

**LATAM Revista Latinoamericana de Ciencias Sociales y
Humanidades, Asunción, Paraguay**

ISSN en línea: 2789-3855, 2026

Nivel de adherencia terapéutica y factores sociodemográficos asociados con el control de la hipertensión arterial en una unidad de primer nivel

Level of adherence to antihypertensive therapy and
sociodemographic factors associated with controlling patients with
arterial hypertension in a first-level unit

Alejandra Aburto Vidal

Vidalex00@gmail.com

<https://orcid.org/0009-0003-2800-6834>

Universidad Juárez Autónoma de Tabasco
Tabasco – México

Deisy Cecilia Rivera Angles

rivera_angles@hotmail.com

<https://orcid.org/0009-0009-0192-6319>

Universidad Juárez Autónoma de Tabasco
Tabasco – México

Herenia del Carmen Padrón Sánchez

here_padron@hotmail.com

<https://orcid.org/0000-0001-9942-8979>

Universidad Juárez Autónoma de Tabasco
Tabasco – México

DOI: <https://doi.org/10.56712/latam.v7i1.5214>


Redilat
Red de Investigadores
Latinoamericanos


LATAM

Revista Latinoamericana de
Ciencias Sociales y Humanidades

Artículo recibido: 17 de septiembre de 2025.
Aceptado para publicación: 19 de enero de 2026.
Conflictos de Interés: Ninguno que declarar.

VOLUMEN VII

DOI: <https://doi.org/10.56712/latam.v7i1.5214>

Nivel de adherencia terapéutica y factores sociodemográficos asociados con el control de la hipertensión arterial en una unidad de primer nivel

Level of adherence to antihypertensive therapy and sociodemographic factors associated with controlling patients with arterial hypertension in a first-level unit

Alejandra Aburto Vidal

Vidalex00@gmail.com

<https://orcid.org/0009-0003-2800-6834>

Universidad Juárez Autónoma de Tabasco

Tabasco – México

Deisy Cecilia Rivera Angles

rivera_angles@hotmail.com

<https://orcid.org/0009-0009-0192-6319>

Universidad Juárez Autónoma de Tabasco

Tabasco – México

Herenia del Carmen Padrón Sánchez

here_padron@hotmail.com

<https://orcid.org/0000-0001-9942-8979>

Universidad Juárez Autónoma de Tabasco

Tabasco – México

Artículo recibido: 17 de septiembre de 2025. Aceptado para publicación: 19 de enero de 2026.

Conflictos de Interés: Ninguno que declarar.

Resumen

La falta de adherencia al tratamiento antihipertensivo afecta aproximadamente hasta el 75% de pacientes con este diagnóstico de hipertensión arterial sistémica. Determinar el nivel de adherencia al tratamiento antihipertensivo y factores sociodemográficos asociados con el control de pacientes con hipertensión arterial diagnosticada en una unidad de primer nivel. Estudio observacional, analítico y transversal y prospectivo donde se incluyeron 322 pacientes con HTA, a quienes se les aplicó el instrumento de Morisky-Green-Levine para valorar el cumplimiento de la medicación en pacientes con HTA. Asimismo, se recabaron datos sociodemográficos. La población se caracterizó por mujeres. El rango de edad poblacional más frecuente fue de los 51 a 70 años. Un tercio tenía un nivel de escolaridad de preparatoria, dos tercios de los sujetos estaba casado, la mitad de los pacientes tenía diabetes. Por otra parte, el 78.3% de los pacientes tienen adherencia al tratamiento farmacológico. El 91.3% de los sujetos con adherencia al tratamiento farmacológico tenía un control de la presión arterial. Los pacientes mayores de 65 años tienen mayor adherencia al tratamiento, en comparación de los menores de 65 años ($X^2=6.470$ $p=0.011$). El único factor sociodemográfico asociado con la adherencia al tratamiento farmacológico fue la edad, a diferencia del sexo, el estado civil y el nivel de escolaridad que no están asociados con la adherencia al tratamiento farmacológico en los pacientes hipertensos de la UMF No 45.

Palabras clave: adherencia al tratamiento, hipertensión arterial, Morisky-Green-Levine

Abstract

Lack of adherence to antihypertensive treatment affects approximately 75% of patients diagnosed with systemic arterial hypertension. To determine the level of adherence to antihypertensive therapy and sociodemographic factors associated with controlling patients with arterial hypertension in a first-level unit. Observational, analytical, cross-sectional, and prospective study where 322 patients with hypertension were included, to whom the Morisky-Green-Levine instrument was applied to assess medication compliance in patients with hypertension. Sociodemographic data were collected by questionnaire. The population was characterized by women. The most frequent age range of the population was 51 to 70 years. One-third had a high school education level, two-thirds of the subjects were married, and half of the patients had diabetes. On the other hand, 78.3% of the patients have adherence to the pharmacological treatment. 91.3% of subjects with adherence to drug treatment had blood pressure control. Patients older than 65 have greater adherence to treatment than those younger than 65 ($X^2 = 6.470$ $p = 0.011$). The only sociodemographic factor associated with adherence to drug treatment was age, unlike sex, marital status, and level of education, which are not associated with adherence to drug treatment in hypertensive patients at UMF No. 45.

Keywords: treatment adherence, arterial hypertension, Morisky-Green-Levine

Todo el contenido de LATAM Revista Latinoamericana de Ciencias Sociales y Humanidades, publicado en este sitio está disponibles bajo Licencia Creative Commons.



Cómo citar: Aburto Vidal, A., Rivera Angles, D. C., & Padrón Sánchez, H. del C. (2026). Nivel de adherencia terapéutica y factores sociodemográficos asociados con el control de la hipertensión arterial en una unidad de primer nivel. *LATAM Revista Latinoamericana de Ciencias Sociales y Humanidades* 7 (1), 75 – 90. <https://doi.org/10.56712/latam.v7i1.5214>

INTRODUCCIÓN

La hipertensión arterial constituye actualmente un importante problema de salud pública a nivel global, ya que afecta a un gran número de personas en diferentes lugares del mundo. De esta forma se reconoce como una de las principales causas de mortalidad, situación que resulta particularmente preocupante en los países en vías de desarrollo, donde su prevalencia va en aumento de forma progresiva.

De manera general, el adecuado control de la presión arterial en las personas con hipertensión está estrechamente vinculado con el nivel de conocimiento que el paciente posee acerca de su enfermedad y su manejo. En otras palabras, la educación en los pacientes hipertensos mejora la adherencia al tratamiento, contribuye a desarrollar el autocuidado y prevenir las complicaciones cardiovasculares.

Sin embargo, múltiples investigaciones han evidenciado que una proporción considerable de pacientes con hipertensión arterial no logra mantener un control óptimo de sus niveles de presión arterial. Los factores de riesgo asociados al descontrol de la presión arterial son la alimentación, el abandono del tratamiento por mejoría aparente, ausencia de síntomas, la aparición de efectos secundarios, así como la poca importancia o el desconocimiento de la enfermedad. A pesar de ello, pocos son los estudios que describen el nivel de adherencia farmacológica del tratamiento antihipertensivo en pacientes mexicanos.

Así pues, en el manejo de la HTA es necesario conocer la adherencia terapéutica para realizar intervenciones educativas. En este contexto, nuestro grupo de trabajo está interesado en conocer el nivel de adherencia al tratamiento antihipertensivo y los factores asociados con el control de los pacientes con hipertensión arterial en nuestra unidad de medicina familiar No. 45. En consecuencia, resulta fundamental implementar acciones orientadas a optimizar la calidad de vida de las personas con hipertensión arterial y a reducir la aparición de complicaciones derivadas de esta enfermedad.

METODOLOGÍA

Es un estudio observacional, analítico, prospectivo y transversal, ya que fue necesario revisar al paciente y la realización de encuestas en la unidad.

El presente estudio de investigación se realizó en la UMF No.45, del municipio de Cárdenas, Tabasco. Para ello, se llevó a cabo una investigación con enfoque cuantitativo y un nivel de alcance observacional, con diseño analítico, además.

El estudio se realizó un mes después de haber sido aprobado por el comité de investigación. Para ello, se aplicó la prueba de Morisky, Green y Levine para determinar el nivel de adherencia de los pacientes hipertensos de la Unidad de Medicina Familiar No. 45, Cárdenas, Tabasco.

Para el tamaño de la muestra, se empleó la fórmula para poblaciones finitas, con un nivel del 95% y un margen de error del 5% se obtuvo un total de 322 pacientes.

El protocolo fue sometido para su evaluación por el comité de ética e investigación del Hospital. Posterior de su aprobación, se invitó a participar a los pacientes hipertensos con al menos 6 meses de tratamiento, previa firma de consentimiento informado. Luego, se aplicó una encuesta en la unidad de primer nivel para determinar el nivel de adherencia al tratamiento farmacológico. Para ello, se empleó el test de adherencia al tratamiento Morisky, Green y Levine en los consultorios de la unidad de medicina familiar por el investigador. El test consiste en una serie de 4 preguntas de contraste con respuesta dicotómica sí/no.

Los datos colectados del cuestionario de Morisky, Green y Levine para medir la adherencia al tratamiento farmacológico, y los datos sociodemográficos fueron resumidos mediante la estadística descriptiva. Por ejemplo, las variables cualitativas como el sexo y el nivel de escolaridad se expresaron en tablas de frecuencias y porcentajes.

Por último, para asociar la adherencia al tratamiento farmacológico y los factores sociodemográficos con el control de la hipertensión arterial, se empleó la estadística inferencial. Para ello, se utilizó la prueba de Chi cuadrado de independencia, un valor <0.05 se consideró estadísticamente significativo.

El presente estudio de investigación: "NIVEL DE ADHERENCIA TERAPEUTICA Y FACTORES ASOCIADOS EN EL CONTROL DE LA HIPERTENSIÓN ARTERIAL EN UNA UNIDAD DE PRIMER NIVEL". Se hizo con base a lo que menciona en la ley general de salud en materia de investigación para la salud en la última edición, teniendo en cuenta el artículo tercero capítulo 1 de dicha disposición general, para aportar datos estadísticos sobre el nivel de adherencia del tratamiento farmacológico y los factores sociodemográficos asociados con el control de la hipertensión arterial en la Unidad de medicina Familiar No. 45 del Instituto Mexicano del Seguro Social. Sus acciones y fines de este protocolo se basan en el principio del artículo 3, donde se pone como prioridad de su realización el conocimiento científico de los temas involucrados en materia de salud. Se realizó un estudio de investigación SIN RIESGO según el artículo 17.

Este protocolo se apegó a las normas de éticas del instituto mexicano del seguro social y su lineamiento por el comité de bioética, al reglamento de la ley general de salud en materia de salud en su última edición apegado al artículo 99 y 100 de esta misma y con la declaración de Helsinki vigente. También se realizó de acuerdo con los convenios técnicos plasmados en el artículo 11, donde prevaleció la autonomía, dignidad y protección de los sujetos que fueron estudiados según el artículo 12, plasmando su voluntad en el consentimiento informado como lo indica el artículo 14, fracción V y artículo 20, que se aplicó por el investigador principal de forma directa, explicándole de forma entendible, con lenguaje comprensible y entendiéndose todas sus dudas respecto al artículo 21 y 22. Asimismo, se mantuvo la confidencialidad y anonimato según el artículo 16, manteniendo su información y resultados sólo para fines de estudio, sin sobrepasar sus derechos de privacidad, datos los cuales fueron manejados por el personal autorizado en la elaboración del estudio, impidiendo que externos puedan acceder a ella.

El presente estudio tuvo como objetivo detectar la adherencia al tratamiento farmacológico y los factores que están unidos al control de la hipertensión arterial. La detección de la falta de adherencia en los pacientes hipertensos evidencia la necesidad de la implementación de campañas para la concientización de un adecuado tratamiento farmacológico, con la finalidad de ayudar al control de la presión arterial.

DESARROLLO

Definición de hipertensión arterial

La presión arterial se define como la fuerza que ejerce la sangre al circular sobre las paredes de los vasos arteriales. Durante la contracción del corazón, la sangre es impulsada hacia las arterias, momento donde la presión alcanza su valor máximo, conocido como presión sistólica. Por el contrario, cuando el corazón se encuentra en fase de relajación entre un latido y otro, la presión disminuye y se le da el nombre de presión diastólica. La medición de la presión arterial considera ambos valores, expresándose habitualmente primero la presión sistólica, seguida de la diastólica (Baena-Díez JM, et al., 2011).

La hipertensión arterial se caracteriza por la presencia sostenida de cifras elevadas de presión en los vasos sanguíneos, esto lleva que sea hipertenso a un individuo cuando los valores son iguales o superiores a 140/90 mmHg. Se trata de una enfermedad de origen multifactorial y susceptible de control, que impacta de inmediato a la calidad y esperanza de vida. Asimismo, constituye un problema médico relevante, ya que incrementa el riesgo de desarrollar enfermedades cardiovasculares, neurológicas, renales y otras complicaciones asociadas (Ben AJ, et al., 2012).

Diagnóstico de la hipertensión arterial

Historia clínica donde se incluyen los siguientes datos:

- Factores de riesgo cardiovascular (Valassi JMR, et al 2019).
- Antecedentes familiares de enfermedad cardiovascular, en especial si ha habido muertes de causa cardíaca en familiares de primer grado menores de 50 años (Arancon Monge JM, 2020).
- Otras patologías pueden dificultar el adecuado control de la presión arterial, entre ellas la diabetes mellitus y la enfermedad renal. Igual en el uso de determinados fármacos puede favorecer la elevación de las cifras tensionales. Igualmente, la presencia de antecedentes de enfermedad cardiovascular, como evento vascular cerebral, angina de pecho, infarto agudo de miocardio, insuficiencia cardíaca congestiva o enfermedad renal crónica, entre otros, influye de manera adversa en el manejo de la hipertensión arterial (Saqlain M, et al., 2019).

La hipertensión arterial diagnosticada se ha sustentado tradicionalmente en la medición de la presión arterial realizada en el consultorio médico. Un paciente es considerado hipertenso cuando se documentan de manera repetida valores de presión arterial iguales o superiores a 140/90 mmHg. Durante la consulta inicial, la medición debe efectuarse en ambos brazos y en evaluaciones subsecuentes, se utilizará el brazo que registró las cifras más elevadas. Para obtener mediciones confiables, el paciente debe permanecer en reposo por un periodo de cinco minutos, vaciar la vejiga en caso de ser necesario y evitar al menos durante los treinta minutos previos la realización de ejercicio físico intenso, el consumo de café, alcohol o el hábito de fumar (Cuffee YL, et al., 2013).

Por otra parte, se establece el diagnóstico de hipertensión arterial cuando en la primera consulta médica se identifican cifras de presión arterial sistólica iguales o mayores a 180 mmHg y/o presión arterial diastólica iguales o mayores a 110 mmHg, así como en presencia de daño a órgano blanco o una emergencia hipertensiva, independientemente de los valores registrados. En estos casos en los que durante la primera visita, la presión arterial en consulta sea igual o superior a 140/90 mmHg, se recomienda continuar la evaluación mediante estrategias complementarias para confirmar el diagnóstico:

- Realizar mediciones de la PA fuera de la consulta, con las indicaciones mencionadas.
- Nueva medición de la PA en la consulta dentro del tiempo correspondiente normalmente en 1 mes, siendo la más aproximada de mayor valor de la PA.

En una etapa posterior de la evaluación cuando en la siguiente consulta se registran cifras de presión arterial iguales o superiores a 160/100 mmHg, se confirma el diagnóstico de hipertensión arterial. Si los valores obtenidos son menores a 160/100 mmHg, se recomienda realizar mediciones de la presión arterial fuera del consultorio o programar una nueva consulta en un plazo aproximado de un mes. Finalmente, si tras la cuarta visita médica persisten cifras de presión arterial iguales o mayores a 140/90 mmHg, se establece el diagnóstico de hipertensión arterial (Grezzana GB Rasi, et al., 2013).

Definición y evaluación de la adherencia al tratamiento

La Organización Mundial de la Salud define la adherencia al tratamiento como el grado en que las acciones de una persona tales como la toma de medicamentos, la continuidad de un plan alimentario y la adopción de modificaciones en el estilo de vida, se modifican a las recomendaciones previamente acordadas con un profesional de la salud. En este sentido la adherencia se encuentra vinculada al concepto de cumplimiento terapéutico, el cual hace referencia a la expectativa de que el paciente continúe de manera constante las indicaciones proporcionadas por el personal sanitario (Teshome DF, et al., 2017).

Para determinar la adherencia terapéutica existen dos métodos. Los métodos directos e indirectos. La medición directa se basa en la cuantificación de la concentración del fármaco o de su metabolito en sangre y orina, la presencia de un marcador biológico entregado con el fármaco y la observación del comportamiento de toma de medicación del paciente. Mientras que, la evaluación indirecta se realiza empleando con varios cuestionarios. Si bien definitivamente son menos precisos que la evaluación directa, los estudios de cuestionarios con escalas validadas son más fáciles de realizar y, por lo tanto, más adecuados para el examen de poblaciones más grandes de pacientes en un entorno comunitario (Lumbreras B, et al 2017).

Entre los instrumentos disponibles para evaluar la adherencia al tratamiento farmacológico, uno de los más utilizados es la Escala de Adherencia a la Medicación de Morisky. Este instrumento fue desarrollado inicialmente como una escala de cuatro reactivos con opciones de respuesta dicotómicas ("sí" o "no"). Posteriormente a partir del año 2008, se introdujo una versión ampliada de ocho ítems, la cual conserva siete preguntas dicotómicas e incorpora un reactivo adicional valorado mediante una escala tipo Likert de cinco puntos. Con algunas diferencias en el número de ítems, la interpretación de los resultados es similar en ambas versiones, ya que a mayor puntaje obtenido, mayor es la probabilidad de que el paciente presente una adecuada adherencia al tratamiento. Generalmente se considera que un paciente es adherente cuando alcanza una puntuación mínima de 3 puntos en la escala de cuatro ítems o de al menos 6 puntos en la versión de ocho reactivos, lo que corresponde a niveles de adherencia moderada a alta; no obstante, algunos autores emplean como criterio los puntajes máximos de cada escala, es decir, 4 puntos en la versión corta. Para la Escala de Adherencia a Medicamentos, y 8 pts. para la escala de 8 ítems como criterio de adherencia a la medicación, lo que puede ser una fuente de sesgo en revisiones sistemáticas y análisis comparativos. Sin embargo, debido a su destacada validez y confiabilidad en pacientes con hipertensión arterial y otras afecciones crónicas, ambas escalas de adherencia a la medicación de Morisky son las medidas de adherencia a la medicación auto informadas más aceptadas, recomendadas para servir como herramientas de detección en un entorno clínico. Además, se demostró que estas escalas se correlacionan fuertemente con muchos resultados a largo plazo importantes desde el punto de vista fiscal, como un cambio de comportamiento sostenido para las personas que reciben asesoramiento educativo, la proporción de pacientes tratados en comparación con los que tienen su condición de salud bajo control, la frecuencia de las visitas al departamento de emergencias, tasa de reingreso hospitalario a los 30 días, morbilidad y mortalidad (Alhaddad I, et al 2020).

Factores que influyen en la adherencia al tratamiento

Las características propias del paciente: Desempeñan un papel importante en el grado de adherencia a los distintos tratamientos. Factores como la raza, el estado psicológico y emocional influyen de manera significativa, observándose una menor adherencia en personas con depresión o trastornos del estado de ánimo. De la misma manera la edad constituye un elemento relevante, ya que los adultos mayores suelen presentar mayores dificultades para cumplir con los esquemas terapéuticos. De igual forma el nivel socioeconómico y los factores educativos pueden condicionar el seguimiento adecuado del tratamiento indicado (Lozada Zapata ADR, et al., 2020).

Tipo de enfermedad: Enfermedades en las que es más frecuente el apego de la adherencia (Ray A, et al 2021).

En el caso de las enfermedades crónicas es frecuente que la adherencia al tratamiento disminuye conforme transcurre el tiempo, fenómeno que se encuentra estrechamente relacionado con la duración prolongada de los esquemas terapéuticos. La disminución en el cumplimiento del tratamiento puede afectar de manera significativa la evolución clínica de la enfermedad, favoreciendo la aparición de complicaciones y dificultando el logro de los objetivos terapéuticos establecidos (Luz Padua Guimarães MC, et al., 2022).

Por otra parte, las patologías que cursan sin síntomas molestos suelen presentar niveles particularmente bajos de adherencia al tratamiento. Un ejemplo representativo es la hipertensión arterial, la cual en un alto porcentaje de pacientes se desarrolla de forma prácticamente asintomática. En algunos casos, al comienzo del tratamiento farmacológico, los pacientes pueden experimentar malestar general, efectos adversos de la medicación o sensaciones de debilidad y cansancio derivadas de la disminución de las cifras de presión arterial. Estas manifestaciones suelen ser atribuidas al tratamiento, lo que puede conducir al abandono del mismo o a la reducción inadecuada de las dosis, comprometiendo así la eficacia del control tensional (Shen B, et al., 2022).

RESULTADOS

Características sociodemográficas de los pacientes con hipertensión

En la tabla 1, mostramos las características sociodemográficas. El 64.0% de la población eran mujeres (n=206) y el 36.0% eran hombres (n=116).

Con respecto a la edad, el 56.2% de los sujetos tenían entre 51 a 70 años (n=181), el 26.1% 71 a 90 años (n=84), el 15.2% 31 a 50 (n=49), el 1.2% era menor de 30 años (n=4) y el 0.9% era mayor de 90 años (n=3).

Asimismo, 34.2% de los pacientes tenía un nivel de escolaridad de preparatoria (n=110), el 25.8% primaria (n=83), el 25.2% secundaria (n=81), el 14.6% licenciatura (n=47) y el 0.3% era analfabeta (n=1). Por otro lado, el 59.9% de los sujetos era casado (n=193), el 12.4% era viudo (n=40), el 11.5% vivía en unión libre (n=37), el 9.0% estaba divorciado (n=29) y el 7.1% era soltero (n=23).

Además, el 45.0% de los pacientes con hipertensión tenía diabetes (n=145), el 18.3% con enfermedad renal crónica (n=59), el 15.2% con obesidad (n=49), el 9.0% tenía dislipidemia (n=29), el 7.5% tenía hipertiroidismo (n=24), el 2.8% tenía enfermedades cardiovasculares (n=9) y el 2.2% tenían otras comorbilidades (n=7). Incluso, el 45.3% de los pacientes era sedentario (n=146).

Por último, el 47.2% de tenía hipertensión arterial 1 (n=152), el 30.1% tenía cifras elevadas (n=97), el 13.4% hipertensión arterial 2 (n=43), el 6.8% cifras normales (n=22) y el 2.5% crisis hipertensiva (n=8).

Tabla 1

Características sociodemográficas de los sujetos de estudio

Variable	n	%
Sexo		
Hombre	116	36.0
Mujer	206	64.0
Rango de edad		
< 30 años	4	1.2
31 a 50 años	49	15.2

51 a 70 años	181	56.2
71 a 90 años	84	26.1
> 90 años	3	0.9
Escolaridad		
Analfabeta	1	0.3
Primaria	83	25.8
Secundaria	81	25.2
Preparatoria	110	34.2
Licenciatura	47	14.6
Estado civil		
Soltero	23	7.1
Casado	193	59.9
Unión libre	37	11.5
Divorciado	29	9.0
Viudo	40	12.4
Comorbilidades		
Diabetes	145	45.0
Enfermedad renal crónica	59	18.3
Hipertiroidismo	24	7.5
Dislipidemia	29	9.0
Enfermedades cardiovasculares	9	2.8
Obesidad	49	15.2
Otras	7	2.2
Sedentario	146	45.3
Control de la hipertensión arterial		
Cifras normales de TA	22	6.8
Cifras elevadas	97	30.1
Hipertensión arterial 1	152	47.2
Hipertensión arterial 2	43	13.4
Crisis hipertensiva	8	2.5

Nota: N=322 pacientes hipertensos. TA: tensión arterial.

Fuente: elaboración propia.

Los datos se muestran en frecuencia absoluta (n) y frecuencia relativa (%).

Nivel de adherencia al tratamiento antihipertensivo de los pacientes con hipertensión

En la tabla 2 se muestran los resultados del ítem 1 del test de Morisky, Green y Levine. En general, el 64.3% de los pacientes mencionó que no olvida tomar los medicamentos para tratar la hipertensión (n=207). A diferencia del 35.7%, que sí los olvida tomar (n=115).

Tabla 2

Resultados de los ítems 1 del test de Morisky, Green y Levine

Variable	n	%
¿Olvido alguna vez ingerir los medicamentos del tratamiento para su enfermedad?		
Si	115	35.7
No	207	64.3

Nota: N=322 pacientes hipertensos.

Fuente: elaboración propia.

Los datos se muestran en frecuencia absoluta (n) y frecuencia relativa (%).

En la tabla 3 se muestran los resultados del ítem 2 del test de Morisky, Green y Levine. Concretamente, el 77.3% en los pacientes respondieron tomar sus medicamentos a las horas indicadas (n=249), mientras que, el 22.7% que no los toma (n=73).

Tabla 3

Resultados de los ítems 2 del test de Morisky, Green y Levine

Variable	n	%
¿Toma los medicamentos a las horas indicadas?		
No	73	22.7
Si	249	77.3

Nota: N=322 pacientes hipertensos.

Fuente: elaboración propia.

Los datos se muestran en frecuencia absoluta (n) y frecuencia relativa (%).

En la tabla 4 se muestran los resultados del ítem 3 del test de Morisky, Green y Levine. En particular, el 82.9% de los pacientes afirmó que no deja de tomar los medicamentos cuando se encuentra bien (n=267). En cambio, el 17.1% que sí los deja de tomar (n=55).

Tabla 4

Resultados del ítem 3 del test de Morisky, Green y Levine

Variable	n	%
Cuando se encuentra bien, ¿deja de tomar la medicación?		
Si	55	17.1
No	267	82.9

Nota: N=322 pacientes hipertensos.

Fuente: elaboración propia.

Los datos se muestran en frecuencia absoluta (n) y frecuencia relativa (%).

En la tabla 5 se muestran los resultados del ítem 4 del test de Morisky, Green y Levine. Específicamente, el 91.6% de los pacientes mencionó que no deja de tomar los medicamentos cuando se siente mal (n=295). En contraste el 8.4% sí los deja de tomar (n=27).

Tabla 5

Resultados del ítem 4 del test de Morisky, Green y Levine

Variable	n	%
Si alguna vez le sienta mal, ¿deja usted de tomarla?		
Si	27	8.4%
No	295	91.6%

Nota: N=322 pacientes hipertensos.

Fuente: elaboración propia.

Los datos se muestran en frecuencia absoluta (n) y frecuencia relativa (%).

Por último, en la tabla 6 se muestra la interpretación del test de Morisky, Green y Levine. En general, el 78.3% de los pacientes tienen adherencia al tratamiento farmacológico de la hipertensión (n=252), mientras que, el 21.7% de ellos no tiene adherencia farmacológica (n=70).

Tabla 6

Nivel de adherencia al tratamiento según el test de Morisky, Green y Levine

Variable	n	%
Sin adherencia	70	21.7
Con adherencia	252	78.3

Nota: N=322 pacientes hipertensos.

Fuente: elaboración propia.

Los datos se muestran en frecuencia absoluta (n) y frecuencia relativa (%).

Asociación entre el nivel de adherencia al tratamiento antihipertensivo y los factores sociodemográficos con el control de la presión arterial de los pacientes hipertensos

En la tabla 7 se muestran los resultados de la asociación entre la adherencia al tratamiento farmacológico y el control de la presión arterial de los pacientes hipertensos. En particular, se observó que el 91.3% de los pacientes con adherencia al tratamiento farmacológico tenía un control establecido de la presión arterial (n=41), mientras que el 58.6% de los sujetos sin adherencia tenía control de la presión arterial (n=11). En contraste, el 8.7% de los pacientes con adherencia estaba descontrolado de la presión arterial (n=22), en comparación del 41.4% de los sujetos sin adherencia farmacológica que tenía descontrol de la presión arterial (n=29).

Tabla 7

Asociación entre la adherencia al tratamiento farmacológico otorgado y el control de la presión arterial de los pacientes hipertensos

Variable	Sin adherencia		Con adherencia		Valor	p
	n	%	n	%		
Interpretación del test de Morisky, Green y Levine						
Controlado	41	58.6	230	91.3%	43.941	<0.001
Descontrolado	29	41.4	22	8.7		

Nota: N=322 pacientes hipertensos.

Fuente: elaboración propia.

Los datos se muestran en frecuencia absoluta (n) y frecuencia relativa (%).

Estas diferencias fueron estadísticamente significativas ($X^2=43.941$ $p<0.001$). Por lo tanto, se concluyó que, la adherencia al tratamiento farmacológico de los pacientes hipertensos se asocia al control de la hipertensión arterial.

Por otra parte, se decidió analizar la asociación entre los factores sociodemográficos y la adherencia al tratamiento farmacológico de los pacientes hipertensos, dado que, alrededor de una quinta parte la población no tiene adherencia (Tabla 8).

Tabla 8

Asociación entre los factores sociodemográficos y la adherencia de los pacientes hipertensos

Variable	Sin adherencia		Con adherencia		Valor	p
	n	%	n	%		
Sexo						
Hombre	30	42.9	86	34.1	1.812	0.178
Mujer	40	57.1	166	65.9		
Rango de edad						
< 65 años	42	60.0	108	42.9	6.470	0.011
> 65 años	28	40.0	144	57.1		
Escolaridad						
Analfabeta	1	1.4	0	0.0	4.544	0.337
Primaria	16	22.9	67	26.6		
Secundaria	16	22.9	65	25.8		
Preparatoria	25	35.7	85	33.7		
Licenciatura	12	17.1	35	13.9		
Estado civil						
Soltero	5	7.1	18	7.1	0.206	0.995
Casado	41	58.6	152	60.3		
Unión libre	9	12.9	28	11.1		
Divorciado	6	8.6	23	9.1		
Viudo	9	12.9	31	12.3		

Nota: N=322 pacientes hipertensos.

Fuente: elaboración propia.

En general, el 65.9% de las mujeres ($n=166$) y el 34.1% de los hombres ($n=86$) tienen adherencia. Es decir, las mujeres tienen mayor adherencia al tratamiento farmacológico que los hombres. Con respecto a la edad, el 42.9% de los pacientes menores de 65 años ($n=108$) y el 57.1% mayores de 65 años tienen adherencia ($n=144$). En otras palabras, los sujetos mayores de 65 años tienen mayor adherencia al tratamiento farmacológico que los pacientes menores de 65 años. En relación a la escolaridad, el 33.7% de los sujetos con preparatoria ($n=85$), el 26.6%, primaria ($n=67$), el 25.8% con secundaria ($n=65$) y el 13.9% con licenciatura ($n=35$) tienen adherencia al tratamiento farmacológico. Por último, el 60.3% de los casados ($n=152$), el 12.3% de los viudos ($n=23$), el 11.1% que vivía en unión libre ($n=28$), el 9.1% de los divorciados ($n=23$) y el 7.1% de los solteros ($n=18$) tenían adherencia al tratamiento farmacológico.

Por todo lo anterior comentado se concluyó que el único factor sociodemográfico asociado con la adherencia al tratamiento farmacológico fue la edad ($X^2=6.470$ $p=0.011$), a diferencia del sexo ($X^2=1.812$ $p=0.178$), el estado civil ($X^2=0.206$ $p=0.995$) y el nivel de escolaridad ($X^2=4.544$ $p=0.377$) el cual no se encuentra asociados con la adherencia al tratamiento farmacológico en los pacientes hipertensos de la UMF No 45.

DISCUSIÓN

Para evaluar la adherencia terapéutica se empleó un método indirecto a través de la Escala de adherencia a la medicación de Morisky, Green y Levine, el instrumento se encuentra validado y es fácil de realizar en pacientes en un entorno de primer nivel (Lumbreras B, et al 2017). En este contexto, en el presente estudio, $\frac{3}{4}$ de los sujetos con hipertensión arterial tienen adherencia al tratamiento farmacológico de la hipertensión. De acuerdo con la OMS, la adherencia al tratamiento es definida como el grado en que el comportamiento de una persona tomar el medicamento, seguir un régimen alimentario y ejecutar cambios del modo de vida se corresponden con las recomendaciones acordadas de un prestador de asistencia sanitaria (Teshome DF, et al 2017). En particular, el porcentaje del nivel de adherencia reportado en la población de pacientes hipertensos de la UMF No 45 es mayor que porcentaje del estudio de Luna-Breceda y cols, en una población mexicana de Zapopan Jalisco, 78.3% vs 52.1%, respectivamente (ULBS del RH V, 2017). Esto quiere decir que la adherencia en los pacientes de la UMF No. 45 está enmarcada dentro del concepto de cumplimiento, el cual implica la obediencia y la expectativa de que los pacientes pasivamente sigan las órdenes otorgadas por los médicos de medicina familiar.

Por otro lado, cuando se analizan las respuestas del instrumento de adherencia. Las principales causas por la cual los pacientes no tienen adherencia son debido a que olvidan tomar sus medicamentos para la hipertensión, no lo toman a las horas indicadas o los dejan de tomar porque se sienten bien. Asimismo, se encontró que alrededor del 90% de los pacientes con adherencia farmacológica tienen controlada la hipertensión arterial. La adherencia al tratamiento farmacológico de los pacientes hipertensos se asocia al control de la hipertensión arterial. De igual manera, Thangsuk y cols. en 2021 reportaron que la alta adherencia a la medicación se asoció altamente con el control de la presión arterial cuando se ajustó por edad, género, educación, presencia de comorbilidades y uso de hierbas (Thangsuk P, et al 2021). En contraste, Regino Ruenes y cols. en 2020 reportaron que el 35.3%. no tenía control de la presión arterial. En este mismo estudio, se describió que, los factores de riesgo son la obesidad, utilizar más de tres medicamentos al día y asistir a menos de cuatro controles de seguimiento al año (Regino Ruenes YM, et al 2021).

Cabe mencionar que, la asociación entre los factores sociodemográficos y la adherencia al tratamiento farmacológico de los pacientes hipertensos fue analizada dado que, alrededor de una quinta parte la población no tiene adherencia. Puesto que, se sabe que existen diversas características de los pacientes influyen en la adherencia a diferentes tratamientos dentro de ellos, la edad es un factor muy importante. Un ejemplo que se ha reportado que, la adherencia es menor en los ancianos (Lozada Zapata ADR, et al 2020). Sin embargo, los sujetos mayores de 65 años de la UMF No 45 tienen mayor adherencia al tratamiento farmacológico que los pacientes menores de 65 años. Similar fenómeno fue observado en el estudio Guimares y cols. en 2021, donde se encontró que, la mayor adherencia está asociada con una mayor edad, mayor alfabetización, recibir asesoramiento sobre la ingesta regular de medicamentos y el médico registrado que prescribe el medicamento (Luz Padua Guimaraes MC, et al 2022). También, Ray y cols. en 2021 encontraron que una mayor adherencia se asoció significativamente con una mayor edad, una mayor alfabetización, un mayor intervalo entre el diagnóstico de hipertensión y los síntomas actuales, una mayor brecha entre el inicio del tratamiento antihipertensivo y los síntomas actuales, recibir asesoramiento sobre la ingesta regular de medicamentos y un médico registrado que prescribe la medicación (Ray A, et al 2021).

Es importante resaltar, que el presente estudio tiene algunas limitaciones. Por ejemplo, algunas variables descritas en otros estudios como la cantidad de medicamentos empleados al día por los pacientes hipertensos, la cantidad de veces que asisten a su control al año, el asesoramiento que reciben sobre la ingesta de medicamentos, el médico registrado que prescribe, así como el tiempo de diagnóstico de la hipertensión no fueron analizados. Puesto que, no solo los factores propios de los

pacientes influyen en la adherencia, sino las características del sitio y el tipo de seguimiento dónde reciben la atención los pacientes.

Así pues, se puede concluir que, en los pacientes hipertensos que llevan su seguimiento en la UMF No 45 tienen una adecuada adherencia farmacológica y control de la hipertensión arterial. Posiblemente, el fenómeno observado se deba al adecuado seguimiento que se les brinda en la Unidad Hospitalaria. Sin embargo, es necesario realizar estudios enfocados en otros factores como la calidad del asesoramiento que reciben los pacientes, los programas de promoción a la salud, así como el personal médico que proporciona y prescribe los medicamentos.

CONCLUSIÓN

La población se caracterizó predominantemente por mujeres. Asimismo, el rango de edad poblacional más frecuente fue de los 51 a 70 años

Aproximadamente, un tercio tenía un nivel de escolaridad de preparatoria y dos tercios de los sujetos estaba casado. En cambio, la mitad de los pacientes hipertensos tenía diabetes.

En general, el 84% de la población se encontraba en control de la hipertensión.

El 78.3% de los pacientes tienen adherencia al tratamiento farmacológico de la hipertensión. En contraste, el 21.7% de ellos no tiene adherencia farmacológica.

Casi todos los sujetos con adherencia al tratamiento farmacológico tenían un control de la presión arterial (91.3%).

En resumen, el único factor sociodemográfico asociado con la adherencia al tratamiento farmacológico fue la edad ($X^2=6.470$ $p=0.011$), a diferencia del sexo, el estado civil y el nivel de escolaridad que no están asociados con la adherencia al tratamiento farmacológico en los pacientes hipertensos de la UMF No 45.

Es necesario evaluar otros factores que se asocian en el control de la hipertensión arterial. Por ejemplo, la cantidad de veces que acude a sus citas de control, la evolución de la hipertensión arterial, la cantidad de medicamentos que los pacientes toman, si cuentan con una red de apoyo, si el paciente tiene algún grado de trastorno cognitivo que interfiera con el cumplimiento del tratamiento, el nivel socioeconómico, entre otros.

Implementar las automedidas de la presión arterial (AMPA) en los pacientes para aumentar el control de la hipertensión arterial.

Promover la asistencia de los pacientes a los programas de nutrición y atención social a la salud, los cuales son otorgados en la Unidad de Medicina Familiar No 45.

Invitar a los pacientes menores de 65 años al programa “Yo puedo” con el objetivo de cambiar hábitos de vida poco saludables o que enfrentan desafíos con su salud emocional y física.

REFERENCIAS

- Baena-Díez, J. M., Gómez-Fernández, C., Vilató-García, M., Vázquez-Lazo, E. J., Byram, A. O., & Vidal-Solsona, M. (2011). Registro del historial farmacoterapéutico de la historia clínica informatizada en pacientes con hipertensión arterial: Un nuevo instrumento para valorar la adherencia terapéutica. *Atención Primaria*, 43(7), 336–342.
- Ben, A. J., Neumann, C. R., & Mengue, S. S. (2012). The Brief Medication Questionnaire and Morisky-Green test to evaluate medication adherence. *Revista de Saúde Pública*, 46(2), 279–289.
- Amado Guirado, E., Pujol Ribera, E., Pacheco Huergo, V., & Borràs, J. M. (2011). Knowledge and adherence to antihypertensive therapy in primary care: Results of a randomized trial. *Gaceta Sanitaria*, 25(1), 62–67.
- Dosse, C., Cesarino, C. B., Martin, J. F. V., & Castedo, M. C. A. (2009). Fatores associados à não adesão dos pacientes ao tratamento de hipertensão arterial. *Revista Latino-Americana de Enfermagem*, 17(2), 201–206.
- Pérez-Escamilla, B., Franco-Trigo, L., Moullin, J. C., Martínez-Martínez, F., & García-Corpas, J. P. (2015). Identification of validated questionnaires to measure adherence to pharmacological antihypertensive treatments. *Patient Preference and Adherence*, 9, 569–578.
- Kuhmmer, R., Lima, K. M., Ribeiro, R. A., Hammes, L. S., Bastos, G. A. N., Cotta de Souza, M. C. S., et al. (2015). Effectiveness of pharmaceutical care at discharge in the emergency department: Study protocol of a randomized controlled trial. *Trials*, 16(1), 4–9.
- Sandoval, D., Chacón, J., Muñoz, R., Henríquez, Ó., Koch, E., & Romero, T. (2014). Influencia de factores psicosociales en la adherencia al tratamiento farmacológico antihipertensivo. *Revista Médica de Chile*, 142(10), 1245–1252.
- Czyzewski, Ł., Wyzgał, J., & Kołek, A. (2014). Evaluation of selected risk factors of cardiovascular diseases among patients after kidney transplantation. *Annals of Transplantation*, 19, 188–198.
- Valassi, J. M. R., Junior, N. C., Shirassu, M. M., de Paula, K. E., Atkinson, E. R., & Koike, M. K. (2019). Factors associated with medication adherence in elderly retired outpatients in São Paulo, Brazil. *Patient Preference and Adherence*, 13, 1619–1628.
- Arancón-Monge, J. M., de Castro-Cuenca, A., Serrano-Vázquez, Á., Campos-Díaz, L., Rodríguez Barrientos, R., del Cura-González, I., et al. (2020). Effects of changing the appearance of medications in safety and adherence in chronic patients over 65 years of age in primary care. *Atención Primaria*, 52(2), 77–85.
- Saqlain, M., Riaz, A., Malik, M. N., Khan, S., Ahmed, A., Kamran, S., et al. (2019). Medication adherence and its association with health literacy and performance in activities of daily living among elderly hypertensive patients. *Medicina*, 55(5), 1–16.
- Cuffee, Y. L., Hargraves, J. L., Rosal, M., Briesacher, B. A., Schoenthaler, A., Person, S., et al. (2013). Reported racial discrimination, trust in physicians, and medication adherence. *American Journal of Public Health*, 103(11), 55–62.
- Grezzana, G. B., Rasi, G. B., Stein, A. T., & Pellanda, L. C. (2013). Blood pressure treatment adherence and control through 24-hour ambulatory monitoring. *Arquivos Brasileiros de Cardiologia*, 100(4), 335–361.

Carvalho, A. L. M., Leopoldino, R. W. D., da Silva, J. E. G., & da Cunha, C. P. (2012). Adesão ao tratamento medicamentoso em usuários cadastrados no Programa Hiperdia. *Ciência & Saúde Coletiva*, 17(7), 1885–1892.

Bastos-Barbosa, R. G., Ferriolli, E., Moriguti, J. C., Nogueira, C. B., Nobre, F., Ueta, J., et al. (2012). Treatment adherence and blood pressure control in older individuals. *Arquivos Brasileiros de Cardiologia*, 99(1), 636–641.

Albuquerque, N. L. S., Oliveira, A. S. S., Silva, J. M., & Araújo, T. L. (2018). Association between follow-up in health services and antihypertensive medication adherence. *Revista Brasileira de Enfermagem*, 71(6), 3006–3012.

Teshome, D. F., Demssie, A. F., & Zeleke, B. M. (2018). Determinants of blood pressure control amongst hypertensive patients. *PLoS ONE*, 13(5), e0196535.

Varleta, P., Acevedo, M., Akel, C., Salinas, C., Navarrete, C., García, A., et al. (2017). Mobile phone text messaging improves antihypertensive drug adherence. *Journal of Clinical Hypertension*, 19(12), 1276–1284.

Teshome, D. F., Bekele, K. B., Habitu, Y. A., & Gelagay, A. A. (2017). Medication adherence and its associated factors. *Integrated Blood Pressure Control*, 10, 1–7.

Lumbreras, B., & López-Pintor, E. (2017). Impact of changes in pill appearance on adherence. *BMJ Open*, 7(3), e012830.

Alhaddad, I., Hamoui, O., Hammoudeh, A., & Mallat, S. (2018). Treatment adherence and quality of life in patients on antihypertensive medications. *Vascular Health and Risk Management*, 14, 407–413.

Yousuf, F. S., Khan, M. A. A., Bibi, R., Arif, A., Arshad, A., & Almas, A. (2023). Medication adherence in patients with uncontrolled hypertension. *Cureus*, 15(1), e33472.

Lozada Zapata, A. D. R., Piscocoy, J. A., Shiraishi Zapata, C. J., & Mendieta Albañil, W. (2020). Calidad de vida y adherencia terapéutica. *Revista de Salud Pública*, 22(6), 1–8.

Ray, A., Ray, T. G., Pal, J., Ray, B. K., Sanyal, D., & Dubey, S. (2021). Adherence to antihypertensive medications. *Indian Journal of Public Health*, 65(2), 198–202.

da Luz Pádua Guimarães, M. C., Coelho, J. C., dos Santos, J., de Oliveira Higa, C. B., Flórido, C. F., Lee, R. J. W., et al. (2022). Adherence to antihypertensive treatment during COVID-19. *Clinical Hypertension*, 28(1), 1–10.

Shen, B., Guan, T., Du, X., Pei, C., Zhao, J., & Liu, Y. (2022). Medication adherence and perceived social support. *Patient Preference and Adherence*, 16, 1257–1268.

Thangsuk, P., Pinyopornpanish, K., Jiraporncharoen, W., Buawangpong, N., & Angkurawaranon, C. (2021). Herbal use and blood-pressure control. *International Journal of Environmental Research and Public Health*, 18(24), 1–12.

Uchmanowicz, B., Jankowska, E. A., Uchmanowicz, I., & Morisky, D. E. (2019). Medication adherence in hypertensive patients aged ≥60 years. *Frontiers in Pharmacology*, 10, 1–11.

Guimarães, M. C. L. P., Coelho, J. C., da Silva, G. V., Drager, L. F., Butcher, R. C. G. S., Butcher, H. K., et al. (2021). Blood pressure control and adherence. *Patient Preference and Adherence*, 15, 2749–2761.

Peña-Valenzuela, A. N., Ruiz-Cervantes, W., Barrios Olán, C., & Chávez-Aguilasoch, A. I. (2023). Hypertension therapeutic adherence. *Revista Médica del Instituto Mexicano del Seguro Social*, 61(1), 55–60.

López-Bautista, U., del Río-Hidalgo, S., Urzúa-Escobar, L. C., & de Jesús Bautista-González, T. (2017). Level of adherence in patients with hypertension. *Atención Familiar*, 24(3), 116–120.

Regino-Ruenes, Y. M., Quintero-Velásquez, M. A., & Saldarriaga-Franco, J. F. (2021). Uncontrolled hypertension and associated factors. *Revista Colombiana de Cardiología*, 28(6), 648–655.

Todo el contenido de LATAM Revista Latinoamericana de Ciencias Sociales y Humanidades, publicados en este sitio está disponibles bajo Licencia [Creative Commons](#) .