

**UNIVERSIDAD DE EL SALVADOR
FACULTAD DE MEDICINA
ESCUELA DE MEDICINA**



**“FACTORES INFLUYENTES EN LA ADHERENCIA AL TRATAMIENTO DE HIPERTENSIÓN
ARTERIAL EN PACIENTES DE 30 A 60 AÑOS UNIDAD DE SALUD COMUNITARIA
AYUTUXTEPEQUE, JUNIO - SEPTIEMBRE DEL 2025”**

Autores:

KAREN YAMILETH ESTRADA GUEVARA
BRYAN ALEXIS PERAZA NAVAS

Para Optar al grado de:
DOCTOR EN MEDICINA

Asesor:
DRA. MARITZA MERCEDES BONILLA DIMAS

Ciudad Universitaria “Dr. Fabio Castillo Figueroa”, San Salvador, El Salvador, Septiembre 2025

AUTORIDADES DE LA UNIVERSIDAD

RECTOR

M.Sc. Juan Rosa Quintanilla

VICERRECTORA ACADÉMICA

Dra. Evelyn Beatriz Farfán

VICERRECTOR ADMINISTRATIVO

M.Sc. Roger Arias

SECRETARIO GENERAL

Lic. Pedro Rosalío Escobar Castaneda

AUTORIDADES DE LA FACULTAD

DECANO

Dr. Saúl Díaz Peña

VICEDECANO

M.SC. Franklin Arnulfo Méndez Durán

SECRETARIO

Msp. Roberto Carlos Hernández Marroquín

DIRECTOR DE ESCUELA DE MEDICINA

Dr. Douglas Alfredo Velásquez Raimundo

DIRECTORA DE ESCUELA DE CIENCIAS DE LA SALUD

M.SC. Mónica Raquel Ventura de Ramos

DIRECTOR DE ESCUELA DE POSTGRADO

Dr. Edwar Alexander Herrera Rodríguez

COORDINADORA DE LOS PROGRAMAS DE MAESTRÍAS

Dra. Blanca Aracely Martínez

COORDINADORA DE ESPECIALIDADES MÉDICAS

Dra. Claudia Margarita de Blanco

Índice

Agradecimientos	VII
I. Resumen	VIII
II. Introducción	IX
III. Objetivos	10
3.1 Objetivo general	10
3.2 Objetivos específicos	10
IV. Marco teórico	11
4.1 Creencias y conductas de corrección en pacientes con hipertensión arterial	11
4.2 Relación médico paciente y la adherencia al tratamiento	18
4.3 Estrategias para mejorar la adherencia al tratamiento.	20
4.4 La comunicación, satisfacción y humanización en la adherencia al tratamiento.	21
4.5 Factores socioeconómicos relacionados a la no adherencia al tratamiento de la hipertensión arterial.	22
4.5.1 Contexto socioeconómico y el rol del apoyo familiar en la adherencia al tratamiento.	23
V. Diseño Metodológico	25
5.1 Tipo de Investigación	25
5.2 Periodo de Investigación	25
5.3 Universo	25
5.4 Muestra	26
5.5 Variables	26
5.6 Operacionalización de variables	27
5.7 Fuentes de información	30
5.8 Tecnicas de obtencion de informacion	30
5.9 Mecanismo de confidencialidad y resguardo de datos	30
5.10 Procesamiento y analisis de informacion	31
VI. Consideraciones éticas	32
6.1 Clasificación de la investigación	32
6.2 Privacidad y confidencialidad	32
6.3 Consentimiento	32
6.4 Compartimiento de beneficios	32
VII. Resultados	33
VIII. Discusión	47
IX. Conclusiones	50
X. Recomendaciones	52
XI. Bibliografía	54
XII. Anexos	57

Índice de Tablas

Tabla N°1: Sexo y edad de pacientes con hipertensión arterial de 30 a 60 años que consultan en Unidad de Salud Comunitaria Ayutuxtepeque en Junio - Septiembre del año 2025.....	33
Tabla N°2: Índice de Masa Corporal de pacientes con hipertensión arterial de 30 a 60 años que consultan en Unidad de Salud Comunitaria Ayutuxtepeque en Junio - Septiembre del año 2025.....	34
Tabla N° 3. Nivel educativo de pacientes con hipertensión arterial de 30 a 60 años que consultan en Unidad de Salud Comunitaria Ayutuxtepeque en Junio - Septiembre del año 2025.....	35
Tabla N° 4. Valores de Presión arterial relacionados con el abandono del tratamiento en pacientes con hipertensión arterial de 30 a 60 años que consultan en Unidad de Salud Comunitaria Ayutuxtepeque en Junio - Septiembre del año 2025.....	36
Tabla N°5. Conocimiento sobre causas, signos y síntomas, efectos secundarios y percepción sobre la eficacia del tratamiento en pacientes con hipertensión arterial de 30 a 60 años que consultan en Unidad de Salud Comunitaria Ayutuxtepeque en Junio - Septiembre del año 2025.....	37
Tabla N°6. Realización de actividad física en pacientes con hipertensión arterial de 30 a 60 años que consultan en Unidad de Salud Comunitaria Ayutuxtepeque en Junio - Septiembre del año 2025.....	38
Tabla N°7. Tipo de actividad física y tiempo que dedican a realizarla pacientes con hipertensión arterial de 30 a 60 años que consultan en Unidad de Salud Comunitaria Ayutuxtepeque en Junio - Septiembre del año 2025.....	39
Tabla N° 8. Consumo de alimentos y hábitos dietéticos en pacientes con hipertensión arterial de 30 a 60 años que consultan en Unidad de Salud Comunitaria Ayutuxtepeque en Junio - Septiembre del año 2025.....	40
Tabla N° 9. Relación entre el tiempo de duración de la consulta, y la comprensión, tanto de las indicaciones como recomendaciones, brindadas en la misma, en pacientes con hipertensión arterial de 30 a 60 años que consultan en Unidad de Salud Comunitaria Ayutuxtepeque en Junio - Septiembre del año 2025.....	41
Tabla N° 10. Actitud del médico durante la atención, y la confianza percibida por los pacientes con hipertensión arterial de 30 a 60 años que consultan en Unidad de Salud Comunitaria Ayutuxtepeque en Junio - Septiembre del año 2025.....	42

Tabla N° 11. Tipo de empleo, e ingresos económicos mensuales familiares, de pacientes con hipertensión arterial de 30 a 60 años que consultan en Unidad de Salud Comunitaria Ayutuxtepeque en Junio - Septiembre del año 2025.....**43**

Tabla N° 12. Seguimiento y apoyo familiar, en el adecuado cumplimiento del tratamiento farmacológico y no farmacológico, de pacientes con hipertensión arterial de 30 a 60 años que consultan en Unidad de Salud Comunitaria Ayutuxtepeque en Junio - Septiembre del año 2025.....**44**

Tabla N° 13. Seguimiento y apoyo familiar, acompañamiento a sus controles médicos, de pacientes con hipertensión arterial de 30 a 60 años que consultan en Unidad de Salud Comunitaria Ayutuxtepeque en Junio - Septiembre del año 2025.....**45**

Tabla N° 14. Accesibilidad a los servicios de salud, de pacientes con hipertensión arterial de 30 a 60 años que consultan en Unidad de Salud Comunitaria Ayutuxtepeque en Junio - Septiembre del año 2025.....**46**

Agradecimientos

A Dios, fuente de fortaleza y sabiduría, por permitirnos culminar con éxito esta etapa de formación profesional.

A nuestros padres, quienes han sido el pilar más grande en este camino. Gracias por su amor, paciencia, apoyo incondicional y por recordarnos siempre que los sueños se alcanzan con esfuerzo y dedicación.

A nuestra asesora, la Dra. Maritza Mercedes Bonilla Dimas, por su guía, paciencia y valiosas orientaciones durante el desarrollo de esta investigación. Su dedicación y compromiso académico fueron fundamentales para que este trabajo se llevara a cabo de manera ordenada y rigurosa.

I. Resumen

La hipertensión arterial constituye un problema grave de salud pública, dada su alta prevalencia en la población adulta. A pesar de los esfuerzos del sistema de salud, el control de la enfermedad continúa siendo deficiente, en gran parte por la deficiente adherencia terapéutica. Con el propósito de describir los factores que influyen en esta adherencia se desarrolló el presente estudio. Desde un enfoque cuantitativo, descriptivo y transversal, aplicando encuestas estructuradas a 129 pacientes, utilizando preguntas cerradas y escalas tipo Likert, analizando los datos mediante estadística descriptiva.

Cuyos resultados evidenciaron un predominio femenino, además, una alta prevalencia de obesidad, aproximadamente tres cuartas partes. Una cuarta parte de los pacientes reconoció haber abandonado el tratamiento en algún momento, y cerca de una quinta parte presentaron cifras tensionales fuera de rango a pesar del cumplimiento. El nivel de conocimiento sobre la enfermedad, sus síntomas, repercusiones y eficacia del tratamiento fue aceptable. Pudiéndose identificar aquellos factores que dificultan la adherencia, desde limitaciones económicas, desempleo o la propia accesibilidad geográfica. En contraste, elementos que favorecen el seguimiento terapéutico, como el acompañamiento familiar, así como la percepción positiva de la relación médico - paciente y la calidad en la atención.

Se concluye que la adherencia al tratamiento de la hipertensión arterial depende de una interacción compleja entre factores biológicos, conductuales, institucionales y socioeconómicos. La predominancia de mujeres y la obesidad constituyen riesgos relevantes, mientras que el apoyo familiar y la calidad de la atención se perfilan como determinantes protectores. Estos hallazgos subrayan la necesidad de fortalecer la educación en salud, garantizar tiempos adecuados de consulta, mejorar las condiciones de acceso a los medicamentos y promover estilos de vida saludables mediante estrategias integrales que involucren tanto al paciente como a su entorno familiar y comunitario.

Palabras clave: Conocimientos, actitudes y práctica en Salud; Accesibilidad a los servicios de salud; Hipertensión arterial; Adherencia al tratamiento; Antihipertensivos.

II. Introducción

La hipertensión arterial (HTA), constituye un problema sanitario de primer orden, ya que a pesar de todos los esfuerzos que se realizan a través de la prevención, detección, tratamiento y seguimiento por parte del sistema de salud, la frecuencia de casos de pacientes con HTA, solo ha ido en aumento en los últimos años, y con ello el desarrollo de otras múltiples comorbilidades, deteriorando así, aún más, la salud de la población, sobre todo la población adulta y adulta mayor.

A medida que la sangre es bombeada por el corazón a través de las arterias, esta ejerce una fuerza sobre las paredes de las mismas, y es lo que conocemos como “presión arterial”. La cual, puede verse modificada por distintos factores, desde aspectos relacionados con el estilo de vida del individuo, el peso, la falta de actividad física, la alimentación, consumo de tabaco o alcohol, el propio descanso, genética, la edad, medicamentos, el estrés, cambios hormonales, e incluso otras patologías.

En el presente trabajo se abordaron aquellos factores, que influyen en la adherencia o no, al tratamiento de la Hipertensión Arterial, en una población clave y de alta prevalencia, como son los adultos y adultos mayores. Aspectos que abarcan, desde las propias creencias y actitudes que tienen los pacientes para con la patología, derivadas de la información buena o mala disponible sobre la enfermedad, la efectividad que tiene la elección de un tratamiento adecuado y comprensible, para el paciente, la propia calidad de la atención brindada por el personal de salud, el tiempo de duración de la atención, la comunicación, empatía y confianza para con el paciente, además factores socioeconómicos, los cuales incluyeron desde el nivel educativo, hasta la propia accesibilidad a los servicios de salud, para lo cual se realizaron encuestas a 129 participantes a partir de los cuales se obtuvo que en su mayoría la población conocía acerca de su enfermedad, confiaba en su tratamiento, a la vez que presentaba barreras como la obesidad abandonó por una parte de la población del tratamiento instaurado, aspectos relacionados con la dieta y limitaciones económicas. De igual manera los resultados evidenciaron la influencia positiva en la adherencia al tratamiento del acompañamiento familiar y de una relación médico-paciente basada en la empatía y confianza.

III. Objetivos

3.1 Objetivo general

Describir los factores que influyen en la adherencia al tratamiento de la Hipertensión Arterial en pacientes de 30 a 60 años que consultan en la Unidad de Salud Comunitaria Ayutuxtepeque en el periodo de Junio - Septiembre del año 2025.

3.2 Objetivos específicos

- Describir las creencias y actitudes de los pacientes hacia la hipertensión arterial.
- Determinar la calidad de la atención percibida por los pacientes con hipertensión arterial.
- Identificar los factores socioeconómicos presentes en los pacientes con hipertensión arterial.

IV. Marco teórico

4.1 Creencias y conductas de corrección en pacientes con hipertensión arterial

La hipertensión arterial es una de las enfermedades crónicas más frecuentes, considerándose como uno de los principales factores de riesgo de la enfermedad cardiovascular y cerebrovascular, que son las principales causas de mortalidad y discapacidad en adultos en los países desarrollados. La relación entre la tensión arterial (TA) y el riesgo de un evento de enfermedad cardiovascular es continua, consistente e independiente de otros factores de riesgo. Cuanto más elevada sea la TA mayores las posibilidades de infarto de miocardio, insuficiencia cardíaca, ceguera, apoplejía y enfermedad renal. Se ha estimado que cada incremento de 20 mmHg en la presión arterial sistólica o 10 mmHg en la diastólica, en individuos entre 40 y 70 años de edad, duplica el riesgo de enfermedad cardiovascular, e igualmente que por cada 6 mmHg de descenso en la tensión arterial se reduciría en un 14% la posibilidad de eventos coronarios.

Disponer de tratamientos sencillos y eficaces convierten a la HTA en un factor de riesgo modificable, si bien es un hecho suficientemente contrastado que el control logrado de la HTA dista mucho de ser óptimo. Uno de los factores que se ha relacionado con el mal control de la enfermedad es la falta de adherencia a las recomendaciones terapéuticas, por lo que este fenómeno se ha convertido en una importante temática de investigación e intervención psicológica en hipertensión siendo la mejora de la adherencia al tratamiento uno de los principales objetivos de intervención. En hipertensión, se considera que un paciente muestra adherencia al tratamiento cuando su conducta se ajusta a las prescripciones dadas por el personal médico en cuanto a toma de medicamentos, planes de comida y otros cambios requeridos en los estilos de vida. Por el contrario, se entiende como falta de adherencia o incumplimiento que el paciente no comience el tratamiento, lo abandone o altere las prescripciones (por ejemplo, reduciendo la dosis de la medicación).

Los estudios disponibles señalan que la falta de adherencia es un fenómeno muy común en pacientes hipertensos. Una de las razones principales del limitado avance en

las intervenciones sobre la adherencia terapéutica en hipertensión es la escasa atención que se ha dedicado a determinantes psicológicos y sociales de la adherencia, como son las creencias sobre la enfermedad y su tratamiento.⁽¹¹⁾

Según el último reporte de la Organización Mundial de la Salud, las enfermedades crónicas (cardiopatías, accidentes cerebrovasculares, cáncer y diabetes) son la principal causa de muerte en el mundo y su impacto aumenta continuamente. En el mismo informe de la OMS se resaltan las repercusiones económicas de las enfermedades crónicas: «Esta es una situación muy grave, tanto para la salud pública como para las sociedades y las economías afectadas, y se prevé que el número de víctimas aumente», «Es fundamental que los países examinen y apliquen las medidas sanitarias que se saben que pueden reducir las muertes prematuras por enfermedades crónicas».

La hipertensión arterial, HTA, entendida como enfermedad crónica asintomática que se caracteriza por una elevación de presión arterial sistólica (PAS) mayor o igual a 120 mm Hg. y una presión arterial diastólica (PAD) mayor o igual a 80 mm Hg., es considerada hoy como una de las principales problemáticas de salud pública. Actualmente 7,1 millones de personas mueren como resultado de tensión arterial elevada, reconociéndose como una de las tres primeras causas de morbi - mortalidad mundial y nacional, uno de los primeros lugares de causas de incapacidad, uno de los principales motivos de consulta médica y una enfermedad con serias repercusiones a nivel económico y social.

Los planteamientos de la OMS con relación a la importancia de detener la epidemia mundial de enfermedades crónicas refuerzan la necesidad de tener a disposición estrategias de intervención eficaces y al alcance de todas las personas afectadas. El término de adherencia al tratamiento, podría ser considerado como la clave del éxito en los programas de intervención en salud, que ayuden a detener y a disminuir las cifras de enfermedades crónicas.

La adhesión terapéutica o conducta meta, se define, como la incorporación (puntual, si se trata de una prescripción para un problema agudo; o definitiva, en caso de

intervenciones preventivas o trastornos crónicos) en las rutinas cotidianas de la persona (al efecto de fortalecer la nueva práctica, situándose bajo las mismas claves del contexto ambiental y social que controlan otras conductas habituales) de nuevos hábitos (simples o complejos, novedosos o conocidos) beneficiosos para el sujeto (bien por la eliminación de condiciones aversivas como por ejemplo síntomas, desaprobación social, reducción de miedos etc.; bien por la obtención de ventajas, como la mejora de las condiciones de vida, atención social, creencias de autocontrol o de reducción de riesgos, etc.), siendo la estrategia que permite que el paciente se mantenga y continúe el tratamiento, y de esta manera logre cambios significativos en su salud.

No obstante, para la OMS el término adherencia terapéutica abarca numerosos comportamientos relacionados con la salud. Considera dentro de esta definición el término médico como “insuficiente” para describir la variedad de intervenciones empleadas para tratar las enfermedades crónicas, ya que puede ser un prestador de asistencia sanitaria (médico, enfermera u otro profesional de la salud). Además, cuestiona la palabra instrucciones que implica que el paciente es un receptor pasivo, que consiente el asesoramiento experto, en contraposición con un colaborador activo en el proceso de tratamiento. A su vez, plantea que es fundamental la conformidad del paciente con su tratamiento respecto a las recomendaciones que le da el prestador de asistencia sanitaria, ya que apoya que los pacientes deben ser socios activos con los profesionales de la salud en su propia atención, y que es necesaria una buena comunicación entre ambos, como requisito esencial para una práctica clínica efectiva.

Por lo anterior, es factible considerar que la mayoría de las enfermedades de alta incidencia en la población se podrían prevenir, tratar y curar con un compromiso activo por parte del paciente y por la entidad de salud que lo atiende.

En el caso de la HTA, existe un grupo de factores de riesgos conocidos, prevenibles y modificables, que requiere de los pacientes entender el impacto de dichos factores en su enfermedad y la convicción personal de incorporar hábitos permanentes en su nuevo estilo de vida saludable; todo esto traducido en un compromiso responsable con la enfermedad. Los factores de riesgo más asociados en las investigaciones a niveles de presión arterial no controlados se encuentran en: una dieta no saludable, el sobrepeso,

la inactividad física, el consumo de tabaco y alcohol, el estrés. Actualmente se considera que estos factores de riesgo están aumentando a medida que cambian las condiciones de vida y de trabajo de las personas hacia hábitos alimenticios menos saludables (e.g., mayor consumo de alimentos ricos en grasas, azúcares y sales), menor exigencia de actividad física por estilos de vida sedentarios, permisividad del consumo de sustancias psicoactivas ilegales. Lo que hace más evidente la importancia de la participación activa del paciente en el cumplimiento de la toma de los medicamentos y en el cambio de hábitos y estilos de vida para la prevención y/o tratamiento de las patologías.⁽¹²⁾

Dentro de los hábitos se toman en cuenta la adopción de la alimentación con Enfoques Dietéticos para Detener la Hipertensión (DASH) la cual recomienda:

- Comer verduras, frutas y cereales integrales
- Incluye productos lácteos sin grasa o bajos en grasa, pescado, aves, frijoles, nueces y aceites vegetales.
- Limitar los alimentos con alto contenido de grasas saturadas, como carnes grasas, productos lácteos enteros y aceites tropicales como el de coco, palmiste y palma.
- Limitar las bebidas azucaradas y los dulces

Basadas en estas recomendaciones se establecen porciones diarias y semanales para una dieta de 2000 calorías diarias:

- Granos: 6–8 porciones diarias
- Carnes, aves y pescados: 6 o menos porciones diarias
- Verduras: 4–5 porciones diarias
- Fruta: 4–5 porciones diarias
- Productos lácteos bajos en grasa o sin grasa: 2–3 porciones diarias
- Grasas y aceites: 2–3 porciones diarias
- Sodio: 2,300 mg porciones diarias
- Nueces, semillas, frijoles secos y guisantes: 4–5 porciones semanales
- Dulces: 5 o menos porciones semanales.⁽¹³⁾

La Administración de Alimentos y Medicamentos de los Estados Unidos indica que 400 miligramos por día de cafeína son seguros para la mayoría de los adultos.⁽¹⁴⁾

La actividad física es otro de los hábitos que contribuyen a estilos de vida saludable para lo cual los adultos deben acumular a lo largo de la semana un mínimo de entre 150 y 300 minutos de actividad física aeróbica de intensidad moderada.⁽¹⁵⁾

Los estudios respaldan que uno de los principales factores que inciden en el mantenimiento de la HTA y de otras enfermedades crónicas, es la falta de adherencia al tratamiento de los pacientes diagnosticados, es decir, la falta de convicción personal y responsabilidad de los pacientes para realizar los comportamientos que les han sido explicados y sugeridos por los profesionales de la salud como necesarios para obtener resultados benéficos.

El cumplimiento de cualquier prescripción terapéutica implica realizar una serie de tareas que requieren no sólo saber qué hacer, sino cómo y cuándo hacerlo, no es meramente un asunto voluntario; requiere, además de una actuación eficaz, un control ambiental y beneficios contingentes al cumplimiento. Las conductas no adherentes se dan por una compleja interrelación de factores, entre los cuales se encuentran algunos derivados del paciente y su entorno económico, cultural y social, de otros derivados de la enfermedad en sí, del tratamiento farmacológico y sus características, así como aquellos derivados de los servicios de salud y del personal que atiende al paciente.

Han sido identificadas cuatro variables y múltiples factores relacionados con la adherencia al tratamiento:

Variables del paciente. Características del individuo; falta de comprensión; modelo implícito del enfermar; apatía y pesimismo; no reconocer que se está enfermo o necesitado de medicación; historia previa de falta de adhesión; creencias relacionadas con la salud; insatisfacción con el profesional o el tratamiento; falta de apoyo social; medio ambiente que refuerza comportamientos de falta de adhesión; y falta de recursos.

VARIABLES DE LA ENFERMEDAD. Trastorno crónico con ausencia de sintomatología manifiesta; estabilidad de los síntomas; y características asociadas al trastorno (confusión, distorsión visual, reacciones psicológicas).

VARIABLES DEL TRATAMIENTO. Tiempo de espera prolongado; mala reputación sobre facilidad del tratamiento; supervisión inadecuada por parte de los profesionales; características de las recomendaciones del tratamiento; complejidad del régimen terapéutico; larga duración del tratamiento; características del tratamiento; desembolso económico; características de los medicamentos; y efectos secundarios de la medicación.

VARIABLES DE LA RELACIÓN. Comunicación inadecuada; empatía pobre; ausencia de las actitudes y conductas necesarias; insatisfacción del paciente; y supervisión inadecuada.

La no adherencia al tratamiento entonces sigue siendo un problema universal, sin que expertos puedan predecir de manera válida y confiable quienes cooperarán con el tratamiento y quienes no, aunque ha habido aproximaciones a comportamientos y características que pueden ser útiles para orientar el cumplimiento. Con relación a los pacientes hipertensos se plantea que la probabilidad de un cumplimiento adecuado del tratamiento es realmente muy baja dados los cambios en el estilo de vida y la toma de medicamentos que a veces causan molestias y efectos secundarios negativos. A medida que el tratamiento se prolonga los sujetos tienden a renunciar, especialmente en tratamientos para enfermedades asintomáticas como es el caso de la hipertensión arterial, ya que las señales internas no están proporcionando información acerca de los efectos de su comportamiento.

En cuanto a los modelos para explicar la conducta de adhesión, los dos más utilizados son: Los modelos biomédicos y los conductuales. Los modelos biomédicos hacen referencia a una serie de características del paciente, de la enfermedad y de la relación terapéutica como parámetros predictores del incumplimiento terapéutico. Así mismo, los modelos conductuales se presentan en tres categorías: Los modelos operantes que están basados en la aplicación de los principios operantes y que han promovido la utilización del moldeamiento de conductas; la planificación ambiental y el manejo de las

contingencias de reforzamiento como estrategias centrales en el desarrollo de conductas de adhesión. Los modelos de comunicación que buscan mejorar los procesos de recepción, comprensión y retención de mensajes como condición y estrategia para la promoción de la adhesión. Los modelos cognitivos que están basados fundamentalmente en el modelo del aprendizaje social de Bandura y en los modelos cognitivos de decisión.

Por su parte, los modelos de creencias en salud plantean que una persona no llevará a cabo un comportamiento de salud (e.g., de prevención, de participación, de cumplimiento o rehabilitación) a menos que tenga unos niveles mínimos de motivación e información relevantes para su salud, se vea a sí misma como vulnerable o potencialmente susceptible de padecer esa enfermedad, vea la enfermedad como potencialmente amenazante o grave, esté convencida de la eficacia de la intervención (estimación de costos y beneficios) y vea pocas dificultades para la puesta en marcha de la conducta de salud.⁽¹²⁾

La creencia juega un papel crucial en la falta de adherencia a la medicación, ya que influye en la decisión de una persona de seguir los tratamientos prescritos. Las personas que tienen creencias negativas, como escepticismo, vacilación y aprensión sobre la eficacia del medicamento, o que están preocupadas por los posibles efectos secundarios, pueden omitir dosis o interrumpir el tratamiento por completo, mientras que las creencias positivas, como la confianza en la eficacia del tratamiento y la confianza en los proveedores de atención médica, tienden a promover la adherencia, por ejemplo. en pacientes hipertensos de edad avanzada.

Existen ciertos tipos de creencias, como las creencias personales, culturales y religiosas, que pueden afectar la adherencia a la medicación.

- Creencias personales: Las creencias personales sobre la enfermedad abarcan tanto las representaciones cognitivas como las emocionales. Las creencias cognitivas se clasifican en cinco dominios principales: la “identidad” describe las creencias de las personas sobre la etiqueta de enfermedad y síntomas, y establece los resultados deseados para el cambio; “línea de tiempo” se refiere a

la forma en que las personas piensan en el marco de tiempo de la enfermedad, incluidos los síntomas y la recuperación; “consecuencias” implica creencias sobre la naturaleza y gravedad de la enfermedad y su impacto en la vida diaria; “control” significa mejorar las percepciones sobre el potencial de la enfermedad para ser curada, prevenida; Las “causas” resaltan la percepción de las personas hacia las posibles causas de su condición. Las representaciones emocionales son los sentimientos que surgen debido a una enfermedad, como la ansiedad y/o la depresión.

- Creencias culturales: El conjunto de patrones de comportamiento relacionados con opiniones, modales y actos, que las personas de una sociedad han compartido y que se han transmitido a las generaciones sucesivas, podría influir adicionalmente en la toma de decisiones de los pacientes con enfermedades crónicas de tomar medicamentos.
- Creencias religiosas: La religiosidad a menudo sirve para definir un sentido de conexión con lo trascendente, lo sagrado o lo divino. Se encontró que las personas que se identifican con ciertas tradiciones y prácticas religiosas toman decisiones más saludables. Se ha demostrado que la religión tiene un impacto positivo en la reducción de la resistencia al tratamiento.⁽¹⁶⁾

4.2 Relación médico paciente y la adherencia al tratamiento

Una buena comunicación con el médico y la enfermera y la toma de decisiones compartidas basadas en la confianza, van a mejorar la adherencia a los tratamientos.⁽¹⁷⁾

Los factores relacionados con el sistema sanitario tienen efectos negativos en la adherencia terapéutica; por ejemplo: centros de salud con infraestructura inadecuada y recursos deficientes, personal de salud poco remunerado con carga de trabajo excesiva que llevan a consultas breves y carentes de calidad y calidez⁽¹⁸⁾ en este contexto la falta de tiempo en la comunicación médico-paciente, especialmente en niveles básicos asistenciales, unido a dificultades en la comunicación⁽¹⁹⁾ entre ambos, ya sea porque la comunicación es deficiente entre ambas partes, una falta de confianza hacia el profesional sanitario o una insatisfacción con la atención recibida.⁽²⁰⁾

Además de personal de salud sin adecuada preparación, poca capacidad del sistema para educar a los pacientes y proporcionar seguimiento en enfermedades crónicas, falta de conocimiento sobre la adherencia y las intervenciones efectivas para mejorarla,⁽¹⁸⁾ pueden influir negativamente en la adherencia al tratamiento,⁽²⁰⁾ por lo que la accesibilidad a las consultas, los tiempos de espera no prolongados y los tiempos suficientes de consulta favorecen la relación del paciente con los profesionales sanitarios.⁽¹⁷⁾

A partir de diversos análisis multifactoriales se han identificado factores que afectan la adherencia terapéutica dentro de los cuales se mencionan:

Características de la estructura sanitaria como:

- Burocracia administrativa.
- Cambios de médico.
- Dificultad de acceso a los centros sanitarios.
- Costo de la atención médica.
- Tratamientos ambulatorios frente a los hospitalarios.

Características del profesional sanitario: médico, enfermería y/o farmacéutico:

- Desconfianza o poca cooperación entre el paciente y el profesional sanitario.
- Profesional con aptitudes y actitudes negativas para presentarla información que desmotivan al paciente.
- Falta de empatía hacia la condición emocional de los pacientes.
- Ausencia de instrucciones escritas.
- Lenguaje demasiado técnico.
- Escasa o nula cooperación entre el médico y el farmacéutico.
- Intensificación de tratamientos o pruebas innecesarias que pueden poner en riesgo al paciente.

La adherencia deficiente no puede enmarcarse sólo en los miedos e ignorancia de los pacientes, quienes evidentemente deciden por sí mismos; también es una

responsabilidad de los profesionales de la salud generar una comunicación adecuada y eficaz con el paciente para abordar adecuadamente su enfermedad y preocupaciones.⁽²¹⁾

4.3 Estrategias para mejorar la adherencia al tratamiento.

Mejorar la adherencia terapéutica requiere evaluar las áreas de oportunidad en donde se puede intervenir. Ya identificado el problema que interfiere en la adherencia terapéutica, se construyen de manera individualizada las estrategias y las intervenciones.⁽¹⁸⁾

En cuanto al sistema de asistencia sanitaria, la OMS plantea el efecto sobre la adherencia de los servicios de salud poco desarrollados, los sistemas deficientes de distribución de medicamentos, la falta de conocimientos y adiestramiento del personal de salud en el control de las enfermedades crónicas así como la falta de incentivos para ello. Dentro de la organización de los servicios de salud, son elementos a tener en cuenta: las dificultades en el acceso a los centros asistenciales, la falta de médico en el momento que el paciente lo requiere y los cambios reiterados del profesional de asistencia. La influencia de la relación con el equipo de asistencia sanitaria está representada por la satisfacción del paciente con el proceso de atención de salud y las características de la comunicación que establecen el paciente y sus familiares con los equipos de salud.⁽²²⁾

Por lo que de acuerdo con la OMS, los profesionales de la salud deben adiestrarse específicamente en lograr la adherencia terapéutica de los pacientes, ya que ellos pueden tener una repercusión significativa al evaluar el riesgo de no adherencia e intervenir oportunamente para optimizarla. Este adiestramiento debe tener tres enfoques principales: el conocimiento (información sobre la adherencia terapéutica), el razonamiento (el proceso clínico de toma de decisiones) y la acción (herramientas comportamentales para profesionales de la salud). Los pacientes deben ser socios activos con los profesionales de la salud en su propia atención, y esa buena comunicación entre ambos es un requisito esencial para una práctica clínica efectiva.⁽²¹⁾

Es muy importante la calidad y claridad de las instrucciones dadas por el médico tratante con relación a la duración, forma y horarios de la medicación. La adherencia se puede afectar si el paciente no tiene una adecuada habilidad para hacer preguntas de las dudas que tiene o si la comunicación médico-paciente o viceversa es deficiente.⁽²³⁾

4.4 La comunicación, satisfacción y humanización en la adherencia al tratamiento.

Aunque el médico generalmente proporciona instrucciones para el beneficio del paciente, con relativa frecuencia son los pacientes quienes voluntaria o involuntariamente adoptan actitudes que afectan negativamente su salud. Para mejorar la adherencia a la terapia, el clínico debe informar ampliamente al paciente e involucrarlo activamente en la negociación y decisión de las medidas terapéuticas; así, logrará que se apropie de dichas medidas. Adicionalmente, el equipo de salud deberá asesorar al paciente para que implemente herramientas de utilidad para disminuir la no-adherencia, cuando las circunstancias están fuera de control del paciente.⁽²³⁾

La satisfacción del paciente consiste en un conjunto de evaluaciones de las diferentes dimensiones del cuidado del profesional sanitario, en la cual se distinguen la satisfacción específica y la global, la primera determinada por la percepción de las características específicas del profesional de salud y la segunda como una apreciación más general que establece el paciente. Los pacientes más insatisfechos tienen mayores probabilidades de no llevar a cabo las instrucciones de tratamiento. La comunicación permite al paciente comprender la información que se está dando sobre la prescripción o recomendación, lo cual supone un primer paso para que pueda aceptarla y recordarla.⁽²⁴⁾

La adherencia debe estar caracterizada por la humanización profesional, favoreciendo la empatía a través del diálogo.⁽²⁵⁾ Además, la satisfacción se relaciona básicamente con el nivel de expectativas del paciente respecto del servicio que aspira recibir. Según diversos autores, la satisfacción es en mayor medida "calidad sentida" y constituye el espectro de los aspectos subjetivos de las características de la atención.⁽²⁴⁾

4.5 Factores socioeconómicos relacionados a la no adherencia al tratamiento de la hipertensión arterial.

El estado socioeconómico deficiente, la pobreza, el analfabetismo, el bajo nivel educativo, el desempleo, la falta de redes de apoyo social efectivos, las condiciones de vida inestables, la lejanía del centro de tratamiento, el costo elevado del transporte, el alto costo de la medicación, las situaciones ambientales cambiantes, la cultura y las creencias populares acerca de la enfermedad y el tratamiento y la disfunción familiar.⁽²⁶⁾

La OMS señala que la interrupción o abandono de una terapia encarece los costos de la salud pública al menos en el 20 %. El gasto del paciente se puede traducir en pérdidas sensibles a la economía familiar relacionadas con la capacidad disponible para enfrentar la enfermedad en cuanto a adquisición de medicamentos, alimentos y la ejecución de otras indicaciones que pueden implicar recursos monetarios.

Se destaca el papel del apoyo social y familiar en la ejecución de las prescripciones terapéuticas. Las personas que sienten que reciben apoyo de otros tienen más probabilidades de seguir las recomendaciones médicas que aquellos con menor apoyo social o con inestabilidad familiar o aislamiento. Los grupos sociales y sus normas respecto al comportamiento preventivo pueden ejercer presión sobre sus miembros para que se ajusten a las indicaciones médicas. La familia anima a mantener el régimen médico, apoya en la búsqueda de estrategias y recursos materiales que facilitan el cumplimiento y a veces asume una parte de la responsabilidad en este proceso. Por esto se señala que el apoyo familiar y los vínculos que se establecen en esta red pueden contribuir tanto a incrementar como a disminuir la ejecución de recomendaciones facultativas.⁽²²⁾

En años recientes, la investigación sobre la adherencia se había centrado en los obstáculos de los pacientes para cumplirla. En esta perspectiva no se consideraba importante la responsabilidad del médico para optimizar la adherencia al tratamiento, pero las investigaciones de los últimos años evidenciaron que la falta de ella es multifactorial. Se ha identificado que los médicos juegan un papel central, ya que, si no

comunican eficazmente a sus pacientes la información básica de los planes de tratamiento y su importancia, los pacientes pueden quedarse con preocupaciones sobre los efectos adversos de los medicamentos y con una falta de comprensión de la enfermedad y del tratamiento, que afectan negativamente a su cumplimiento. También se ha identificado que la falta de educación en salud es un factor central que afecta negativamente la adherencia terapéutica. El impacto de esta falta de educación en salud se observa tanto en pacientes socialmente desfavorecidos como en aquellos que no tienen problemas socioeconómicos, lo que podría explicar por qué las enfermedades crónicas se han vuelto un problema mundial a todos los niveles.

La adherencia deficiente no puede enmarcarse sólo en los miedos e ignorancia de los pacientes, quienes evidentemente deciden por sí mismos; también es una responsabilidad de los profesionales de la salud generar una comunicación adecuada y eficaz con el paciente para abordar adecuadamente su enfermedad y preocupaciones.⁽²¹⁾

4.5.1 Contexto socioeconómico y el rol del apoyo familiar en la adherencia al tratamiento.

En cuanto al apoyo familiar, la OMS menciona que es un factor clave para el éxito en la mejora de la adherencia terapéutica, ya que desempeñan una función activa en la rutina diaria del cuidado del paciente, en acompañarlo en el entendimiento de la enfermedad, lo que impacta en los resultados de salud y en el comportamiento del paciente, ya que, incluso, en algunos estudios se ha demostrado que esta participación activa de la familia se refleja en que los profesionales de la salud reducen el tiempo dedicado a la atención de pacientes crónicos.⁽²¹⁾

En estudios realizados en Colombia reflejaron que los pacientes refirieron que sus ingresos influyen en la posibilidad de costearse los medicamentos (57 %) y en el cambio en la dieta debido al costo de los alimentos recomendados (52 %). Un estado socioeconómico deficiente, bajo nivel educativo, ausencia de redes de apoyo social, condiciones de vida inestable, costo elevado del transporte y medicamentos, disfunción familiar, cultura y creencias religiosas o populares acerca de la enfermedad y del

tratamiento, limitan la adherencia al tratamiento. Sin embargo, también ha sido demostrado gracias a programas actuales en distintas naciones para mejorar el acceso a los medicamentos, que la reducción de los precios no siempre se traduce en una mayor adherencia y que en ello, la influencia de la medicina tradicional puede tomar relevancia; por lo cual, el análisis debe realizarse diferenciando grupos poblacionales dado que los factores pueden variar de acuerdo a la cultura y creencias . Aspectos como la edad y el género se han descrito en este grupo de factores con resultados variables; en pacientes de mayor edad, se ha encontrado mayor adherencia al tratamiento, aunado al hecho de que tienen comorbilidades y síntomas que incentivan el consumo de medicamentos y adherencia a cuidados de tipo no farmacológico. ⁽²⁷⁾

V. Diseño Metodológico

5.1 Tipo de Investigación

La presente investigación se realizó desde un enfoque cuantitativo, ya que se utilizaron técnicas estadísticas para la recolección y análisis de los datos. Según el alcance y el análisis de los resultados el tipo de investigación fue descriptivo ya que se buscaba describir todos aquellos factores influyentes en la adherencia al tratamiento en pacientes con diagnóstico de Hipertensión Arterial.

Por último de acuerdo al periodo y secuencias fue un estudio de corte transversal ya que se llevó a cabo en el periodo de Junio - Septiembre del año 2025 en la Unidad de Salud Comunitaria Intermedia de Ayutuxtepeque.

5.2 Periodo de Investigación

El periodo de investigación definido para la presente investigación comprendió el periodo de Junio - Septiembre del año 2025.

5.3 Universo

Pacientes consultantes en Unidad de Salud Comunitaria Intermedia Ayutuxtepeque de entre 30 a 60 años de edad con diagnóstico de Hipertensión Arterial.

Unidad de Observación

Cada uno de los pacientes de 30 a 60 años con Hipertensión Arterial.

Unidad de Análisis

Conjunto de factores que afectan de forma positiva o negativa la adherencia al tratamiento de la Hipertensión Arterial.

Criterios de Inclusión

- Personas de ambos sexos de entre 30 a 60 años
- Persona con diagnóstico confirmado de Hipertensión Arterial que consulten en Unidad de Salud Ayutuxtepeque durante periodo de investigación
- Que deseen participar en el estudio.

Criterio de Exclusión

- Personas que no deseen participar en el estudio

5.4 Muestra

El tipo de muestreo fue probabilístico por conveniencia, ya que se eligieron al azar individuos que consultan la Unidad de Salud Comunitaria Intermedia de Ayutuxtepeque, cuyas edades se encontraron comprendidas entre 30 a 60 años, en el periodo de junio a septiembre del año 2025, con diagnóstico de Hipertensión Arterial, que se presentaron a sus controles en el periodo de recolección de datos que cumplan con los criterios de inclusión.

5.5 Variables

Objetivo específico 1:

Describir las creencias y actitudes de los pacientes hacia la hipertensión arterial.

Variable: Creencias y actitudes hacia la hipertensión arterial.

Objetivo específico 2:

Determinar la calidad de la atención percibida por los pacientes con hipertensión arterial..

Variable: Calidad de la atención

Objetivo específico 3:

Identificar los factores socioeconómicos presentes en los pacientes con hipertensión arterial.

Variable: Factores socioeconómicos

5.6 Operacionalización de variables

<p align="center">Objetivo específico 1: Describir las creencias y actitudes de los pacientes hacia la hipertensión arterial.</p>						
Variable	Definición Conceptual	Definición Operacional	Indicador	Valor	Técnica	Instrumento
Creencias y actitudes hacia la hipertensión arterial.	<p>Creencias: Es una verdad subjetiva, una convicción, algo que el sujeto considera cierto⁽²⁸⁾ acerca de la hipertensión arterial.</p> <p>Actitudes: Predisposición aprendida a responder de una manera consistente favorable o desfavorablemente⁽²⁹⁾ respecto a la hipertensión arterial.</p>	Por medio de un cuestionario se indagará el conocimiento general, las percepciones y predisposición a seguir medidas preventivas hacia la Hipertensión arterial.	Información disponible: Conocimiento sobre la enfermedad, causas, signos y síntomas, efectos secundarios.	<ul style="list-style-type: none"> ● Alto ● Medio ● Bajo 	Entrevista	Cuestionario
			Percepción sobre la eficacia del tratamiento	<ul style="list-style-type: none"> ● Eficaz ● No eficaz 		
			Disposición a adoptar estilos de vida saludable	<ul style="list-style-type: none"> ● Actividad física ● Tiempo ● Tipo de actividad⁽¹⁵⁾ ● Dieta DASH⁽¹³⁾ 		

Objetivo específico 2:

Determinar la calidad de la atención percibida por los pacientes con hipertensión arterial.

Variable	Definición Conceptual	Definición Operacional	Indicador	Valor	Técnica	Instrumento
Calidad de la atención	Calidad de la atención: Es el grado en que los servicios de salud aumentan la probabilidad de que los pacientes obtengan los resultados deseados, basándose en los conocimientos profesionales y la evidencia. ⁽³⁰⁾	Calidad de la atención: por medio de una entrevista estructurada se evaluarán aspectos como el tiempo de atención, comprensión del usuario de indicaciones así como tratamiento, y la percepción del usuario sobre la relación médico paciente en la atención recibida.	Percepción del tiempo de duración de la atención por parte del usuario.	<ul style="list-style-type: none"> ● Breve: < 15 minutos ● Adecuada: 15 minutos ● Extensa: > 15 minutos⁽³¹⁾ 	Entrevista	Cuestionario
			Comprensión por parte del usuario de indicaciones brindadas así como del tratamiento instaurado	<ul style="list-style-type: none"> ● Comprensibles ● Confusas ● No comprensibles 		
			Percepción sobre la comunicación, empatía, y confianza en el momento de la atención.	<ul style="list-style-type: none"> ● Positiva. ● Neutra. ● Negativa 		

Objetivo específico 3:

Identificar los factores socioeconómicos presentes en los pacientes con hipertensión arterial.

Variable	Definición Conceptual	Definición Operacional	Indicador	Valor	Técnica	Instrumento
Factores socioeconómicos	<p>Factores socioeconómicos: Son aquellos aspectos tanto sociales, como económicos que influyen en la sociedad y en el bienestar de las personas. ⁽³²⁾</p>	<p>Factores socioeconómicos: a través de una entrevista estructurada se evaluarán aspectos como el nivel económico, el nivel educativo, el desempleo, la falta de redes de apoyo social efectivos, la lejanía del centro del centro de salud, el costo elevado del transporte, el alto costo de la medicación,</p>	Nivel económico: Ingresos percibidos	<ul style="list-style-type: none"> ● Bajo ● Medio ● Alto 	Entrevista	Cuestionario
			Nivel educativo	<ul style="list-style-type: none"> ● Ninguno ● Básico ● Bachillerato ● Universitario 		
			Trabajo	<ul style="list-style-type: none"> ● Desempleo ● Empleo informal ● Empleo formal 		
			Accesibilidad a los servicios de salud	<ul style="list-style-type: none"> ● Redes de apoyo ● Medio de transporte ● Acceso a los medicamentos 		

5.7 Fuentes de información

La información se recopiló a partir de fuentes primarias y secundarias, la primera de ellas a partir de los datos obtenidos de pacientes de entre 30 a 60 años con diagnóstico de Hipertensión Arterial que consultaron en Unidad de Salud Comunitaria Intermedia Ayutuxtepeque, en el periodo de junio a septiembre del 2025; la segunda a través de la recopilación bibliográfica, consultando artículos, revistas y publicaciones de distintas entidades relacionadas a la temática, dichas fuentes se describen en el apartado de bibliografía.

5.8 Tecnicas de obtencion de informacion

Para la obtención de los datos se utilizó como técnica de recolección de datos la entrevista, a través de la elaboración de un cuestionario de ítems de preguntas cerradas y abiertas donde de forma verbal se les explico para las primeros 6 preguntas la definición de hipertensión arterial, signos y síntomas, efectos adversos del tratamiento los cuales se utilizaron como base para responder de acuerdo a la escala de Likert; la entrevista se le realizaron a pacientes entre 30 a 60 años de edad, de forma aleatoria, en la Unidad de Salud Comunitaria Intermedia de Ayutuxtepeque con diagnóstico de Hipertensión Arterial, en el periodo de junio a septiembre del año 2025.

5.9 Mecanismo de confidencialidad y resguardo de datos

Todos los pacientes que cumplieron con las característica requeridas, y desearon participar en el estudio, gozaron de derecho a los siguiente mecanismo de confidencialidad:

- **Consentimiento informado:** Donde se especificó el tema de investigación, los objetivos que se persiguieron con el desarrollo del estudio así como su importancia, por lo que de forma consciente decidieron si participar o no, en el desarrollo de la investigación, firmaron la hoja de consentimiento informado.
- **Anonimato:** En los instrumentos de recolección de datos no figuraron sus nombres, dirección o información característica de cada paciente.

- **Transparencia:** Se les comunicó a los participantes cómo serán utilizados los resultados del estudio.

5.10 Procesamiento y análisis de información

La recolección de la información en el presente estudio, se llevó a cabo mediante la implementación de encuestas estructuradas con preguntas cerradas de opción múltiple y Escalas de Likert para las preguntas de la número 1 a la 6 en donde se asignaron valores a cada una de las opciones de respuesta siendo Totalmente en desacuerdo=1, En desacuerdo= 2, Neutro=3, De acuerdo=4, Totalmente de acuerdo= 5 a partir de los cuales por medio de la moda se determinó la distribución de los datos y se estableció el rango 1-2 no poseen conocimiento sobre la enfermedad, rango de 3 conocen algunos aspectos de la patología y el rango de 4-5 tienen conocimiento aceptable de la enfermedad.

Una vez recopilada la información ésta se procesó y posteriormente fue tabulada con la ayuda de Microsoft Excel.

Posteriormente a partir de los datos obtenidos, se realizó un análisis descriptivo, de aquellos factores que influyen en la adherencia al tratamiento de la hipertensión arterial, haciendo uso de las medidas estadísticas como la frecuencia y otras medidas de tendencia central.

Los datos se presentaron por medio de tablas de distribución de frecuencias, que permitieron una mejor comprensión de los resultados y elaboración de conclusiones, con respecto a los hallazgos principales.

VI. Consideraciones éticas

6.1 Clasificación de la investigación

La investigación fue de tipo cuantitativa ya que se requirió para el tratamiento estadístico de la información los datos sean recopilados de forma anónima y almacenados de forma segura.

6.2 Privacidad y confidencialidad

Se garantizo la privacidad de los participantes manteniendo el anonimato en la recolección de los datos, así mismo se garantizo que la información no será divulgada a terceros.

6.3 Consentimiento

A través del consentimiento informado se explicó de manera clara el propósito del estudio, los objetivos que se alcanzaron y se garantizo el anonimato. Así mismo se aseguró que cada participante comprendía que su participación era voluntaria y que era posible retirarse del estudio en cualquier momento que así lo desearan, sin que ello generara algún tipo de consecuencia.

6.4 Compartimiento de beneficios

Los resultados de la investigación se presentaron con un lenguaje claro y sencillo a la vez que se elaboraron recomendaciones orientadas a la mejora de la condición de salud de la población.

VII. Resultados

DATOS GENERALES

Tabla N°1: Sexo y edad de pacientes con hipertensión arterial de 30 a 60 años que consultan en Unidad de Salud Comunitaria Ayutuxtepeque en Junio - Septiembre del año 2025.

Sexo y edad de pacientes con hipertensión arterial					
EDAD	SEXO				
	F	Fr%	M	Fr%	Total
35-38	8	6.20%	1	0.77%	9 (6.97%)
39-42	6	4.65%	6	4.65%	12 (9.3%)
43-46	15	11.62%	1	0.77%	16(12.40%)
47-50	18	13.95%	0	0%	18(13.95%)
51-54	25	19.40%	6	4.65%	31(24.05%)
55-58	15	11.62%	9	6.97%	24 (18.60%)
59-62	16	12.40%	3	2.32%	19 (14.72%)
Total	103	79.84%	26	20.15%	129 (100%)

Fuente: Cuestionario sobre factores influyentes en la adherencia al tratamiento de la Hipertensión Arterial que consultan en la Unidad de Salud Comunitaria Ayutuxtepeque.

De acuerdo a los datos obtenidos de 129 pacientes con hipertensión arterial de 30 a 60 años que consultan en Unidad de Salud Comunitaria Ayutuxtepeque se observa un predominio femenino (103 mujeres vrs. 26 hombres), quienes ronda en edades entre 51–54 años, seguido de 59–62 años.

Tabla N°2: Índice de Masa Corporal de pacientes con hipertensión arterial de 30 a 60 años que consultan en Unidad de Salud Comunitaria Ayutuxtepeque en Junio - Septiembre del año 2025.

Índice de Masa Corporal		
Clasificación	Fr	Fr%
Bajo peso: Menos de 18.5	0	0%
Peso Normal: 18.5-24.9	5	3.87%
Sobrepeso: 25-29.9	25	19.37%
Obesidad Tipo 1: 30- 34.9	37	28.70%
Obesidad Tipo 2: 35-39.9	39	30.23%
Obesidad Tipo 3: Mayor de 40	23	17.82%
Total	129	100%

Fuente: Cuestionario sobre factores influyentes en la adherencia al tratamiento de la Hipertensión Arterial que consultan en la Unidad de Salud Comunitaria Ayutuxtepeque.

En base a los datos obtenidos de 129 pacientes con hipertensión arterial de 30 a 60 años que consultan en Unidad de Salud Comunitaria Ayutuxtepeque se observa un alta prevalencia de obesidad ($\approx 77\%$), mientras que del total de población encuestada únicamente 5 personas se encuentran con un peso óptimo.

Tabla N° 3. Nivel educativo de pacientes con hipertensión arterial de 30 a 60 años que consultan en Unidad de Salud Comunitaria Ayutuxtepeque en Junio - Septiembre del año 2025.

Nivel educativo		
Indicador	Fr	Fr%
Ninguno	24	18.60%
Básico	50	38.76%
Bachillerato	27	20.93%
Universitario	28	21.70%
Total	129	100%

Fuente: Cuestionario sobre factores influyentes en la adherencia al tratamiento de la Hipertensión Arterial que consultan en la Unidad de Salud Comunitaria Ayutuxtepeque.

En base a los datos obtenidos de 129 pacientes con hipertensión arterial de 30 a 60 años que consultan en Unidad de Salud Comunitaria Ayutuxtepeque se observa del total de la muestra 50 poseen un nivel educativo básico, 28 cuentan con estudios universitarios, 27 bachillerato y 24 no posee ningún nivel educativo.

Tabla N° 4. Valores de Presión arterial relacionados con el abandono del tratamiento en pacientes con hipertensión arterial de 30 a 60 años que consultan en Unidad de Salud Comunitaria Ayutuxtepeque en Junio - Septiembre del año 2025.

Valores de Presión Arterial						
Clasificación	Abandono de Tratamiento					
	NO	Fr%	SI	Fr%	Total	
Normal: 120/80 mmHg	70	54.26%	16	12.40%	86	66.66%
Elevada: 120-129/<80 mmHg	9	6.97%	3	2.32%	12	9.30%
Hipertensión etapa 1:130-139/80-89 mmHg	11	8.52%	4	3.10%	15	11.62%
Hipertensión etapa 2: $\geq 140/ \geq 90$ mmHg	8	6.20%	8	6.20%	16	12.40%
Hipertensión grave: >180/>120 mmHg	0	0%	0	0%	0	0%
Total	98	75.96%	31	24.03%	129	100%

Fuente: Cuestionario sobre factores influyentes en la adherencia al tratamiento de la Hipertensión Arterial que consultan en la Unidad de Salud Comunitaria Ayutuxtepeque.

Se observa en los datos obtenidos de 129 pacientes con hipertensión arterial de 30 a 60 años que consultan en Unidad de Salud Comunitaria Ayutuxtepeque que del total 31 pacientes abandonaron el tratamiento de hipertensión arterial, de los pacientes con hipertensión en etapa 2 el abandono y no abandono se igualan con un total de 8 personas en cada categoría; 16 pacientes con hipertensión en rango normal abandonaron el tratamiento contrarrestando con 70 que continuaron con su tratamiento.

Tabla N°5. Conocimiento sobre causas, signos y síntomas, efectos secundarios y percepción sobre la eficacia del tratamiento en pacientes con hipertensión arterial de 30 a 60 años que consultan en Unidad de Salud Comunitaria Ayutuxtepeque en Junio - Septiembre del año 2025.

Conocimiento sobre causas, signos y síntomas, efectos secundarios y percepción sobre la eficacia del tratamiento de la hipertensión arterial.						
Valor / Indicador	Totalmente en desacuerdo	En Desacuerdo	Neutro	De acuerdo	Totalmente de acuerdo	Total
Conocimiento sobre la Hipertensión Arterial	5	19	35	48	22	129
Conocimiento sobre signos y síntomas de la Hipertensión Arterial	3	15	41	51	19	129
Comprensión sobre las repercusiones al no tratar la hipertensión arterial.	5	14	35	54	21	129
Eficacia de tratamiento para la presión arterial.	6	12	39	42	30	129
Confianza en el tratamiento	5	14	31	49	30	129
Control de la presión arterial con el seguimiento de recomendaciones	2	11	32	42	42	129

Fuente: Cuestionario sobre factores influyentes en la adherencia al tratamiento de la Hipertensión Arterial que consultan en la Unidad de Salud Comunitaria Ayutuxtepeque.

En cuanto los datos obtenidos de las preguntas 1 a la 6 que se evaluaron por medio de escala de Likert se obtuvo que en cuanto a conocimiento sobre la Hipertensión Arterial 105 tienen conocimiento en alguna medida sobre la enfermedad contrastando con 24

que desconocen de ella; 111 conocen sobre signos y síntomas de la HTA de ellos, mientras 18 los desconocen; 110 conocen las repercusiones de no tratar la HTA y 19 de ellos no tienen consciencia de ellas; 111 consideran eficaz en alguna medida el tratamiento de hipertensión arterial mientras 18 están en desacuerdo; 110 confían en el tratamiento y 19 desconfían de este; 116 consideran que se puede controlar la hipertensión arterial siguiendo las recomendaciones del médico y 13 se encuentran en desacuerdo.

Tabla N°6. Realización de actividad física en pacientes con hipertensión arterial de 30 a 60 años que consultan en Unidad de Salud Comunitaria Ayutuxtepeque en Junio - Septiembre del año 2025.

Realización de actividad física		
Indicador	Fr	Fr%
SI	87	67.44%
NO	42	32.55%
Total	129	100%

Fuente: Cuestionario sobre factores influyentes en la adherencia al tratamiento de la Hipertensión Arterial que consultan en la Unidad de Salud Comunitaria Ayutuxtepeque.

Se observa en los datos obtenidos de 129 pacientes con hipertensión arterial de 30 a 60 años que consultan en Unidad de Salud Comunitaria Ayutuxtepeque que del total 87 de 129 realizan algún tipo de actividad física.

Tabla N°7. Tipo de actividad física y tiempo que dedican a realizarla pacientes con hipertensión arterial de 30 a 60 años que consultan en Unidad de Salud Comunitaria Ayutuxtepeque en Junio - Septiembre del año 2025.

Tiempo y tipo de actividad física								
Tipo de actividad física.	Tiempo						Total	
	Menos de 150 minutos	Fr%	Entre 150 a 300 minutos	Fr%	Más de 300 minutos	Fr%		
Caminar	50	30.12%	35	21.08%	4	2.40%	89	53.6%
Correr	3	1.80%	23	13.85%	6	3.61%	32	19.30%
Nadar	0	0%	4	2.40%	2	1.20%	6	3.60%
Andar en Bicicleta	2	1.20%	2	1.20%	1	0.60%	5	3%
Saltar la cuerda	0	0%	5	3.01%	0	0%	5	3.01%
Bailar	8	4.81%	18	10.84%	3	1.80%	29	17.45%
Total	63	37.95%	87	52.40%	16	9.63%	166	100%

Fuente: Cuestionario sobre factores influyentes en la adherencia al tratamiento de la Hipertensión Arterial que consultan en la Unidad de Salud Comunitaria Ayutuxtepeque.

Se observa predilección por la caminata de 89 de la cual se realiza por más de la mitad por un tiempo menor de 150 minutos, correr es la segunda actividad con un frecuencia de 32, con una proporción notable de 23 personas que alcanza entre 150–300 min/semana, bailar ocupa el tercer lugar con una frecuencia de 29, con la mayoría en la franja de 150–300 min/semana, nadar, bicicleta y saltar la cuerda cuentan con menos 10 participantes cada una de ellas.

El total de 166 supera el número de participantes de 87 personas que declararon realizar algún tipo de actividad física porque a un mismo participante se le dio la oportunidad de reportar más de una actividad.

Tabla N° 8. Consumo de alimentos y hábitos dietéticos en pacientes con hipertensión arterial de 30 a 60 años que consultan en Unidad de Salud Comunitaria Ayutuxtepeque en Junio - Septiembre del año 2025.

Consumo de alimentos y hábitos dietéticos.		
Indicador	Fr	Fr%
Agregar sal extra a los alimentos	61	47.2%
Consumo de frutas y verduras de (4 - 5 porciones diarias).	91	70.5%
Utilización de aceites de oliva y canola (2 a 3 porciones diarias).	42	32.5%
Consumo de al menos 2 litros y medio de agua al día.	117	90.6%
Consumo de productos lácteos bajos en grasa o sin grasa (2 - 3 porciones diarias).	70	54.26%
Consumo de carnes, aves y pescado (6 porciones o menos diarias).	97	75.19%
Consumo de frutos secos (almendras, nueces, maníes) o legumbres (frijoles o guisantes) - (4 a 5 porciones semanales).	56	43.2%
Consumo de dulces o azúcares (5 porciones o menos semanales).	34	26.35%
Consumo de alcohol (menor de 2 bebidas diarias).	9	6.97%
Consumo de tabaco.	4	3.1%
Consumo de cafeína (400 miligramos por día).	70	54.26%

Fuente: Cuestionario sobre factores influyentes en la adherencia al tratamiento de la Hipertensión Arterial que consultan en la Unidad de Salud Comunitaria Ayutuxtepeque.

Se observa en los datos obtenidos de 129 pacientes con hipertensión arterial de 30 a 60 años que consultan en Unidad de Salud Comunitaria Ayutuxtepeque que se destaca un alto consumo de frutas y verduras por una frecuencia de 91 y agua 117, pero también un elevado uso de sal con una frecuencia de 61 y cafeína de 70, la sumatoria de los datos es por encima del número de la muestra ya que a cada participante se le dio la opción de escoger varias opciones.

Tabla N° 9. Relación entre el tiempo de duración de la consulta, y la comprensión, tanto de las indicaciones como recomendaciones, brindadas en la misma, en pacientes con hipertensión arterial de 30 a 60 años que consultan en Unidad de Salud Comunitaria Ayutuxtepeque en Junio - Septiembre del año 2025.

Relación entre el tiempo de consulta, y la comprensión de indicaciones y recomendaciones.								
Tiempo de consulta	Comprensión							
	Comprensibles	Fr%	Confusas	Fr%	No comprensibles	Fr%	Total	
Breve (menos de 15 minutos)	14	13%	9	45%	4	67%	27	21%
Adecuado (15 minutos)	78	76%	10	50%	2	33%	90	70%
Extenso (más de 15 minutos)	11	11%	1	5%	0	0%	12	9%
Total	103	100%	20	100%	6	100%	129	100%

Fuente: Cuestionario sobre factores influyentes en la adherencia al tratamiento de la Hipertensión Arterial que consultan en la Unidad de Salud Comunitaria Ayutuxtepeque.

De acuerdo con la percepción, en relación con el tiempo de atención médica, así como la comprensión de las indicaciones y recomendaciones brindadas a 129 usuarios tratados por hipertensión arterial, entre 30 – 60 años, en la USI Ayutuxtepeque, durante el periodo de junio – septiembre del 2025; **27** de estos percibieron como “breve” menos de 15 minutos, de los cuales **14** describieron como “comprensibles” las indicaciones, **9** como “confusas”, **4** como “no comprensibles”. **90** usuarios lo percibieron como “adecuado” 15 minutos, dentro de estos **78** describen las indicaciones recibidas como “comprensibles”, **10** “confusas”, **2** “no comprensibles”, y finalmente **12** de estos como “extenso” más de 15 minutos, **11** de estos refieren “comprender” las indicaciones, **1** de estos las describe como “confusas”, mientras ninguno reporta “no comprender”.

Tabla N° 10. Actitud del médico durante la atención, y la confianza percibida por los pacientes con hipertensión arterial de 30 a 60 años que consultan en Unidad de Salud Comunitaria Ayutuxtepeque en Junio - Septiembre del año 2025.

Actitud del médico durante la atención, y confianza percibida por el paciente:									
Actitud del médico	Confianza del paciente							Total	
	Sí	Fr%	Parcialmente	Fr%	No	Fr%			
Positiva	79	61.24%	7	5.42%	0	0%	86	66.70%	
Neutra	18	13.95%	19	14.72%	3	2.32%	40	30.99%	
Negativa	0	0%	1	0.77%	2	1.55%	3	2.32%	
Total	97	75.19%	27	20.93%	5	3.87%	129	100%	

Fuente: Cuestionario sobre factores influyentes en la adherencia al tratamiento de la Hipertensión Arterial que consultan en la Unidad de Salud Comunitaria Ayutuxtepeque.

En relación con la actitud del médico durante la atención brindada, y la confianza percibida por el paciente durante el desarrollo de esta; de 129 usuarios tratados por hipertensión arterial, entre 30 – 60 años, en la USI Ayutuxtepeque, durante el periodo de junio – septiembre del 2025; **86** calificaron como “positiva” la actitud y atención del médico, de los cuales **79** refirieron sentirse en “confianza”, **7** en “confianza parcial” y **ninguno** en “desconfianza”. **40** usuarios percibieron la actitud y atención como “neutra”, dentro de estos **18** indicaron sentirse en “confianza”, **19** “parcialmente en confianza”, **3** en “desconfianza”, y finalmente **3** describieron la actitud y atención como “negativa”, de los cuales **ninguno** refirió sentirse en “confianza”, **1** “parcialmente en confianza” y **2** en “desconfianza”.

Tabla N° 11. Tipo de empleo, e ingresos económicos mensuales familiares, de pacientes con hipertensión arterial de 30 a 60 años que consultan en Unidad de Salud Comunitaria Ayutuxtepeque en Junio - Septiembre del año 2025.

Empleo e ingresos económicos mensuales familiares								
Tipo de empleo	Ingresos económicos mensuales familiares							
	Menos de \$300	Fr%	\$300	Fr%	Más de \$300	Fr%	Total	
No poseo empleo	9	6.97%	26	20.15%	8	6.20%	43	33.32%
Informal o independiente	6	4.65%	28	21.70%	9	6.97%	43	33.32%
Formal o bajo contrato	1	0.77%	13	10.10%	29	22.48%	43	33.35%
Total	16	12.40%	67	51.93%	46	35.65%	129	100%

Fuente: Cuestionario sobre factores influyentes en la adherencia al tratamiento de la Hipertensión Arterial que consultan en la Unidad de Salud Comunitaria Ayutuxtepeque.

Evaluando otros aspectos como el tipo de empleo, y los ingresos económicos mensuales familiares; de 129 usuarios tratados por hipertensión arterial, entre 30 – 60 años, en la USI Ayutuxtepeque, durante el periodo de junio – septiembre del 2025; **16** reportaron ingresos económicos mensuales familiares “menores a \$300”, de estos **9** no poseen empleo, **6** trabajan de manera informal y **1** trabaja de manera formal. **67** usuarios reportaron ingresos económicos mensuales familiares de “\$300”, de los cuales 26 se encuentran desempleados, 28 poseen un empleo informal y 13 trabajan de manera formal bajo contrato y finalmente **46** reportaron ingresos “mayores de \$300”, **8** de estos no teniendo un empleo, **9** trabajando de manera informal y **29** con un empleo bajo contrato.

Tabla N° 12. Seguimiento y apoyo familiar, en el adecuado cumplimiento del tratamiento farmacológico y no farmacológico, de pacientes con hipertensión arterial de 30 a 60 años que consultan en Unidad de Salud Comunitaria Ayutuxtepeque en Junio - Septiembre del año 2025.

Seguimiento familiar – recordar horarios de cumplimiento de medicamentos									
¿Viven más personas en su hogar?	Recordar el cumplimiento del medicamento							Total	
	No dificultad	Fr%	Sí	Fr%	No	Fr%			
Sí	62	48.06%	42	32.55%	7	5.42%	111	86.03%	
No	7	5.42%	2	1.55%	9	7%	18	13.94%	
Total	69	53.48%	44	34.10%	16	12.40%	129	100%	

Fuente: Cuestionario sobre factores influyentes en la adherencia al tratamiento de la Hipertensión Arterial que consultan en la Unidad de Salud Comunitaria Ayutuxtepeque.

En relación con la presencia y apoyo familiar, en el adecuado cumplimiento del tratamiento farmacológico; de **129** usuarios tratados por hipertensión arterial, entre 30 – 60 años, en la USI Ayutuxtepeque, durante el periodo de junio – septiembre del 2025; **111** reportaron vivir con algún familiar, de los cuales **62** niegan tener dificultad para recordar y cumplir el tratamiento, **42** recibe apoyo por parte de su familia, y **7** refiere no recibir ayuda, los **18** pacientes restantes reportaron vivir solos, de los cuales **7** refieren no tener ningún inconveniente para cumplir el tratamiento, **2** reciben ayuda de personas externas al hogar para cumplir el tratamiento, y **9** refieren no contar con ningún tipo de ayuda.

Tabla N° 13. Seguimiento y apoyo familiar, acompañamiento a sus controles médicos, de pacientes con hipertensión arterial de 30 a 60 años que consultan en Unidad de Salud Comunitaria Ayutuxtepeque en Junio - Septiembre del año 2025.

Seguimiento familiar – Acompañamiento a controles y toma de estudios								
¿Viven más personas en su hogar?	Acompañamiento a controles médicos							
	No dificultad	Fr%	Sí	Fr%	No	Fr%	Total	
Sí	59	89%	43	93%	9	53%	111	86%
No	7	11%	3	7%	8	47%	18	14%
Total	66	100%	46	100%	17	100%	129	100%

Fuente: Cuestionario sobre factores influyentes en la adherencia al tratamiento de la Hipertensión Arterial que consultan en la Unidad de Salud Comunitaria Ayutuxtepeque.

En relación con la presencia y apoyo familiar, en el acompañamiento de controles médicos y toma de estudios necesarios; de **129** usuarios tratados por hipertensión arterial, entre 30 – 60 años, en la USI Ayutuxtepeque, durante el periodo de junio – septiembre del 2025; **111** reportaron vivir con algún familiar, de los cuales **59** niegan tener dificultad para asistir a sus controles y toma de exámenes, **43** recibe apoyo por parte de su familia, y **9** refieren no recibir ningún tipo de ayuda, los **18** pacientes restantes reportaron vivir solos, de los cuales **7** refieren no tener ningún inconveniente para asistir a la unidad de salud, **3** reciben ayuda de personas externas al hogar para poder asistir, y **8** refieren no contar con ningún tipo de ayuda.

Tabla N° 14. Accesibilidad a los servicios de salud, de pacientes con hipertensión arterial de 30 a 60 años que consultan en Unidad de Salud Comunitaria Ayutuxtepeque en Junio - Septiembre del año 2025.

Accesibilidad a los servicios de salud						
¿Utiliza algún medio de transporte para asistir a la unidad de salud?	Adquiere el medicamento por sus propios medios					
	Sí	Fr%	No	Fr%	Total	
Sí	54	74%	44	79%	98	76%
No	19	26%	12	21%	31	24%
Total	73	100%	56	100%	129	100%

Fuente: Cuestionario sobre factores influyentes en la adherencia al tratamiento de la Hipertensión Arterial que consultan en la Unidad de Salud Comunitaria Ayutuxtepeque.

Dentro de la accesibilidad de los usuarios al tratamiento, evaluando aspecto como el desplazamiento hacia la unidad de salud, así como la obtención de los medicamentos de forma privada, de **129** usuarios tratados por hipertensión arterial, entre 30 – 60 años, en la USI Ayutuxtepeque, durante el periodo de junio – septiembre del 2025; **98** reportaron que se desplazan a la unidad de salud utilizando algún medio de transporte, de los cuales **54** indicaron que de no poder asistir adquieren sus medicamentos de forma particular, mientras que los **44** restantes no adquieren sus medicamentos, además, **31** usuarios indicaron no hacer uso de ningún medio de transporte, de los cuales **19** refirieron poder adquirir su medicamentos de forma particular, y **12** no tener las posibilidades de hacerlo.

VIII. Discusión

En la presente investigación realizada en Unidad de Salud Comunitaria Ayutuxtepeque se obtuvieron datos que reflejan que la hipertensión arterial se concentra en mujeres con 79.8% de las cuales corresponden en su mayoría a mujeres en edad postmenopáusicas, etapa en la que se presenta una disminución de estrógenos que se asocia a mayor riesgo cardiovascular, al igual que la alta prevalencia de obesidad con un 76.7% indica una coexistencia de factores de riesgo metabólico que agravan la hipertensión.

En cuanto al tratamiento antihipertensivo se evidenció que en la población estudiada un 75.9% no ha abandonado su tratamiento pero esto no significa que todos ellos se encuentren dentro de presiones metas a pesar de seguir con el tratamiento instaurado un 21.7% se encuentra con valor de tensión arterial alterada. El 24% manifestaron en algún momento el abandono del tratamiento que pudiese verse afectado por factores como efectos adversos de la medicación, falta de percepción de riesgo y barreras de acceso a servicios.

Aunque más del 50% de la población tenga un nivel de conocimiento aceptable (considerándose como aceptable la valoración “De acuerdo” y “Totalmente de acuerdo” en las opciones de respuesta), sobre la hipertensión arterial, sus signos y síntomas, efectos secundarios, repercusiones a la salud al no ser tratada, eficacia y confianza en el tratamiento, el grupo que manifiesta desconocimiento es clínicamente significativo, pues incluso una minoría desinformada puede comprometer el control poblacional de la enfermedad.

La práctica de ejercicio evidenciada no alcanza las recomendaciones de la OMS al menos 150 minutos de intensidad moderada semanal, así como el tipo de actividad física como el caminar que aunque es beneficioso, su duración insuficiente limita el impacto en la reducción de la presión arterial. Este déficit, junto con la elevada obesidad, compromete el estado de salud de la población a pesar del cumplimiento del tratamiento.

Aunque son evidentes hábitos positivos como el buen consumo de frutas y agua, el exceso de sal, azúcares y cafeína representa un riesgo directo para el control de la presión arterial en la población en estudio en la que ya son evidentes otros factores de riesgos antes descritos.

Basados en la investigación realizada, factores como el ámbito institucional, el contexto socioeconómico y familiar del paciente, juegan un papel importante y esencial en la adherencia al tratamiento tanto farmacológico como no farmacológico, en aquellos pacientes tratados con hipertensión.

Podemos evidenciar que aquellos pacientes que percibieron el tiempo de atención médica como “adecuado” (15 minutos), tuvieron menos dificultades para comprender el adecuado cumplimiento del tratamiento indicado (medicamentos, funciones, cantidad, horario y vía de cumplimiento), alcanzando el 60.4646% de la población estudiada. Sugiriendo que la calidad en la atención brindada es un elemento clave para la adherencia terapéutica. Caso contrario, aquellos usuarios que reportaron la duración de la atención como “breve” (menor a 15 minutos) o “extensa” (mayor a 15 minutos), presentaron mayores dificultades para comprender de forma adecuado, y por ende cumplir de forma óptima el tratamiento instaurado, alcanzando un porcentaje en conjunto del 10.8%, reforzando la importancia de garantizar tiempos adecuados de consulta, según sea el tipo de atención brindada.

La actitud del médico durante la atención brindada se ubica como uno de los principales factores determinante, en el abordaje de la hipertensión arterial y cualquier patología, y por consiguiente, en la adherencia del paciente al tratamiento, generando así un ambiente de confianza, donde el paciente puede expresar desde sus dolencias, hasta su mejoría, con respecto a la enfermedad. De acuerdo con el estudio realizado el 66.6% de los pacientes percibieron su experiencia en la atención como “positiva”, de los cuales el 96.12% refirieron sentirse en confianza. Hallazgo que puede contrastarse con diversos estudios previos, los cuales señalan que la calidad en la relación médico – paciente, y el grado de empatía percibido influyen significativamente en el seguimiento,

y cumplimiento, no solo del tratamiento farmacológico y no farmacológico, sino, en las atenciones subsecuentes y estudios indicados.

En cuanto a las condiciones socioeconómicas, un porcentaje considerable de la población investigada, reportó ingresos familiares mensuales iguales o inferiores a \$300 (64.3%), de los cuales el 53.47% no poseen empleo, o poseen empleo informal, donde los ingresos económicos mensuales son variables. Lo anterior implica una gran limitante en el acceso al tratamiento, cuando por distintos factores no pueden acceder a ello, a través de la red pública. Siendo la vulnerabilidad económica una barrera directa a la adherencia.

Tanto la dinámica familiar, como las redes sociales de apoyo, forman parte de aquellos factores protectores frente al abandono del tratamiento. Dentro de la investigación realizada se pudo identificar que un 86.03% de la población estudiada vive con alguien dentro de su hogar, de estos alrededor 48.06% refirieron no tener dificultad, para recordar el adecuado cumplimiento del tratamiento, o la asistencia al centro de salud para su seguimiento clínico. Sin embargo, un 13.94% de la población, vive solo dentro de su hogar, de los cuales 7%, no reciben un apoyo familiar.

IX. Conclusiones

- La hipertensión arterial, en la actualidad se ha convertido en un problema sanitario de primer orden, ya que a pesar de su prevención, detección, tratamiento y seguimiento los casos solo han ido en ascenso. Siendo influenciada por múltiples factores que propician la correcta adherencia al tratamiento, dentro de los cuales se describen; las creencias y actitudes que tienen los pacientes para con la patología, derivadas de la información buena o mala disponible sobre la enfermedad, la percepción sobre la efectividad del tratamiento, así como la calidad en la atención recibida por el personal de salud, tomando en cuenta aspectos como la comunicación, empatía y confianza. También factores socioeconómicos y familiares, desde el nivel educativo, la accesibilidad a los servicios, así como el acompañamiento familiar.
- De acuerdo con el estudio realizado el 66.7 % de los pacientes percibieron su experiencia en la atención como “positiva”, de los cuales el 96.12 % refirieron sentirse en confianza. Además, podemos evidenciar como el 70 % de la población en estudio, percibieron una atención médica con duración de 15 minutos como “adecuada”, de estos el 60.4 % comprendieron las indicaciones brindadas en relación con el adecuado cumplimiento. Caso contrario, aquellos usuarios que percibieron la duración en la atención como “breve” o “extensa”, es decir, el 30 % presentaron dificultades para comprender de forma adecuada, y por ende cumplir de forma óptima el tratamiento instaurado. Con lo anterior, podemos constatar como la calidad en la atención, abordada desde la perspectiva del paciente, tomando en cuenta la actitud y confianza en el personal médico, así como el tiempo en la atención brindada, se ubican dentro de los principales determinantes, en el abordaje integral de la hipertensión arterial, como de cualquier patología.
- Dentro del conocimiento sobre la hipertensión arterial el 54.26%, fue capaz de identificar aquellos aspectos claves en la definición de hipertensión arterial, así como los signos y síntomas que la acompañan, un 58.1% reconoce las repercusiones de no tratar la hipertensión hipertensión arterial de forma

adecuada, y un 61% percibe la eficacia del tratamiento como óptima. Lo anterior, abordado a través de una escala de Likert, considerándose como aceptable la valoración “De acuerdo” y “Totalmente de acuerdo” en las opciones de respuesta. Reconociendo así, que la población en estudio, en más del 50% conoce qué es, causas, signos y síntomas, efectos secundarios, sobre la enfermedad.

- En cuanto a los factores socioeconómicos; el mayor porcentaje de la población investigada reportó ingresos familiares mensuales iguales o inferiores a \$300, es decir, 64.3%, y si tomamos en cuenta, no solo aquellos usuarios que reportan ingresos, iguales o menores a \$300 mensuales, sino, también aquellos que no poseen empleo, o lo poseen de manera informal, obtenemos que más de la mitad 53.4% reciben ingresos económicos mensuales inconsistentes. Factores socioeconómicos como bajos ingresos económicos, desempleo o inestabilidad laboral, marcan importantes limitantes para la población, con relación al acceso a sus tratamientos médicos, sobre todo cuando por distintos motivos, por ejemplo, la accesibilidad geográfica, no pueden acceder a ellos a través de la red pública, condicionando así, la continuidad de sus controles médicos. Siendo la vulnerabilidad económica una barrera directa a la adherencia.
- De la población en estudio, el 86.03 %, reportaron vivir con más personas dentro del hogar, de los cuales 48.06 % refirieron no tener dificultades para recordar el adecuado cumplimiento del medicamento. Sin embargo, del porcentaje restante 13.94% que no viven con alguien más dentro de su hogar, el 7% reportó tener dificultad para cumplir de forma óptima el adecuado cumplimiento del tratamiento. Porcentaje, aunque pequeño, representa un riesgo para el manejo de la enfermedad, y adherencia al tratamiento instaurado. Con lo anterior podemos concluir que, la presencia familiar, así como el apoyo y el seguimiento por parte de la misma, en relación con el cumplimiento del tratamiento, y acompañamiento del paciente a sus diferentes evaluaciones médicas, mejora de forma significativa la adherencia del paciente a su tratamiento, y por ende, mejora de forma progresiva e integral su salud.

X. Recomendaciones

- Desarrollar e implementar programas educativos dirigidos especialmente a mujeres en edad posmenopáusica, que incluyan charlas, material impreso y sesiones grupales sobre control de hipertensión, manejo del peso y adherencia al tratamiento.
- Crear y fortalecer programas comunitarios de nutrición y actividad física supervisada que promuevan una pérdida de peso sostenida, incluyendo asesoría de nutricional enfatizadas en la reducción de consumo de sal, azúcares y cafeínas y seguimiento periódico; además de implementar programas de ejercicio comunitario que aseguren al menos 150 minutos de actividad moderada por semana, con orientación profesional para aumentar la intensidad progresivamente
- Establecer estrategias de seguimiento para identificar tempranamente a los pacientes en riesgo de abandono y facilitar ajustes de medicación según las metas de presión arterial.
- Buscar e implementar estrategias que permitan optimizar el tiempo, al mismo tiempo fortalecer la calidad, en la atención médica brindada, asegurándose que los pacientes reciban indicaciones claras y comprensibles en relación a su tratamiento, y seguimiento, valorando aspectos como la edad, nivel educativo y socio - económico.
- Capacitar dentro del establecimiento, a todo el personal de salud, y aquel personal que brinde atención a pacientes, en habilidades de comunicación, empatía y educación, con la finalidad de mejorar la relación médico - paciente, y por consiguiente el ambiente de confianza, mejorando así, el abordaje integral de la enfermedad.
- Fortalecer estrategias, desde acercamientos comunitarios, brigadas médicas, e incluso visitas domiciliarias dirigidas, en pacientes con enfermedades crónicas no transmisibles, donde se ha identificado alguna limitante económica, familiar,

geográfica o social, que impida o interrumpa la continuidad del cumplimiento del tratamiento, o asistencia a seguimiento clínico.

- Fomentar campañas de educación en salud, desde charlas, reuniones de pacientes con enfermedades crónicas no transmisibles, hasta orientación dentro de la misma atención médica brindada, dirigidas tanto a pacientes como a familiares, sobre la importancia de la adherencia al tratamiento y el rol de la familia en el acompañamiento del paciente crónico.

XI. Bibliografía

1. Ortega JPG, Ramón SMQ, Astudillo EPD, Ávila SAS, Vásquez XSS, Solórzano GAG, et al. Adherencia al tratamiento de la hipertensión arterial en adultos mayores. 1 de febrero de 2021 [citado 11 de marzo de 2025]; Disponible en: <https://zenodo.org/record/4484355>
2. Día Mundial de la Hipertensión 2024 - OPS/OMS | Organización Panamericana de la Salud [Internet]. [citado 11 de marzo de 2025]. Disponible en: <https://www.paho.org/es/campanas/dia-mundial-hipertension-2024>
3. Hipertensión - OPS/OMS | Organización Panamericana de la Salud [Internet]. 2025 [citado 11 de marzo de 2025]. Disponible en: <https://www.paho.org/es/temas/hipertension>
4. El Salvador se suma a la iniciativa HEARTS - OPS/OMS | Organización Panamericana de la Salud [Internet]. 2022 [citado 11 de marzo de 2025]. Disponible en: <https://www.paho.org/es/noticias/24-2-2022-salvador-se-suma-iniciativa-hearts>
5. Perfil de país - El Salvador | Salud en las Américas [Internet]. [citado 11 de marzo de 2025]. Disponible en: <https://hia.paho.org/es/perfiles-de-pais/el-salvador>
6. Frieden TR, Varghese CV, Kishore SP, Campbell NRC, Moran AE, Padwal R, et al. Scaling up effective treatment of hypertension—A pathfinder for universal health coverage. *J Clin Hypertens*. 23 de septiembre de 2019;21(10):1442-9.
7. Tomasino C, Tomasino M. Medication adherence and non-adherence in arterial hypertension: a narrative review. *Explor Med*. 23 de enero de 2025;1001276.
8. TESIS DRA. BERTHA BRAVO.pdf [Internet]. [citado 11 de marzo de 2025]. Disponible en: <https://dspace.unl.edu.ec/jspui/bitstream/123456789/18161/1/TESIS%20DRA.%20BERTHA%20BRAVO.pdf>
9. Hypertension [Internet]. [citado 13 de julio de 2025]. Disponible en: <https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/hypertension>
10. DRA. DORA ZENAIDA AREVALO DE REYES. VALORACIÓN DE LOS LINEAMIENTOS TÉCNICOS PARA LA REFERENCIA, RETORNO E INTERCONSULTA EN LAS REDES INTEGRALES E INTEGRADAS DE SALUD EN LA UNIDAD COMUNITARIA DE SALUD INTERMEDIA SAN RAFAEL DE SANTA ANA, FEBRERO A SEPTIEMBRE 2019. 2019;
11. Granados G, Roales-Nieto JG, Moreno E, Ybarra JL. Creencias y conductas de corrección en pacientes con hipertensión arterial. 8.
12. Holguín L, Correa D, Arrivillaga M, Cárceres D, Varela M. Adherencia al tratamiento de hipertensión arterial: efectividad de un programa de intervención biopsicosocial.

Univ Psychol. diciembre de 2006;5(3):535-48.

13. Plan de alimentación DASH | NHLBI, NIH [Internet]. 2025 [citado 23 de abril de 2025]. Disponible en: <https://www.nhlbi.nih.gov/education/dash-eating-plan>
14. Mayo Clinic [Internet]. [citado 3 de mayo de 2025]. Efecto de la cafeína en la presión arterial. Disponible en: <https://www.mayoclinic.org/es/diseases-conditions/high-blood-pressure/expert-answers/blood-pressure/faq-20058543>
15. Directrices de la OMS Sobre Actividad Física y Hábitos Sedentarios: De un Vistazo. 1st ed. Geneva: World Health Organization; 2020. 1 p.
16. MARIN L. Explicación de la no adherencia: el marco COM-B [Internet]. A:care HCP LATAM. 2025 [citado 26 de marzo de 2025]. Disponible en: <https://pro.acare-latam.com/impacto-creenciasyconceptos/>
17. Adherencia terapéutica - Asociación Española de Enfermería en Cardiología - AEEC [Internet]. [citado 14 de marzo de 2025]. Disponible en: <https://enfermeriaencardiologia.com/salud-cardiovascular/prevencion/factores-de-riesgo/adherencia-terapeutica>
18. Ortega Cerda JJ, Sánchez Herrera D, Rodríguez Miranda ÓA, Ortega Legaspi JM, Ortega Cerda JJ, Sánchez Herrera D, et al. Adherencia terapéutica: un problema de atención médica. Acta Médica Grupo Ángeles. septiembre de 2018;16(3):226-32.
19. Dilla T, Valladares A, Lizán L, Sacristán JA. Adherencia y persistencia terapéutica: causas, consecuencias y estrategias de mejora. Aten Primaria. junio de 2009;41(6):342-8.
20. Pagès-Puigdemont N, Valverde-Merino MI, Pagès-Puigdemont N, Valverde-Merino MI. Adherencia terapéutica: factores modificadores y estrategias de mejora. Ars Pharm Internet. diciembre de 2018;59(4):251-8.
21. Mendoza Reyes R. La adherencia terapéutica en pacientes con enfermedades crónicas no transmisibles: diabetes, hipertensión y obesidad. Med Ética. diciembre de 2021;32(4):897-945.
22. Martín Alfonso L de los Á, Grau Ábalo JA, Espinosa Brito AD. Marco conceptual para la evaluación y mejora de la adherencia a los tratamientos médicos en enfermedades crónicas. Rev Cuba Salud Pública. junio de 2014;40(2):222-35.
23. Silva GE, Galeano E, Correa JO. Compliance with the treatment.
24. Alfonso LM. La investigación de la adherencia terapéutica como un problema de la psicología de la salud. 2004;14.
25. Bayas GPC. Determinantes de salud que influyen en la adherencia al tratamiento en

pacientes con hipertensión arterial en Latinoamérica. *Mediciencias UTA*. 1 de junio de 2019;3(2):2-9.

26. Morales R, Estela L. La adherencia al tratamiento en las enfermedades crónicas. *Rev Cuba Angiol Cir Vasc*. diciembre de 2015;16(2):175-89.
27. Gil Amézquita DF. Factores asociados a la adherencia al tratamiento en pacientes con hipertensión arterial [Internet] [Trabajo de grado - Maestría]. Universidad Nacional de Colombia; 2022 [citado 14 de marzo de 2025]. Disponible en: <https://repositorio.unal.edu.co/handle/unal/81461>
28. Díez Patricio A. Más sobre la interpretación (II): ideas y creencias. *Rev Asoc Esp Neuropsiquiatría*. junio de 2017;37(131):127-43.
29. Curso: Ciencias Psicosociales I (2011) [Internet]. [citado 23 de abril de 2025]. Disponible en: <https://ocw.unican.es/course/view.php?id=25>
30. Calidad de la atención [Internet]. [citado 26 de marzo de 2025]. Disponible en: <https://www.who.int/es/health-topics/quality-of-care>
31. Lineamientos técnicos para la gestión del tiempo y la demanda en las unidades de salud del primer nivel de atención [Internet]. [citado 3 de mayo de 2025]. Disponible en: https://asp.salud.gob.sv/regulacion/pdf/lineamientos/lineamientostecnicosparalagestiondeltiempoylademandaenlasunidadesdesaluddelprimerniveldeatencion-Acuerdo-1470_v1.pdf
32. González Fernández RX. Factores socioeconómicos que influyen en el acceso a la educación superior en la zona rural del cantón Salitre (Guayas, Ecuador). *Rev InveCom* [Internet]. junio de 2024 [citado 26 de marzo de 2025];4(2). Disponible en: http://ve.scielo.org/scielo.php?script=sci_abstract&pid=S2739-00632024000200144&lng=es&nrm=iso&tlng=es

XII. Anexos

Cuestionario

Tema de Investigación: Factores influyentes en la adherencia al tratamiento de la Hipertensión Arterial en pacientes de 30 a 60 años que consultan en la Unidad de Salud Comunitaria Ayutuxtepeque en el periodo de Junio - Septiembre del año 2025.

Objetivo general: Describir los factores que influyen en la adherencia al tratamiento de la Hipertensión Arterial en pacientes de 30 a 60 años que consultan en la Unidad de Salud Comunitaria Ayutuxtepeque en el periodo de Junio - Septiembre del año 2025.

Datos Generales.

Edad: _____ Sexo: _____ Peso: _____ Talla: _____ IMC: _____ Nivel educativo: _____ Abandono de tratamiento: _____ PA: _____

CREENCIAS Y ACTITUDES HACIA LA HIPERTENSIÓN ARTERIAL

1. ¿Conoce qué es la hipertensión arterial?
 - Totalmente en desacuerdo
 - En desacuerdo
 - Neutro
 - De acuerdo
 - Totalmente de acuerdo

2. ¿Conoce los signos y síntomas más característicos de la hipertensión arterial?
 - Totalmente en desacuerdo
 - En desacuerdo
 - Neutro
 - De acuerdo
 - Totalmente de acuerdo

3. ¿Comprende las repercusiones para la salud al no tratar la hipertensión arterial?
- Totalmente en desacuerdo
 - En desacuerdo
 - Neutro
 - De acuerdo
 - Totalmente de acuerdo
4. ¿Considera que con el tratamiento de la presión arterial es eficaz?
- Totalmente en desacuerdo
 - En desacuerdo
 - Neutro
 - De acuerdo
 - Totalmente de acuerdo
5. ¿Confía en los medicamentos que le han indicado para controlar la hipertensión arterial?
- Totalmente en desacuerdo
 - En desacuerdo
 - Neutro
 - De acuerdo
 - Totalmente de acuerdo
6. ¿Considera que puede lograr controlar la hipertensión arterial si sigue las recomendaciones del médico?
- Totalmente en desacuerdo
 - En desacuerdo
 - Neutro
 - De acuerdo
 - Totalmente de acuerdo

7. ¿Realiza algún tipo de actividad física?
- Sí.
 - No.
8. Si su respuesta fue sí, a la pregunta anterior, responda las preguntas 7 y 8, ¿durante cuánto tiempo realiza actividad física en la semana?
- Menos de 150 minutos (2 horas y media) semanales.
 - Entre 150 a 300 minutos (de 2 horas y media a 5 horas) semanales.
 - Más de 300 minutos (más de 5 horas) semanales.
9. ¿Qué tipo de actividad realiza? puede escoger más de una opción, márquelos:
- Caminar.
 - Correr.
 - Nadar.
 - Andar en bicicleta.
 - Saltar la cuerda.
 - Bailar.
 - Otros _____.
10. ¿En su dieta ingiere alguno de los siguientes alimentos o tiene uno de los siguientes hábitos? puede escoger más de una opción, márquelos:
- Agregar sal extra a los alimentos (2,300 mg o 1 cucharada diaria).
 - Consumo de frutas y verduras de (4 - 5 porciones diarias).
 - Utilización de aceites de oliva y canola (2 a 3 porciones diarias).
 - Consumo de al menos 2 litros y medio de agua al día.
 - Consumo de productos lácteos bajos en grasa o sin grasa (2 - 3 porciones diarias)
 - Consumo de carnes, aves y pescado (6 porciones o menos diarias).
 - Consumo de frutos secos (almendras, nueces, maníes) o legumbres (frijoles o guisantes) - (4 a 5 porciones semanales).
 - Consumo de dulces o azúcares (5 porciones o menos semanales).

- Consumo de alcohol (menor de 2 bebidas diarias).
- Consumo de tabaco.
- Consumo de cafeína (400 miligramos por día).

CALIDAD DE LA ATENCIÓN

11. En relación al tiempo designado para la atención médica, considera que 15 minutos por paciente es:

- Breve** (Menos de 15 minutos).
- Adecuado** (15 minutos).
- Extenso** (Más de 15 minutos).

12. ¿ De acuerdo a las indicaciones y recomendaciones brindadas en relación con el tratamiento farmacológico y no farmacológico, por el médico al momento de la atención, cómo las describiría?

- Comprensibles** - entendí (medicamentos, funciones, cantidad, horario y forma de tomarlos).
- Confusas** - entendí algunas cosas (medicamentos, funciones, cantidad, horario y forma de tomarlos).
- No comprensibles** - no entendí (medicamentos, funciones, cantidad, horario y forma de tomarlos).

13. ¿Cómo describiría la actitud del médico hacia usted durante la consulta?

- Positiva (Amable, comprensiva, empática)
- Neutra
- Negativa (Fría, indiferente, sin empatía)

14. ¿Durante el desarrollo de la consulta se sintió cómodo/a compartiendo sus padecimientos con el médico?

- Si.
- Parcialmente.
- No.

FACTORES SOCIOECONOMICOS

15. En su familia, los ingresos económicos mensuales se encuentran dentro de alguna de las siguientes categorías:

- Menos de \$300.00
- De \$300.00
- Más de \$300.00

16. ¿Actualmente posee un empleo?, si es así, ¿Qué tipo de empleo posee?

- Actualmente no poseo un empleo.
- Informal o independiente.
- Formal o trabaja bajo contrato.

17. ¿Vive alguien más con usted en casa?

- Si.
- No

18. ¿Si tiene dificultad, un familiar o cuidador le ayuda a recordar horarios de medicamentos?

- No tengo dificultad.
- Si.
- No.

19. ¿Si tiene dificultad, un familiar o cuidador lo acompaña a sus controles y tomas de exámenes?

- No tengo dificultad.
- Si.
- No.

20. ¿Para acudir a sus citas médicas utiliza algún tipo de transporte?

- Si
- No

21. ¿En caso de no asistir a sus controles y abastecimiento de medicamento, los adquiere por sus medios?

Si

No

Consentimiento Informado

Tema de Investigación: Factores influyentes en la adherencia al tratamiento de la Hipertensión Arterial en pacientes de 30 a 60 años que consultan en la Unidad de Salud Comunitaria Ayutuxtepeque en el periodo de Junio - Septiembre del año 2025.

Investigadores: Karen Yamileth Estrada Guevara, Bryan Alexis Peraza Navas

El objetivo de la presente investigación es describir los factores que influyen en la adherencia al tratamiento de la Hipertensión Arterial, para ello, se llevará a cabo una recolección de datos por medio de encuestas que consta de 25 preguntas abiertas y cerradas, donde los participantes seleccionados serán aquellos que cumplan con los criterios de edad entre 30 a 60 años que consultan en la Unidad de Salud Comunitaria Ayutuxtepeque con diagnóstico de Hipertensión arterial, la investigación es realizada con fines académicos y con la cual se pretende establecer recomendaciones orientadas a la mejora de la condición de salud de la población.

Por lo cual solicitamos su participación en el estudio donde se garantiza el anonimato así como que la información recopilada no será divulgada a terceros, al firmar el presente documento consciente voluntariamente participar en el estudio y acepta que fue informado de los objetivos de la investigación, el procedimiento, además de comprender que puede retirarse del estudio en cualquier momento y sin que esto repercuta en sus cuidados médicos.

- Acepta
- No acepta

Firma del participante



MINISTERIO
DE SALUD

REGIÓN DE SALUD METROPOLITANA
COMITÉ DE ÉTICA DE INVESTIGACIÓN EN SALUD

OFICIO NO. 2025-CLEIS-RSM-034
San Salvador, 19 de agosto de 2025

Br. Karen Yamileth Estrada Guevara
Br. Bryan Alexis Peraza Navas
Universidad de El Salvador
Presente.

Deseándole un feliz día y éxito en sus actividades laborales, por este medio hago de su conocimiento que se ha realizado la revisión de protocolo de investigación presentado y denominado: "**Factores influyentes en la adherencia al tratamiento de Hipertensión Arterial en pacientes de 30 a 60 años Unidad de Salud Comunitaria Ayutuxtepeque junio - septiembre 2025**".

Con base al análisis realizado **Se da por aceptado** dicho protocolo ya que **si cumple** con los requisitos suficientes de buenas prácticas de investigación siguiendo siempre los principios éticos establecidos en el **Manual de Procedimientos de Investigación en Salud** del Instituto Nacional de Salud y respetar las consideraciones éticas y demás condiciones establecidas para un protocolo de Investigación

Se solicita realizar observaciones metodológicas y enviar el trabajo de investigación final a esta Dirección Regional.

Atentamente.



Dra. Allysson Virginia Manzano Reyes
Presidente Comité de Ética de
Investigación en Salud Región de Salud Metropolitana



Dr. Dagoberto Antonio Molina Hernández
Director Región de Salud Metropolitana