento. Estos datos son coherentes con los aspectos generales de la población en estudio; en la que el 69% son mayores de 66 años, rango de edad en la que normalmente se jubilan; el 47% son ama de casa y el 98% de los pacientes residen en medio urbano.

CONCLUSIONES

1. Los pacientes hipertensos que participaron en el presente estudio se compone del 56% mujeres, 44% varones, con un promedio de edad de 69.3 años, el 98% residen en el medio urbano, 46.5% son ama de casa, prácticamente todos son de religión católica, el 30.8% tiene completa la educación básica, mayoritariamente (89.7%) son casados, el 55.8% tiene también diabetes y el 51% tiene controlada la enfermedad.
2. Mediante el test de Morisky-Green-Levine, se determinó que el 39% de la población estudiada tienen alta adherencia, 54% de la población estudiada mediana adherencia y el 7% presentan baja adherencia terapéutica.
3. Utilizando el test de factores influyentes se determinó que los que desfavorecen al cumplimiento del tratamiento de la hipertensión, son la percepción del trato del personal de salud, y sigue la actitud del paciente frente a su enfermedad. Por otro lado, los factores que favorecen el cumplimiento de la terapia son los factores socioeconómicos y demográficos, y el conocimiento de la gravedad de la enfermedad.
4. Mediante la prueba de chi-cuadrado, con un nivel de confianza del 95%, se determinó que las mujeres se adhieren más al tratamiento farmacológico de la hipertensión, que los varones. Por otro lado, es difícil establecer una clara relación entre el nivel de adherencia y las demás condiciones sociodemográficas como son la edad, lugar residencia, religión, estado civil, ocupación, presencia de otras enfermedades y nivel de educación.

SUGERENCIAS

1. Reforzar y apoyar programas de mejora continua de la calidad de atención en los pacientes en todos los servicios del Policlínico Metropolitano de Arequipa.
2. El Policlínico Metropolitano EsSalud Arequipa debería poner más énfasis en el trato a los pacientes, ya que la percepción del trato del personal de salud influye notablemente en la adherencia al tratamiento farmacológico de la hipertensión.
3. Los médicos, los farmacéuticos y todo el personal de salud deben comprometerse a alentar a los pacientes en la toma de sus medicamentos de forma adecuada para modificar la actitud de los pacientes y mejorar la adherencia terapéutica.
4. Los pacientes deben saber que el adecuado control de la hipertensión arterial, está relacionado con el buen cumplimiento del tratamiento farmacológico.
5. Los pacientes y sus familiares deben reconocer la importancia de la actitud frente a la hipertensión, para conseguir una adecuada adherencia al tratamiento y lograr un mejor control de la enfermedad.
6. Emplear los resultados del presente trabajo de investigación como base para trabajos posteriores sobre adherencia terapéutica en enfermedades crónicas.

BIBLIOGRAFÍA

1. Acosta, M., Debs, G., Noval, R., & Dueñas, A. (2005). Conocimientos, creencias y prácticas en pacientes hipertensos, relacionados con su adherencia terapéutica. *Revista Cubana de Enfermería*, 21(3), 15–23.
2. Araya-Orozco, M. (2004). Hipertensión arterial y diabetes mellitus. *Revista Costarricense de Ciencias Médicas*, 25, 65–71.
3. Basterra Gabarro, M. (1999). El cumplimiento terapéutico. *Pharm Care Esp*, 1, 97–106.
4. Behi, R., & Nolan, M. (1995). Ethical issues in research. *British Journal of Nursing*, 4(12), 712–716. <https://doi.org/10.12968/bjon.1995.4.12.712>
5. Bescós Castells, E., Boscá Crespo, A. R., García Arias, C., & Sánchez Chaparro, M. Á. (2012). Hipertensión arterial.
6. Buitrago, F. (2011). Adherencia terapéutica. ¡Qué difícil es cumplir! *Atención Primaria*, 43(7), 343–344. <https://doi.org/10.1016/j.aprim.2011.05.002>
7. Cinza-Sanjurjo, S., Alonso-Moreno, F. J., Prieto-Díaz, M. Á., División-Garrote, J. A., Rodríguez-Roca, G. C., & Llisterri-Caro, J. L. (2015). Hipertensión arterial resistente en pacientes hipertensos atendidos en Atención Primaria de España. Estudio PRESCAP 2010. *SEMERGEN - Medicina de Familia*, 41(3), 123–130. <https://doi.org/10.1016/j.semerg.2014.02.014>
8. Coca Payeras, A. (2005). Evolución del control de la hipertensión arterial en Atención Primaria en España. Resultados del estudio Controlpres 2003. *Hipertensión Y Riesgo Vascular*, 22(1), 5–14. [https://doi.org/10.1016/S1889-1837\(05\)71521-X](https://doi.org/10.1016/S1889-1837(05)71521-X)
9. Corugedo Rodríguez, M. del C., Martín Alfonso, L., & Bayarre Veja, H. (2011). Adherencia terapéutica en pacientes con hipertensión arterial del Policlínico Universitario “Manuel Fajardo” en el Municipio Cruces, Cienfuegos, 2009. *Revista Cubana de Medicina General Integral*, 27(4), 504–512.
10. Crombet, J. S. (2007). Hipertensión arterial: diagnóstico, tratamiento y control. Hospital General Calixto García.

11. Dotres, C., Pérez, R., Córdoba, L., Santín, M., Landrove, O., & Macías, I. (1999). Programa Nacional de prevención, diagnóstico, evaluación y control de la hipertensión arterial. *Revista Cubana de Medicina General*, 15(1), 46–87.
12. Ferrera, N., Moine, D., & Yáñez, D. (2010). Hipertensión arterial: implementación de un programa de intervención de control y adherencia al tratamiento en un Centro de Atención Primaria de la Salud de. *Revista Argentina de Cardiología*, 39(3), 194–203.
13. Gámez, G. G., & Roales-Nieto, J. G. (2007). Creencias relacionadas con la hipertensión y adherencia a los diferentes componentes del tratamiento. [Hypertension beliefs and treatment adherence.]. *International Journal of Psychology & Psychological Therapy*, 7(3), 393–403.
14. García-reza, C., López, M. L., Célia, R., & Zeitoune, G. (2012). Rol socioeconómico y la adhesión al tratamiento de pacientes con hipertensión arterial - contribución de enfermería. *Cuidarte*, (3), 280–286.
15. Gutiérrez-Angulo, M. L., Lopetegi-Uranga, P., Sánchez-Martín, I., & Garaigordobil-Landazabal, M. (2012). Cumplimiento terapéutico en pacientes con hipertensión arterial y diabetes mellitus 2. *Revista de Calidad Asistencial*, 27(2), 72–77. <https://doi.org/10.1016/j.cali.2011.09.008>
16. Holguín, L., Correa, D., Arrivillaga, M., Cáceres, D., & Varela, M. (2006). Adherencia al tratamiento de hipertensión arterial: efectividad de un programa de intervención biopsicosocial. *Universitas Psychologica*, 5(3), 535–547.
17. Ingaramo, R., Vita, N., & Bendersky, M. (2005). Estudio nacional sobre adherencia al tratamiento (ENSAT). *Revista de La Federación Argentina de Cardiología*, 34(1), 104–111. <https://doi.org/200.59.199.13>
18. Iza-Stoll, A. (2006). Treatment arterial primary hypertension. *Scielo*, 7(5), 7.
19. Katzung, B. G. (2010). *Farmacología Basica y Clinica*. (Intergovernmental Panel on Climate Change, Ed.) McGraw-Hill Interamericana de España (11th ed.). Cambridge University Press.
20. Lee, G. K. Y., Wang, H. H. X., Liu, K. Q. L., Cheung, Y., Morisky, D. E., & Wong, M. C. S. (2013). Determinants of Medication Adherence to

- Antihypertensive Medications among a Chinese Population Using Morisky Medication Adherence Scale. *PLoS ONE*, 8(4), e62775. <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0062775>
21. Lira C., M. T. (2015). Impacto de la hipertensión arterial como factor de riesgo cardiovascular. *Revista Médica Clínica Las Condes*, 26(2), 156–163. <https://doi.org/10.1016/j.rmclc.2015.04.004>
 22. Llibre Rodriguez, J., Laucerique Pardo, T., Noriega Fernandez, L., & Guerra Hernandez, M. (2011). Prevalencia de hipertensión arterial , adhesión al tratamiento y su control en adultos mayores. *Revista Cubana de Medicina*, 50(3), 242–251.
 23. Machuca, M., & Parras, M. (2003). Guía de seguimiento farmacoterapeutico sobre hipertensión. Faus MJ, editora. Universidad de Granada.
 24. Magán Uceda, I. (2010). Factores cognitivos relacionados con la ira y la hostilidad en hipertensión arterial esencial. UNIVERSIDAD COMPLUTENSE DE MADRID.
 25. Mancia, G., Fagard, R., Narkiewicz, K., Redon, J., Zanchetti, A., Böhm, M., ... Wood, D. A. (2013). 2013 ESH/ESC Guidelines for the management of arterial hypertension. *European Heart Journal*, 34(28), 2159–2219. <https://doi.org/10.1093/eurheartj/ehs151>
 26. Mancia, G., Fagard, R., Narkiewicz, K., Redon, J., Zanchetti, A., Böhm, M., ... Zannad, F. (2013). Guía de práctica clínica de la ESH/ESC para el manejo de la hipertensión arterial (2013). *Hipertensión Y Riesgo Vascular*, 30(Supl.3), 4–91. [https://doi.org/10.1016/S1889-1837\(13\)70027-8](https://doi.org/10.1016/S1889-1837(13)70027-8)
 27. Manuel, J. (2004). Factores de riesgo de la hipertension arterial. Universidad Abierta Interamericana.
 28. Marín, R., de la Sierra, Á., Armario, P., Campo, C., Banegas, J. R., & Gorostidi, M. (2005). Guía sobre el diagnóstico y tratamiento de la hipertensión arterial en España 2005. *Medicina Clínica*, 125(1), 24–34. <https://doi.org/10.1157/13076402>
 29. Martín Alfonso, L., Sairo Agramonte, M., & Bayarre Veá, H. D. (2003). Frecuencia de cumplimiento del tratamiento médico en pacientes hipertensos. *Revista Cubana de Medicina General Integral*, 19(2).

30. MINSA. (2009). Guía técnica: Guía de Práctica Clínica para la prevención y control de la enfermedad hipertensiva en el primer nivel de atención. Retrieved October 15, 2016, from <http://bvs.minsa.gob.pe:81/local/MINSA/2826.PDF>
31. Natarajan, N., Putnam, W., Van Aarsen, K., Lawson, B., & Fred Burge. (2013). Adherence to antihypertensive medications among family practice patients with diabetes mellitus and hypertension. *Canadian Family Physician*, 59(2), 93–100. <https://doi.org/59/2/e93> [pii]
32. Ocampo Rujel, P. A. (2014). Factores Que Influyen Sobre La Adherencia Al Tratamiento De Pacientes Hipertensos Atendidos en Establecimientos Públicos. *Farmacia*, 5(2), 181–191.
33. OMS. (2004a). Adherencia a los tratamientos a largo plazo. Adherencia a Los Tratamientos a Largo Plazo: Pruebas Para La Acción. <https://doi.org/10.1017/CBO9781107415324.004>
34. OMS. (2004b). Adherencia A Los Tratamientos A Largo Plazo: Pruebas Para La Acción.
35. Orozco, A. C. (2010). Factores que influyen en la adherencia a tratamientos farmacológicos y no farmacológicos en los pacientes inscritos en el Programa de Control de la Hipertensión Arterial de la Unidad Básica de Atención de COOMEVA. *Sincelejo (Colombia)*, 2006. *Salud Uninorte*, 26(2), 201–211.
36. Ozamiz Gorriño, A. (2014). Evaluación de la adherencia terapéutica en pacientes crónicos con hipertensión arterial. Universidad de Valladolid.
37. Peralta, M., & Carbajal, P. (2008). Adherencia a tratamiento. *Rev Cent Dermatol Pascua*, 17(3), 84–88.
38. Pérez, S. C. (n.d.). Hipertensión arterial.
39. Prieto-díaz, M. Á. (2014). Guías en el manejo de la hipertensión. *Semergen: Medicina General / de Familia*, 40(Supl 4), 2–10. [https://doi.org/10.1016/S1138-3593\(14\)74391-6](https://doi.org/10.1016/S1138-3593(14)74391-6)
40. Recker, J. (2012). Ethical Considerations in Research. In *Scientific Research in Information Systems* (pp. 141–147). Berlin, Heidelberg: Springer Berlin Heidelberg. https://doi.org/10.1007/978-3-642-30048-6_7
41. Redondo-Sendino, Á., Guallar-Castillón, P., Banegas, J. R., & Rodríguez-

- Artalejo, F. (2005). Relación entre la red social y la hipertensión arterial en los ancianos españoles. *Revista Española de Cardiología*, 58(11), 1294–1301. <https://doi.org/10.1157/13080958>
42. Régulo Agusti, C. (2006). Simposio : Hipertensión arterial Artículo original Epidemiología de la hipertensión arterial en el Perú. *Acta Med Per*, 23(2).
43. Rivas Torres, G. M., Pino Delgado, M. E., & Osada Liy, J. E. (2016). Programas de hipertensión arterial: gran asistencia y baja adherencia. *Revista Colombiana de Cardiología*, 23(6), 578–579. <https://doi.org/10.1016/j.rccar.2016.03.020>
44. Rodríguez Chamorro, M. Á., García-Jiménez, E., Amariles, P., Rodríguez Chamorro, A., & José Faus, M. (2008). Revisión de tests de medición del cumplimiento terapéutico utilizados en la práctica clínica. *Atención Primaria*, 40(8), 413–417. <https://doi.org/10.1157/13125407>
45. Rujel, P. A. O. (2012). IMPLEMENTACIÓN Y DESARROLLO DE PROGRAMAS DE ATENCIÓN FARMACÉUTICA EN LA ASISTENCIA SANITARIA. UNIVERSIDAD CATÓLICA LOS ÁNGELES DE CHIMBOTE.
46. Sánchez-Cisneros, N. (2006). Adherencia terapéutica en hipertensión arterial Sistémica. *Revista Mexicana de Enfermería Cardiológica*, 14(3), 98–101.
47. Sociedad Castellana de Cardiología. (2003). Hipertensión arterial (I). *Monocardio*, V(3), 127–186.
48. Temas, O. (2013). *Revista Médica*. *Revista Médica Clínica Los Condes*, 24, 191–195.
49. Veliz, L. (2015). Adherencia terapeutica en usuarios de un programa de salud cardiovascular de atencion primaria en Chile. *Rev. Peru Med*, 26(1), 2–5.
50. Vidalón-Frnandez., A. (2010). Clínica de la Hipertensión arterial, para le médico general. *An Fac Med*, 4(4), 237.
51. Wayne W., D., & Chad L., C. (2013). *Biostatistics: A Foundation for Analysis in the Health Sciences*. PhD Proposal. JohnWiley & Sons, Inc.

ANEXO 1

EVALUACIÓN DEL NIVEL DE ADHERENCIA TERAPEÚTICA Y FACTORES INTERVINIENTES, EN PACIENTES DEL PROGRAMA DE HIPERTENSION DEL POLICLÍNICO METROPOLITANO ESSALUD, AREQUIPA

La presente ficha de recolección de información farmacéutica tiene como finalidad establecer la "Adherencia terapéutica y factores intervinientes en pacientes del programa de hipertensión del policlínico metropolitano EsSalud Arequipa

ENCUESTA DE RECOLECCIÓN DE INFORMACIÓN FARMACÉUTICA

Nro. De Ficha/Encuesta.....

Fecha...../...../2015

Nombre del paciente.....

I. ANTECEDENTES PERSONALES DE PACIENTES.

FICHA DE EVALUACION

Edad (años Cumplidos)	Sexo (M o F)	Presión Arterial (mmHg)		Medicamentos prescritos (escribir)			
		sistólica	diastólica	1er.	2do.	3er.	4to.

- | | | | |
|-----------------------------|-----|--|-----|
| 1. Residencia: donde vive. | | 4.3. Primaria completa | () |
| 2.1. Urbano | () | 4.4. Secundaria incompleta | () |
| 2.2. Urbano-marginal. | () | 4.5. Secundaria completa | () |
| 2.3. Rural. | () | 4.6. Superior | () |
| 2.4. Comerciante | () | 4.7. Otro especifique:..... | |
| 2.5. Agricultora | () | 5. Estado civil | |
| 2.6. Empleada | () | 5.1. Soltero(a) | () |
| 2.7. Ama de casa | () | 5.2. Casado(a) | () |
| 2.8. Estudiante | () | 5.3. Conviviente | () |
| 2.9. Otro especifique:..... | | 5.4. Viudo (a) | () |
| 3. Religión | | 5.5. Divorciado (a) | () |
| 3.1. Católica | () | 6. Padece actualmente de otra enfermedad | |
| 3.2. Evangélico | () | 1) Migrañas | () |
| 3.3. Otro especifique:..... | | 2) Gastritis | () |
| 4. Nivel de educación | | 3) Artritis | () |
| 4.1. Sin educación | () | 4) Diabetes | () |
| 4.2. Primaria incompleta | () | 5) Otro especifique:..... | |

II. TEST MORISKY-GREEN-LEVINE.

PREGUNTA	VALOR DE LA RDESPUESTA	
	SI	NO
¿Se olvida de tomar alguna vez el medicamento para su hipertensión?		
¿Se olvida de tomar sus medicamentos a la hora indicada?		
Cuando se encuentra bien ¿deja de tomarlos?		
Si alguna vez le sientan mal ¿deja de tomarlas?		

Marcar con una x donde corresponda

ACTITUD DEL PACIENTE FRENTE A SU ENFERMEDAD.

1. Los problemas del hogar le afectan para cumplir con la toma de sus medicamentos.
 - a. Si siempre
 - b. Si mucho
 - c. Si pero poco
 - d. Casi nada
 - e. No afecta
2. Sus familiares y amigos le ayudan y motivan a tomar sus medicamentos.
 - a. Si siempre
 - b. Si mucho
 - c. Si pero poco
 - d. Casi nada
 - e. No afecta
3. ¿Guarda de manera especial sus medicamentos para la hipertensión?
 - a. Si siempre
 - b. Si mucho
 - c. Si pero poco
 - d. Casi nada
 - e. No afecta
4. Tiene ganas de cumplir con su medicación tal como le han indicado.
 - a. Si siempre
 - b. Si mucho
 - c. Si pero poco
 - d. Casi nada
 - e. No afecta

CONOCIMIENTO DE LA GRAVEDAD DE LA ENFERMEDAD.

5. Piensa que su enfermedad es fruto de algún daño, maldad o castigo de alguien o algo.
 - a. Estoy seguro
 - b. creo que si
 - c. es posible
 - d. poco posible
 - e. no creo
6. Piensa que la presión es una enfermedad pasajera?
 - a. Estoy seguro
 - b. Estoy casi seguro
 - c. Creo que si
 - d. Lo dudo
 - e. No creo
7. Cuando se siente mejor deja de cumplir las indicaciones médicas?
 - a. Siempre
 - b. muchas veces
 - c. algunas veces
 - d. casi nunca
 - e. nunca
8. Conoce de las complicaciones que puede traer la presión alta?
 - a. Siempre
 - b. muchas veces
 - c. algunas veces
 - d. casi nunca
 - e. nunca

CONOCIMIENTO DEL TRATAMIENTO CON MEDICAMENTOS.

9. Deja de tomar sus medicamentos porque siente que le caen mal?
 - a. Siempre
 - b. muchas veces
 - c. algunas veces
 - d. casi nunca
 - e. nunca
10. Alguna vez ha tomado Ud. otro medicamento que le hayan recomendado para la hipertensión sin la consulta previa con su médico?
 - a. Siempre
 - b. muchas veces
 - c. algunas veces
 - d. casi nunca
 - e. nunca
11. Cree que es cansado y aburrido tomar todos los días los mismos medicamentos a la misma hora?
 - a. Muchísimo
 - b. bastante
 - c. algunas veces
 - d. casi nunca
 - e. nunca
12. Cuando sale de visita o viaja a otra parte lleva su medicación?
 - a. Siempre
 - b. muchas veces
 - c. algunas veces
 - d. casi nunca
 - e. nunca

PERCEPCIÓN DEL TRATO DEL PERSONAL DE SALUD.

13. Asiste puntualmente a sus citas con el medico?
 - a. Siempre
 - b. muchas veces
 - c. algunas veces
 - d. casi nunca
 - e. nunca
14. Confía Usted en lo que el médico o el personal de la salud le dice y le recomienda tomar?
 - a. Siempre
 - b. muchas veces
 - c. algunas veces
 - d. casi nunca
 - e. nunca
15. Siente que el médico o el personal de salud se preocupa por su salud?
 - a. Siempre
 - b. muchas veces
 - c. algunas veces
 - d. casi nunca
 - e. nunca
16. Entiende las indicaciones del médico o del personal de salud sobre los medicamentos que toma para su hipertensión?
 - a. Siempre
 - b. casi siempre
 - c. solo algunas veces
 - d. casi nunca
 - e. nunca

INFLUENCIA DE LOS FACTORES SOCIOECONÓMICOS Y DEMOGRÁFICOS.

17. Le entregan su medicación completa en la farmacia?
 - a. Siempre
 - b. muchas veces
 - c. algunas veces
 - d. casi nunca
 - e. nunca
18. Cree que su trabajo le permite cumplir con su medicación?
 - a. Si
 - b. casi siempre
 - c. a veces no
 - d. casi nunca
 - e. nunca
19. Cree Usted que es difícil conseguir los medicamentos por donde vive?
 - a. Si
 - b. casi siempre
 - c. a veces no
 - d. casi nunca
 - e. nunca
20. Cree Usted que es difícil ir al establecimiento de salud para solicitar medicamentos?
 - a. Si
 - b. casi siempre
 - c. a veces no
 - d. casi nunca
 - e. nunca

Observaciones:.....

ANEXO 2

CONSENTIMIENTO INFORMADO

Yo _____ he sido informado (a) por la Srta. Mónica Sofía Pacheco Pérez, egresado de la carrera de Farmacia y Bioquímica de la Universidad Católica Santa María de Arequipa, quien desarrolla un trabajo de investigación acerca de la “Evaluación del nivel de adherencia terapéutica y sus factores intervinientes, en pacientes del programa de hipertensos del policlínico metropolitano” EsSalud Arequipa-2015” es por ello que yo:

1. Consiento libre y voluntariamente en colaborar en su trabajo relatando cual ha sido mi comportamiento en la toma de medicamentos antihipertensivos.
2. Permito que la Srta. Mónica Sofía Pacheco Pérez, utilice la información sin dar a conocer mi identidad y que la utilice con el propósito que postula en su investigación.
3. He sido informado que puedo retirar mi colaboración en cualquier momento sea previo o durante la entrevista.

Firma

Arequipa, diciembre del 2015

ANEXO 3

Pruebas estadísticas de la evaluación del nivel de adherencia terapéutica, según las condiciones sociodemográficas de la población en estudio

1. Nivel de Adherencia terapéutica, según el género

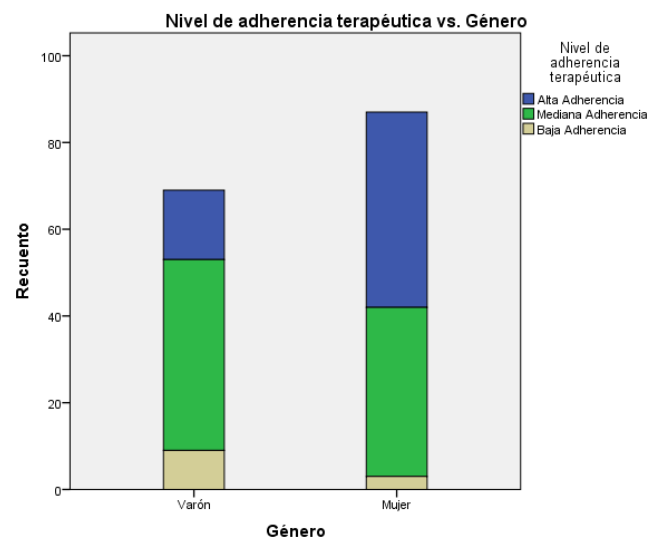
Tabla cruzada Género*Nivel de adherencia terapéutica

		Nivel de adherencia terapéutica			Total	
		Alta Adherencia	Mediana Adherencia	Baja Adherencia		
Género	Varón	Recuento	16	44	9	69
		Recuento esperado	27.0	36.7	5.3	69.0
		% dentro de Nivel de adherencia terapéutica	26.2%	53.0%	75.0%	44.2%
		% del total	10.3%	28.2%	5.8%	44.2%
Mujer	Mujer	Recuento	45	39	3	87
		Recuento esperado	34.0	46.3	6.7	87.0
		% dentro de Nivel de adherencia terapéutica	73.8%	47.0%	25.0%	55.8%
		% del total	28.8%	25.0%	1.9%	55.8%
Total	Total	Recuento	61	83	12	156
		Recuento esperado	61.0	83.0	12.0	156.0
		% dentro de Nivel de adherencia terapéutica	100.0%	100.0%	100.0%	100.0%
		% del total	39.1%	53.2%	7.7%	100.0%

Pruebas de chi-cuadrado

	Valor	gl	Significación asintótica (bilateral)
Chi-cuadrado de Pearson	15.214 ^a	2	.000
Razón de verosimilitud	15.719	2	.000
Asociación lineal por lineal	15.054	1	.000
N de casos válidos	156		

a. 0 casillas (0.0%) han esperado un recuento menor que 5. El recuento mínimo esperado es 5.31.



2. Nivel de Adherencia terapéutica, según la edad

Tabla cruzada Rango de edad* Nivel de adherencia terapéutica

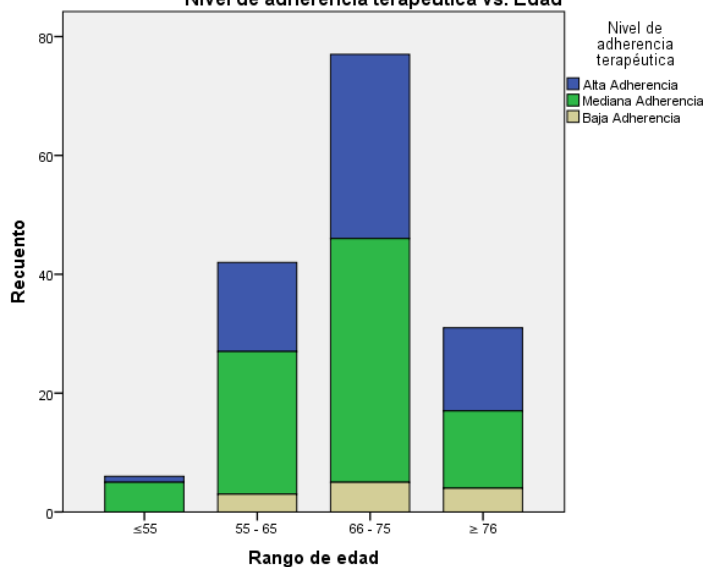
Rango de edad		Nivel de adherencia terapéutica			Total
		Alta Adherencia	Mediana Adherencia	Baja Adherencia	
≤55	Recuento	1	5	0	6
	Recuento esperado	2.3	3.2	.5	6.0
	% dentro de Nivel de adherencia terapéutica	1.6%	6.0%	0.0%	3.8%
	% del total	0.6%	3.2%	0.0%	3.8%
55 - 65	Recuento	15	24	3	42
	Recuento esperado	16.4	22.3	3.2	42.0
	% dentro de Nivel de adherencia terapéutica	24.6%	28.9%	25.0%	26.9%
	% del total	9.6%	15.4%	1.9%	26.9%
66 - 75	Recuento	31	41	5	77
	Recuento esperado	30.1	41.0	5.9	77.0
	% dentro de Nivel de adherencia terapéutica	50.8%	49.4%	41.7%	49.4%
	% del total	19.9%	26.3%	3.2%	49.4%
≥ 76	Recuento	14	13	4	31
	Recuento esperado	12.1	16.5	2.4	31.0
	% dentro de Nivel de adherencia terapéutica	23.0%	15.7%	33.3%	19.9%
	% del total	9.0%	8.3%	2.6%	19.9%
Total	Recuento	61	83	12	156
	Recuento esperado	61.0	83.0	12.0	156.0
	% dentro de Nivel de adherencia terapéutica	100.0%	100.0%	100.0%	100.0%
	% del total	39.1%	53.2%	7.7%	100.0%

Pruebas de chi-cuadrado

	Valor	gl	Significación asintótica (bilateral)
Chi-cuadrado de Pearson	4.815 ^a	6	.568
Razón de verosimilitud	5.206	6	.518
Asociación lineal por lineal	.299	1	.585
N de casos válidos	156		

a. 5 casillas (41.7%) han esperado un recuento menor que 5. El recuento mínimo esperado es .46.

Nivel de adherencia terapéutica vs. Edad



3. Nivel de Adherencia terapéutica, según lugar de residencia

Tabla cruzada Residencia*Nivel de adherencia terapéutica

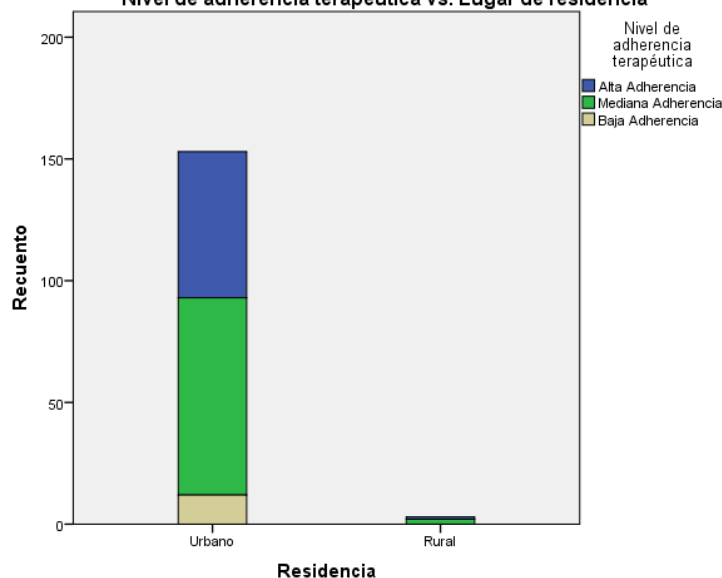
			Nivel de adherencia terapéutica			Total
			Alta Adherencia	Mediana Adherencia	Baja Adherencia	
Residencia	Urbano	Recuento	60	81	12	153
		Recuento esperado	59.8	81.4	11.8	153.0
		% dentro de Nivel de adherencia terapéutica	98.4%	97.6%	100.0%	98.1%
		% del total	38.5%	51.9%	7.7%	98.1%
	Rural	Recuento	1	2	0	3
		Recuento esperado	1.2	1.6	.2	3.0
		% dentro de Nivel de adherencia terapéutica	1.6%	2.4%	0.0%	1.9%
		% del total	0.6%	1.3%	0.0%	1.9%
Total	Recuento	61	83	12	156	
	Recuento esperado	61.0	83.0	12.0	156.0	
	% dentro de Nivel de adherencia terapéutica	100.0%	100.0%	100.0%	100.0%	
	% del total	39.1%	53.2%	7.7%	100.0%	

Pruebas de chi-cuadrado

	Valor	gl	Significación asintótica (bilateral)
Chi-cuadrado de Pearson	.366 ^a	2	.833
Razón de verosimilitud	.590	2	.745
Asociación lineal por lineal	.003	1	.956
N de casos válidos	156		

a. 3 casillas (50.0%) han esperado un recuento menor que 5. El recuento mínimo esperado es .23.

Nivel de adherencia terapéutica vs. Lugar de residencia



4. Nivel de Adherencia terapéutica, según religión

Tabla cruzada Religión*Nivel de adherencia terapéutica

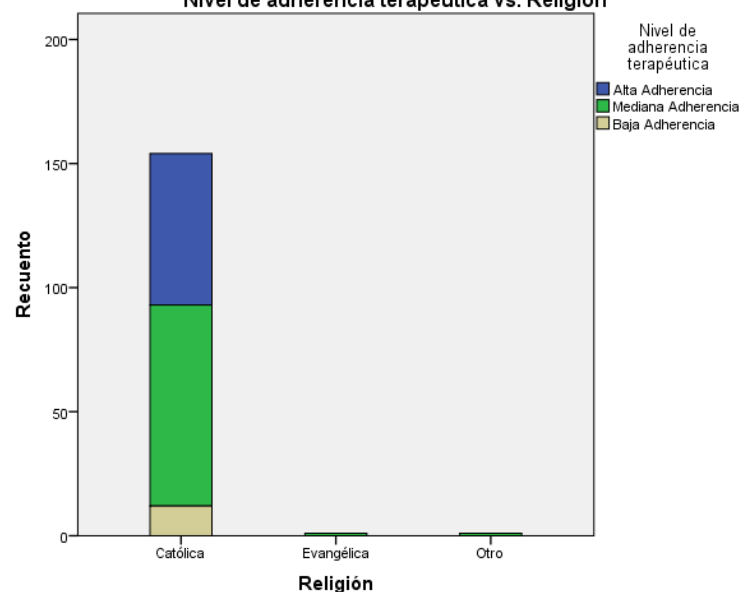
Religión	Católica	Recuento	Nivel de adherencia terapéutica			Total
			Alta Adherencia	Mediana Adherencia	Baja Adherencia	
		Recuento	61	81	12	154
		Recuento esperado	60.2	81.9	11.8	154.0
		% dentro de Nivel de adherencia terapéutica	100.0%	97.6%	100.0%	98.7%
		% del total	39.1%	51.9%	7.7%	98.7%
	Evangélica	Recuento	0	1	0	1
		Recuento esperado	.4	.5	.1	1.0
		% dentro de Nivel de adherencia terapéutica	0.0%	1.2%	0.0%	0.6%
		% del total	0.0%	0.6%	0.0%	0.6%
	Otro	Recuento	0	1	0	1
		Recuento esperado	.4	.5	.1	1.0
		% dentro de Nivel de adherencia terapéutica	0.0%	1.2%	0.0%	0.6%
		% del total	0.0%	0.6%	0.0%	0.6%
Total		Recuento	61	83	12	156
		Recuento esperado	61.0	83.0	12.0	156.0
		% dentro de Nivel de adherencia terapéutica	100.0%	100.0%	100.0%	100.0%
		% del total	39.1%	53.2%	7.7%	100.0%

Pruebas de chi-cuadrado

	Valor	gl	Significación asintótica (bilateral)
Chi-cuadrado de Pearson	1.782 ^a	4	.776
Razón de verosimilitud	2.547	4	.636
Asociación lineal por lineal	.483	1	.487
N de casos válidos	156		

a. 6 casillas (66.7%) han esperado un recuento menor que 5. El recuento mínimo esperado es .08.

Nivel de adherencia terapéutica vs. Religión



5. Nivel de Adherencia terapéutica, según estado civil

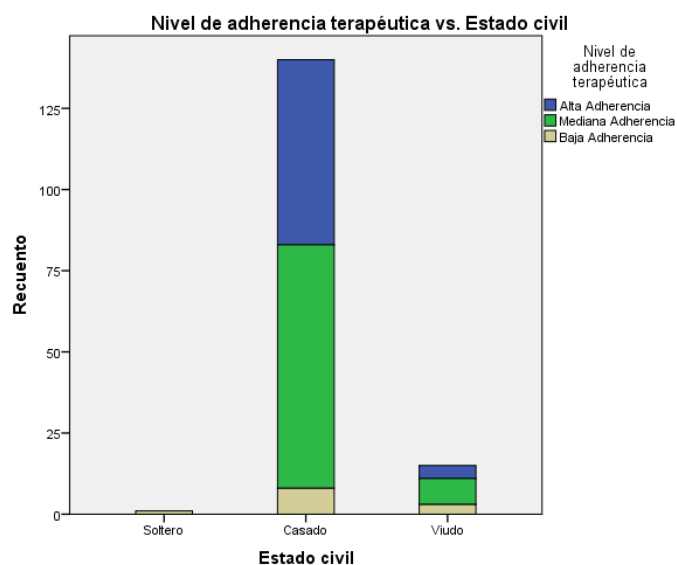
Tabla cruzada Estado civil' Nivel de adherencia terapéutica

			Nivel de adherencia terapéutica			Total
			Alta Adherencia	Mediana Adherencia	Baja Adherencia	
Estado civil	Soltero	Recuento	0	0	1	1
		Recuento esperado	.4	.5	.1	1.0
		% dentro de Nivel de adherencia terapéutica	0.0%	0.0%	8.3%	0.6%
		% del total	0.0%	0.0%	0.6%	0.6%
	Casado	Recuento	57	75	8	140
		Recuento esperado	54.7	74.5	10.8	140.0
		% dentro de Nivel de adherencia terapéutica	93.4%	90.4%	66.7%	89.7%
		% del total	36.5%	48.1%	5.1%	89.7%
	Viudo	Recuento	4	8	3	15
		Recuento esperado	5.9	8.0	1.2	15.0
		% dentro de Nivel de adherencia terapéutica	6.6%	9.6%	25.0%	9.6%
		% del total	2.6%	5.1%	1.9%	9.6%
Total	Recuento	61	83	12	156	
	Recuento esperado	61.0	83.0	12.0	156.0	
	% dentro de Nivel de adherencia terapéutica	100.0%	100.0%	100.0%	100.0%	
	% del total	39.1%	53.2%	7.7%	100.0%	

Pruebas de chi-cuadrado

	Valor	gl	Significación asintótica (bilateral)
Chi-cuadrado de Pearson	16.356 ^a	4	.003
Razón de verosimilitud	8.717	4	.069
Asociación lineal por lineal	1.806	1	.179
N de casos válidos	156		

a. 4 casillas (44.4%) han esperado un recuento menor que 5. El recuento mínimo esperado es .08.



6. Nivel de Adherencia terapéutica, según la ocupación

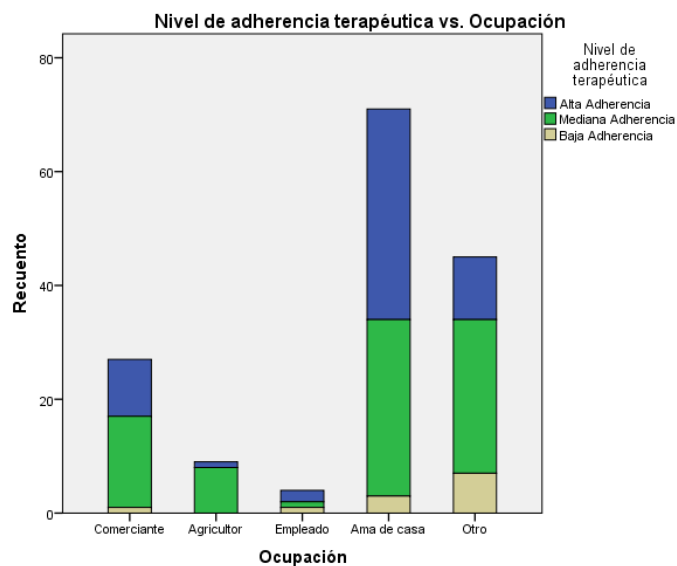
Tabla cruzada Ocupación*Nivel de adherencia terapéutica

			Nivel de adherencia terapéutica			Total
			Alta Adherencia	Mediana Adherencia	Baja Adherencia	
Ocupación	Comerciante	Recuento	10	16	1	27
		Recuento esperado	10.6	14.4	2.1	27.0
		% dentro de Nivel de adherencia terapéutica	16.4%	19.3%	8.3%	17.3%
		% del total	6.4%	10.3%	0.6%	17.3%
Agricultor	Agricultor	Recuento	1	8	0	9
		Recuento esperado	3.5	4.8	.7	9.0
		% dentro de Nivel de adherencia terapéutica	1.6%	9.6%	0.0%	5.8%
		% del total	0.6%	5.1%	0.0%	5.8%
Empleado	Empleado	Recuento	2	1	1	4
		Recuento esperado	1.6	2.1	.3	4.0
		% dentro de Nivel de adherencia terapéutica	3.3%	1.2%	8.3%	2.6%
		% del total	1.3%	0.6%	0.6%	2.6%
Ama de casa	Ama de casa	Recuento	37	31	3	71
		Recuento esperado	27.8	37.8	5.5	71.0
		% dentro de Nivel de adherencia terapéutica	60.7%	37.3%	25.0%	45.5%
		% del total	23.7%	19.9%	1.9%	45.5%
Otro	Otro	Recuento	11	27	7	45
		Recuento esperado	17.6	23.9	3.5	45.0
		% dentro de Nivel de adherencia terapéutica	18.0%	32.5%	58.3%	28.8%
		% del total	7.1%	17.3%	4.5%	28.8%
Total	Total	Recuento	61	83	12	156
		Recuento esperado	61.0	83.0	12.0	156.0
		% dentro de Nivel de adherencia terapéutica	100.0%	100.0%	100.0%	100.0%
		% del total	39.1%	53.2%	7.7%	100.0%

Pruebas de chi-cuadrado

	Valor	gl	Significación asintótica (bilateral)
Chi-cuadrado de Pearson	19.579 ^a	8	.012
Razón de verosimilitud	19.844	8	.011
Asociación lineal por lineal	1.870	1	.171
N de casos válidos	156		

a. 8 casillas (53.3%) han esperado un recuento menor que 5. El recuento mínimo esperado es .31.



7. Nivel de Adherencia terapéutica, según la presencia de otra enfermedad

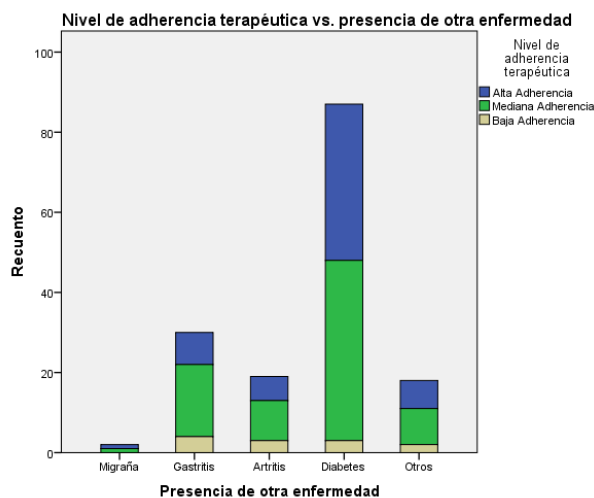
Tabla cruzada Presencia de otra enfermedad' Nivel de adherencia terapéutica

			Nivel de adherencia terapéutica			Total
			Alta Adherencia	Mediana Adherencia	Baja Adherencia	
Presencia de otra enfermedad	Migraña	Recuento	1	1	0	2
		Recuento esperado	.8	1.1	.2	2.0
		% dentro de Nivel de adherencia terapéutica	1.6%	1.2%	0.0%	1.3%
		% del total	0.6%	0.6%	0.0%	1.3%
	Gastritis	Recuento	8	18	4	30
		Recuento esperado	11.7	16.0	2.3	30.0
		% dentro de Nivel de adherencia terapéutica	13.1%	21.7%	33.3%	19.2%
		% del total	5.1%	11.5%	2.6%	19.2%
	Artritis	Recuento	6	10	3	19
		Recuento esperado	7.4	10.1	1.5	19.0
		% dentro de Nivel de adherencia terapéutica	9.8%	12.0%	25.0%	12.2%
		% del total	3.8%	6.4%	1.9%	12.2%
	Diabetes	Recuento	39	45	3	87
		Recuento esperado	34.0	46.3	6.7	87.0
		% dentro de Nivel de adherencia terapéutica	63.9%	54.2%	25.0%	55.8%
		% del total	25.0%	28.8%	1.9%	55.8%
Otros	Recuento	7	9	2	18	
	Recuento esperado	7.0	9.6	1.4	18.0	
	% dentro de Nivel de adherencia terapéutica	11.5%	10.8%	16.7%	11.5%	
	% del total	4.5%	5.8%	1.3%	11.5%	
Total	Recuento	61	83	12	156	
	Recuento esperado	61.0	83.0	12.0	156.0	
	% dentro de Nivel de adherencia terapéutica	100.0%	100.0%	100.0%	100.0%	
	% del total	39.1%	53.2%	7.7%	100.0%	

Pruebas de chi-cuadrado

	Valor	gl	Significación asintótica (bilateral)
Chi-cuadrado de Pearson	7.913 ^a	8	.442
Razón de verosimilitud	8.082	8	.425
Asociación lineal por lineal	2.669	1	.102
N de casos válidos	156		

a. 6 casillas (40.0%) han esperado un recuento menor que 5. El recuento mínimo esperado es .15.



8. Nivel de Adherencia terapéutica, según el nivel de educación

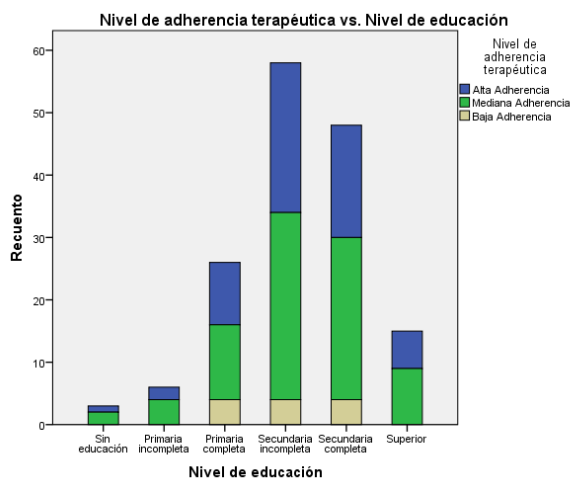
Tabla cruzada Nivel de educación * Nivel de adherencia terapéutica

			Nivel de adherencia terapéutica			Total
			Alta Adherencia	Mediana Adherencia	Baja Adherencia	
Nivel de educación	Sin educación	Recuento	1	2	0	3
		Recuento esperado	1.2	1.6	.2	3.0
		% dentro de Nivel de adherencia terapéutica	1.6%	2.4%	0.0%	1.9%
		% del total	0.6%	1.3%	0.0%	1.9%
	Primaria incompleta	Recuento	2	4	0	6
		Recuento esperado	2.3	3.2	.5	6.0
		% dentro de Nivel de adherencia terapéutica	3.3%	4.8%	0.0%	3.8%
		% del total	1.3%	2.6%	0.0%	3.8%
	Primaria completa	Recuento	10	12	4	26
		Recuento esperado	10.2	13.8	2.0	26.0
		% dentro de Nivel de adherencia terapéutica	16.4%	14.5%	33.3%	16.7%
		% del total	6.4%	7.7%	2.6%	16.7%
	Secundaria incompleta	Recuento	24	30	4	58
		Recuento esperado	22.7	30.9	4.5	58.0
		% dentro de Nivel de adherencia terapéutica	39.3%	36.1%	33.3%	37.2%
		% del total	15.4%	19.2%	2.6%	37.2%
	Secundaria completa	Recuento	18	26	4	48
		Recuento esperado	18.8	25.5	3.7	48.0
		% dentro de Nivel de adherencia terapéutica	29.5%	31.3%	33.3%	30.8%
		% del total	11.5%	16.7%	2.6%	30.8%
	Superior	Recuento	6	9	0	15
		Recuento esperado	5.9	8.0	1.2	15.0
		% dentro de Nivel de adherencia terapéutica	9.8%	10.8%	0.0%	9.6%
		% del total	3.8%	5.8%	0.0%	9.6%
	Total	Recuento	61	83	12	156
		Recuento esperado	61.0	83.0	12.0	156.0
		% dentro de Nivel de adherencia terapéutica	100.0%	100.0%	100.0%	100.0%
		% del total	39.1%	53.2%	7.7%	100.0%

Pruebas de chi-cuadrado

	Valor	gl	Significación asintótica (bilateral)
Chi-cuadrado de Pearson	4.822 ^a	10	.903
Razón de verosimilitud	6.201	10	.798
Asociación lineal por lineal	.160	1	.689
N de casos válidos	156		

a. 10 casillas (55.6%) han esperado un recuento menor que 5. El recuento mínimo esperado es .23.



9. Evaluación de la adherencia terapéutica según la clasificación de la presión arterial

Tabla cruzada Control de la Hipertensión * Nivel de adherencia terapéutica

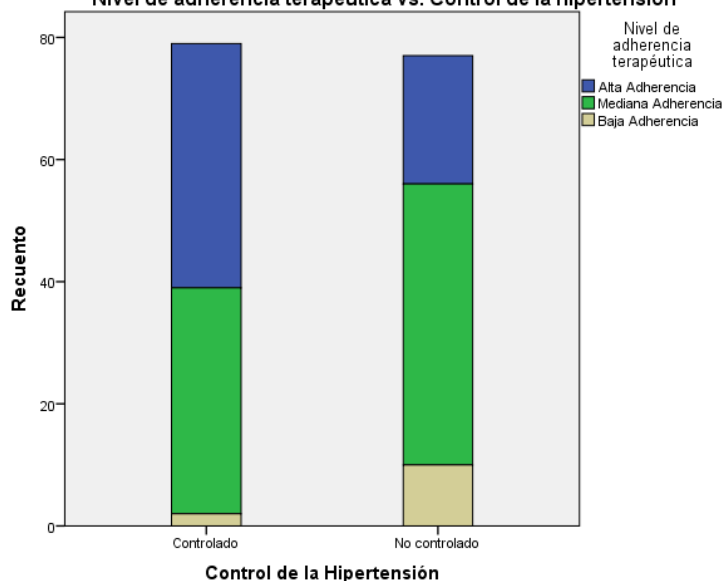
			Nivel de adherencia terapéutica			Total
			Alta Adherencia	Mediana Adherencia	Baja Adherencia	
Control de la Hipertensión	Controlado	Recuento	40	37	2	79
		Recuento esperado	30.9	42.0	6.1	79.0
		% dentro de Nivel de adherencia terapéutica	65.6%	44.6%	16.7%	50.6%
		% del total	25.6%	23.7%	1.3%	50.6%
	No controlado	Recuento	21	46	10	77
		Recuento esperado	30.1	41.0	5.9	77.0
		% dentro de Nivel de adherencia terapéutica	34.4%	55.4%	83.3%	49.4%
		% del total	13.5%	29.5%	6.4%	49.4%
Total	Recuento	61	83	12	156	
	Recuento esperado	61.0	83.0	12.0	156.0	
	% dentro de Nivel de adherencia terapéutica	100.0%	100.0%	100.0%	100.0%	
	% del total	39.1%	53.2%	7.7%	100.0%	

Pruebas de chi-cuadrado

	Valor	gl	Significación asintótica (bilateral)
Chi-cuadrado de Pearson	12.204 ^a	2	.002
Razón de verosimilitud	12.792	2	.002
Asociación lineal por lineal	11.997	1	.001
N de casos válidos	156		

a. 0 casillas (0.0%) han esperado un recuento menor que 5. El recuento mínimo esperado es 5.92.

Nivel de adherencia terapéutica vs. Control de la hipertensión



Anexo 4

Pruebas estadísticas del nivel de adherencia terapéutica, datos obtenidos de los cuestionarios de Morisky-Green-Levine y factores intervinientes

Tabla cruzada Nivel de adherencia terapéutica*Nivel de cumplimiento

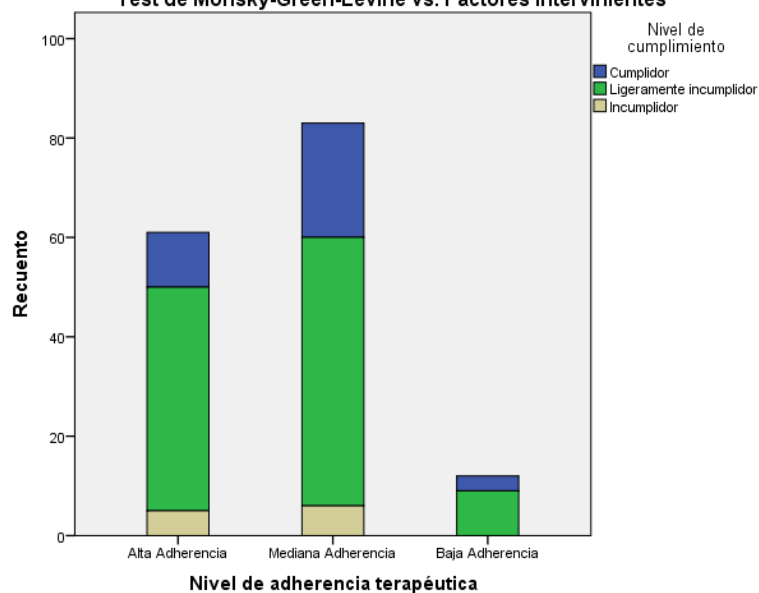
			Nivel de cumplimiento			Total
			Cumplidor	Ligeramente incumplidor	Incumplidor	
Nivel de adherencia terapéutica	Alta Adherencia	Recuento	11	45	5	61
		Recuento esperado	14.5	42.2	4.3	61.0
		% dentro de Nivel de cumplimiento	29.7%	41.7%	45.5%	39.1%
		% del total	7.1%	28.8%	3.2%	39.1%
	Mediana Adherencia	Recuento	23	54	6	83
		Recuento esperado	19.7	57.5	5.9	83.0
		% dentro de Nivel de cumplimiento	62.2%	50.0%	54.5%	53.2%
		% del total	14.7%	34.6%	3.8%	53.2%
	Baja Adherencia	Recuento	3	9	0	12
		Recuento esperado	2.8	8.3	.8	12.0
		% dentro de Nivel de cumplimiento	8.1%	8.3%	0.0%	7.7%
		% del total	1.9%	5.8%	0.0%	7.7%
Total	Recuento	37	108	11	156	
	Recuento esperado	37.0	108.0	11.0	156.0	
	% dentro de Nivel de cumplimiento	100.0%	100.0%	100.0%	100.0%	
	% del total	23.7%	69.2%	7.1%	100.0%	

Pruebas de chi-cuadrado

	Valor	gl	Significación asintótica (bilateral)
Chi-cuadrado de Pearson	2.809 ^a	4	.590
Razón de verosimilitud	3.695	4	.449
Asociación lineal por lineal	1.645	1	.200
N de casos válidos	156		

a. 3 casillas (33.3%) han esperado un recuento menor que 5. El recuento mínimo esperado es .85.

Test de Morisky-Green-Levine vs. Factores intervinientes



Anexo 5

Análisis de Varianza de los puntajes que obtuvieron los pacientes, al aplicar el test de factores intervinientes.

ANOVA

Puntaje del test

	Suma de cuadrados	gl	Media cuadrática	F	Sig.
Entre grupos	10625.051	4	2656.263	499.541	.000
Dentro de grupos	4120.994	775	5.317		
Total	14746.045	779			

Prueba post-hoc: Tukey

Comparaciones múltiples

Variable dependiente: Puntaje del test
HSD Tukey

(I) Factor interviniente	(J) Factor interviniente	Diferencia de medias (I-J)	Error estándar	Sig.	Intervalo de confianza al 95%	
					Límite inferior	Límite superior
Actitud del paciente frente a su enfermedad	Conocimiento de la gravedad de la enfermedad	-6.814 [*]	.261	.000	-7.53	-6.10
	Conocimiento del tratamiento con medicamentos	-2.545 [*]	.261	.000	-3.26	-1.83
	Percepción del trato del personal de salud	1.571 [*]	.261	.000	.86	2.28
	Factores socioeconómicos y demográficos	-7.853 [*]	.261	.000	-8.57	-7.14
Conocimiento de la gravedad de la enfermedad	Actitud del paciente frente a su enfermedad	6.814 [*]	.261	.000	6.10	7.53
	Conocimiento del tratamiento con medicamentos	4.269 [*]	.261	.000	3.56	4.98
	Percepción del trato del personal de salud	8.385 [*]	.261	.000	7.67	9.10
	Factores socioeconómicos y demográficos	-1.038 [*]	.261	.001	-1.75	-.32
Conocimiento del tratamiento con medicamentos	Actitud del paciente frente a su enfermedad	2.545 [*]	.261	.000	1.83	3.26
	Conocimiento de la gravedad de la enfermedad	-4.269 [*]	.261	.000	-4.98	-3.56
	Percepción del trato del personal de salud	4.115 [*]	.261	.000	3.40	4.83
	Factores socioeconómicos y demográficos	-5.308 [*]	.261	.000	-6.02	-4.59
Percepción del trato del personal de salud	Actitud del paciente frente a su enfermedad	-1.571 [*]	.261	.000	-2.28	-.86
	Conocimiento de la gravedad de la enfermedad	-8.385 [*]	.261	.000	-9.10	-7.67
	Conocimiento del tratamiento con medicamentos	-4.115 [*]	.261	.000	-4.83	-3.40
	Factores socioeconómicos y demográficos	-9.423 [*]	.261	.000	-10.14	-8.71
Factores socioeconómicos y demográficos	Actitud del paciente frente a su enfermedad	7.853 [*]	.261	.000	7.14	8.57
	Conocimiento de la gravedad de la enfermedad	1.038 [*]	.261	.001	.32	1.75
	Conocimiento del tratamiento con medicamentos	5.308 [*]	.261	.000	4.59	6.02
	Percepción del trato del personal de salud	9.423 [*]	.261	.000	8.71	10.14

*. La diferencia de medias es significativa en el nivel 0.05.

Subconjuntos homogéneos

Método: 95.0 porcentaje Tukey HSD

<i>Factores evaluados</i>	<i>Casos</i>	<i>Media</i>	<i>Grupos Homogéneos</i>
Percepción del trato del personal de sal	156	8.98718	X
Actitud del paciente frente a su enferme	156	10.5577	X
Conocimiento del tratamiento con medicam	156	13.1026	X
Conocimiento de la gravedad de la enferm	156	17.3718	X
Factores socioeconómicos y demográficos	156	18.4103	X

