



Papel de intervención educativa sobre nivel de conocimientos y adherencia farmacológica en adultos mayores hipertensos

Lázaro Pablo Linares Cánovas^{1*}

Liyansis Bárbara Linares Cánovas²

Roxana Toledo del Llano³

Adrián Alejandro Vitón Castillo³

Luis Ángel Macías Romero³

¹Residente de primer año de Medicina General Integral. Policlínico Docente Universitario "Luis Augusto Turcios Lima". Pinar del Río, Cuba.

²Residente de segundo año de Medicina General Integral. Policlínico Docente Universitario "Modesto Gómez Rubio". San Juan y Martínez, Pinar del Río. Cuba.

³Estudiante de Medicina. Facultad de Ciencias Médicas Dr. Ernesto Che Guevara de la Serna. Pinar del Río. Cuba.

***Correspondencia:** ashirogi@infomed.sld.cu **Teléfono:** 58957726

RESUMEN

Objetivo: evaluar el impacto de una estrategia de intervención educativa para mejorar el nivel de conocimientos sobre la hipertensión arterial y la adherencia al tratamiento farmacológico antihipertensivo en adultos mayores hipertensos pertenecientes al área de salud del Policlínico Universitario Pedro Borrás Astorga. **Métodos:** estudio no observacional, cuasi experimental, ensayo de intervención comunitaria en AM hipertensos, pertenecientes al Policlínico Universitario Pedro Borrás Astorga, entre septiembre de 2016 y octubre de 2018. Fue seleccionada aleatoriamente una muestra de 298 adultos mayores hipertensos, según criterios de selección. El estudio se desarrolló en tres etapas (diagnóstica, intervención y evaluación), aplicándose en la intermedia una estrategia de intervención educativa. Se respetaron los principios éticos. **Resultados:** predominaron las féminas, el grupo etáreo 60-64 años y los adultos mayores con adherencia parcial, encontrándose asociación de esta última con el perfil sociodemográfico. Predominaron los adultos mayores con alta calidad de vida y regular nivel de conocimientos sobre hipertensión arterial, correlacionándose ambas variables con la adherencia, la aplicación de la estrategia fue efectiva, elevándose el nivel de conocimientos de la muestra, mejorándose a su vez la adherencia luego de concluido el



estudio. **Conclusiones:** se constató la influencia de variables sociodemográfica y otras vinculadas a la condición clínica y tratamiento del paciente, sobre la adherencia al tratamiento farmacológico, a la vez que se demostró la efectividad de la estrategia aplicada para mejorar el nivel de conocimientos y la adherencia.

Palabras clave: Anciano; Hipertensión; Tratamiento Farmacológico; Cumplimiento de la Medicación.

INTRODUCCIÓN

En la actualidad, el proceso de envejecimiento poblacional que viene teniendo lugar a nivel internacional, ha mostrado un inusitado ascenso, reportándose a inicios de 2020 más de 1 billón de adultos mayores (AM) en el planeta, lo cual representaba el 13,5 % de la población mundial, cifra 2,5 veces superior a la reportada hace medio siglo, previéndose además un crecimiento superior, hasta el punto que en 2050, uno de cada cinco habitantes del planeta rebasará la barrera de los 60 años.⁽¹⁾ En el caso de Cuba, con un 20,8 % de la población perteneciente a este grupo poblacional, al cierre de 2019, estimaciones indican como para 2030 unas 3,4 millones de personas (aproximadamente el 30 % de la población cubana) estarán ubicadas en este grupo etéreo,^(2, 3) trayendo el envejecimiento poblacional numerosos retos para las diferentes esferas de la sociedad, en especial para la salud pública.

Esta situación se ve acompañada de un rápido y progresivo ascenso de las enfermedades no transmisibles, apreciándose una alta prevalencia de la hipertensión arterial (HTA), que afecta a más de 1 500 millones de personas en el mundo; y estimándose que para 2025 alcance la cifra de los dos mil millones de personas. Responsable de 10,4 millones de muertes anuales a escala global, de la ocurrencia de 62% de los accidentes cerebrovasculares, de 49% de los casos de enfermedad coronaria isquémica, así como de años perdidos a causa de discapacidad y mortalidad prematura; esta enfermedad está presente en el 8-30 % de los adultos en América Latina y el Caribe, mientras en Cuba, la prevalencia estimada está alrededor de los 2 millones de hipertensos, indicando el informe de dispensarización de hipertensos del Ministerio de Salud Pública (MINSAP) como solo el 8,8 % de la población adulta está bajo este método activo de control, siendo Pinar del Río, la quinta provincia con mayor tasa de prevalencia (241,9 por mil habitantes), en 2019, superior a su vez, a la media nacional.^(2, 4, 5)



Dentro de la terapéutica a seguir para controlar esta afección se tienen dos pilares fundamentales, por un lado, se encuentra el establecimiento de estilos de vida saludables, como representante del tratamiento no farmacológico, encargado de controlar los factores de riesgo modificables responsables de la progresión del cuadro y aparición de complicaciones; y por el otro, la implantación de un preciso régimen de tratamiento farmacológico.

Se asegura que se dispone cada vez más, de medicamentos altamente eficaces y se estudia con mayor profundidad, la etiología de la HTA. Los grandes avances diagnósticos y terapéuticos ocurridos a escala mundial en las últimas décadas no resuelven los problemas relacionados con el cumplimiento o seguimiento, por parte del paciente, del tratamiento médico que se le ha indicado.⁽⁶⁾ De esta forma, la adherencia al tratamiento farmacológico del paciente hipertenso se ha convertido en objeto de múltiples estudios. Teniendo en cuenta lo referido, los autores del presente estudio se dan a la tarea de evaluar el impacto de una estrategia de intervención educativa para mejorar el nivel de conocimientos sobre la hipertensión arterial y la adherencia al tratamiento farmacológico antihipertensivo en adultos mayores hipertensos pertenecientes al área de salud del Policlínico Universitario Pedro Borrás Astorga.

MÉTODOS

Se realizó un estudio no observacional, experimental, ensayo de intervención comunitaria en AM hipertensos, pertenecientes a los Consultorios del Médico de la Familia No. 1, 2, 3, 11, 19, 26, correspondientes al área de salud del Policlínico Universitario Pedro Borrás Astorga, entre septiembre de 2016 y octubre de 2018. El universo quedó conformado por 475 AM hipertensos, siendo seleccionada de forma probabilística, aleatoria simple, una muestra de 298 AM, quienes cumplieron los criterios de selección.

Criterios de inclusión

- AM con diagnóstico de hipertensión arterial.
- AM que aceptaron participar en el estudio, expresándolo mediante la firma del consentimiento informado. (Anexo 1)

Criterios de exclusión

- AM con enfermedades en estadio terminal, y/o que no cumplieren con los criterios de inclusión.



- AM que presentan demencia o deterioro cognitivo.

Criterios de salida

- AM que fallecieron durante el desarrollo del estudio, se ausentaron a alguna etapa o no pudieron completarlas.

El desarrollo de la presente investigación se basó en tres etapas fundamentales:

- Etapa diagnóstica.
- Etapa de intervención.
- Etapa de evaluación.

Etapa diagnóstica

Se citó a los AM que formarían parte del estudio para solicitar su consentimiento de participar en la intervención, llenándose la planilla de consentimiento informado, posteriormente para la recogida de información se aplicaron varios instrumentos que permitieron la obtención de información que dio salida a las variables estudiadas (edad, sexo, adherencia al tratamiento farmacológico, estado funcional geriátrico [independiente, dependencia escasa, dependencia moderada, dependencia severa, dependencia total], estado civil, convivencia, nivel escolar alcanzado, polifarmacia, asistencia a consulta, cantidad de fármacos antihipertensivos consumidos, tiempo con diagnóstico de HTA, control de la TA, nivel de conocimientos sobre HTA [deficiente, regular, bueno], calidad de vida relacionada con la salud (CVRS)[baja, moderada, alta])

La adherencia al tratamiento farmacológico, entendida como la implicación activa y voluntaria del paciente en un comportamiento relacionado con el cumplimiento del tratamiento, aceptado de mutuo acuerdo con su médico y se midió valiéndose del cuestionario para la evaluación de la adherencia terapéutica MBG (Martín-Bayarre-Grau), el cual muestra tres categorías: adherencia total, adherencia parcial, y no adherencia.

El instrumento para medir el nivel de conocimientos en el presente estudio, fue el desarrollado por García Mireyille LA y Pinto Jessica MM,⁽⁷⁾ elaborado por dichas autoras a partir de una revisión teórica, y tomando algunos referentes de instrumentos en relación a nivel de conocimiento en enfermedades no transmisibles. Dicho instrumento se divide en cuatro dimensiones del conocimiento sobre HTA: generalidades de la hipertensión arterial (4 ítems),



factores de riesgo (3 ítems), medidas de control (5 ítems), y tratamiento (8 ítems). Para la medición del nivel de conocimiento se considera los puntajes: nivel alto de conocimiento (25-38 puntos), nivel medio de conocimiento (13-24 puntos), nivel bajo de conocimiento (0-12 puntos).

Para la evaluación del estado funcional del paciente geriátrico se utilizó el índice de Barthel, también conocido como índice de Discapacidad de Maryland, el cual está definido como medida genérica que valora el nivel de independencia del paciente con respecto a la realización de algunas actividades de la vida diaria, mediante la cual se asignan diferentes puntuaciones y ponderaciones según la capacidad del sujeto examinado para llevar a cabo estas actividades. Para la interpretación de los datos obtenidos mediante la aplicación del instrumento, se crearon 5 categorías: dependencia total (0-20 puntos), dependencia severa (21-60 puntos), dependencia moderada (61-90 puntos), dependencia escasa (91-99 puntos) e independencia (100 puntos).

Para el control de la Hipertensión arterial, se calculó la media entre el último valor de PA registrado en ficha clínica y valor de tensión arterial tomada en la consulta. Se clasificó como controlado cuando los valores de PA fueran menores a 140/90 mmHg; o cuando los valores de PA fueran menores a 130/80 mmHg en pacientes con riesgo cardiovascular muy alto o con diabetes mellitus.

Para medir la calidad de vida se utilizó el MINICHAL, con un tiempo de aplicación aproximado de siete minutos, el cual está formado por 16 ítems con dos dimensiones: 10 ítems corresponden a la dimensión "Estado de Ánimo" (EA) y 6 ítems a la dimensión "Manifestaciones Somáticas" (MS). Las preguntas hacen referencia a los "últimos siete días" con cuatro posibles opciones de respuesta: 0 = No, en absoluto; 1 = Sí, algo; 2 = Sí, bastante; 3 = Sí, mucho. El rango de puntuación va de 0 (mejor nivel de salud) a 30 (peor nivel de salud) en la primera dimensión y de 0 a 18 en la segunda. La puntuación total del MINICHAL va de 0 (mejor nivel de salud) a 48 (peor nivel de salud).

Etapas de intervención

Se dio inicio a la intervención educativa, la misma se desarrolló en 4 fases (debido a los escasos recursos humanos con que se contó para la realización del estudio, así como para



garantizar la homogeneidad de la intervención dada a la totalidad de los individuos implicados). Una primera que se extendió desde septiembre de 2016 hasta marzo de 2017, en la cual participaron los individuos de la muestra pertenecientes a los consultorios 11, 19; una segunda entre abril de 2017 y septiembre del propio año, en la cual intervinieron los individuos del consultorio 26; una tercera que se extendió desde octubre de 2017 hasta marzo de 2018, en la cual participaron los individuos de la muestra pertenecientes a los consultorios 1 y 2; y una última etapa entre abril del 2018 y septiembre del propio año, donde se incluyeron los individuos del consultorio 3. La extensión del programa educativo tuvo un tiempo de 10 horas, 1 hora quincenal (dedicándose dos horas en lugar de una a cada sesión, en comparación con el programa original). Las clases se impartieron personalmente por el tutor principal en la comunidad, los jueves de 5 a 6 PM.

Etapas de evaluación

En un segundo momento, pasado 6 meses de la intervención, se repitió el cuestionario para la evaluación de la adherencia terapéutica MBG y el cuestionario para la evaluación del nivel de conocimientos, con las mismas características de su calificación y se evaluaron las modificaciones luego de la intervención. En los resultados se consideró antes (etapa de diagnóstico) y después (etapa de evaluación) sobre la base de este período de tiempo. Se valoró que la intervención fue efectiva si al finalizar la intervención más del 80 % de los AM tuviesen un nivel de conocimientos sobre la HTA bueno, y si menos del 5 % de ellos se mantenían sin adherencia al tratamiento farmacológico.

El tratamiento de los datos cuantitativos se realizó mediante la utilización del paquete estadístico SPSS en su versión 24 para Windows, realizándose una descripción de las distribuciones para cada variable del estudio a partir de la estadística descriptiva. Para el análisis estadístico inferencial en primer lugar, se hizo uso de la prueba de Kolmogorov-Smirnov en conjunto con la de Shapiro-Wilk para comprobar el cumplimiento del supuesto de normalidad en las variables de la investigación, y con ello definir el uso de pruebas paramétricas o no paramétricas. Para describir el comportamiento de las variables se analizó de forma univariada con frecuencias absolutas y porcentajes; y bivariada, mediante el uso de las pruebas Chi Cuadrado de Pearson, t-Student, la correlación de Pearson, así como el test de McNemar (este último para determinar cambios en el nivel de conocimientos y en la adherencia al tratamiento farmacológico antes y después de aplicada la estrategia de



intervención), teniéndose un valor de $p < 0,05$, como evidencia estadística de las diferencias encontradas. Se realizó procedimiento descriptivo mediante medidas frecuencia absoluta y porcentajes. Los resultados se expusieron a través de gráficos y tablas.

Se consultó el Comité de Ética de la institución para la aplicación de la encuesta, se garantizó la confidencialidad de la información, se informó en detalle a cada estudiante los objetivos y características del estudio y se les solicitó por escrito el consentimiento informado de sus padres o tutores legales, para participar en el mismo.

RESULTADOS

Se constató en la muestra analizada, predominio del sexo femenino (54,0 %), así como de los grupos etáreos 60-64 y 65-69 años (25,2 y 21,8 % respectivamente), al analizar la correlación entre la edad y la adherencia al tratamiento farmacológico, se encontró una asociación positiva entre ambas variables, aunque la misma era muy débil (R Pearson = 0,167; $p = 0,004$). Por su parte, la adherencia en las mujeres fue mayor que en los hombres, mostrándose una asociación entre estas variables, estadísticamente muy significativa ($p < 0,001$). Entre las restantes variables sociodemográficas se constató una asociación estadísticamente muy significativa de la adherencia con el nivel de escolaridad ($p = 0,000000$), el estado funcional geriátrico ($p = 0,005627$), la convivencia ($p = 0,000020$) y el estado civil ($p = 0,000000$).

Dentro de los pacientes hipertensos (tabla 1) se registró que el 44,0 % presentaban un tiempo de diagnóstico inferior a los cinco años, teniéndose como media 7,32 años ($DE = 5,814$), existiendo asociación estadísticamente significativa con la adherencia al tratamiento ($p = 0,010412$). El 65,8 % presentaba control de la tensión arterial, el 39,9 % empleaba más de 3 fármacos antihipertensivos, el 52,7 % presentaba polifarmacia y el 50,0 % no asistía casi nunca a consulta, reportándose asociación estadísticamente muy significativa entre estas variables y la adherencia ($p < 0,001$) en todos los casos).

Tabla 1. Variables asociadas a la entidad hipertensiva

| Variable | Adherencia farmacológica | | | Total |
|----------|--------------------------|-----------|-----------|------------|
| | Total | Parcial | Ausencia | |
| | n (%) | n (%) | n (%) | n (%) |
| <5 | 10 (7,6) | 71 (54,2) | 50 (38,2) | 131 (44,0) |



| | | | | | |
|--|--------------------------------------|-----------|------------|-----------|------------|
| Tiempo con diagnóstico de hipertensión arterial* | 5-9 | 16 (21,6) | 41 (55,4) | 17 (23,0) | 74 (24,8) |
| | 10-14 | 14 (26,4) | 17 (32,1) | 22 (41,5) | 53 (17,8) |
| | ≥ 15 | 13 (32,5) | 19 (47,5) | 8 (20,0) | 40 (13,4) |
| Control de la tensión arterial | No | 2 (2,0) | 24 (23,5) | 76 (74,5) | 102 (34,2) |
| | Si | 51(26,0) | 124 (63,3) | 21 (10,7) | 196 (65,8) |
| Cantidad de fármacos consumidos | Uno | 37 (50,7) | 27 (37,0) | 9 (12,3) | 73 (24,5) |
| | 2-3 | 8 (7,5) | 74 (69,8) | 24 (22,6) | 106 (35,6) |
| | > 3 | 8 (6,7) | 47 (39,5) | 64 (53,8) | 119 (39,9) |
| Polifarmacia | No | 42 (29,8) | 75 (53,2) | 24 (17,0) | 141 (47,3) |
| | Si | 11 (7,0) | 73 (46,5) | 73 (46,5) | 157 (52,7) |
| Asistencia a consulta | Casi nunca | 5 (3,4) | 72 (48,3) | 72 (48,3) | 149 (50,0) |
| | Cuando sospecha aumentos tensionales | 24 (20,3) | 71 (60,2) | 23 (19,5) | 118 (39,6) |
| | Frecuentemente | 24 (77,4) | 5 (16,1) | 2 (6,5) | 31 (10,4) |

Se reportó como el 40,9 % de los pacientes presentaban un regular nivel de conocimientos, seguidos de aquellos con nivel deficiente (30,9 %). Dentro de los pacientes con buen nivel de conocimientos predominaron aquellos con adherencia total (50,0 %), siendo aquellos con adherencia parcial (77,0 %) en aquellos con regular nivel de conocimientos, mientras dentro de los que tuvieron nivel deficiente predominaron los que no tuvieron adherencia (71,7 %). Al correlacionar ambas variables se constató una asociación fuerte entre las mismas (R Pearson = 0,669678; p = 0,000000), siendo la media de adherencia de los individuos con deficiente nivel de conocimientos de 7 puntos, inferior a los 25 y 38 puntos presentados por aquellos con niveles regulares y buenos respectivamente (Gráfico 1).

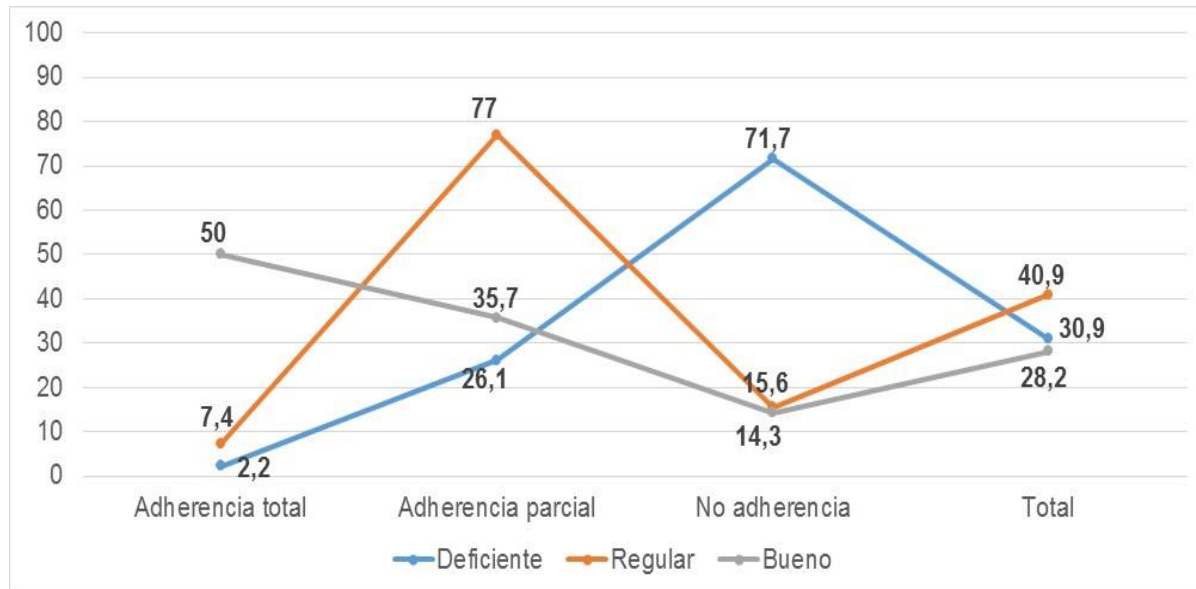


Gráfico 1. Nivel de conocimientos sobre hipertensión arteria y adherencia al tratamiento farmacológico

Se constató, predominio de los individuos con alta CVRS (39,6 %) seguidos de aquellos con baja calidad de vida (32,6 %), teniéndose una media de 22,05 puntos (DE= 14,074). En individuos con baja y alta CV preponderaron aquellos con adherencia parcial (50,5 y 53,4 % respectivamente), mientras en aquellos con moderada CV predominaron los que no tenían adherencia (44,6 %). Se recoge una correlación entre la adherencia al tratamiento farmacológico y la CVRS, mostrándose una asociación entre ambas variables ($p = 0,000000$), siendo la asociación débil (R Pearson = 0,395538), de esta forma la CVRS fue superior en individuos con adherencia parcial y total.

En la tabla 2 se pudo observar la asociación conjunta de todas las variables implicadas en el estudio, precisándose como tanto el estado civil, la convivencia, la polifarmacia, la asistencia a consulta, la cantidad de fármacos, el control de la TA y el nivel de conocimientos sobre hipertensión arterial, mantienen una interrelación que es asociada de forma estadísticamente significativa con la adherencia ($p < 0,005$).



Tabla 2. Regresión lineal múltiple

| Modelo | Coeficientes no estandarizados | | Coeficientes tipificados | t | Sig. | Intervalo de confianza de 95,0% para B | |
|---------------------------------|--------------------------------|------------|--------------------------|--------|------|--|-------|
| | B | Error típ. | Beta | | | Li | LS |
| Edad | ,006 | ,003 | ,064 | 1,944 | ,053 | ,000 | ,011 |
| Sexo biológico | -,005 | ,049 | -,003 | -,098 | ,922 | -,102 | ,092 |
| Estado funcional | ,000 | ,001 | -,006 | -,177 | ,859 | -,001 | ,001 |
| Estado civil | -,090 | ,029 | -,103 | -3,043 | ,003 | -,148 | -,032 |
| Nivel escolar | ,053 | ,034 | ,080 | 1,554 | ,121 | -,014 | ,121 |
| Convivencia | ,160 | ,080 | ,067 | 2,003 | ,046 | ,003 | ,317 |
| Polifarmacia | -,137 | ,049 | -,098 | -2,815 | ,005 | -,232 | -,041 |
| Asistencia a consulta | ,321 | ,035 | ,309 | 9,067 | ,000 | ,251 | ,391 |
| Cantidad de fármacos consumidos | -,162 | ,032 | -,183 | -5,099 | ,000 | -,224 | -,099 |
| Tiempo con diagnóstico de HTA | ,007 | ,004 | ,059 | 1,796 | ,074 | -,001 | ,015 |
| Control de la TA | ,465 | ,054 | ,318 | 8,604 | ,000 | ,358 | ,571 |
| Nivel de conocimientos | ,198 | ,050 | ,219 | 3,951 | ,000 | ,099 | ,297 |

Se constata (tabla 3), como de 97 individuos sin adherencia antes de la intervención, sólo el 10,3 % se mantuvo en esta categoría, alcanzando luego de la intervención el 89,7 % restante una adherencia parcial. Por su parte dentro de los 148 que tuvieron adherencia parcial, luego de la intervención el 84,5 % alcanzó una adherencia total. De esta forma sólo se reportó un 3,4 % de individuos sin adherencia al final del estudio, predominando los que tuvieron una adherencia total (59,7 %), siendo la media luego de la intervención de 35,46 puntos (DE = 10,506), superior al 22,84 al momento inicial del estudio. Se constató efectividad de la intervención, con una prueba de McNemar-Bowker = 212,000000 ($p = 0,000000$).



Tabla 3. Adherencia al tratamiento farmacológico antes y después de la intervención

| Adherencia al tratamiento farmacológico | | Después de la intervención | | | Total n (%) |
|---|----------|----------------------------|------------------|----------------|----------------|
| | | Ausencia n (%) | Parcial n (%) | Total n (%) | |
| Antes de la intervención | Ausencia | 10 (10,3) | 87 (89,7) | 0 (0) | 97 (32,6) |
| | Parcial | 0 (0) | 23 (15,5) | 125 (84,5) | 148 (49,7) |
| | Total | 0 (0) | 0 (0) | 53 (100,0) | 53 (17,8) |
| Total | | 10 (3,4) | 110 (36,9) | 178 (59,7) | 298 (100) |

Se constata (tabla 4), como de 92 individuos con nivel deficiente de conocimientos antes de la intervención, sólo el 2,2 % se mantuvo en esta categoría, alcanzando luego de la intervención el 41,3 y 56,5 % las categorías de un nivel de conocimientos regular y bueno respectivamente. Por su parte dentro de los 122 que tuvieron nivel de conocimientos regular, luego de la intervención el 94,3 % alcanzó un buen nivel de conocimientos. De esta forma sólo se reportó un 0,7 % de individuos con nivel deficiente de conocimientos al final del estudio, predominando los que tuvieron un buen nivel de conocimientos (84,2 %). Se constató efectividad de la intervención, con una prueba de McNemar-Bowker = 205,000000 ($p = 0,000000$).

Tabla 4. Nivel de conocimientos sobre hipertensión arterial antes y después de la intervención

| Nivel de conocimientos sobre hipertensión arterial | | Después de la intervención | | | Total |
|--|------------|----------------------------|-----------|------------|------------|
| | | Deficiente | Regular | Bueno | |
| Antes de la intervención | Deficiente | 2 (2,2) | 38 (41,3) | 52 (56,5) | 92 (30,9) |
| | Regular | 0 (0) | 7 (5,7) | 115 (94,3) | 122 (40,9) |
| | Bueno | 0 (0) | 0 (0) | 84 (100,0) | 84 (28,2) |
| Total | | 2 (0,7) | 45 (15,1) | 251 (84,2) | 298 (100) |

DISCUSIÓN

La no adherencia al tratamiento hipotensor constituye la principal causa de que pacientes hipertensos, mayores de 60 años no obtengan los beneficios esperados de la terapéutica que va más allá del control de la tensión arterial, reduciendo la morbimortalidad por enfermedades



cerebrovasculares y cardiovasculares, así como, las limitaciones funcionales y la discapacidad.⁽⁶⁾

Resulta llamativo, al analizar la adherencia terapéutica, el predominio de la adherencia parcial al tratamiento, lo que nos permite corroborar que se mantienen dificultades en la terapéutica antihipertensiva en los pacientes estudiados. Estos datos coinciden con otros estudios realizados en Cuba donde prevalece la adherencia parcial al tratamiento.⁽⁸⁾ Estudios anteriores desarrollados en Pinar del Río,⁽⁹⁾ muestran similares resultados a los obtenidos en la presente investigación en cuanto al predominio en la población estudiada de los AM del sexo femenino. A su vez, dichos estudios respaldan el predominio de los grupos etáreos encontrados. Al establecer la relación existente entre las variables sociodemográficas y la adherencia terapéutica, en cuanto a la edad, resulta llamativo que solo los pacientes mayores de 60 años se adhieren totalmente a el.

Algunos autores han encontrado que las personas de mayor edad olvidan menos las tomas de medicamentos porque frecuentemente dichos enfermos padecen también otras afecciones y tienen más síntomas, lo cual los incentiva a no abandonar la medicación.⁽¹⁰⁾

Un dato relevante lo aporta el nivel de escolaridad, ya que no se encontraron reportes científicos que tuvieran en cuenta esta variable en los pacientes hipertensos. Sin embargo, es conocido que el bajo nivel de escolaridad es directamente proporcional con la aparición de enfermedades crónicas, esto se debe, entre otros elementos, al desconocimiento sobre los factores de riesgo que originan dichas patologías. De igual manera las personas con bajo nivel de escolaridad, tienden a utilizar mecanismos de afrontamiento a la enfermedad menos eficaces.⁽¹¹⁾ Esta baja adherencia total reportada en la presente investigación se asociaría, sin duda, a un bajo nivel de conocimiento sobre la enfermedad, fenómeno reportado también por otros autores.⁽¹²⁾

No existen muchos estudios previos en Latinoamérica que determinen la relación entre adherencia al tratamiento antihipertensivo y CVRS,⁽¹³⁾ no obstante, los pocos existentes indican una asociación significativa ($p < 0,05$) entre la escala de CVRS del SF-36 y la adherencia al tratamiento, siendo esta una relación positiva: a mayor adherencia mayor calidad de vida. De acuerdo a Martín Alfonso:⁽¹⁴⁾ Tal vez parezca un tema sencillo y se subvalora su importancia



y repercusión sobre el cuadro de salud de la población [...] y por eso se realizan pocas investigaciones y escasas intervenciones de forma sistemática y directa sobre el asunto.

De acuerdo a los datos expuestos, es fácil entender que el mundo urge de mejorar la presentación de la adherencia como determinante primario de la efectividad de los tratamientos, tanto en las intervenciones encaminadas a promover modos de vida saludables, como las farmacológicas. En este marco, una revisión de trabajos de investigación, que incorporan diferentes diseños de intervenciones educativas para mejorar la adherencia al tratamiento, refiere que no siempre se aprecian los cambios que se esperan.⁽¹⁵⁾

En pacientes con HTA es clave en la adherencia al tratamiento, la vinculación activa de la familia en el proceso de asimilación de los cambios de estilo de vida, asimismo, la intervención grupal cognitivo conductual orientada a mejorar los niveles de adherencia ha demostrado excelentes resultados que permiten mejorar los niveles de conocimiento acerca de la enfermedad y las consecuencias de la falta de cumplimiento.⁽¹⁶⁾

CONCLUSIONES

Se constató con la realización del estudio la influencia de las variables sociodemográfica y otras vinculadas a la condición clínica y tratamiento del paciente con hipertensión arterial, sobre la adherencia al tratamiento farmacológico. A su vez, quedó demostrada la efectividad de una estrategia de intervención educativa con vistas a mejorar el nivel de conocimientos de dichos pacientes sobre su afección, así como de su adherencia al tratamiento farmacológico antihipertensivo.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. WHO. Decade of healthy ageing: baseline report. Geneva: World Health Organization; 2020 [consultado 19 May 2021]. Disponible en: <https://www.who.int/ageing/decade-of-healthy-ageing>
2. Cuba. Ministerio de Salud Pública. Dirección Nacional de Estadísticas. Anuario Estadístico de Salud 2019 [Internet]. La Habana: MINSAP; 2020 [citado 19 May 2021]. Disponible en: http://files.sld.cu/dne/files/2020/05/Anuario_Estad%C3%ADstico_de_Salud_e_2019_edici%C3%B3n_2017.pdf



3. Linares Cánovas LP. Enfermedades crónicas no transmisibles en el adulto mayor. Univ Méd Pinareña [Internet]. 2018 [citado 19 May 2021]; 14(3):195-196. Disponible en: <http://revgaleno.sld.cu/index.php/ump/article/download/287/pdf>
4. Tan ST, Quek RYC, Haldane V, Koh JJK, Han EKL, Ong SE, et al. The social determinants of chronic disease management: perspectives of elderly patients with hypertension from low socioeconomic background in Singapore. International Journal for Equity in Health [Internet]. 2019 [citado 19 May 2021]; 18:1. <https://doi.org/10.1186/s12939-018-0897-7>
5. Linares Cánovas LP, Linares Cánovas LB, Vitón Castillo AA. Determinación de la adherencia farmacológica en adultos mayores hipertensos. Aten Fam [Internet]. 2021 [citado 19 May 2021]; 28(1): 16-20. <https://dx.doi.org/10.22201/fm.14058871p.2021.1.77655>
6. Franco Bonal Arlene, Silva Valido Jorge Alberto, Soto Martínez Oscar, Franco Bonal Anelys. Evaluación de adherencia terapéutica antihipertensiva en el adulto mayor. Rev. inf. cient. [Internet]. 2018 Dic [citado 19 May 2021]; 97(6): 1124-1134. Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1028-99332018000601124&lng=es
7. García Mireyille LA, Pinto Jessica MM. Nivel de conocimiento sobre hipertensión arterial en pacientes hipertensos. 2017. Disponible en: http://repositorio.upch.edu.pe/bitstream/handle/upch/1007/Nivel_AlejosGarcia_Mireyille.pdf?sequence=3&isAllowed=y
8. Pomares-Avalos A, Vázquez-Núñez M, Ruíz-Domínguez E. Adherencia terapéutica en pacientes con hipertensión arterial. Revista Finlay [Internet]. 2017 [citado 19 May 2021]; 7(2):[aprox. 7 p.]. Disponible en: <http://revfinlay.sld.cu/index.php/finlay/article/view/476>
9. Linares Cánovas LP, Lemus Fajardo NM, Linares Cánovas LB, Lazo Herrera LA, Díaz Pita G. Caracterización de pacientes adultos mayores con tratamiento farmacológico antihipertensivo atendidos en el hospital "Dr. León Cuervo Rubio". Revista Electrónica Dr. Zoilo E. Marinello Vidaurreta [Internet]. 2017 [citado 19 May 2021];42(6):[aprox. 0 p.]. Disponible en: <http://www.revzoilomarinaldo.sld.cu/index.php/zmv/article/view/1184>
10. López SA, Chávez R. Adherencia al tratamiento antihipertensivo en pacientes mayores de 60 años. Rev Haban Cienc Méd [Internet]. 2016 [citado 19 May 2021];15(1):[aprox. 10p.]. Disponible en: https://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1729519X2016000100006
11. Guarín-Loaiza GM, Pinilla-Roa AE. Adherencia al tratamiento antihipertensivo y su relación con la calidad de vida en pacientes de dos hospitales de Bogotá, D.C. 2013-2014.



- Rev. Fac. Med [Internet]. 2016 [citado 19 May 2021]; 64(4): 651-657. Disponible en: <https://revistas.unal.edu.co/index.php/revfacmed/article/view/52217/58978>
12. Herrera-Añazco P, Pacheco-Mendoza J, Valenzuela-Rodríguez G, Germán Málaga. Autoconocimiento, adherencia al tratamiento y control de la hipertensión arterial en el Perú: una revisión narrativa. Revista Peruana de Medicina Experimental y Salud Pública [Internet]. 2017 [citado 19 May 2021]; 34(3): 497-504. Disponible en: <https://rpmesp.ins.gob.pe/index.php/rpmesp/article/view/2622/2819>
13. Soares Soutello AL, Matheus Rodrigues RC, Freire Jannuzzi F, São-João TM, Giordano Martini G, Nadruz WJ, Jayme Gallani MCB. Quality of Life on Arterial Hypertension: Validity of Known Groups of MINICHAL. Arq Bras Cardiol [Internet]. 2015 [citado 19 May 2021]; 104(4):299-307.
14. Martín Alfonso Libertad. Repercusiones para la salud pública de la adherencia terapéutica deficiente. Rev Cubana Salud Pública [Internet]. 2006 Sep [citado 19 May 2021]; 32(3). Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0864-34662006000300013&lng=es
15. Ginarte Arias Yurelis. La adherencia terapéutica. Rev Cubana Med Gen Integr [Internet]. 2001 Oct [citado 19 May 2021]; 17(5): 502-505. Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0864-21252001000500016&lng=es
16. Lyda Holguín, Diego Correa, Marcela Arrivillaga, Delcy Cáceres, María Varela Cali. Adherencia al tratamiento de Hipertensión arterial: efectividad de un Programa de intervención biopsicosocial. Univ. Psychol. Bogotá [Internet]. 2017[citado 19 May 2021];5 (3): 535-547.