

UNIVERSIDAD DE EL SALVADOR

FACULTAD DE MEDICINA



**FACTORES QUE SE PRESENTAN EN LA ADHERENCIA TERAPÉUTICA EN
PACIENTES MAYORES DE 30 AÑOS CON HIPERTENSIÓN ESENCIAL PRIMARIA
EN USI “SITIO DEL NIÑO” EN EL PERIODO ABRIL A AGOSTO DE 2025**

TRABAJO DE INVESTIGACIÓN

Presentado para optar al título de Doctor en Medicina

ELABORADO POR:

Lidia Somoza de la Cruz

Edwin Antonio Serpas

Jenri Yonatan Velásquez Alvarez

ASESOR DE TESIS:

Dr. Hugo Mora

Ciudad Universitaria “Dr. Fabio Castillo Figueroa”, San Salvador, El Salvador, noviembre de 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

RESUMEN

La hipertensión esencial primaria constituye una de las enfermedades crónicas más frecuentes y representa un importante factor de riesgo para complicaciones cardiovasculares, cerebrovasculares y renales. No obstante, diversos autores han señalado que la adherencia terapéutica constituye un desafío común en el manejo de la hipertensión, lo que limita el control adecuado de la enfermedad. El objetivo de este estudio fue identificar los factores que influyen en la adherencia terapéutica en pacientes mayores de 30 años con hipertensión esencial primaria atendidos en la Unidad de Salud Intermedia “Sitio del Niño”, durante abril a agosto de 2025. Se realizó un estudio cuantitativo descriptivo mediante entrevistas, las cuales consistieron en una guía flexible de preguntas que permitió explorar en profundidad las percepciones y experiencias de los pacientes. La muestra estuvo conformada por 30 participantes seleccionados por saturación teórica, es decir, hasta que la información obtenida comenzó a repetirse y no surgieron nuevos hallazgos.

Los hallazgos revelan que la adherencia terapéutica está determinada por múltiples factores interrelacionados: casi la mitad de los pacientes olvida con frecuencia su medicación, predominan la motivación baja y el conocimiento limitado de la enfermedad, y una proporción considerable reporta efectos adversos y polifarmacia. Asimismo, se identificaron barreras estructurales y sociales, como dificultades de acceso a los servicios de salud, tiempos de espera prolongados, limitaciones económicas y bajo nivel educativo. En contraste, la comunicación clara del personal de salud y el apoyo familiar fueron factores protectores que favorecen la adherencia.

Se concluye que mejorar la adherencia terapéutica requiere estrategias integrales, que incluyan educación en salud adaptada al nivel de los pacientes, simplificación de esquemas farmacológicos, reducción de barreras en el sistema de salud y fortalecimiento del apoyo familiar. Estos resultados tienen implicaciones directas para la atención primaria y las políticas públicas en salud.

Palabras clave: Hipertensión esencial primaria; Adherencia terapéutica; Factores de riesgo; Apoyo familiar; Servicios de salud.

Abstract

Background: Essential hypertension is one of the most prevalent chronic conditions worldwide and a major risk factor for cardiovascular, cerebrovascular, and renal

complications. However, therapeutic adherence remains low, limiting adequate disease control.

Objective: To identify the factors influencing therapeutic adherence among patients over 30 years of age with essential hypertension, treated at the “Sitio del Niño” Health Unit in El Salvador, between April and August 2025.

Methods: A qualitative descriptive study was conducted through semi-structured interviews with 30 patients, selected by theoretical saturation.

Results: Adherence was found to be a multifactorial phenomenon. Nearly half of the participants reported frequently forgetting their medication, low motivation and limited disease knowledge were common, and many experienced adverse effects or polypharmacy. Structural and social barriers included long waiting times, limited access to medications, low educational level, and financial difficulties. Conversely, clear medical communication and family support were protective factors that promoted adherence.

Conclusions: Improving adherence requires comprehensive strategies, such as health education tailored to patients, simplification of treatment regimens, reducing structural barriers, and strengthening family involvement. These findings highlight the need for policies focused on primary health care and chronic disease management.

Keywords: Essential hypertension; Therapeutic adherence; Risk factors; Family support; Health services.

INTRODUCCIÓN:

La hipertensión arterial (HTA) es una condición clínica caracterizada por la elevación persistente de la presión arterial sistólica y/o diastólica, y constituye uno de los principales factores de riesgo para enfermedades cardiovasculares, cerebrovasculares y renales. A nivel global, la HTA es responsable de aproximadamente el 13% de las muertes anuales, lo que la convierte en una de las principales causas de mortalidad en el mundo (1).

La hipertensión esencial es una de las enfermedades crónicas más prevalentes a nivel mundial y un factor de riesgo significativo para enfermedades cardiovasculares, accidentes cerebrovasculares e insuficiencia renal. En pacientes mayores de 30 años, el control adecuado de la presión arterial es fundamental para prevenir complicaciones y mejorar la calidad de vida. Sin embargo, la adherencia terapéutica en estos pacientes representa un desafío para los sistemas de salud, ya que el incumplimiento del tratamiento puede derivar en un mal control de la enfermedad y aumentar la morbilidad y mortalidad (2,3).

En la Unidad de Salud “Sitio del Niño” se ha observado que un porcentaje considerable de pacientes hipertensos no sigue adecuadamente su tratamiento farmacológico ni las recomendaciones médicas sobre cambios en el estilo de vida. Entre los factores que pueden influir en la baja adherencia terapéutica se encuentran el desconocimiento sobre la enfermedad, los efectos adversos de los medicamentos, el costo del tratamiento, la falta de seguimiento médico y la ausencia de apoyo familiar (3,4).

Según una entrevista a la directora de la Unidad de Salud, a pesar de los esfuerzos del personal de salud por educar a los pacientes y garantizar el acceso a los medicamentos, la falta de adherencia sigue siendo un problema recurrente. Es necesario identificar las principales barreras que afectan la adherencia terapéutica en estos pacientes para diseñar estrategias que mejoren el cumplimiento del tratamiento y reduzcan el riesgo de complicaciones asociadas a la hipertensión arterial (5)

Para profundizar en esta problemática, se desarrollará una investigación de campo con enfoque cuantitativo-descriptivo, dirigida específicamente a pacientes hipertensos mayores de 30 años que reciben atención en la Unidad de Salud de Sitio del Niño. El estudio consistirá en la aplicación de una entrevista semiestructurada diseñado para explorar variables como el nivel de conocimiento sobre la hipertensión, cumplimiento del tratamiento farmacológico, seguimiento de las recomendaciones médicas y barreras percibidas (económicas, sociales o relacionadas con el sistema de salud) a través de entrevistas breves para contrastar percepciones sobre la adherencia terapéutica. Esta metodología permitirá identificar con precisión los factores que afectan el cumplimiento del tratamiento en este contexto específico, y con ello, plantear intervenciones adaptadas a las necesidades reales de la población atendida.

OBJETIVOS

3.1 Objetivo General

- Identificar los Factores que intervienen en la adherencia Terapéutica en Pacientes mayores de 30 años con Hipertensión esencial primaria en USI “sitio del Niño”.

3.2 Objetivos Específicos

- Identificar los factores personales del paciente, como el nivel de conocimiento sobre la hipertensión, presencia de trastornos emocionales o comorbilidades
- Explorar los elementos del régimen terapéutico, como la duración del tratamiento, número de medicamentos y aparición de efectos adversos, que inciden en el cumplimiento del mismo.
- Determinar las condiciones estructurales del sistema de salud (como el acceso a medicamentos y los tiempos de espera) y la calidad de la comunicación entre el personal médico intervienen en la adherencia terapéutica.
- Describir el nivel educativo, el apoyo familiar y las condiciones sociales en la adherencia terapéutica de los pacientes hipertensos.

MARCO TEÓRICO

Las guías norteamericanas, recientemente propuestas por el American College of Cardiology, la American Heart Association y una serie de sociedades e instituciones relacionadas (ACC/AHA 2017), han definido la HTA como unas cifras de PA iguales o superiores a 130/80 mmHg (27). Sin embargo, en El Salvador, de acuerdo a los lineamientos del Ministerio de Salud sobre hipertensión esencial primaria, se considera HTA a la elevación sostenida de la presión arterial, sistólica y/o diastólica, con valores iguales o mayores de 140/90 mm Hg medida correctamente en dos o más ocasiones (28).

La hipertensión esencial primaria, representa cerca del 90% de los casos diagnosticados y se caracteriza por no tener una causa identificable directa, sino estar asociada a una compleja interacción de factores genéticos, ambientales y conductuales (29)

De acuerdo a un estudio de la Región de las Américas, se estima que la prevalencia de la hipertensión (personas con presión arterial $\geq 140/90$ mmHg o en tratamiento con medicación antihipertensiva) es de alrededor del 35%, siendo esta región la que presenta la tasa más alta de control poblacional de la hipertensión a nivel mundial (30).

La hipertensión puede ser primaria, que puede desarrollarse como resultado de una variedad de causas ambientales o genéticas, o puede ser secundaria a causas renales, vasculares y endocrinas. La hipertensión primaria o esencial representa el 90-95% de los casos en adultos, y la hipertensión secundaria representa el 2-10% de los casos en adultos (30).

Tabla 1: Clasificación de HTA de acuerdo a su etiología

Fuente:
Ministerio
de Salud
de El
Salvador.

Etiología	
HTA primaria: 90% de los casos	<ul style="list-style-type: none">• Es de origen genético y• Contribuyen múltiples factores como obesidad, sedentarismo, consumo excesivo de alcohol, tabaquismo, entre otros.
HTA secundaria: 10% de los casos	<ul style="list-style-type: none">• Se debe generalmente a malformaciones arteriales renales o de la arteria aorta; problemas hormonales, entre otros.• Más frecuente en niños y jóvenes.• Es curable en la mayoría de los casos, una vez resuelto el problema que lo originó.• Inicio antes de los 20 años de edad o después de los 50 años.• Nivel de PA mayor a 180/110 mm Hg.• Presencia de daño orgánico: retinopatía grado II, ERC, Cardiomegalia o hipertrofia del ventrículo izquierda (HVI), entre otros.

Lineamientos técnicos para la atención de la hipertensión arterial esencial primaria. San Salvador: MINSAL; 2019. (30)

La HTA no es estrictamente una enfermedad, sino un signo que acompaña a diferentes entidades nosológicas. Por eso, ante un sujeto con HTA debe realizarse un estudio médico que incluya no sólo la historia clínica y la exploración física, sino también una serie de pruebas diagnósticas que, al menos, serán útiles para sospechar toda una serie de procesos que cursan con la HTA. En algunos casos será posible curar la enfermedad y, en consecuencia, la HTA desaparecerá. Sin embargo, sólo el 5-10% de los pacientes con HTA tiene una dolencia o causa concreta subyacente. La mayoría, por tanto, podría incluirse dentro de la HTA esencial (más del 90%), eufemismo bajo el cual escondemos nuestro desconocimiento para un hecho en el que sin duda influyen decisivamente factores genéticos, según se desprende de la frecuencia con que se encuentran antecedentes de HTA en miembros de la familia. Pero la HTA puede precipitarse o agravarse si en el individuo en cuestión se asocian determinados factores ambientales (sobre todo, sedentarismo, obesidad, alcohol y dietas inadecuadas), o si concurren otros factores de riesgo cardiovascular. (31).

Sintomatología de la hipertensión arterial:

La HTA esencial es, en sí misma, un proceso silencioso que dura largos años, lo cual justifica la puesta en práctica de campañas de detección a partir de los 40 años en los varones y de los 45-50 años en las mujeres o antes si existen antecedentes de HTA en la familia, y si los pacientes son obesos o presentan otros factores de riesgo. Al mismo tiempo, la divulgación de medidas profilácticas entre la población, incluso en niños, puede ser trascendental para el futuro. En los hipertensos que ya han sido detectados y tratados es necesario llevar a cabo mediciones frecuentes de la PA, si es posible en el propio domicilio, y acudir a las citas periódicas determinadas por los médicos de familia o en la empresa.

El primer síntoma, tras años de silencio clínico, puede ser una grave complicación cardíaca en forma de infarto o un accidente cerebral (ictus). Algunos pacientes pueden desarrollar algún tipo de sintomatología previa, en general poco expresiva, como cefalea, ruidos de oídos, sensación de inestabilidad o polaquiuria.(32).

Tratamiento no farmacológico:

El asesoramiento sobre los estilos de vida (alimentación saludable, actividad física, consumo de tabaco y consumo nocivo de alcohol) es un componente fundamental del buen manejo de la hipertensión y a menudo se recomienda como primera medida en los pacientes en los que la PAS es de 130-139 mmHg o la PAD es de 80-89 mmHg y no presentan otros factores de riesgo de ECV. Sin embargo, en los lugares en los que las personas no acuden regularmente al médico, los individuos a los que se recomienda tan solo una modificación del estilo de vida pueden no regresar para una nueva evaluación y el tratamiento necesario, por lo que tendrán una hipertensión no controlada y las complicaciones asociadas a ella. (33).

Alimentación saludable: Una alimentación saludable es importante para el manejo y control de la hipertensión arterial. La composición de una alimentación saludable depende de las necesidades individuales (por ejemplo, edad, sexo, estilo de vida, nivel de actividad física), contexto cultural y alimentos disponibles localmente. Sin embargo, los elementos básicos de una alimentación saludable para un adulto son constantes, como se describe a continuación:

- Variedad de alimentos o una amplia gama de frutas, verduras, legumbres (por ejemplo, lentejas, frijoles) y nueces o granos integrales, como maíz, mijo, avena, trigo, arroz integral sin procesar, y tubérculos o raíces con almidón como la papa, el ñame, el taro o la yuca. o alimentos de origen animal (por ejemplo, carne, pescado, huevos y leche).
- Al menos 400 g (cinco porciones) de verduras y frutas al día o una porción es equivalente, por ejemplo, a una sola naranja, manzana, mango, un plátano o banana o 3 cucharadas de verduras cocidas. (Las papas, batatas, yuca u otros tubérculos con almidón o raíces no cuentan como una de estas porciones.)
- Menos de 5 g de sal, lo cual equivale aproximadamente a una cucharadita o esto incluye la sal agregada al cocinar o comer, así como la sal contenida en los alimentos procesados o el pan. (33).

Tratamiento farmacológico para la hipertensión arterial:

El tratamiento de la hipertensión está indicado en los adultos con diagnóstico de hipertensión, según la definición antes presentada (PAS ≥ 140 mmHg o PAD ≥ 90 mmHg). En los pacientes con una PAS ≥ 160 mmHg o una PAD ≥ 100 mmHg puede estar indicado un tratamiento inmediato con base en una sola evaluación. (34).

Hay cuatro clases principales de medicamentos antihipertensivos: inhibidores de la enzima convertidora de la angiotensina (IECA), antagonistas del receptor de la angiotensina (ARA), antagonistas del calcio (AC) y tiazida y diuréticos tiazídicos. Puede

usarse cualquiera de estas cuatro clases de medicación antihipertensiva a menos que haya contraindicaciones específicas. El tratamiento adecuado de la hipertensión requiere generalmente una combinación de medicamentos antihipertensivos.(34).

Antagonista del calcio

- Amlodipino
Dosis de inicio: 5 mg
Dosis aumentada (máxima): 10 mg

IECA (Inhibidores de la Enzima Convertidora de Angiotensina)

- Lisinopril
Dosis de inicio: 10 mg
Dosis aumentada: 40 mg
- Ramipril
Dosis de inicio: 5 mg
Dosis aumentada: 10 mg
- Perindopril
Dosis de inicio: 4–5 mg
Dosis aumentada: 10 mg

ARA II (Antagonistas del Receptor de Angiotensina II)

- Losartán
Dosis de inicio: 50 mg
Dosis aumentada: 100 mg
- Telmisartán
Dosis de inicio: 40 mg
Dosis aumentada: 80 mg*

Diuréticos tiazídicos

- Clortalidona
Dosis de inicio: 12,5 mg
- Indapamida SR
Dosis de inicio: 1,5 mg (34)

ADHERENCIA TERAPÉUTICA: DEFINICIÓN, DIMENSIONES E IMPLICACIONES CLÍNICAS

El término “adherencia terapéutica” hace referencia al grado en que el comportamiento de un paciente en relación con la toma de medicamentos, seguimiento de dietas o cambios en el estilo de vida coincide con las recomendaciones acordadas con un profesional de salud(35). Es un concepto que trasciende la mera obediencia o cumplimiento, ya que implica una relación bidireccional entre paciente y prestador, donde existe comprensión, aceptación y compromiso mutuo respecto al tratamiento prescrito.

La Organización Mundial de la Salud (OMS) establece que existen cinco dimensiones que influyen en la adherencia terapéutica: factores relacionados con el paciente, la enfermedad, el tratamiento, el sistema de salud y los factores socioeconómicos (36) .

Estas dimensiones operan de forma interdependiente y pueden potenciar o dificultar el éxito terapéutico en patologías crónicas como la hipertensión. Diversos estudios han demostrado que la baja adherencia terapéutica en pacientes hipertensos se relaciona directamente con un pobre control de la presión arterial, mayor riesgo de hospitalización y aumento de la carga económica en los sistemas de salud (37,38). Se estima que al menos un 50% de los pacientes con enfermedades crónicas no siguen adecuadamente sus tratamientos en países desarrollados, cifra que puede ser incluso mayor en contextos con menor acceso o cobertura de salud (39).

Comprender las dimensiones de la adherencia permite no solo identificar a los pacientes en riesgo de abandono terapéutico, sino también diseñar estrategias específicas para su abordaje en los distintos niveles del sistema sanitario.

La adherencia a un tratamiento farmacológico es un aspecto fundamental para lograr resultados terapéuticos óptimos. Sin embargo, diversos factores psicosociales pueden influir en la constancia y compromiso de los pacientes con su régimen médico. Entre los factores que influyen en la adherencia terapéutica al tratamiento para HTA se encuentran: factores sociales y factores farmacológicos (40,41).

Tabla 2: Factores del Paciente

Factor	Impacto en la Adherencia
Conocimiento sobre la enfermedad	65% de los pacientes con mayor información mostraron mejor adherencia.
Baja información sobre el tratamiento	Solo el 40% de adherencia en pacientes con menor conocimiento.
Trastornos emocionales (ansiedad, depresión) o comorbilidades	30% de adherencia en pacientes con ansiedad o depresión y comorbilidad vs. 70% en aquellos sin estos trastornos.

Factores del Tratamiento

Factor	Impacto en la Adherencia
Duración prolongada del tratamiento	Solo el 50% de adherencia en tratamientos >6 meses.
Presencia de efectos adversos	35% de los pacientes abandonaron el tratamiento.
Número de medicamentos	50 % de los pacientes disminuyen adherencia

Factores del Entorno Socioeconómico y Familiar

Factor	Impacto en la Adherencia
Apoyo familiar	75% de adherencia en pacientes con apoyo del entorno.
Falta de apoyo social	Reducción al 50% de adherencia.
Nivel educativo del paciente	Reducción al 50% de adherencia.

Factores del Sistema de Salud y del equipo de Salud

Factores	Impacto en la Adherencia
Acceso constante a medicamentos	80% de adherencia cuando los fármacos están disponibles.
Dificultad en la obtención de medicamentos	Reducción al 45% de adherencia.
Largos tiempos de espera en consulta	Disminución del 20% en la adherencia.
Buena comunicación con el personal médico	85% de adherencia con interacción efectiva.
Comunicación deficiente	Solo el 55% de adherencia en pacientes con mala relación.

Fuente: Bailey CS, Oramasionwu CU, Wolf MS. J Health Commun. 2013;18(suppl 1):20–30.(42)

El nivel de conocimiento sobre la enfermedad y el tratamiento tiene un impacto significativo en la adherencia, como se puede ver en la tabla 2. Las creencias en torno al tratamiento son parte de los modelos mentales. En ellos existe una visión personal en torno a los beneficios y las consecuencias negativas de tomar fármacos.

Según Rodríguez-Alán, autor del estudio citado, se establece que existe una alta probabilidad de asociación entre las creencias que el paciente tiene sobre su enfermedad y la adherencia al tratamiento antihipertensivo (43). Los resultados de dicho estudio sugieren que el paciente puede poseer una comprensión general de su condición, incorporada a su marco conceptual, pero aún carecer de información específica sobre el tratamiento farmacológico, o bien, mostrar desconfianza hacia la misma.

Asimismo, Rodríguez-Alán determinó que las creencias personales respecto a los procesos vitales no ocurren de forma aislada, sino que se interrelacionan, incluso cuando se presentan opiniones divergentes. Este planteamiento se refleja claramente en su investigación, donde se evidencia que las creencias respecto a la enfermedad y aquellas relacionadas con la medicación producen efectos diferenciados al analizar su relación con la adherencia terapéutica. Se concluye que existe una alta probabilidad de que la adherencia al tratamiento antihipertensivo esté asociada tanto a una

comprensión adecuada de la enfermedad como a creencias positivas sobre los beneficios de la medicación (44).

Factores extrínsecos que influyen en la adherencia terapéutica:

A diferencia de los factores intrínsecos, los factores extrínsecos corresponden a condiciones externas al paciente, pero que afectan de manera directa su capacidad de cumplir con el tratamiento. Dentro de esta categoría se incluyen el nivel socioeconómico, la accesibilidad a los servicios de salud, la disponibilidad de medicamentos, el apoyo familiar y el contexto laboral (45).

Uno de los elementos más estudiados es el nivel de ingreso económico, el cual condiciona la posibilidad de adquirir medicamentos en caso de desabastecimiento en el sistema público. Varios estudios han reportado que la inseguridad financiera incrementa significativamente el abandono terapéutico (46). Asimismo, pacientes que deben desplazarse largas distancias o con dificultad para acceder físicamente a las unidades de salud presentan menor adherencia (47).

El apoyo social, en particular el familiar, es otro factor protector ampliamente documentado. Familiares que recuerdan la toma de medicamentos o acompañan a los controles contribuyen positivamente al mantenimiento del tratamiento (48). La ausencia de redes de apoyo, por el contrario, se vincula con mayor probabilidad de abandono o errores en la dosificación.

Las exigencias del entorno laboral también influyen en la adherencia. Pacientes con jornadas extensas, horarios rotativos o trabajos informales sin acceso a servicios de salud tienen menos posibilidades de acudir regularmente a controles médicos (49). Esta situación puede empeorar si el paciente prioriza la actividad laboral sobre la atención médica por temor a perder el empleo o ingresos.

Finalmente, la relación médico-paciente y el funcionamiento del sistema sanitario son elementos extrínsecos que merecen especial atención. La falta de comunicación efectiva, el trato despersonalizado o la carencia de información clara pueden deteriorar la confianza del paciente y disminuir su disposición a seguir el tratamiento (50)

Comprender y abordar los factores extrínsecos implica no solo reforzar las políticas de acceso y cobertura, sino también transformar las prácticas institucionales. El sistema de salud desempeña un papel crucial en el mantenimiento de la adherencia terapéutica. La estructura organizativa, la disponibilidad de recursos y la calidad del trato brindado por los profesionales de salud influyen significativamente en la continuidad del tratamiento antihipertensivo. La adherencia mejora cuando los servicios son accesibles, empáticos y orientados al seguimiento personalizado de los pacientes (51)

La relación médico-paciente es uno de los determinantes más estudiados dentro de esta categoría. Se ha demostrado que una comunicación clara, abierta y respetuosa favorece la comprensión del régimen terapéutico, disminuye los temores respecto a efectos secundarios y motiva al paciente a comprometerse con su salud (52). En contraste, las consultas breves, impersonales o centradas únicamente en la prescripción reducen la confianza y elevan el riesgo de abandono del tratamiento (53).

Es especialmente importante destacar que el sistema de salud no solo debe asegurar el suministro oportuno de medicamentos, sino también disponer de espacios adecuados para la educación y el acompañamiento del paciente crónico. Estrategias como consultas de seguimiento, atención integral y participación activa de equipos multidisciplinarios (enfermería, trabajo social, psicología) han demostrado mejorar significativamente la adherencia en pacientes hipertensos (54).

Influencia del nivel educativo, ocupación e ingresos.

Los determinantes sociales de la salud, como el nivel de educación, el tipo de trabajo y los ingresos económicos inciden de forma directa sobre la adherencia terapéutica. Estos aspectos afectan la forma en que los pacientes acceden, interpretan y aplican la información médica, además afectan la capacidad real de cumplir con el tratamiento prescrito (55).

Por ejemplo, el grado de escolaridad está estrechamente vinculado con la habilidad del paciente para entender indicaciones médicas, reconocer signos de alarma y manejar su enfermedad de forma adecuada. Diversas investigaciones han mostrado que quienes tienen menor formación académica tienden a comprender menos su esquema terapéutico y, en consecuencia, a tener mayores dificultades para seguirlo de manera continua.(56).

El tipo de ocupación también juega un papel importante. Las personas que trabajan en empleos informales, con horarios inestables o con alta exigencia física o mental, muchas veces tienen menos tiempo y energía para asistir a consultas médicas o seguir con disciplina un tratamiento. Además, la ausencia de beneficios laborales suele traducirse en un acceso limitado a controles periódicos o a medicamentos.(57).

El ingreso económico, es fundamental para costear el tratamiento en contextos de desabastecimiento, tener bajos ingresos puede dificultar no sólo la compra del tratamiento, sino también mantener hábitos saludables o incluso pagar el transporte hasta el centro de salud. La pobreza o la inseguridad financiera están claramente vinculadas con la interrupción terapéutica en enfermedades crónicas (58).

Estos factores deben ser considerados en todo programa de atención crónica, promoviendo acciones diferenciadas según las condiciones socioeconómicas del paciente.

Relevancia del abordaje desde la atención primaria

La atención primaria de salud es el nivel estratégico para intervenir en la adherencia terapéutica, debido a su cercanía con la comunidad, su enfoque integral y su continuidad en el seguimiento de enfermedades crónicas. permite no solo la detección y tratamiento oportuno, sino también la educación permanente, la vigilancia comunitaria y la promoción de entornos favorables para el autocuidado (59).

La hipertensión, como enfermedad silenciosa y de largo plazo, requiere un enfoque de atención que sea longitudinal, comprensivo y adaptado a las realidades del paciente. Programas de seguimiento, visitas domiciliarias, recordatorios, y educación grupal han mostrado ser efectivos para mejorar la adherencia desde el primer nivel de atención (60).

Fortalecer la atención primaria implica invertir no solo en infraestructura, sino en capacitación continua del personal, dotación de insumos y sistemas de referencia y contrarreferencia eficientes. La coordinación con la red comunitaria y los programas de salud familiar es también indispensable para alcanzar un abordaje integral.

Impacto de la no adherencia en salud pública

El incumplimiento terapéutico no solo representa un riesgo para la salud del individuo, sino también una carga significativa para el sistema de salud y la sociedad. Se ha estimado que la falta de adherencia en enfermedades crónicas, como la hipertensión, está asociada a un incremento en hospitalizaciones, uso de servicios de emergencia y aparición de complicaciones cardiovasculares evitables (61).

Desde la perspectiva económica, se calcula que la no adherencia genera miles de millones de dólares en costos adicionales por año, asociados a tratamientos de segunda línea, complicaciones, y pérdida de productividad laboral. En Latinoamérica, estos costos son aún más impactantes por las limitaciones estructurales de los sistemas de salud (62).

Además, la no adherencia perpetúa inequidades sociales, ya que los sectores más vulnerables son los que enfrentan mayores barreras y peores resultados en salud. Esto refuerza la necesidad de políticas públicas que integren componentes educativos, comunitarios y de cobertura universal para fomentar la adherencia como un derecho y una responsabilidad compartida.

Revisión de estrategias para mejorar la adherencia terapéutica

Diversas intervenciones han sido probadas con el fin de mejorar la adherencia al tratamiento antihipertensivo. Entre las más efectivas se encuentran: la simplificación del régimen terapéutico (menos pastillas y menor frecuencia), el uso de tecnología (mensajes recordatorios, aplicaciones móviles), la educación individual y grupal, y la participación activa del paciente en la toma de decisiones (63).

La implementación de entrevistas motivacionales y el establecimiento de metas conjuntas entre paciente y profesional también han mostrado buenos resultados, al promover una adherencia consciente y sostenida. Igualmente, el seguimiento telefónico o a domicilio, y el trabajo comunitario con promotores de salud son estrategias viables en contextos con recursos limitados (64).

Es importante destacar que ninguna intervención aislada garantiza la adherencia a largo plazo. Los estudios indican que los programas más exitosos son aquellos integrales, que combinan acciones educativas, estructurales, organizativas y tecnológicas, adaptadas a la realidad del paciente y sostenidas en el tiempo (65).

Estudios previos en contextos similares

En la región centroamericana se han desarrollado múltiples estudios que confirman la magnitud del problema de la baja adherencia terapéutica en hipertensos. Un estudio realizado en Honduras encontró que solo el 38% de los pacientes en tratamiento mantenían una adherencia alta, siendo las principales barreras la falta de conocimiento, la pobreza y el olvido (66).

En El Salvador, investigaciones aplicadas en unidades de salud del nivel básico reportaron que más del 50% de los pacientes crónicos incumplen al menos un componente del tratamiento prescrito, y que el nivel educativo y la relación médico-paciente fueron variables clave en la adherencia (67).

Estos hallazgos refuerzan la necesidad de abordar el problema desde una perspectiva contextualizada, con intervenciones diferenciadas según las características socioculturales de cada población. Incorporar evidencia local y regional es fundamental para diseñar políticas efectivas que mejoren la adherencia y reduzcan la carga por hipertensión en los sistemas públicos de salud.

DISEÑO METODOLÓGICO

Tipo de estudio:

Este estudio adoptará una perspectiva cuantitativa descriptiva, fundamentada en una investigación observacional.

Período de investigación: La recolección de datos se llevará a cabo entre los meses de julio a agosto del 2025, con el fin de ejecutar la investigación en el mes de agosto.

Universo y muestra:

Universo: pacientes mayores de 30 años con hipertensión esencial primaria, que visitan USI Sitio del Niño en mes de Julio

Población: Usuarios de USI Sitio del Niño mayores de 30 años con diagnóstico de hipertensión esencial primaria de un total 3640 pacientes.

Muestra

Tamaño de la muestra: Debido a que se trata de un estudio cuantitativo, el tamaño de la muestra se determinó mediante el criterio de saturación teórica. Este criterio establece que la recolección de datos puede finalizar cuando las entrevistas dejan de aportar información novedosa o significativa, y comienzan a repetirse los mismos patrones temáticos.

Criterios de inclusión:

- Pacientes mayores de 30 años.
- Diagnóstico médico confirmado de hipertensión esencial primaria.
- Que asistan a consulta durante el periodo de estudio.
- Que otorguen su consentimiento informado para participar.

Criterios de exclusión:

- Pacientes con diagnóstico de diabetes mellitus.
- Pacientes con enfermedad renal crónica.
- Pacientes con alteraciones cognitivas que limiten la comunicación
- Pacientes de recién inscripción

TABLA DE OPERACIONALIZACIÓN

Objeto de Estudio	Variable	Definición Conceptual	Definición Operativa	Dimensión	Objetivo específico	Indicador	Técnica de Recolección	Unidad de Observación	Evaluación
Adherencia terapéutica en pacientes mayores de 30 años con hipertensión esencial primaria	Adherencia terapéutica	Grado en que el comportamiento del paciente se ajusta a las recomendaciones acordadas con el profesional de salud para el tratamiento de la hipertensión.	Comportamiento observable del paciente en cuanto a la toma de medicamentos, asistencia a consultas y cumplimiento de indicaciones	Factores del Paciente	Identificar los factores personales del paciente, como el nivel de conocimiento sobre la hipertensión, presencia de trastornos emocionales o comorbilidades.	Nivel de conocimiento del paciente sobre su enfermedad	Entrevista semiestructurada	Paciente hipertenso >30 a	Capacidad para describir qué es la hipertensión, causas y consecuencias

			terapéuti cas.						
						Presencia de trastornos emocionales (ansiedad, depresión)	Entrevista semiestructur ada	Paciente hipertenso >30 a	Mención de otras enfermedades que dificulten el cumplimiento
						Conocimiento sobre el tratamiento antihipertensiv o	Entrevista semiestructur ada	Paciente hipertenso >30 a	Opinión del paciente sobre la importancia de su enfermedad y su tratamiento
				Factores del Tratamie nto	Explorar los elementos relacionados con el régimen terapéutico, como la duración del tratamiento, número de medicamentos y aparición de efectos	Duración del tratamiento farmacológico prescrito	Entrevista semiestructur a	Paciente hipertenso >30 a	Disposición verbalizada hacia el cumplimiento terapéutico

					adversos, que inciden en el cumplimiento del mismo.				
						Número de medicamentos prescritos por paciente	Entrevista semiestructur ada	Paciente hipertenso >30 a	Cantidad de medicamentos que el paciente declara tomar
						Presencia de efectos adversos percibidos por el paciente	Entrevista semiestructur ada	Paciente hipertenso >30 a	Relato de síntomas o molestias atribuidos a medicamentos

				Sistema y Equipo de Salud	Determinar cómo las condiciones estructurales del sistema de salud (como el acceso a medicamentos y los tiempos de espera) y la calidad de la comunicación entre el personal médico influyen en la adherencia terapéutica.	Disponibilidad de medicamentos en la unidad de salud	Entrevista semiestructurada	Paciente hipertenso >30 a	Dificultad económica para adquirir medicamentos o acudir a controles
						Tiempo de espera para consulta médica	Entrevista semiestructurada	Paciente hipertenso >30 a	Relato del paciente sobre tiempos, distancias y disponibilidad para asistir a consulta

						Calidad de la comunicación entre personal de salud y paciente	Entrevista semiestructurada	Paciente hipertenso >30 a	Percepción del paciente sobre amabilidad, competencia y seguridad con el personal
				Entorno Socioeconómico y Familiar	Describir cómo influyen el nivel educativo, el apoyo familiar y las condiciones sociales en la adherencia terapéutica de los pacientes hipertensos.	Nivel educativo del paciente	entrevista semiestructurada	Paciente hipertenso >30 a	Nivel de escolaridad declarado por el paciente (primaria, secundaria, superior)
						Presencia o ausencia de apoyo familiar	Entrevista semiestructurada	Paciente hipertenso >30 a	Presencia o ausencia de familiares o personas que acompañen el tratamiento

						Condiciones socioeconómicas del paciente	Entrevista semiestructurada	Paciente hipertenso >30 a	Claridad en las indicaciones médicas / Capacidad del paciente para repetir o explicar instrucciones médicas
--	--	--	--	--	--	--	-----------------------------	---------------------------	---

TÉCNICA E INSTRUMENTO PARA LA RECOLECCIÓN DE DATOS:

Con el objetivo de recolectar los datos para la presente investigación, utilizaremos la entrevista, esta está elaborada en base a los objetivos de investigación y su respectiva operacionalización, con lo cual se asegurará adecuado cumplimiento. (Ver anexo 1)

Nuestro instrumento de investigación será la entrevista, debido a que esta herramienta permite una mayor facilidad en el estudio y manejo de la información necesaria; esta entrevista será respondida por los adultos que cumplan los criterios de inclusión mencionados con anterioridad.

MECANISMO DE CONFIDENCIALIDAD Y RESGUARDO DE LOS DATOS:

Para la recopilación de datos correspondiente a la presente investigación, se tendrán en consideración los principios éticos proporcionados por la UNESCO, por lo que:

- Se solicitará autorización por escrito a la dirección de la unidad de salud intermedia Sitio del Niño, para poder recopilar dentro de dichos establecimientos la información pertinente y adecuada para el estudio (Véase anexo 2)
- En todo momento se respetará la voluntad de los pacientes a participar o no de esta encuesta, sin que cualquier decisión afecte de forma alguna su integridad como persona o atención como paciente
- A toda persona que acepte participar y cumpla con los criterios de inclusión se le brindará un consentimiento informado antes de realizar las entrevistas (Véase anexo 3); solicitando su aceptación a participar en el estudio, así como se le brindará información clara sobre lo que se pretende lograr con la presente investigación.

ANÁLISIS DE LA INVESTIGACIÓN:

El análisis de la información recolectada en este estudio cuantitativo se realizará utilizando Microsoft Excel, una herramienta que permite organizar, depurar y analizar datos de manera eficiente y sistemática. Este programa facilita la creación de bases de datos estructuradas, la aplicación de fórmulas estadísticas, y la generación de gráficos que permiten visualizarlos resultados relacionados con las variables del estudio.

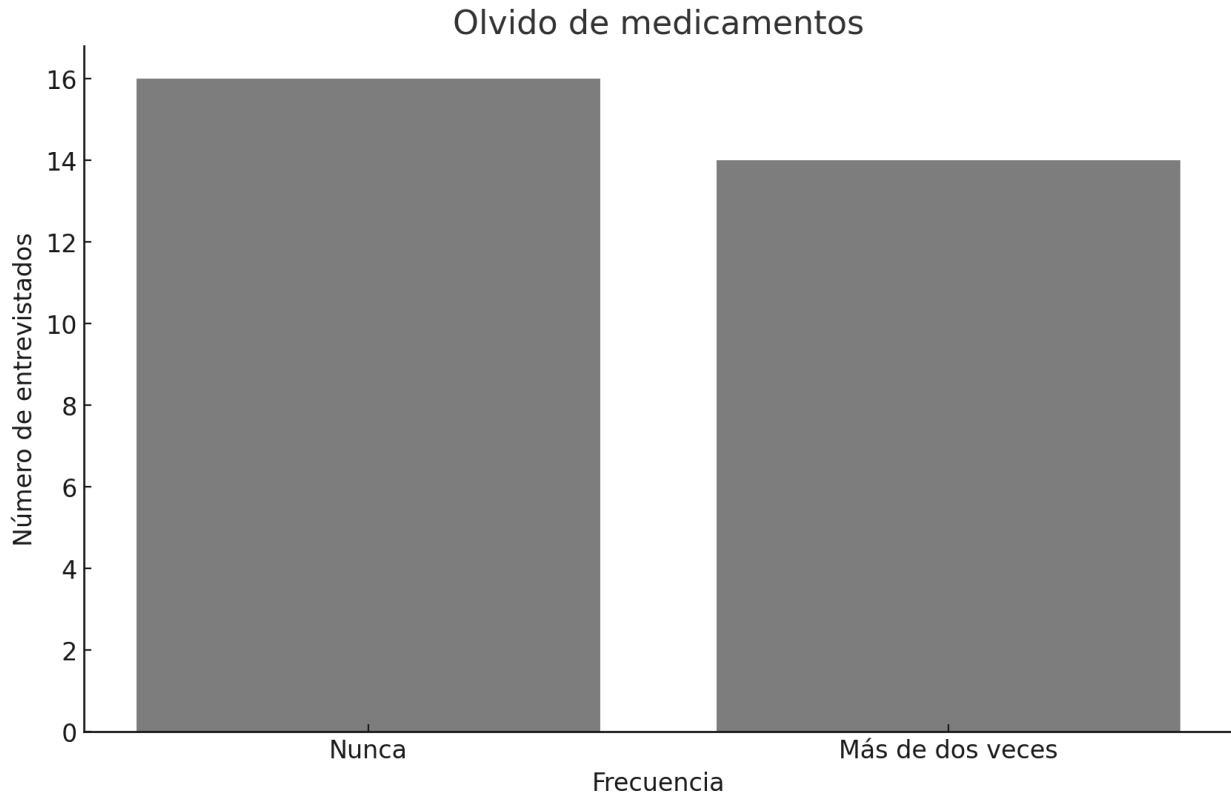
Una vez registradas las respuestas de las entrevistas en la base de datos, se procederá a codificar numéricamente cada ítem, garantizando la estandarización

necesaria para el análisis. La posibilidad de generar gráficos y tablas de manera automática facilitará la interpretación de los resultados y apoyará la elaboración de conclusiones sólidas y coherentes con los objetivos planteados en la investigación.

RESULTADOS

Objetivo específico 1: Identificar los factores personales del paciente, como el nivel de conocimiento sobre la hipertensión, motivación del paciente, olvido de medicamentos

GRÁFICO 1: “OLVIDO DE MEDICAMENTOS”



Fuente: Instrumento de entrevista de la tesis “Factores que se presentan en la adherencia terapéutica en pacientes mayores de 30 años con hipertensión esencial primaria en USI ‘Sitio del niño’ en el periodo abril a agosto de 2025”

Análisis: De acuerdo a los datos brindados por los pacientes en la entrevista, 16 pacientes expresaron que nunca olvidan su medicamento y 14 pacientes expresaron que lo olvidan más de dos veces en el mes.

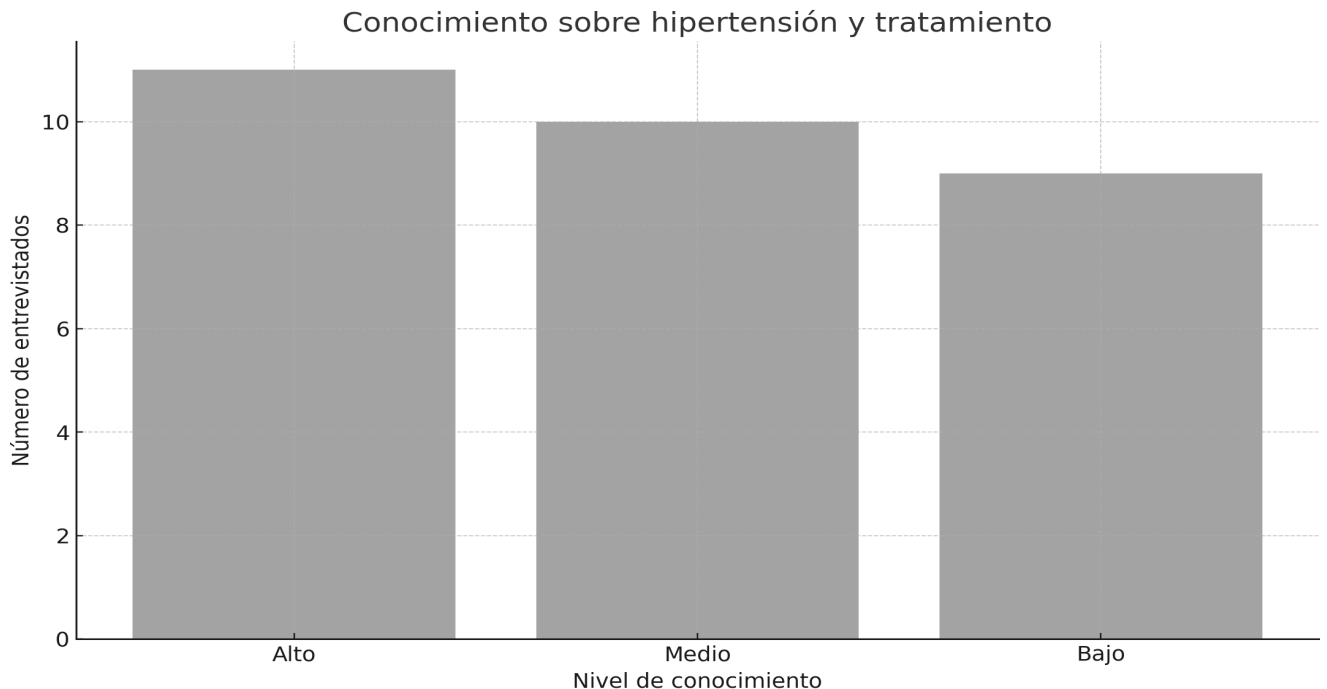
GRÁFICO 2: MOTIVACIÓN PARA EL TRATAMIENTO



Fuente: Instrumento de entrevista de la tesis “Factores que se presentan en la adherencia terapéutica en pacientes mayores de 30 años con hipertensión esencial primaria en USI ‘Sitio del niño’ en el periodo abril a agosto de 2025”

De acuerdo con el gráfico presentado, la mayoría de los pacientes tiene motivación baja, un total de 18 pacientes entrevistados se colocan en este nivel sobre el cumplimiento de su medicamento antihipertensivo y 12 pacientes refieren tener motivación alta, lo que refleja que existe una menor disposición de parte del paciente ante el cumplimiento de su medicación.

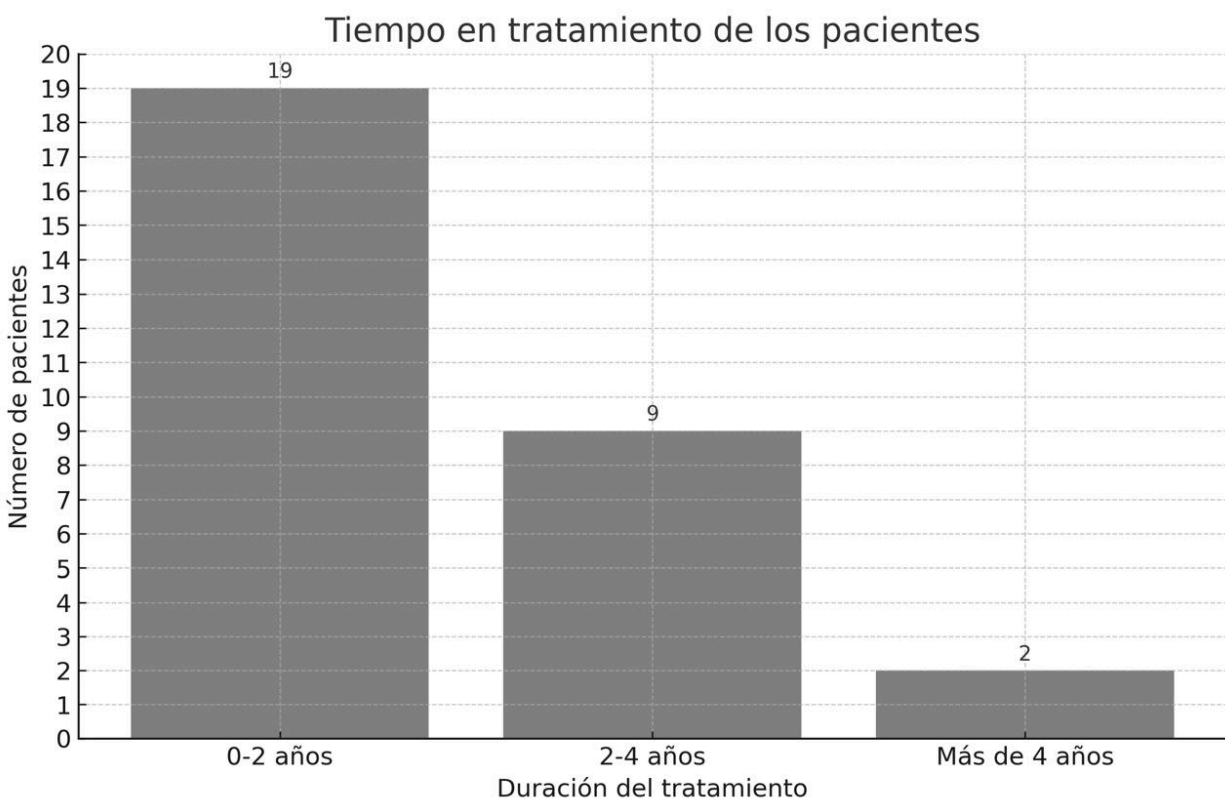
GRÁFICO 3: CONOCIMIENTO SOBRE HTA Y TRATAMIENTO



Fuente: Instrumento de entrevista de la tesis “Factores que se presentan en la adherencia terapéutica en pacientes mayores de 30 años con hipertensión esencial primaria en USI ‘Sitio del niño’ en el periodo abril a agosto de 2025”

Análisis: Para la medición del nivel de conocimiento de los pacientes sobre hipertensión arterial se utilizó la escala KAP (Knowledge, Attitudes and Practices), la cual evalúa tres dimensiones: conocimientos, actitudes y prácticas relacionadas con la enfermedad. En este estudio se analizó la dimensión de conocimiento mediante una escala ordinal con tres categorías: alto, medio y bajo, asignadas de acuerdo con el número de respuestas correctas obtenidas en el cuestionario aplicado. Los resultados mostraron que 11 participantes (36.7%) presentaron un nivel de conocimiento alto, 10 (33.3%) un nivel medio, y 9 (30%) un nivel bajo, evidenciando que, aunque la mayoría posee información adecuada sobre la hipertensión y su tratamiento, aún existe un grupo considerable con conocimientos limitados. Estos hallazgos respaldan el uso de la escala KAP como una herramienta eficaz para identificar brechas de conocimiento que pueden influir directamente en la adherencia terapéutica.

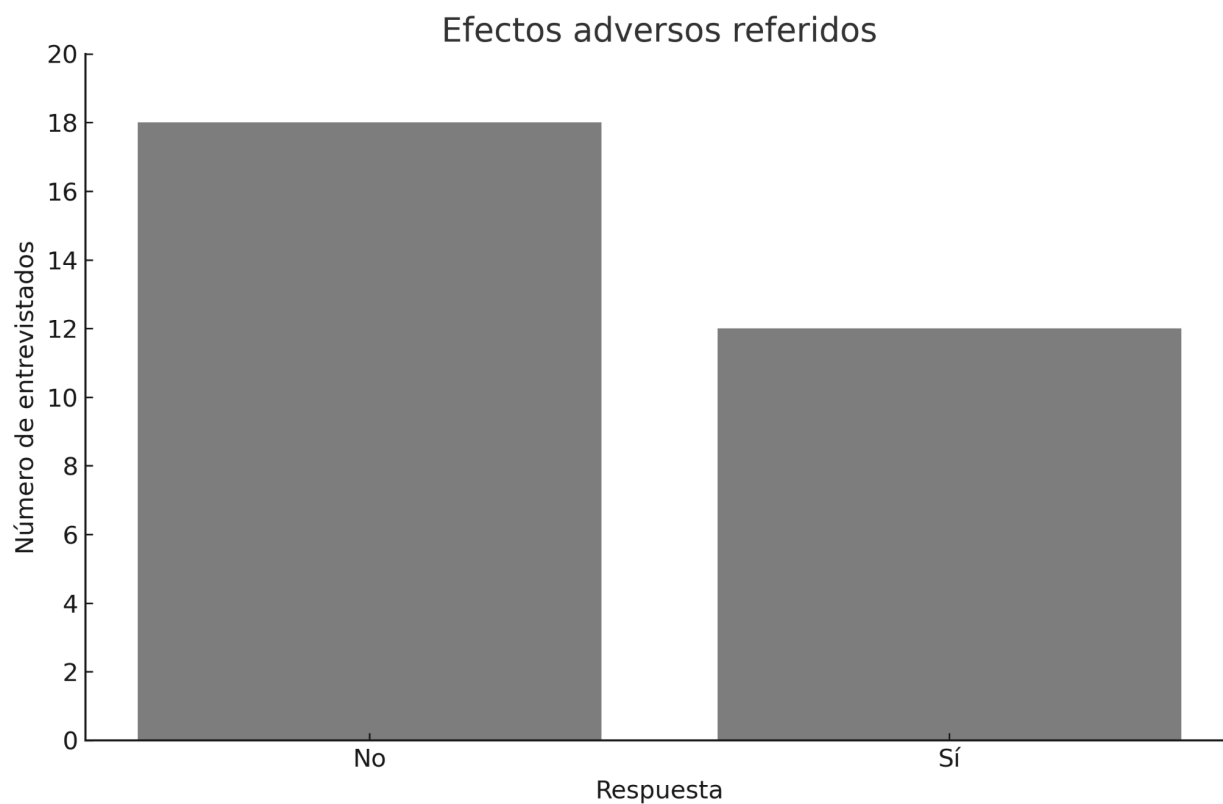
GRÁFICO 4: TIEMPO EN TRATAMIENTO DE LOS PACIENTES



Fuente: Instrumento de entrevista de la tesis “Factores que se presentan en la adherencia terapéutica en pacientes mayores de 30 años con hipertensión esencial primaria en USI ‘Sitio del niño’ en el periodo abril a agosto de 2025”

De acuerdo con los datos obtenidos en la entrevista, en este gráfico se representa el tiempo de duración que llevan los pacientes cumpliendo con su régimen antihipertensivo. De los 30 pacientes encuestados, la mayoría (19 pacientes) se encuentran dentro del grupo de 0 a 2 años de tratamiento, lo que refleja que gran parte de ellos inició su régimen de manera relativamente reciente. Un segundo grupo está conformado por 9 pacientes, quienes han mantenido su tratamiento entre 2 y 4 años. Finalmente, únicamente 2 pacientes reportaron estar en tratamiento por un período mayor a 4 años, lo que indica una menor proporción de pacientes con trayectoria prolongada en el cumplimiento terapéutico.

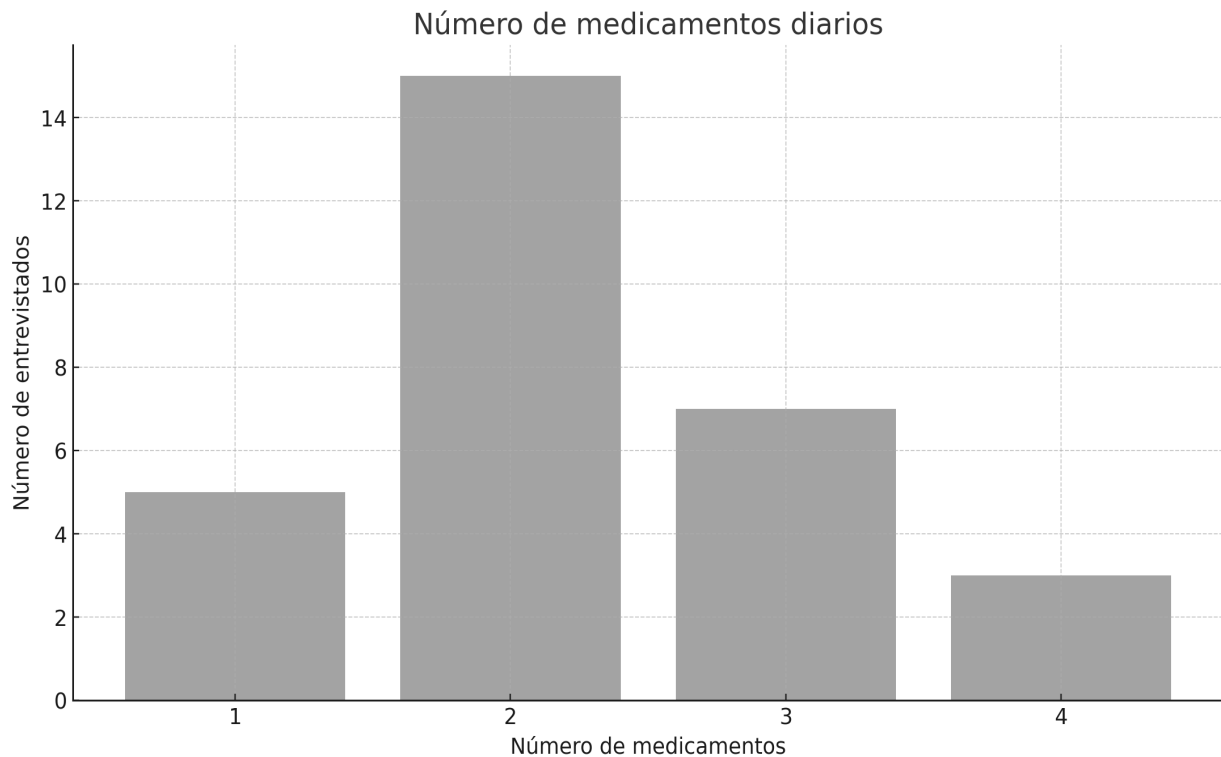
GRÁFICO 5: EFECTOS ADVERSOS



Fuente: Instrumento de entrevista de la tesis “Factores que se presentan en la adherencia terapéutica en pacientes mayores de 30 años con hipertensión esencial primaria en USI ‘Sitio del niño’ en el periodo abril a agosto de 2025”

Los resultados obtenidos en el gráfico refleja que 18 pacientes entrevistados no presentaron efectos adversos y un total de 12 pacientes si los han presentado

GRÁFICO 6: NÚMERO DE MEDICAMENTOS DIARIOS

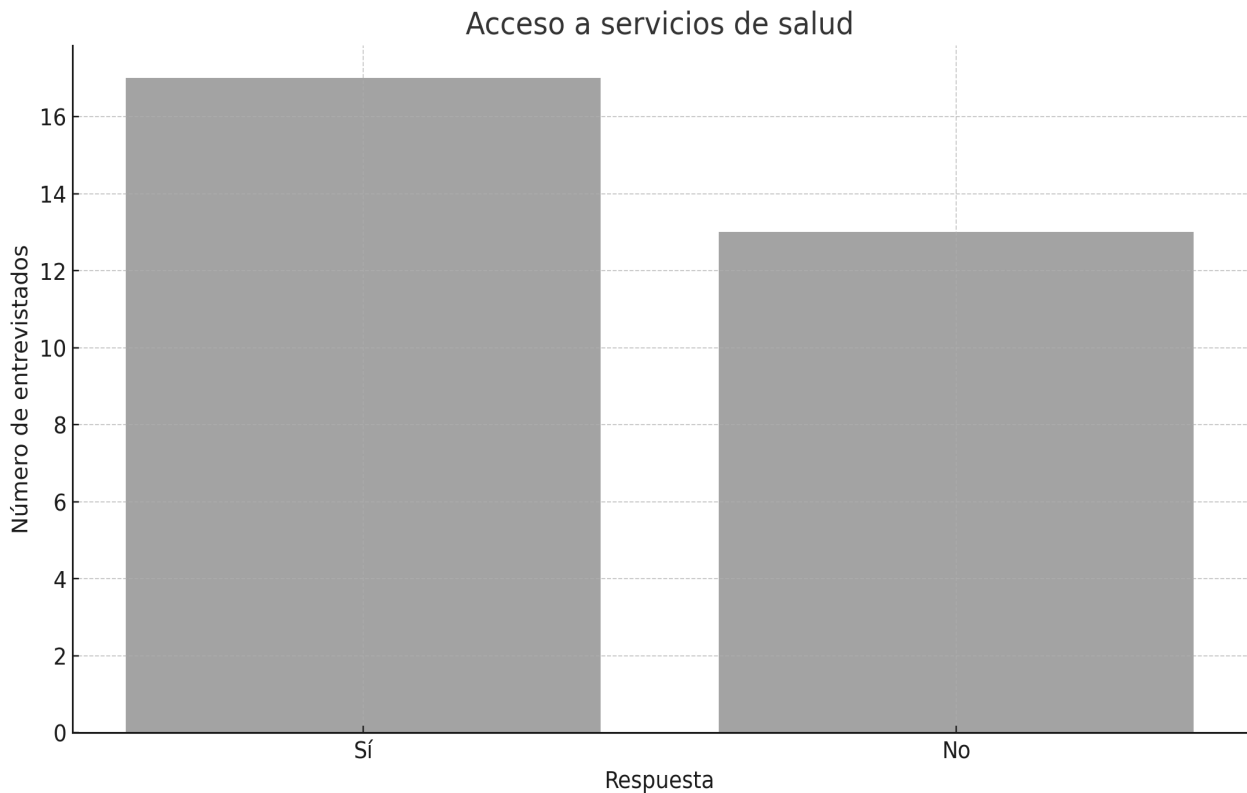


Fuente: Instrumento de entrevista de la tesis “Factores que se presentan en la adherencia terapéutica en pacientes mayores de 30 años con hipertensión esencial primaria en USI ‘Sitio del niño’ en el periodo abril a agosto de 2025”

Los datos representados en el gráfico reflejan que un total de 15 pacientes están en tratamiento con 2 fármacos, 7 pacientes tienen su tratamiento con un total de 3 fármacos, 5 pacientes están cumpliendo monoterapia y un total de 3 pacientes se encuentran en un régimen farmacológico que emplea más de 4 fármacos.

Objetivo específico 3: Determinar cómo las condiciones estructurales del sistema de salud (como el acceso a medicamentos y los tiempos de espera) y la calidad de la comunicación entre el personal médico

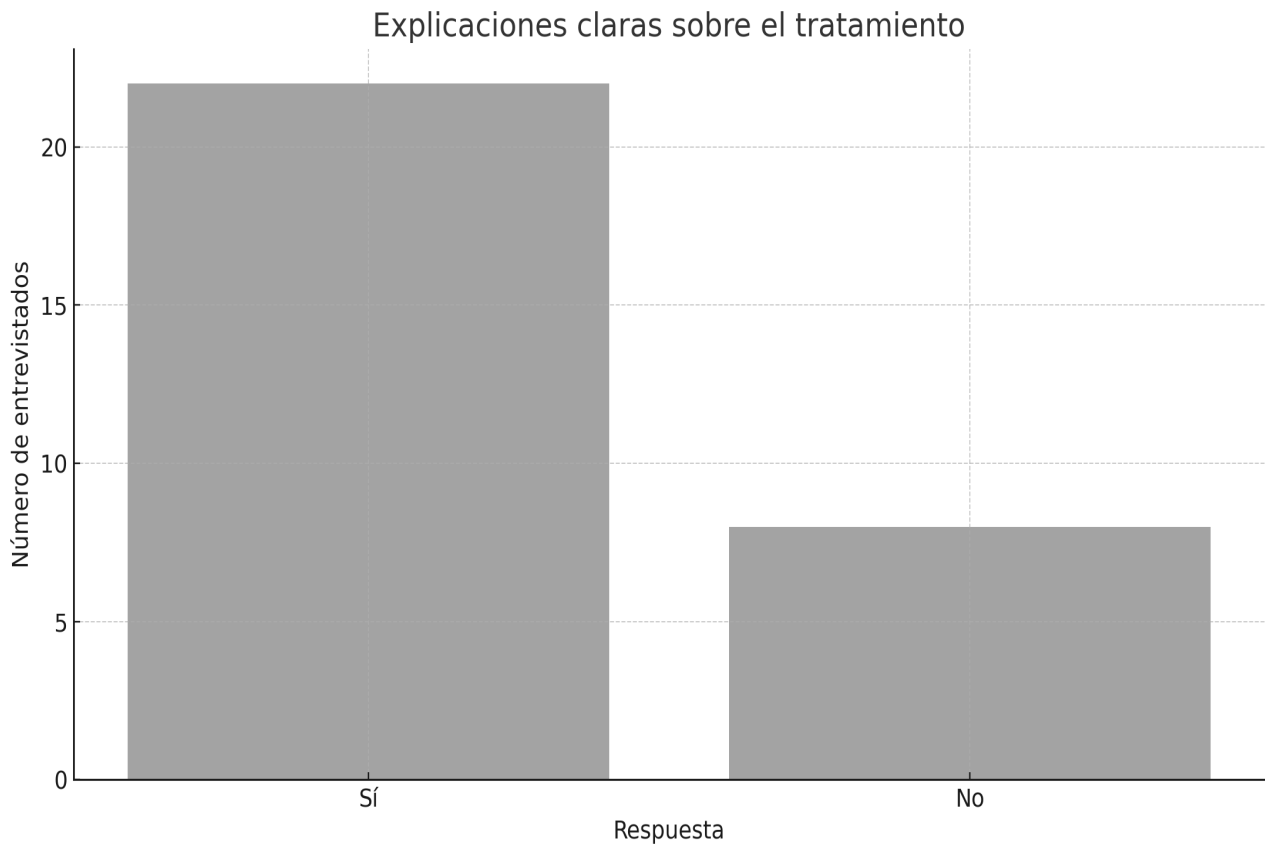
GRÁFICO 7: ACCESO A SERVICIOS DE SALUD



Fuente: Instrumento de entrevista de la tesis “Factores que se presentan en la adherencia terapéutica en pacientes mayores de 30 años con hipertensión esencial primaria en USI ‘Sitio del niño’ en el periodo abril a agosto de 2025”

En el presente gráfico se observa que 17 pacientes refieren tener acceso a los servicios de salud de forma oportuna, mientras que 13 pacientes refieren no tener acceso a servicios de salud de forma adecuada, esto puede ser por diversas circunstancias como: distancias largas para llegar al establecimiento de salud, tiempos de espera prolongados de parte de los pacientes.

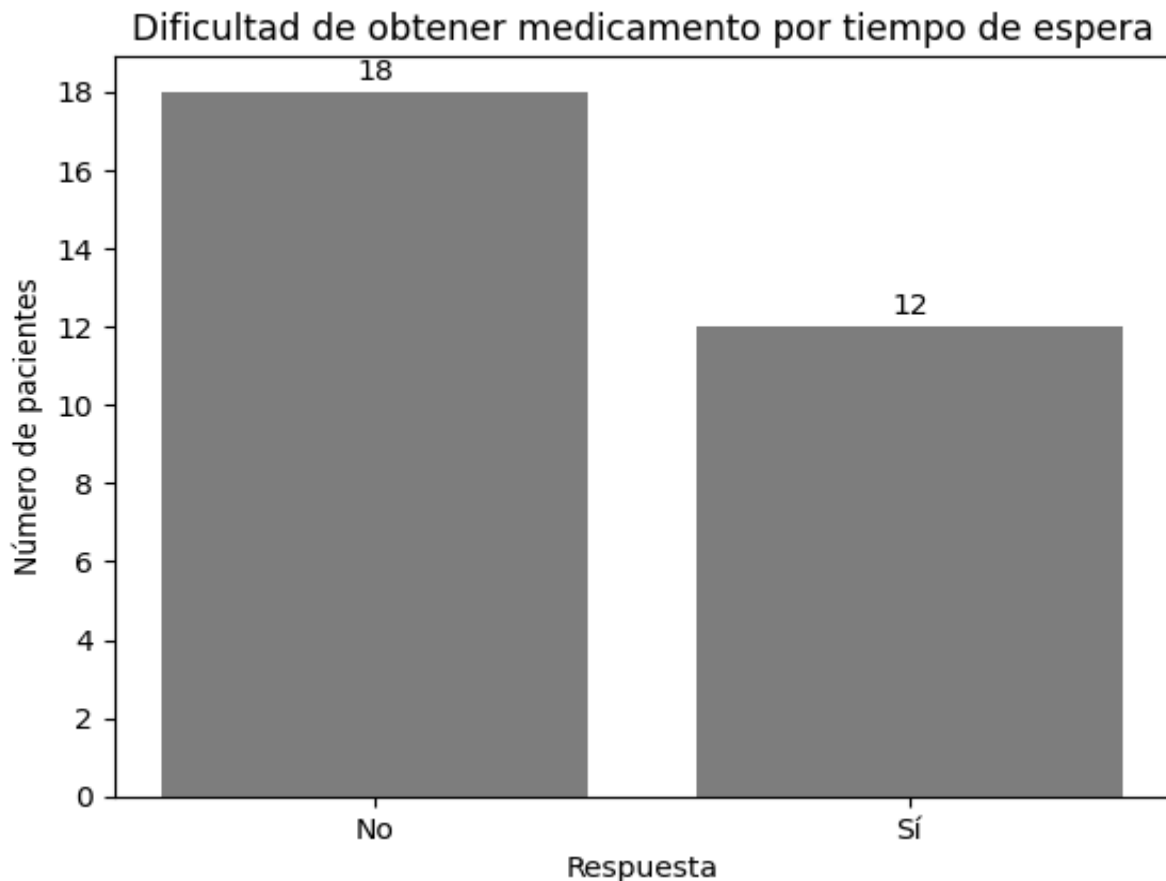
GRÁFICO 8: EXPLICACIONES CLARAS SOBRE EL TRATAMIENTO



Fuente: Instrumento de entrevista de la tesis “Factores que se presentan en la adherencia terapéutica en pacientes mayores de 30 años con hipertensión esencial primaria en USI ‘Sitio del niño’ en el periodo abril a agosto de 2025”

Con este gráfico podemos observar que de los pacientes entrevistados 22 ellos refiere que el personal médico es claro ante las explicaciones sobre su tratamiento médico, mientras que solamente 8 pacientes refieren no comprender las explicaciones de sus médicos.

GRÁFICO 9: DIFICULTAD DE OBTENER MEDICAMENTO POR TIEMPO DE ESPERA

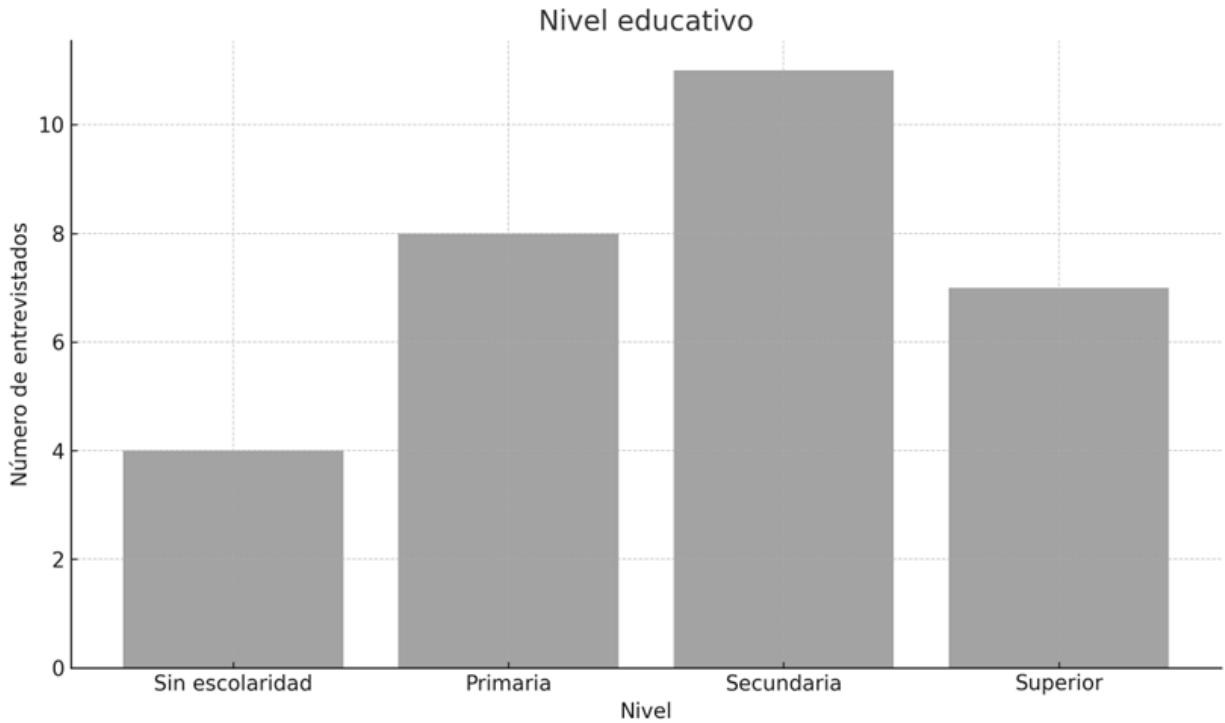


Fuente: Instrumento de entrevista de la tesis “Factores que se presentan en la adherencia terapéutica en pacientes mayores de 30 años con hipertensión esencial primaria en USI ‘Sitio del niño’ en el periodo abril a agosto de 2025”

De acuerdo a los datos obtenidos en la entrevista, en este gráfico se representa la dificultad de los pacientes para obtener su medicamento debido al tiempo de espera mayor a 3 hrs. De la muestra total de 30 pacientes, 18 respondieron que no presentan esta dificultad, lo que corresponde al 60%, mientras que 12 pacientes manifestaron que sí la experimentan, equivalente al 40% del total.

Objetivo específico 4: Describir cómo influyen el nivel educativo, el apoyo familiar y las condiciones sociales en la adherencia terapéutica de los pacientes hipertensos.

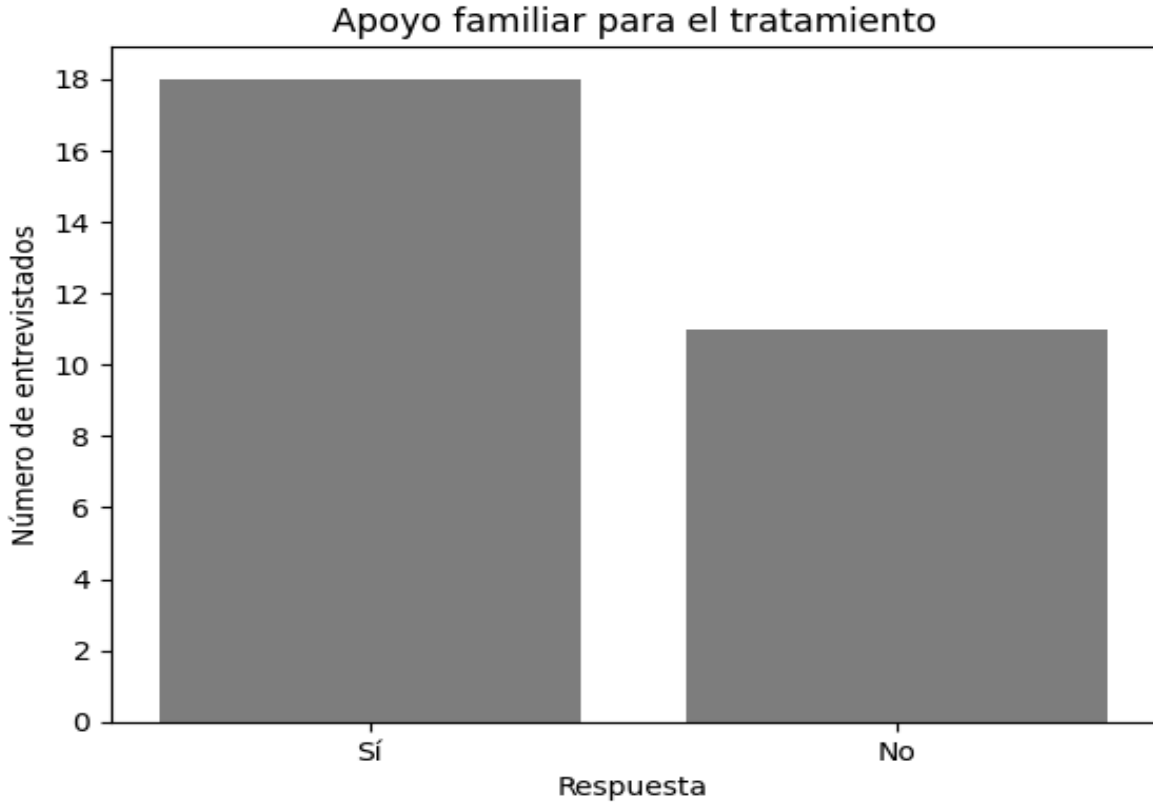
GRÁFICO 10: NIVEL EDUCATIVO



Fuente: Instrumento de entrevista de la tesis “Factores que se presentan en la adherencia terapéutica en pacientes mayores de 30 años con hipertensión esencial primaria en USI ‘Sitio del niño’ en el periodo abril a agosto de 2025”

De acuerdo a los datos obtenidos en la entrevista, en este gráfico se representa la distribución del nivel educativo de los pacientes hipertensos en estudio. Se observa que la mayoría de los entrevistados cuentan con estudios de secundaria (11 pacientes), seguidos de aquellos con nivel superior (7 pacientes). En menor proporción se encuentran los pacientes con estudios de primaria (8 pacientes) y, finalmente, un grupo reducido no cuenta con ningún nivel de escolaridad formal (4 pacientes).

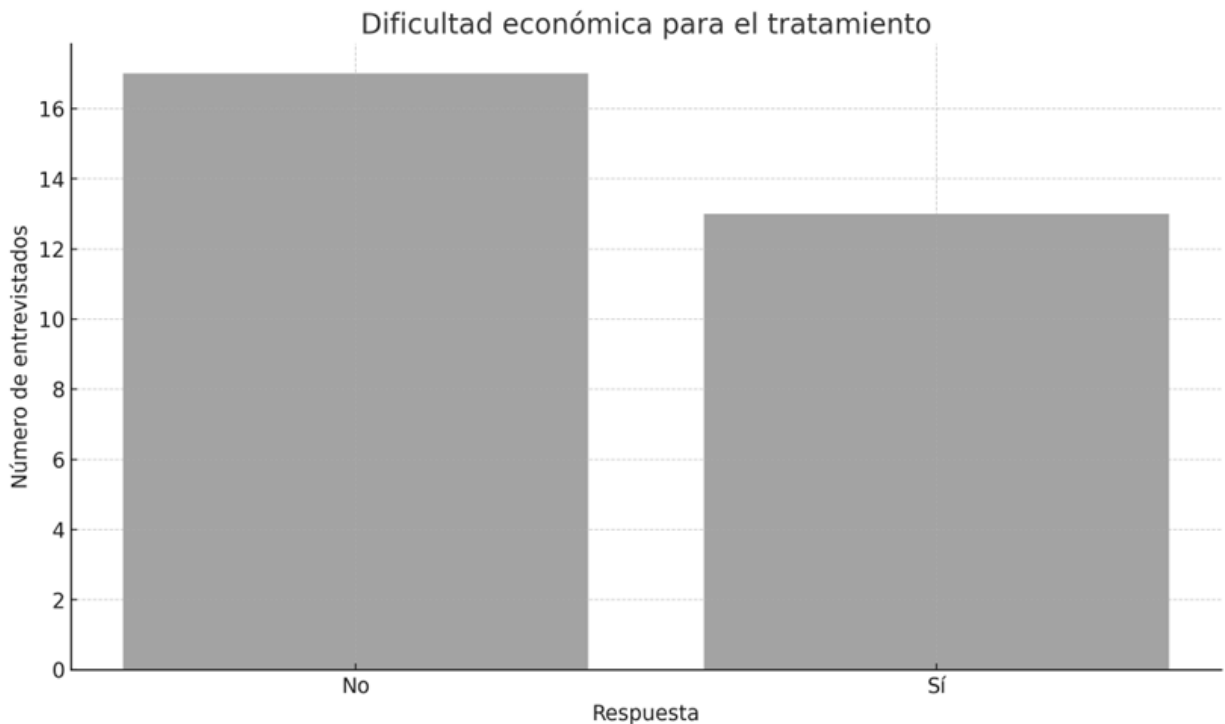
GRÁFICO 11: APOYO FAMILIAR



Fuente: Instrumento de entrevista de la tesis “Factores que se presentan en la adherencia terapéutica en pacientes mayores de 30 años con hipertensión esencial primaria en USI ‘Sitio del niño’ en el periodo abril a agosto de 2025”

De acuerdo a los datos obtenidos en la entrevista, en este gráfico se representa el apoyo familiar que reciben los pacientes hipertensos durante su tratamiento. Se observa que 19 de los pacientes encuestados respondieron afirmativamente, lo que indica que cuentan con algún tipo de respaldo familiar durante el proceso terapéutico, mientras que 11 pacientes refirieron no tener apoyo por parte de sus familiares. Esto significa que, dentro de la población estudiada, la mayoría dispone de acompañamiento cercano en el cumplimiento de su régimen de tratamiento, aunque también existe un grupo considerable que enfrenta la enfermedad sin ayuda directa de su entorno familiar.

GRÁFICO 12: DIFICULTAD ECONÓMICA PARA EL TRATAMIENTO



Fuente: Instrumento de entrevista de la tesis “Factores que se presentan en la adherencia terapéutica en pacientes mayores de 30 años con hipertensión esencial primaria en USI ‘Sitio del niño’ en el periodo abril a agosto de 2025”

De acuerdo a los datos obtenidos en la entrevista, en este gráfico se representa la presencia de dificultades económicas que enfrentan los pacientes hipertensos en relación con su tratamiento. Se observa que 17 de los entrevistados, lo que equivale al 56.7% de la muestra, señalaron no tener complicaciones de tipo económico para dar continuidad a su régimen terapéutico, constituyendo el grupo mayoritario. En contraste, 13 pacientes, correspondientes al 43.3% del total, manifestaron sí presentar dificultades económicas asociadas al tratamiento, conformando un grupo minoritario aunque de relevancia dentro de la población estudiada. La distribución de las respuestas refleja que, aunque predominan los pacientes que no reportan limitaciones económicas, existe un número considerable que sí las experimenta.

DISCUSIÓN

El presente estudio tuvo como propósito identificar los principales factores en la adherencia terapéutica en pacientes mayores de 30 años con hipertensión esencial primaria atendidos en USI “Sitio del Niño” durante el periodo abril a agosto de 2025. Los resultados obtenidos permiten reconocer que la adherencia es un fenómeno complejo, determinado por la interacción de variables personales, terapéuticas, estructurales y sociales. Estos hallazgos confirman lo señalado en la literatura, donde la adherencia se concibe como un proceso multifactorial influenciado tanto por el individuo como por su entorno y por el sistema de salud.

De acuerdo con lo mostrado en el gráfico 1, el 53.3% de los pacientes (n=16) refirió nunca olvidar la toma de su medicación, mientras que el 46.7% (n=14) reconoció olvidarla más de dos veces al mes. Esta división prácticamente equitativa refleja la fragilidad del cumplimiento terapéutico y concuerda con lo reportado en investigaciones internacionales, donde el olvido aparece como la causa más frecuente de incumplimiento. La existencia de casi la mitad de la población que no logra cumplir regularmente con la toma diaria del medicamento constituye un riesgo importante, ya que la irregularidad terapéutica favorece el descontrol tensional y la aparición de complicaciones cardiovasculares.

Tal como se observa en el gráfico 2, la motivación predominante fue baja, con un 60% de los pacientes (n=18), frente a un 40% (n=12) que refirió alta motivación hacia el cumplimiento de su tratamiento. La baja motivación es un hallazgo preocupante, ya que refleja la escasa percepción de riesgo y la limitada disposición para seguir de manera sostenida un tratamiento de por vida. La hipertensión, al ser una enfermedad silenciosa durante gran parte de su evolución, contribuye a que los pacientes no la perciban como grave, reduciendo así su compromiso con la adherencia. Este fenómeno ha sido ampliamente descrito en estudios latinoamericanos, donde la falta de síntomas inmediatos se relaciona con baja motivación y abandono terapéutico.

En cuanto al nivel de conocimiento, el gráfico 3 evidencia que un 36.7% de los pacientes (n=11) tenía un conocimiento alto, un 33.3% (n=10) un conocimiento medio y un 30% (n=9) un conocimiento bajo. Estos resultados muestran que, aunque una parte de la población entiende adecuadamente en qué consiste la hipertensión, la mayoría presenta vacíos relevantes, particularmente en lo referente a los valores normales de presión arterial y la naturaleza crónica e irreversible de la enfermedad. Esta situación demuestra que la educación en salud no ha logrado aún transformar la información recibida en cambios conductuales sostenidos, lo que refuerza la necesidad de fortalecer programas de educación comunitaria que permitan mejorar la comprensión y, con ello, la adherencia.

Una de las relaciones más evidentes se establece entre el olvido de la medicación y la motivación. Como se observa en los gráficos 1 y 2, el 46.7% de los pacientes (n=14) que olvidan con frecuencia sus medicamentos coincide con el 60% (n=18) que reporta baja motivación, lo que permite inferir que la falta de motivación constituye un factor decisivo en el incumplimiento terapéutico. Estos hallazgos confirman que los factores personales están estrechamente relacionados y que el olvido no responde únicamente a fallas de memoria, sino a un bajo compromiso emocional con la terapia.

Asimismo, al relacionar el nivel de conocimiento con la motivación, se observa que, aunque un 36.7% (n=11) presentó conocimiento alto de la enfermedad (gráfico 3), la mayoría continuó con baja motivación, lo cual sugiere que la información teórica no necesariamente se traduce en cambios de conducta. Esto refuerza la idea de que el conocimiento debe estar acompañado de intervenciones motivacionales y estrategias de acompañamiento familiar para impactar de manera real en la adherencia.

En relación con el régimen terapéutico, el gráfico 4 muestra que la mayoría de los pacientes se encuentra en el grupo de 0 a 2 años de tratamiento (63.3%, n=19), lo que evidencia que gran parte de ellos inició su régimen antihipertensivo de manera relativamente reciente. Un segundo grupo, correspondiente al 30% (n=9), ha mantenido su tratamiento entre 2 y 4 años, mientras que únicamente el 6.7% (n=2) refiere un tiempo mayor a 4 años en terapia. Estos resultados sugieren que, aunque existe continuidad en el inicio y seguimiento del tratamiento, todavía es limitado el número de pacientes con trayectorias prolongadas, lo que puede estar relacionado con dificultades en la adherencia sostenida a largo plazo.

En cuanto a los efectos adversos, el gráfico 5 muestra que un 60% de los pacientes (n=18) no reportó molestias, mientras que el 40% (n=12) sí experimentó algún efecto secundario. Este hallazgo es consistente con lo descrito en la literatura, donde los efectos adversos, aun cuando no sean graves, son causa frecuente de abandono parcial o suspensión del tratamiento. En lo referente al número de fármacos, el gráfico 6 evidencia que el 50% de los pacientes (n=15) recibía dos medicamentos, el 23.3% (n=7) tres medicamentos, el 16.7% (n=5) estaba en monoterapia y el 10% (n=3) recibía más de cuatro fármacos. Estos datos confirman la presencia de polifarmacia en un número considerable de pacientes, situación que incrementa la dificultad de mantener la adherencia por la complejidad de los esquemas y la mayor probabilidad de experimentar efectos adversos.

Otro vínculo importante se observa entre la polifarmacia y los efectos adversos. En el gráfico 6 se aprecia que el 50% de los pacientes (n=15) estaba bajo un esquema con dos fármacos y un 23.3% (n=7) con tres, mientras que en la figura 5 un 40% (n=12) refirió efectos secundarios. La relación entre mayor número de fármacos y la aparición de molestias confirma lo documentado en la literatura, donde la complejidad del

tratamiento y la intolerancia a los medicamentos son factores que reducen el apego al mismo.

En el análisis de las condiciones estructurales, la figura 7 señala que el 56.7% de los pacientes (n=17) consideró tener acceso oportuno a los servicios de salud, mientras que el 43.3% (n=13) reportó dificultades. Estos problemas, vinculados a la distancia al establecimiento y a los tiempos de espera prolongados, constituyen una barrera importante para la continuidad terapéutica. De igual forma, la figura 8 muestra que el 73.3% de los pacientes (n=22) consideró claras las explicaciones brindadas por el personal médico, mientras que el 26.7% (n=8) señaló deficiencias en la comprensión. Aunque la mayoría percibe una comunicación adecuada, la proporción que no logra entender plenamente las indicaciones médicas es relevante, ya que limita la motivación y el conocimiento, afectando de manera directa la adherencia. Finalmente, la figura 9 indica que el 60% de los pacientes (n=18) no tuvo problemas para obtener medicamentos por tiempos de espera, mientras que el 40% (n=12) sí manifestó dificultades. Este hallazgo confirma que la organización del sistema de salud influye directamente en la continuidad del tratamiento.

En cuanto a los factores sociales, la figura 10 evidencia que un 36.7% de los pacientes (n=11) tenía estudios de secundaria, un 26.7% (n=8) primaria, un 23.3% (n=7) educación superior y un 13.3% (n=4) carecía de escolaridad formal. La escolaridad baja se asocia de manera directa con menor adherencia, ya que limita la comprensión de las indicaciones médicas y la percepción del riesgo de la enfermedad, menor nivel educativo suele asociarse a menor adherencia por limitaciones en la comprensión de la enfermedad. En relación con el apoyo familiar, la figura 11 muestra que el 63.3% de los pacientes (n=19) manifestó contar con acompañamiento de sus familiares durante el proceso de tratamiento, mientras que el 36.7% (n=11) refirió no tenerlo. El apoyo familiar constituye un factor protector, además es un factor crítico, ya que el acompañamiento facilita la adherencia pues facilita el recordatorio de la medicación, la asistencia a controles y el refuerzo emocional. Por último, la figura 12 señala que el 56.7% de los pacientes (n=17) no enfrentaba dificultades económicas para mantener su tratamiento, en contraste con el 43.3% (n=13) que sí reportó limitaciones. Estos datos demuestran que, aunque la mayoría logra sostener su régimen terapéutico, un número importante se encuentra en riesgo de abandono debido a problemas financieros, lo cual se ha documentado como un factor de peso en países con recursos limitados.

Las condiciones estructurales y sociales también muestran interacciones. El 43.3% (n=13) que manifestó dificultades de acceso a los servicios (figura 7) se solapa con el 43.3% (n=13) que reportó limitaciones económicas (figura 12), lo que evidencia que los determinantes sociales potencian los estructurales, aumentando el riesgo de abandono. Esto refleja que la falta de recursos financieros no solo limita la compra de

medicamentos, sino que también impacta en la posibilidad de trasladarse y esperar tiempos prolongados para recibir atención.

Con base en los hallazgos, se puede determinar que los elementos que más destacaron en el estudio fueron la baja motivación, el conocimiento insuficiente, la polifarmacia, los efectos adversos, y las limitaciones económicas como obstáculos para la adherencia terapéutica; mientras que la comunicación efectiva del personal de salud y el apoyo familiar se identificaron como factores facilitadores.

La baja motivación, el conocimiento insuficiente, la polifarmacia, los efectos adversos, las barreras de acceso y las dificultades económicas emergen como obstáculos significativos, mientras que la comunicación clara del personal de salud y el apoyo familiar constituyen fortalezas que deben potenciarse como elementos clave en la adherencia terapéutica.

En conclusión, la adherencia terapéutica en pacientes con hipertensión esencial primaria atendidos en la USI “Sitio del Niño” se encuentra determinada por factores personales, terapéuticos, estructurales y sociales que interactúan de manera compleja. Reconocer estas dimensiones permitirá diseñar estrategias más efectivas para mejorar el control de la enfermedad y reducir las complicaciones cardiovasculares en la población estudiada.

CONCLUSIONES

- Se observó que casi la mitad de los pacientes olvida con frecuencia su medicamento, lo cual interfiere con la continuidad del tratamiento. Además, predominó la motivación baja y un nivel de conocimiento que en muchos casos fue medio o bajo, mostrando que el compromiso y la comprensión de la enfermedad siguen siendo limitados.
- La mayoría de pacientes lleva entre uno y tres años de tratamiento, pero esto no asegura un cumplimiento constante. Muchos de ellos reciben más de un fármaco y un grupo importante refirió efectos adversos, lo que refleja que la complejidad del régimen y las molestias asociadas influyen en la adherencia
- Una parte considerable de la población manifestó dificultades para acceder a los servicios de salud y para obtener sus medicamentos debido a los tiempos de espera. Sin embargo, la mayoría reconoció que el personal de salud brinda explicaciones claras, lo cual facilita la comprensión y el seguimiento del tratamiento
- Se identificó que la escolaridad influye en la comprensión de las indicaciones médicas, ya que los pacientes con menor nivel educativo presentaron más dificultades. El apoyo familiar se mostró como un factor positivo que ayuda al cumplimiento, mientras que las limitaciones económicas continúan siendo un obstáculo para mantener la terapia de manera regular.

RECOMENDACIONES

A la Unidad de Salud

- Fortalecer los programas de educación en salud dirigidos a pacientes hipertensos, empleando materiales didácticos adaptados al nivel educativo de la población, con especial énfasis en la comprensión de la enfermedad, los valores de presión arterial y las complicaciones de la falta de tratamiento.
- Implementar mecanismos de apoyo y recordatorio para los pacientes, tales como visitas domiciliarias, llamadas telefónicas y seguimiento por promotores de salud, con el objetivo de reducir los olvidos en la toma de medicación.
- Simplificar los esquemas farmacológicos mediante el uso de combinaciones a dosis fijas cuando sea posible, reduciendo así la polifarmacia y el riesgo de efectos adversos que impactan en la adherencia.
- Mejorar la organización en la dispensación de medicamentos, reduciendo los tiempos de espera y asegurando la disponibilidad constante de fármacos para pacientes hipertensos.
- Involucrar de manera activa a las familias en el proceso terapéutico, fomentando el acompañamiento en la asistencia a controles y en el cumplimiento de las indicaciones médicas.

A la Universidad de El Salvador

- Impulsar más investigaciones sobre adherencia terapéutica en enfermedades crónicas no transmisibles, de forma que se amplíe la evidencia científica en contextos locales y se generen intervenciones específicas para la población salvadoreña.
- Incorporar en los programas académicos asignaturas y módulos sobre educación en salud, comunicación médico–paciente y consejería comunitaria, con el fin de formar profesionales mejor preparados para enfrentar las barreras de adherencia.
- Promover proyectos de vinculación universidad–comunidad que permitan a los estudiantes de Medicina y otras carreras de la salud aplicar estrategias de motivación, educación y acompañamiento a pacientes con enfermedades crónicas desde años tempranos al iniciar la carrera

A la población

- Procurar cumplir diariamente con la medicación, incorporando recordatorios sencillos en la vida cotidiana (alarmas en el celular, apoyo de familiares o pastilleros semanales), ya que el olvido fue una de las principales causas de incumplimiento encontradas.
- Buscar siempre aclarar dudas con el personal de salud, aprovechando que la mayoría manifestó recibir explicaciones claras, pero un sector aún reporta dificultades de comprensión.
- Mantener hábitos de vida que refuercen el efecto del tratamiento: alimentación balanceada, reducción de sal y grasas, ejercicio regular y abandono del tabaquismo y el alcohol.
- Reconocer la importancia del acompañamiento familiar en el proceso de tratamiento y motivar a los miembros del hogar a involucrarse activamente en el cuidado del paciente hipertenso.
- En los casos con limitaciones económicas, priorizar la asistencia a los controles y el retiro oportuno de medicamentos en la unidad de salud, para evitar interrupciones que comprometan la adherencia y el control de la presión arterial.

ANEXO 1:

Nombre completo: _____ Edad: _____

Sexo:

Número de expediente: _____ Fecha de aplicación del cuestionario: _____

Unidad de salud: _____ Nombre del entrevistador:

Instrucciones: Responda la opción que mejor describa su situación actual.

1. Sistema de salud y equipo médico - ¿Le resulta fácil acceder a los servicios de salud cuando los necesita? - ¿Confía en el personal médico que le atiende? ¿Por qué? - ¿Le explican claramente cómo debe tomar sus medicamentos?
2. Factores socioeconómicos - ¿Cree que su nivel educativo le permite comprender bien las indicaciones del tratamiento? - ¿Tiene dificultades económicas para cumplir con su tratamiento? - ¿Tiene alguien en casa o en su familia que le apoye o le recuerde tomar los medicamentos? - ¿Hay alguna creencia o costumbre en su entorno que le haga más difícil seguir el tratamiento?
3. Condición médica - ¿Siente usted síntomas cuando su presión está alta o controlada? - ¿Qué piensa usted sobre la gravedad de su enfermedad? - ¿Tiene alguna otra enfermedad o problema de salud que le haga difícil seguir el tratamiento?
4. Factores relacionados con el tratamiento - ¿Cuántos medicamentos debe tomar actualmente para la presión? - ¿Le resulta complicado seguir el horario o la frecuencia de las tomas? - ¿Ha sentido algún efecto negativo al tomar los medicamentos?
5. Factores personales del paciente - ¿Se le ha olvidado alguna vez tomar su medicamento? ¿Con qué frecuencia? - ¿Qué tan motivado se siente usted para seguir el tratamiento todos los días? - ¿Qué piensa usted sobre el tratamiento que recibe? ¿Le parece útil? - ¿Qué conocimientos tiene usted sobre la hipertensión y su tratamiento?

ANEXO 2

CONSENTIMIENTO INFORMADO

Nombre del estudio:

FACTORES QUE AFECTAN LA ADHERENCIA TERAPÉUTICA EN PACIENTES MAYORES DE 30 AÑOS CON HIPERTENSIÓN ESENCIAL PRIMARIA EN USI “SITIO DEL NIÑO” EN EL PERIODO ABRIL A AGOSTO DE 2025

Yo, _____, en pleno uso de mis facultades, declaro que he sido informado/a acerca del objetivo de la presente entrevista sobre adherencia terapéutica en pacientes con hipertensión arterial. Autorizo el uso de la información proporcionada con fines de investigación, garantizando la confidencialidad de mis datos personales según lo establecido en la ley de protección de datos personales.

Firma del participante: _____

ANEXO 3

Dra. Katya Cisneros de Schonenberg

Directora de la Unidad de Salud Intermedia Sitio del Niño

Le saludo deseándole éxitos en sus actividades, el motivo de la presente, es para solicitarle su autorización para realizar el trabajo de grado titulado " FACTORES QUE AFECTAN LA ADHERENCIA TERAPÉUTICA EN PACIENTES MAYORES DE 30 AÑOS CON HIPERTENSIÓN ESENCIAL PRIMARIA EN USI "SITIO DEL NIÑO" EN EL PERIODO ABRIL A AGOSTO DE 2025" el cual surgió de la necesidad de conocer la adherencia terapéutica que tienen los pacientes que visitan dicho centro de salud que padecen dicha enfermedad, se abordan factores que pueden interferir en la adherencia terapéutica, tales como: nivel de escolaridad, paradigmas presentes en la población blanco o fuentes de información utilizadas con mayor frecuencia en los usuarios.

La recopilación de datos será a través de un cuestionario que se llenará por los usuarios que acepten participar en el estudio, previa firma de consentimiento informado. Cabe mencionar que para este estudio no se utilizará información extraída de los expedientes clínicos de los pacientes que participen, por lo que la única información utilizada será recopilada a través del cuestionario.

Anexo a este documento una copia de cuestionario y consentimiento informado.

Edwin Antonio Serpas Orellana
DOCTORADO EN MEDICINA
J.V.P.M. PROVISIONAL No. 484/2025

Edwin Antonio Serpas

Lidia Aracely Somoza de la Cruz
DOCTORADO EN MEDICINA
J.V.P.M. PROVISIONAL No. 930/2025

Lidia Aracely Somoza

Jenri Yonatan Velásquez Alvarez
DOCTORADO EN MEDICINA
J.V.P.M. PROVISIONAL No. 608/2025

Jenri Yonathan Velásquez

Recibido
29-05-25
Katya Cisneros

Katya Verónica Cisneros de Schonenberg
DOCTORA EN MEDICINA
J.V.P.M. No. 19374

Anexo 9: Formato para remisión de Informe Final, superando las observaciones por parte del tribunal calificador

San Salvador, 7 de Noviembre del 2025

Doctor Douglas Velásquez
Director
Escuela de Medicina
Presente

Estimado Dr. Velásquez:

Por este medio comunico a usted que el Informe Final del Trabajo de Grado, titulado:

FACTORES QUE SE PRESENTAN EN LA ADHERENCIA TERAPÉUTICA EN PACIENTES MAYORES DE 30 AÑOS CON HIPERTENSIÓN ESENCIAL PRIMARIA EN USI "SITIO DEL NIÑO" EN EL PERIODO ABRIL A AGOSTO DE 2025

Elaborado por:

Lidia Somoza de la Cruz
Edwin Antonio Serpas
Jenri Yonatan Velásquez Alvarez

Cumple con las observaciones efectuadas por los miembros del Tribunal Calificador.

Atentamente,

Dr. Hugo Mora

Nombre del Docente Asesor

Firma



Sello profesional

BIBLIOGRAFÍA

1. World Health Organization. Hypertension [Internet]. Geneva: WHO; 2021 [citado 2025 may 9]. Disponible en: <https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/hypertension>
2. Burnier M, Egan BM. Adherence in hypertension. *Circ Res.* 2019;124(7):1124–1140.
3. Sabaté E. Adherence to long-term therapies: evidence for action. Geneva: World Health Organization; 2003.
4. Abegaz TM, et al. Nonadherence to antihypertensive drugs: A systematic review and meta-analysis. *Medicine (Baltimore).* 2017;96(4):e5641.
5. Comunicación personal. Directora de la Unidad de Salud Sitio del Niño, entrevista realizada el 5 de mayo de 2025.
6. Camafort M, et al. *Revista Clínica Española (English Edition).* 2021;221(9):547–552.
7. Zhou B, et al. Worldwide trends in hypertension prevalence and progress in treatment and control from 1990 to 2019. *The Lancet.* 2021;398(10304):957–980.
8. Schillaci G, Verdecchia P, Porcellati C, Cuccurullo O, Cosentino M. Gender differences in hypertension: impact on diagnosis and therapy. *Int J Hypertens.* 2011;2011:1–5.
9. Lamelas P, et al. Prevalence, awareness, treatment and control of hypertension in rural and urban communities in Latin American countries. *J Hypertens.* 2019;37(9):1813–1821.
10. Barbosa EC, et al. May measurement month 2017: Latin America. *J Hypertens.* 2020;38(6):1183–1188.
11. Ministério da Saúde (Brasil). *Vigitel Brasil 2013.* Brasília: MS; 2014.
12. Intimayta-Escalante C, Quintana-García LA. Desigualdades socioeconómicas en la falta de adherencia a la medicación antihipertensiva en Perú. *Med. clín. soc.* 2024;8(3):333-343.

13. Ministerio de Salud de El Salvador. Informe Epidemiológico 2019.
14. ENECA-ELS. Encuesta Nacional de Enfermedades Crónicas No Transmisibles. San Salvador: MINSAL; 2015.
15. Krousel-Wood MA, et al. Predictors of medication adherence in hypertensive patients. *Curr Hypertens Rep.* 2010;12(5):327–333.
16. Chow CK, et al. Adherence to cardiovascular medications and mortality: a systematic review and meta-analysis. *Eur Heart J.* 2013;34(38):2933–2940.
17. Datos internos. Unidad de Salud Sitio del Niño, archivo clínico 2014.
18. Datos internos. Unidad de Salud Sitio del Niño, informe estadístico 2020.
19. Organización Panamericana de la Salud. Impacto de la pandemia por COVID-19 en el seguimiento de pacientes crónicos. OPS; 2021.
20. Comunicación personal. Directora de la Unidad de Salud Sitio del Niño, entrevista 2021.
21. Datos de registro estadístico 2024. USI Sitio del Niño.
22. Comunicación interna, equipo de salud USI Sitio del Niño, 2024.
23. Evaluación interna. Unidad de Salud Sitio del Niño, seguimiento clínico 2024.
24. Ministerio de Salud de El Salvador. Perfil epidemiológico nacional 2021. San Salvador: MINSAL; 2022.
25. Vrijens B, Vincze G, Kristanto P, Urquhart J, Burnier M. Adherence to prescribed antihypertensive drug treatments: longitudinal study of electronically compiled dosing histories. *BMJ.* 2008;336(7653):1114–1117.
26. Lemogoum D, Seedat YK, Mabadeje AF, et al. Recommendations for prevention, diagnosis and management of hypertension and cardiovascular risk factors in sub-Saharan Africa. *J Hypertens.* 2003;21(11):1993–2000.
27. Whelton PK, Carey RM, Aronow WS, et al. 2017 ACC/AHA/AAPA/ABC/ACPM/AGS/APhA/ASH/ASPC/NMA/PCNA Guideline for the Prevention, Detection, Evaluation, and Management of High Blood Pressure in Adults. *J Am Coll Cardiol.* 2018;71(19):e127–e248.

28. Ministerio de Salud de El Salvador. Lineamientos técnicos para la atención de la hipertensión arterial esencial primaria. San Salvador: MINSAL; 2019.
29. Carretero OA, Oparil S. Essential hypertension. Part I: definition and etiology. *Circulation*. 2000;101(3):329–35.
30. Pan American Health Organization. HEARTS in the Americas: Improving hypertension control through primary health care. Washington, D.C.: PAHO; 2020.
31. Mayo Clinic. High blood pressure (hypertension) – Symptoms and causes [Internet]. [citado 2025 may 9]. Disponible en: <https://www.mayoclinic.org/es/diseases-conditions/high-blood-pressure/symptoms-causes/syc-20373410>
32. Organización Mundial de la Salud. Hypertension [Internet]. Geneva: WHO; 2023.
33. Organización Panamericana de la Salud. Guía para el manejo de la hipertensión arterial en atención primaria de salud. Washington D.C.: OPS; 2019. Disponible en: https://iris.paho.org/bitstream/handle/10665.2/50805/OPSNMH19001_spa.pdf
34. Organización Panamericana de la Salud. Tratamiento farmacológico de la hipertensión arterial: guía de bolsillo para profesionales de salud. Washington D.C.: OPS; 2021.
35. Jimmy B, Jose J. Patient medication adherence: measures in daily practice. *Oman Med J*. 2011;26(3):155–159.
36. Organización Mundial de la Salud. *Adherencia a los tratamientos a largo plazo: pruebas para la acción*. Ginebra: OMS; 2004.
37. Neiman AB, Ruppert T, Ho M, et al. CDC grand rounds: improving medication adherence for chronic disease management—innovations and opportunities. *MMWR Morb Mortal Wkly Rep*. 2017;66(45):1248–1251.
38. Vrijens B, De Geest S, Hughes DA, et al. A new taxonomy for describing and defining adherence to medications. *Br J Clin Pharmacol*. 2012;73(5):691–705.
39. Brown MT, Bussell JK. Medication adherence: WHO cares? *Mayo Clin Proc*. 2011;86(4):304–314.

40. Ingersoll KS, Cohen J. The impact of medication regimen factors on adherence to chronic treatment: a review of literature. *J Behav Med.* 2008;31(3):213–224.
41. Kardas P, Lewek P, Matyjaszczyk M. Determinants of patient adherence: a review of systematic reviews. *Front Pharmacol.* 2013;4:91.
42. Bailey SC, Oramasionwu CU, Wolf MS. Rethinking adherence: a health literacy-informed model of medication self-management. *J Health Commun.* 2013;18(sup1):20–30.
43. Rodríguez-Alán M. Creencias personales y adherencia al tratamiento antihipertensivo. *Rev Peru Med Exp Salud Publica.* 2019;36(1):91-96.
44. Rodríguez-Alán M. Creencias y representación social de la hipertensión: implicaciones para la adherencia terapéutica. *Rev Salud Publica (Bogotá).* 2018;20(2):256-264.
45. Bosworth HB, Granger BB, Mendys P, et al. Medication adherence: a call for action. *Am Heart J.* 2011;162(3):412–424.
46. Conn VS, Ruppap TM, Chase JD, Enriquez M, Cooper PS. Interventions to improve medication adherence in hypertensive patients: systematic review and meta-analyses. *Curr Hypertens Rep.* 2015;17(12):94.
47. DiMatteo MR. Social support and patient adherence to medical treatment: a meta-analysis. *Health Psychol.* 2004;23(2):207–218.
48. Stirratt MJ, Curtis JR, Danila MI, et al. Development of the NIH PROMIS medication adherence framework. *Transl Behav Med.* 2015;5(4):447–462.
49. Martin LR, Williams SL, Haskard KB, et al. The challenge of patient adherence. *Ther Clin Risk Manag.* 2005;1(3):189–199.
50. Vrijens B, De Geest S, Hughes DA, et al. A new taxonomy for describing and defining adherence to medications. *Br J Clin Pharmacol.* 2012;73(5):691–705.
51. McDonald HP, Garg AX, Haynes RB. Interventions to enhance patient adherence to medication prescriptions: scientific review. *JAMA.* 2002;288(22):2868-2879.

52. Zolnierek KB, DiMatteo MR. Physician communication and patient adherence to treatment: a meta-analysis. *Med Care*. 2009;47(8):826–834.
53. Street RL, Makoul G, Arora NK, Epstein RM. How does communication heal? Pathways linking clinician–patient communication to health outcomes. *Patient Educ Couns*. 2009;74(3):295–301.
54. AlGhurair SA, Hughes CA, Simpson SH, Guirguis LM. A systematic review of patient self-reported barriers of adherence to antihypertensive medications. *Patient Prefer Adherence*. 2012;6:605–615.
55. Marmot M, Friel S, Bell R, Houweling TA, Taylor S. Closing the gap in a generation: health equity through action on the social determinants of health. *Lancet*. 2008;372(9650):1661–1669.
56. Ross CE, Wu C. The links between education and health. *Am Sociol Rev*. 1995;60(5):719–745.
57. Bor J, Cohen GH, Galea S. Population health in an era of rising income inequality: USA, 1980–2015. *Lancet*. 2017;389(10077):1475–1490.
58. Stringhini S, Carmeli C, Jokela M, et al. Socioeconomic status and the 25×25 risk factors as determinants of premature mortality: a multicohort study and meta-analysis of 1.7 million men and women. *Lancet*. 2017;389(10075):1229–1237.
59. Starfield B. Primary care and health: a cross-national comparison. *JAMA*. 1991;266(16):2268–2271.
60. Kruk ME, Porignon D, Rockers PC, Van Lerberghe W. The contribution of primary care to health and health systems in low- and middle-income countries: a critical review of major primary care initiatives. *Soc Sci Med*. 2010;70(6):904–911.
61. Osterberg L, Blaschke T. Adherence to medication. *N Engl J Med*. 2005;353(5):487–497.
62. Iuga AO, McGuire MJ. Adherence and health care costs. *Risk Manag Healthc Policy*. 2014;7:35–44.
63. Kardas P, Lewek P, Matyjaszczyk M. Determinants of patient adherence: a review of systematic reviews. *Front Pharmacol*. 2013;4:91

64. Nieuwlaat R, Wilczynski N, Navarro T, Hobson N, Jeffery R, Keepanasseril A, et al. Interventions for enhancing medication adherence. *Cochrane Database Syst Rev*. 2014;11:CD000011.
65. Gellad WF, Grenard JL, McGlynn EA. A review of barriers to medication adherence: a framework for driving policy options. *Santa Monica (CA): RAND Corporation*; 2009.
66. Zelaya DG, et al. Factores asociados a la adherencia al tratamiento antihipertensivo en pacientes del área rural en Honduras. *Rev Méd Hondureña*. 2020;88(2):76–82.
67. Ministerio de Salud de El Salvador. Evaluación de la adherencia terapéutica en pacientes con enfermedades crónicas. Dirección de Planificación Sanitaria; 2021.