

UNIVERSIDAD PRIVADA ANTENOR ORREGO

FACULTAD DE MEDICINA HUMANA

ESCUELA DE MEDICINA HUMANA



**ASOCIACIÓN ENTRE APOYO SOCIAL Y ADHERENCIA TERAPÉUTICA EN
HIPERTENSOS MAYORES DE 65 AÑOS - HOSPITAL II EsSalud TARAPOTO
2016**

TESIS PARA OPTAR EL TÍTULO DE MÉDICO CIRUJANO

AUTOR: MIGUEL ANGEL DULONG ZANELLI

ASESOR: Dr. ROOMEL LEOVIGILDO ARANGURI VERA

TRUJILLO – PERÚ

2016

PRESENTACIÓN

Señores Miembros del Jurado:

En cumplimiento del Reglamento de Grados y Títulos de la Universidad Privada Antenor Orrego presento ante ustedes la Tesis titulada: “ASOCIACIÓN ENTRE APOYO SOCIAL Y ADHERENCIA TERAPÉUTICA EN HIPERTENSOS MAYORES DE 65 AÑOS - HOSPITAL II EsSalud TARAPOTO 2016”, la misma que someto a vuestra consideración y espero que cumpla con los requisitos de aprobación para obtener el Título Profesional de Médico Cirujano.

DEDICATORIA

A MIS PADRES: Oscar e Irene

Por su amor incondicional, apoyo, ejemplo, sabiduría, consejos y compañía. Por ser mi fuente de valor, energía y superación día a día. Porque por ellos soy lo que soy, y sin ellos nada sería.

A MIS SERES QUERIDOS:

Por su apoyo, consejos y amor, porque a pesar que algunos de ellos ya no están presentes terrenalmente, siempre vivirán en mi mente y corazón.

AGRADECIMIENTOS

A DIOS:

Por permitirme gozar de salud, haber avanzado en mi preparación profesional y brindarme unos padres fantásticos.

AL DR. ROOMEL ARANGURI VERA:

Por su amistad, tiempo y conocimientos brindados.

A DOCENTES, TUTORES Y AMIGOS DEL HOSPITAL II EsSalud TARAPOTO

Por sus amistad, conocimientos y apoyo brindados durante todo mi año de internado.

RESUMEN

OBJETIVO: Determinar la asociación entre el apoyo social y la adherencia terapéutica de los pacientes hipertensos mayores de 65 años en el Hospital II EsSalud Tarapoto.

MATERIAL Y MÉTODO: Se realizó un estudio observacional, retrospectivo, analítico transversal donde se estudiaron 882 pacientes hipertensos de ambos sexos, mayores de 65 años del Hospital II EsSalud de la ciudad de Tarapoto, quienes respondieron el cuestionario de Medical Outcomes Study (MOS) para apoyo social y el cuestionario de Martin Bayarre Grau (MBG) para adherencia terapéutica. Todos los datos se analizaron con estadística descriptiva e inferencial.

RESULTADOS: La edad promedio encontrada en el estudio fue de 73 años para las de sexo femenino y de 71.8 años para los de sexo masculino, y la desviación estándar de 6.5 años. El 68.03% de la población fue de género femenino y el 31.97% de género masculino. El porcentaje de hipertensos que tienen apoyo social está representado por el 74.94% del total, y el 25.06% que no tienen apoyo social. El porcentaje de hipertensos con adherencia terapéutica está representado por el 79.14% del total, y el 20.86% que no poseen adherencia al tratamiento. La prueba de chi cuadrado fue igual a 282.54 con un $p = 0.0000$ ($p < 0.05$), determinando así una asociación estadísticamente significativa, y un odds ratio de 18.82 con un intervalo de confianza de 95%.

CONCLUSIÓN: Existe asociación entre el apoyo social y la adherencia terapéutica en hipertensos, donde la razón entre hipertensos con adherencia terapéutica comparada con los hipertensos sin adherencia terapéutica es 18.82 veces mayor en hipertensos con apoyo social en comparación a hipertensos sin apoyo social.

PALABRAS CLAVES: Hipertensión arterial, apoyo social y adherencia terapéutica.

ABSTRACT

OBJECTIVE: Determined the association between social support and the therapeutic adherence of the hypertensive patients over 65 years at Hospital II EsSalud Tarapoto.

MATERIAL AND METHODS: An observational, retrospective, analytical transversal study in which 882 hypertensive patients of both sexes, over 65 years of Hospital II EsSalud city of Tarapoto, who answered the questionnaire were studied. Medical Outcomes Study was performed (MOS) for social support and questionnaire Bayarre Martin Grau (MBG) for adherence. All data were analyzed using descriptive and inferential statistics.

RESULTS: The average age found in the study was 73 years for females and 71.8 years for males, and the standard deviation of 6.5 years. The 68.03% of the population was female and 31.97% male gender. The percentage of hypertensive patients that have social support is represented by the 74.94% of the total, and 25.06% who have no social support. The percentage of hypertensive patients with adherence is represented by 79.14% of the total, and 20.86% who have no adherence. The chi-square test was equal to 282.54 with $p = 0.0000$ ($p < 0.05$), determining a statistically significant association, and an odds ratio of 18.82 with a confidence interval of 95%.

CONCLUSION: Exists association between social support and adherence in hypertensive where the ratio of hypertensive patients with adherence compared to hypertensive patients non adherence is 18.82 times higher in hypertensive patients with social support compared to hypertensive patients without social support.

KEYWORDS: Hypertension, social support and adherence.

ÍNDICE

	<i>Página</i>
INTRODUCCIÓN	01
MATERIAL Y MÉTODOS	16
RESULTADOS	22
DISCUSIÓN	25
CONCLUSIONES	27
RECOMENDACIONES	28
LIMITACIONES	28
REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS	29
ANEXOS	38

I. INTRODUCCIÓN:

1.1.Marco Teórico:

Las enfermedades crónicas tienen un complejo manejo terapéutico, debido a esto muchas veces su control y adherencia se ve condicionado por aspectos educacionales, socioculturales y psicológicos; es así que para lograr cifras arteriales próximas a la normalidad, se requiere de la participación activa del paciente y a la vez de sus familiares o amigos. La hipertensión es una enfermedad con afectación multisistémica, al momento no curable, por tanto es considerada como abanderada de las patologías crónicas. En el Perú, la prevalencia de hipertensión arterial en la población en general fue 23.7% en el año 2013, en la costa fue de 27.3%, en la sierra 18.8% y 22.7% en la selva.¹

El carácter crónico de la enfermedad constituye en sí mismo un problema susceptible de ser analizado en forma independiente, debido al proceso continuo en el que las demandas de adaptación varían a lo largo de las distintas fases de la enfermedad, siendo una de las variables de adaptación, el apoyo social. En función de lo anterior, el estado de enfermedad crónica plantea demandas específicas de apoyo social que determinan, a su vez, las actitudes y conductas de las personas próximas al enfermo, las cuales son en ocasiones opuestas, o no están a la altura de sus necesidades.²

La hipertensión arterial se define como una presión arterial sistólica mayor o igual de 140 mmHg o una presión arterial diastólica mayor o igual de 90 mmHg o ambas cifras, en jóvenes, adultos y ancianos. Mientras que otros criterios basados en percentiles se adoptan para niños y adolescentes. Es preciso medir la tensión arterial durante algunos días antes de establecer el diagnóstico de hipertensión. La tensión se mide dos veces al día, preferiblemente por la mañana y por la noche. Se toman dos mediciones consecutivas, con un intervalo mínimo de cinco minutos entre ambas y con la persona sentada, tres veces por semana. Para confirmar el diagnóstico de hipertensión se toma el valor promedio de las tomas.^{3, 4, 41}

Se sospecha que su prevalencia puede alcanzar cifras muy importantes, tanto que algunos estudios la reportan en niveles de unos 30-45% de la población general, con un aumento marcado a edades más avanzadas. Se ha calculado que la hipertensión explica el 6% de los fallecimientos a nivel mundial, estos datos estadísticos demuestran que el problema de la hipertensión es muy serio; debido a ser una patología que no presenta síntomas, muchos pacientes no concurren a la consulta y el médico nunca llega a detectarlos. Por tanto es indispensable instituir medidas de corrección, en primer lugar, sería lograr un diagnóstico oportuno de la enfermedad, para esto se debe consultar las guías de tratamiento actualmente reconocidas, como el JNC8 y ESC/ESH 2015. Una vez reconocido el paciente, hay que implementar las medidas terapéuticas adecuadas para conseguir el control y adherencia al tratamiento.⁵

El adulto mayor tiene un elevado riesgo de sufrir complicaciones cardiovasculares (infarto del miocardio, insuficiencia cardiaca, hemorragia o trombosis cerebrales) y enfermedad renal especialmente cuando hay otras enfermedades concomitantes. Esto es debido a que por la edad las arterias pierden elasticidad, se vuelven más rígidas y por tanto disminuye su capacidad para adaptarse a altas presiones, lo que ocasiona que puedan romperse u obstruirse fácilmente. Asimismo su corazón tiene una menor capacidad de soportar el aumento de trabajo que le supone la hipertensión y por tanto más posibilidad de volverse insuficiente.⁶

En el mundo, las enfermedades cardiovasculares son responsables de aproximadamente 17 millones de muertes por año, casi un tercio del total. Entre ellas, las complicaciones de la hipertensión causan anualmente 9,4 millones de muertes. La hipertensión es la causa de por lo menos el 45% de las muertes por cardiopatías, y el 51% de las muertes por accidente cerebrovascular.⁴

El abordaje terapéutico de la hipertensión arterial no debe contener sólo el uso de fármacos, sino también la aplicación de medidas no farmacológicas. La consideración de alguna de éstas se realizará en función de la presencia de una etiología definida, de los valores de presión arterial y de la evaluación de los posibles factores de riesgo asociados. Si con las medidas no farmacológicas no se consigue un control preciso y adecuado es momento de administrar fármacos.⁷

Para que el uso de un medicamento sea adecuado, el paciente debe recibirlo de forma correcta; para ello no basta con una prescripción racional, sino que hay que tener en cuenta la adherencia del paciente al tratamiento.⁸

La detección temprana, el tratamiento apropiado y el control de la hipertensión producen importantes beneficios sanitarios y de índole económica. El tratamiento de las complicaciones de la hipertensión abarca intervenciones costosas como la cirugía de revascularización miocárdica, la endarterectomía carotídea o la diálisis, que agotan los presupuestos gubernamentales e individuales.⁴

La hipertensión se puede prevenir, en parte, modificando factores de riesgo relacionados con el comportamiento, como la dieta con exceso de sal, el uso nocivo del alcohol, la obesidad o la inactividad física. El tabaco puede aumentar el riesgo de complicaciones de la hipertensión. Si no se emprenden acciones para reducir la exposición a estos factores, aumentará la incidencia de enfermedades cardiovasculares, incluida la hipertensión.⁴

Según la OMS la adherencia terapéutica se define como el grado en que el comportamiento de una persona, tomar el medicamento, seguir un régimen alimentario y ejecutar cambios del modo de vida, se corresponden con las recomendaciones acordadas por profesional de la salud. En cuanto a estudios a nivel local, sobre adherencia terapéutica antihipertensiva no existen, sólo se tienen referencias internacionales y estudios realizados por la OMS que establece que solo entre un 50 y 70 % de pacientes se adhieren a la farmacoterapia para la hipertensión, lo que es un serio problema,

considerando que las enfermedades crónicas representan el 64% del total de la carga mundial de todas las enfermedades en el 2020.⁹

Diversos estudios han determinado que la adherencia al tratamiento en enfermedades crónicas define el éxito terapéutico. La adherencia depende de varios factores tanto del paciente como de su entorno, siendo clave la relación con el medio. Dentro de los factores estudiados que influyen se tiene: el factor socioeconómico y demográfico, los factores del sistema de asistencia sanitaria, los factores relacionados con la enfermedad, con el tratamiento y con el paciente (incluye ahí la falta de apoyo social, familiar y autoestima). Todos estos factores interactúan, dejando en manifiesto su comportamiento hacia la terapéutica. La deficiente adherencia terapéutica multiplica las dificultades de mejora de la salud de las poblaciones y produce despilfarro y subutilización de los recursos que son de por sí limitados.^{9, 10}

El problema de la baja adherencia terapéutica se divide entre los pacientes que interrumpen el tratamiento y otro entre los que lo siguen de manera incorrecta por retraso en los horarios; a la larga conlleva al riesgo de complicaciones cardiovasculares. Los pacientes que interrumpen el tratamiento representan un mayor problema porque normalmente su comportamiento es intencionado, y una vez interrumpido, reanudarlo es más difícil. Sin embargo, los pacientes que hacen un mal uso tienen un riesgo más alto de abandonar el tratamiento, por ello es importante identificarlos.⁸

Existen diversos métodos para valorar la adherencia, generalmente se clasifican en dos grandes grupos: directos e indirectos. Los directos están basados en la determinación del fármaco y sus metabolitos, monitorizando sus niveles séricos y su determinación en orina. Son objetivos y específicos, pero no siempre es posible emplearlos porque son caros y sólo informan de fármacos tomados recientemente. En cambio los métodos indirectos la valoran a partir de informaciones que proporciona el paciente u otras personas relacionadas con él, suelen ser sencillos y económicos, por lo que se utilizan sobre todo en poblaciones amplias. Entre ellos destacan:

entrevista al paciente o a sus familiares, cuestionarios, información procedente de enfermeras o médicos, el recuento de comprimidos, el control de dispensación, el MAPA, el AMPA, el resultado del tratamiento y la aparición de reacciones adversas. Los últimos mencionados son muy poco fiables por su baja utilidad práctica. Además podemos utilizar los sistemas electrónicos de monitoreo – MEMS.^{11, 12}

De acuerdo con David Haber, el apoyo social se define como la asistencia con amor y estima que las personas reciben de parte de otras ya sean éstas familiares, amigos, vecinos, colegas y/o profesionales de la salud, influyendo en su bienestar y capacidad de funcionamiento frente a la enfermedad de manera dinámica. Generalmente el apoyo social se puede ver en tres aspectos: el apoyo emocional que proporciona a las personas un sentido de seguridad, pertenencia y amor, el apoyo instrumental expresado de manera tangible y directa tal como la ayuda financiera y ayuda con los oficios del hogar, y el apoyo informativo a través de la provisión de consejos e ideas que puedan ayudar a la persona con problemas que estén enfrentando.¹³

El tipo de apoyo social puede tener diferentes efectos sobre la salud de las personas. Por ejemplo: el apoyo emocional de la pareja es muy relevante en los momentos inmediatamente posteriores a la aparición de la enfermedad, mientras que el apoyo instrumental e informativo, por parte de los compañeros de trabajo, puede ser muy importante en la etapa de rehabilitación y vuelta a la normalidad.¹³

El apoyo social podría funcionar como un protector ante la patología, si un individuo pertenece a diversos grupos de apoyo social: en la comunidad, casa y trabajo, puede movilizarse de uno a otro y estar totalmente inmunizado ante el mundo estresante. Por tanto el apoyo social es considerado el principal recurso de promoción de la salud.¹⁴

El apoyo social brinda al individuo seguridad, pertenencia y control con el propio entorno, además de aumentar su autoestima y dar lugar a un estado psicológico positivo que contrarresta el estrés percibido y resulta beneficioso para la salud. Por el contrario, la soledad genera sentimientos negativos y reduce la autoestima. Estos estados psicológicos negativos inducen un incremento de la actividad neuroendocrina, suprimiendo el sistema inmune y de esta manera interfieren en el mantenimiento de comportamientos saludables. En este caso, se incide en el poder del apoyo social para hacer que las personas se sientan mejor, simplemente por el hecho de sentirse apoyados e incluidos en una red social que les da fuerza y ánimo.¹⁴

Teniendo en cuenta la multidimensionalidad del apoyo social resulta difícil conseguir un método adecuado para medirlo, los problemas se relacionan con el hecho de que el término se vincula con eventos objetivos y subjetivos. Sin embargo, a pesar de eso existen numerosos cuestionarios que se basan en las evaluaciones retrospectivas de los sujetos, aportando información útil para comprender el papel del apoyo social en determinadas circunstancias.¹⁵

En relación con el tema se han realizado diferentes trabajos de investigación como:

Chacón J, et al (Chile, 2015), en su estudio sobre evaluación del control de la presión arterial y la adherencia terapéutica en hipertensos seguidos en el Programa de Salud Cardiovascular (PSCV) con una muestra randomizada de 1.794 hipertensos seguidos por 1 año en PSCV en Región Metropolitana. Los resultados fueron presión arterial controlada se comprobó en 56,5% y adherencia en 37,3% sin documentarse asociación entre ambas (OR 1,01 [IC 95% 0,78 – 1,32]). Los factores asociados a presión arterial no controlada y no adherencia fueron: edad, bajo ingreso familiar, inadecuada relación médico-paciente y alto nivel de estrés emocional/depresión. El tratamiento múltiple y obesidad se asociaron a presión arterial no controlada; sexo masculino y baja educación a no adherencia.¹⁶

Además, Martín A, et al (Cuba, 2015), en su estudio de tipo descriptivo de corte transversal estudiaron la adherencia al tratamiento en hipertensos atendidos en áreas de salud de tres provincias cubanas. La población estuvo conformada por 1129 hipertensos y emplearon para evaluar la adherencia terapéutica el cuestionario Martín-Bayarre-Grau (MBG). En el área de la salud Plaza fueron adherentes totales el 49,3%, adherentes parciales el 40,7% y no adherentes el 10% del total de 140 hipertensos en dicha zona. En el área de la salud Van – Troi fueron adherentes totales el 52,3%, adherentes parciales el 32% y no adherentes el 15,7% del total de 375 hipertensos en dicha zona. En el área de la salud Jiguaní fueron adherentes totales el 48,6%, adherentes parciales el 35,4% y no adherentes el 16% del total de 263 hipertensos en dicha zona. En el área de la salud Cruces fueron adherentes totales el 55,6%, adherentes parciales el 36,8% y no adherentes el 7,7% del total de 351 hipertensos en dicha zona. Finalmente concluyeron que la adherencia al tratamiento antihipertensivo se manifiesta en diferentes grados considerados como niveles: total, parcial y no adherencia con predominio del nivel de adherencia total, sin embargo en una magnitud insuficiente en relación con la necesidad de lograr altos niveles de adherencia para el control de la enfermedad.¹⁷

Igualmente, Ruiz L, et al (México, 2014), en su tesis descriptiva, transversal y observacional sobre el grado de adherencia terapéutica en pacientes diagnosticados con hipertensión arterial, con una muestra de 231 pacientes, donde se empleó para evaluar el cuestionario de Martín-Bayarre-Grau (MBG). Se demostró que el 61% son del género masculino, con una edad promedio de 44.8 años, la ocupación más frecuente empleado en un 78%, el 48 % de la población presento nivel de educación secundaria, relacionado al grado de adherencia se encontró una adherencia parcial del 88%, una adherencia total del 1%, no adherencia del 11% de los pacientes estudiados. Se evidenciaron tres niveles de adherencia terapéutica: total, parcial y no adheridos, predominaron los adheridos parciales con respecto a los demás, pero a pesar de que fueron superiores en magnitud, resultan

insuficientes en relación con la importancia de la adherencia total para esta enfermedad.¹⁸

Asimismo, Sandoval D, et al (Chile, 2014), en su estudio de cohorte sobre influencia de factores psicosociales en la adherencia al tratamiento farmacológico antihipertensivo, conducido por el Departamento de Atención Primaria y Salud Familiar de la Universidad de Chile, con una muestra de 513 pacientes (371 mujeres), concluye que una inadecuada relación médico-paciente y un puntaje alto de estrés emocional y depresión, tuvieron asociaciones significativas con el riesgo de no adherencia en todos los modelos de ajuste utilizados.¹⁹

Cabrera J, et al (México, 2013), en su estudio descriptivo, observacional y transversal relacionado a la adherencia terapéutica de los pacientes con hipertensión arterial sistémica y factores coadyuvantes, con una muestra de 100 pacientes, se halló que el 69% de la población toma con regularidad los medicamentos indicados por el médico, en tanto que el 25% lo hace de forma inconstante y 5% no lo hace; en cuanto a la regularidad de asistencia a consulta médica, 66% asiste siempre, 26% a veces y el 8% nunca; otro factor influyente en la adherencia es el apoyo moral e instrumental, proporcionado por familiares y amigos, donde un 67% reportan tenerlo siempre, 24% nunca y 9% a veces; finalmente, dentro de las situaciones que influyen en la falta de adherencia al tratamiento, 56% de la población reporta falta de disponibilidad de tiempo, 27.7% mencionan la distancia entre el centro de salud y el domicilio y 22.2% muestra desinterés.²⁰

Adicionalmente, Noack de la F, et al (Chile, 2013), en su estudio descriptivo prospectivo observacional en el que se entrevistó a pacientes atendidos en el consultorio del Hospital Comunitario de Yungay durante Agosto y Septiembre del 2012, utilizando el Test de Morisky Green para evaluar adherencia al tratamiento farmacológico en pacientes hipertensos. Se incluyeron 74 pacientes, donde el 70,3% eran mujeres, el promedio de edad fue de 65,3 años, un 45,9% presentó adherencia al tratamiento y un 47,9% obtuvo presión arterial bajo control, concluyendo que la falta de

adherencia al tratamiento tiene relación directa con el mal control de presión arterial.²¹

Asimismo, Apaza A, et al (Perú, 2013), realizó un estudio correlativo, prospectivo y observacional sobre adherencia al tratamiento y control de la hipertensión arterial en los pacientes del programa de hipertensión arterial de salud, de una población de 1563 se encuestaron a 517 pacientes mayores de 18 años utilizando el Test de Morinsky-Green-Levine. Se obtuvo 57,1% fueron del sexo femenino, 80,3% tenían más de 60 años, 38,9% tenía 5 años o menos en el programa, 68% presentaron mala adherencia, 40% tenían presión arterial no controlada. Se halló asociación entre el sexo femenino y control de la HTA ($p=0,019$), además de mayor riesgo de HTA no controlada en pacientes mal adherentes ($OR=1,93$). Se concluye que la mala adherencia al tratamiento antihipertensivo se asocia significativamente al no control de la HTA. ($p=0,001$).²²

Por otro lado, Olvera A, et al (México, 2012), en su tesis de tipo descriptivo, transversal y correlacional sobre la adherencia terapéutica y funcionalidad familiar en personas con hipertensión arterial, concluye que, las familias son funcionales ya que mantienen el bienestar del paciente con hipertensión arterial al lograr la congruencia, la estabilidad familiar y personal y responden de una manera favorable a los tratamientos propuestos por el personal de salud. Dicha situación se refleja en el alto porcentaje de nivel de adherencia terapéutica adecuada en sus tres dimensiones, donde indudablemente tiene mayor repercusión el control médico conductual; asimismo, la individuación, la coherencia y la espiritualidad, según lo observado, son los indicadores que producen mayores efectos positivos en la funcionalidad familiar.²³

Además, Escobar T, et al (Chile 2011), en su tesis de tipo no experimental, exploratorio y descriptivo sobre adherencia y resistencia de los pacientes hipertensos al tratamiento médico que incluye cambios en el modo de vida, donde se concluye que los resultados sugieren que, para mejorar la adherencia de los pacientes, es necesario diseñar intervenciones

dirigidas a cada tipo de pacientes. Lo que es muy relevante dado que la Organización Mundial de la Salud, ha dicho que aumentar la efectividad de las intervenciones sobre la adherencia terapéutica puede tener una repercusión mucho mayor que cualquier mejora en los tratamientos médicos específicos.²⁴

Castaño J, et al (Colombia, 2011), en su estudio de cohorte transversal, estudiaron la adherencia al tratamiento de los pacientes hipertensos y su relación con el apoyo social. La población estuvo conformada por 200 personas hipertensas (73,5% del sexo femenino). Emplearon para evaluar la adherencia terapéutica el cuestionario Martín-Bayarre-Grau (MBG) y el cuestionario de Morisky-Green; y para evaluar el apoyo social el cuestionario del Medical Outcomes Study (MOS) conocido en español como estudio de Desenlaces Médicos de Apoyo Social. Fueron adherentes totales un 51% según Martín-Bayarre-Grau y según Morisky-Green un 45%, respecto al cuestionario de MOS se tuvieron un 12,29 % para tamaño de red de apoyo social, apoyo emocional 74,83%, ayuda material 80,45%, relaciones sociales de ocio y distracción 78,61%, y apoyo afectivo 83,28%, con $p=0.048$. Concluyeron que la población en estudio presenta bajos niveles de adherencia asociada a baja educación, bajos conocimientos de la patología, bajo apoyo social. El cuestionario MBG mostró mayor consistencia en la descripción de la adherencia que el cuestionario de Morisky-Green.²⁵

Coque L, et al (Ecuador, 2011), en su estudio descriptivo transversal, estudiaron los factores personales que influyen en la adherencia al tratamiento de pacientes hipertensos. La población estuvo conformada por 98 pacientes: 52 hombres (53.1%) y 46 mujeres (46.9%). En cuanto a resultados un 44,9% tuvieron mala adherencia, y un 27,6% tuvieron un buen nivel de adherencia. Concluyeron que se requiere de la asociación de todos los factores personales como el realizar actividad física, el no consumir tabaco, tener conocimiento de la enfermedad, creer en la mejoría del tratamiento, acudir a controles médicos y entender las indicaciones médicas, para alcanzar altos niveles de adherencia al tratamiento.²⁶

Además, Corugedo R, et al (Cuba, 2011), en su estudio descriptivo de corte transversal en hipertensos del área de salud Cruces, con muestra conformada por 351 pacientes, siendo la información obtenida con la aplicación del cuestionario MBG (Martín, Bayarre y Grau) y un cuestionario para estudiar los factores que influyen en la adherencia. El estudio dio como resultados que existió un predominio de pacientes adheridos y de la presencia de factores de diferente naturaleza que se relacionan con la adherencia tales como: características de la enfermedad y el tratamiento, factores socioeconómicos y demográficos, características del paciente y del equipo o sistema de asistencia sanitaria.²⁷

Asimismo, Criswell T, et al (Estados Unidos, 2010), en su estudio de caso control, determinaron la relación entre la falta de adherencia y el apoyo social en pacientes hipertensos. La población estuvo conformada por 584 pacientes: 296 en el grupo de intervención y 288 en el grupo control. En cuanto a resultados mostraron que la adhesión al inicio del estudio en ambos grupos fue alta. Las puntuaciones fueron significativas en el grupo de intervención, pero no en el grupo de control ($p < 0.04$). Concluyeron que los cambios en la adherencia terapéutica antihipertensiva se relacionan con el apoyo social.²⁸

Por otro lado, Carhuallanqui R, et al (Perú, 2010), en su estudio observacional, descriptivo, prospectivo, transversal en el que entrevistó a pacientes atendidos en consultorios externos del Hospital Nacional Cayetano Heredia utilizando el Test de Morisky-Green para determinar su adherencia al tratamiento farmacológico y el nivel de presión arterial. La muestra estuvo conformada por 103 pacientes y los resultados fueron que la adherencia al tratamiento farmacológico fue 37,9% y se halló asociación entre adherencia con el estado civil viudo, y entre adherencia con presión arterial controlada ($p < 0,05$).²⁹

Olvera S, et al (México, 2009), en su estudio descriptivo, transversal correlacional, desearon conocer si existe asociación entre la adherencia terapéutica y apoyo familiar en personas hipertensas. El 73% de la población tuvieron alta adherencia terapéutica y el 63.3 % un alto apoyo familiar. La relación mostró una estadística significativa ($p= 0.000$). Concluyeron que el apoyo familiar se asocia con el éxito en la adherencia al tratamiento en personas hipertensas.³⁰

Igualmente, Valdivieso M (Ecuador, 2008), en su estudio prospectivo, descriptivo, cuantitativo, desearon conocer el grado de adherencia al tratamiento antihipertensivo y el apoyo familiar en sus pacientes hipertensos y familias. La población estuvo conformada por 50 familias. En cuanto a resultados, 72% fueron mujeres y 28% fueron hombres, asimismo mostraron que 74.2% de familias colaboran y son pacientes adherentes al tratamiento para hipertensión. Concluyeron que el apoyo de la familia es un factor protector y positivo para la adherencia al tratamiento antihipertensivo.³¹

También, Trivedi R, et al (Estados Unidos, 2008), en su estudio transversal, examinaron la relación entre asociación de bienestar emocional y el estado civil con la adherencia al tratamiento en pacientes con hipertensión. La población estuvo conformada por 636 pacientes. En cuanto a resultados del cuestionario de Medical Outcomes Study (MOS), las puntuaciones más bajas se asociaron con dificultad para adherirse a la dieta ($OR = 0.97, p <0.05$) y ejercicio ($OR = 0.97, p <0.01$). Estar casada se asoció con una mayor probabilidad de adherencia a la medicación ($OR = 1.66, p <0,01$). Concluyeron que si mejora el apoyo social mejorará la adherencia a la medicación, es así como los resultados refuerzan la importancia de evaluar los factores psicosociales para optimizar el tratamiento y adherencia en la hipertensión arterial.³²

Adicionalmente, La Rosa Y, et al (Cuba, 2007), en su estudio descriptivo, de corte transversal, describieron los factores psicosociales asociados a la adherencia terapéutica. La población estuvo conformada por una muestra de 263 pacientes hipertensos. Los resultados más relevantes fueron 128

pacientes con total adherencia, 93 pacientes con adherencia parcial y 42 pacientes con no adherencia. Sus conclusiones fueron que las creencias que tiene el paciente acerca del tratamiento como beneficio para su salud, los conocimientos adecuados sobre las características de la enfermedad, los afrontamientos al tratamiento con autoeficacia y la percepción de suficientes redes de apoyo social, son los factores psicosociales que más se asocian con la adherencia terapéutica.³³

Además Vinaccia S, et al (Colombia, 2006), en su estudio descriptivo, transversal, analizaron el apoyo social y la adherencia al tratamiento antihipertensivo. La población estuvo conformada por 152 pacientes. En cuanto a resultados evidenciaron que el impacto del apoyo emocional fue el más representativo de todas las dimensiones psicosociales del cuestionario del Medical Outcomes Study y que más de la mitad de la muestra tuvo una buena adherencia al tratamiento antihipertensivo a nivel farmacológico. Concluyeron que los distintos factores psicosociales pueden tener un grado significativo de influencia en la adherencia al tratamiento antihipertensivo en los pacientes con hipertensión arterial.³⁴

Menéndez C, et al (España, 2004), en su estudio descriptivo, transversal, determinaron si existe una relación entre el cumplimiento terapéutico de la hipertensión arterial y variables sociales. La población estuvo conformada por 236 pacientes hipertensos controlados en atención primaria. La edad media fue de 63.65 años. En cuanto a resultados, 77,8% de los pacientes vivían en familias normo funcionales. El 30.2% presenta una escasa red social, el 22% tiene un apoyo funcional escaso. La mala adherencia al tratamiento oscila entre un 11.5% y un 67.6%. Concluyeron que sí existe relación entre las variables, destacando la presencia de eventos estresantes, tipo de familia y un bajo apoyo social como determinantes.³⁵

Gonzales A, et al (Cuba, 2004), en su estudio descriptivo evaluaron la participación familiar y la relación médico-familia en el control de la hipertensión arterial. La población estuvo conformada por 153 familias. En cuanto a resultados un 56,86 % de los pacientes se mantenían controlados.

En los pacientes controlados, en 69,23 % existía buena interrelación del médico con su familia; sin embargo, en los enfermos descontrolados, en el 76,4 % esta interrelación era deficiente. Se halló un deficiente apoyo familiar en el 58,92%. Concluyeron que la deficiente interrelación médico familia, la disfuncionalidad familiar y el apoyo deficiente al hipertenso por sus familiares estuvieron muy significativamente asociados al descontrol de la presión arterial.³⁶

Finalmente, Marín RF, et al (México, 2001), en su estudio de casos y controles determinaron la asociación entre apoyo familiar y apego al tratamiento de la hipertensión arterial. La población estuvo conformada por 80 sujetos, 40 pacientes en cada grupo. No hubo diferencias entre los grupos respecto a las variables sociodemográficas, modalidad de tratamiento ni conocimiento que el enfermo tenía sobre su enfermedad. Encontraron que tenían control de la presión arterial con apego un 77.5% y el 27.5% sin apego, ($p= 0.003$). Concluyeron que el apoyo familiar se asoció de manera independiente con apego al tratamiento, asimismo el apego se vincula de forma significativa con el apoyo que los familiares otorgan al enfermo.³⁷

1.2.Justificación:

Al ser la hipertensión arterial una enfermedad crónica con elevada prevalencia en Perú, con cifras de morbimortalidad elevadas, con baja adherencia total, mal controlada por el paciente por diversos factores, generando baja calidad de vida y suponiendo un costo elevado para el estado y paciente el tratamiento de esta y sus complicaciones, y además de no existir trabajos al respecto en nuestro medio, hemos creído conveniente plantearnos la interrogante si existe asociación entre el apoyo social y la adherencia terapéutica en hipertensos mayores de 65 años del Hospital II EsSalud Tarapoto.

1.3. Problema científico:

¿Existe asociación entre el apoyo social y la adherencia terapéutica en hipertensos mayores de 65 años del Hospital II EsSalud Tarapoto, Enero – Febrero 2016?

1.4. Hipótesis:

H0: el apoyo social no se asocia con la adherencia terapéutica en hipertensos mayores de 65 años.

H1: el apoyo social sí se asocia con la adherencia terapéutica en hipertensos mayores de 65 años.

1.5. Objetivos:

1.5.1. General:

- Determinar si existe asociación entre el apoyo social y la adherencia terapéutica de los pacientes hipertensos mayores de 65 años en el Hospital II EsSalud Tarapoto.

1.5.2. Específicos:

- Determinar el apoyo social de la población en estudio, según el cuestionario Medical Outcomes Study (MOS).
- Identificar la adherencia al tratamiento farmacológico antihipertensivo de la población en estudio, según el cuestionario de Martín-Bayarre-Grau (MBG).
- Establecer la asociación del apoyo social y la adherencia terapéutica de los pacientes hipertensos del Hospital II EsSalud Tarapoto.
- Caracterización de la población en estudio, según edad y género.

II. MATERIAL Y MÉTODOS:

2.1.Población de estudio:

Pacientes hipertensos del Hospital II EsSalud Tarapoto atendidos durante Enero – Febrero 2016.

2.2.Criterios de selección:

Criterios de inclusión:

- Pacientes con diagnóstico de Hipertensión arterial, bajo tratamiento médico por más de un año, de 65 años a más de edad y que se encuentren en el Hospital II EsSalud Tarapoto al momento de aplicar los instrumentos.

Criterios de exclusión:

- Pacientes con trastornos psiquiátricos o que no deseen colaborar con la investigación.

2.3.Muestra:

Tipo de muestreo:

- No probabilístico por conveniencia.

Unidad de análisis:

- Paciente hipertenso del Hospital II EsSalud Tarapoto que cumpla con los criterios de inclusión.

Unidad de muestreo:

- Cada ficha de recolección de datos del paciente hipertenso del Hospital II EsSalud Tarapoto.

Tamaño de muestra:

- Para su cálculo se utilizó la siguiente fórmula:

$$n = [(Z_{\alpha/2})^2 PQ]/E^2$$

Dónde:

n = sujetos necesarios en cada una de las muestras.

$Z_{\alpha/2}$ = valor Z correspondiente a la seguridad deseada. (1.96 para $\alpha = 0.05$)

P = valor de la proporción de adherencia terapéutica según OMS (P = 0.50)

$$Q = 1 - P (Q = 0.50)$$

E = 0.034 Error de tolerancia

Reemplazando:

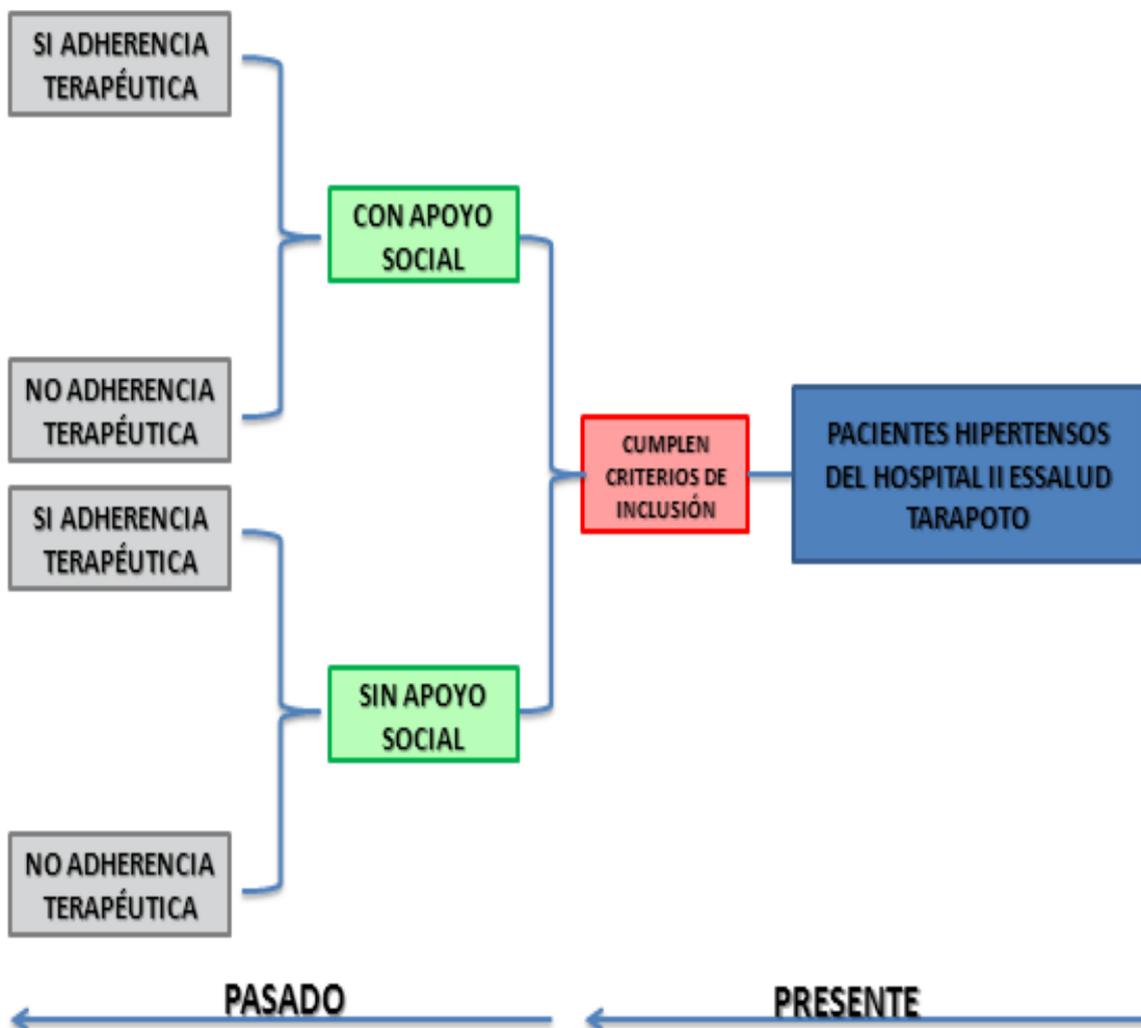
$$n = [(1.96)^2 * 0.50 * 0.50] / (0.034)^2$$

n = 831 hipertensos

Luego, se trabajó con una muestra de 882 pacientes hipertensos.

2.4. Diseño del estudio:

El presente estudio corresponde a un diseño observacional, retrospectivo, analítico transversal.



2.5. Variables y operacionalización de las variables:

2.5.1. Tabla de variables:

Independiente	Apoyo social
Dependiente	Adherencia terapéutica

2.5.2. Tabla de operacionalización de las variables:

Variable	Definición conceptual	Definición operacional	Indicadores	Índice
Adherencia terapéutica	El grado en que el comportamiento de una persona, tomar el medicamento, seguir un régimen alimentario y ejecutar cambios del modo de vida, se corresponde con las recomendaciones acordadas de un prestador de asistencia sanitaria. ³⁸	Se midió la adherencia terapéutica mediante el cuestionario de Martín-Bayarre-Grau: >=37 puntos <37 puntos	Sí adherente No adherente	Cualitativo Nominal dicotómico
Apoyo social	Es la asistencia con amor y estima que las personas reciben de parte de otras, ya sean éstas familiares, amigos, vecinos, colegas y profesionales de la salud, influyendo en su bienestar y capacidad de funcionamiento frente a la enfermedad de manera dinámica. ³⁹	Se midió el apoyo social según cuestionario Medical Outcomes Study (MOS). >=57 puntos <57 puntos	Sí tiene apoyo social No tiene apoyo social	Cualitativo Nominal dicotómico

2.6.Procedimientos:

Método: para evaluar la adherencia terapéutica donde se utilizó el cuestionario Martín Bayarre-Grau (MBG) y para evaluar el apoyo social, el cuestionario del Medical Outcomes Study (MOS) que son métodos de evaluación indirecta.

Procedimiento: Se solicitó la autorización al director del Hospital II Essalud Tarapoto, una vez concedido, se procedió a la aplicación de cuestionarios de Martin Bayarre - Grau para adherencia terapéutica y el cuestionario de Medical Outcomes Study para el apoyo social previo consentimiento informado de los pacientes hipertensos seleccionados a fin de obtener la debida autorización de libre participación en el estudio. Primero se aplicó el cuestionario de adherencia de Martin Bayarre-Grau, que permitió clasificar nuestra población en dos grupos: adherentes y no adherentes. Enseguida se aplicó el cuestionario de apoyo social del Medical Outcomes Study a todos. Al finalizar se agradeció la participación de los pacientes, recordándoles que la información es confidencial y se utilizará con fines educativos.

2.7.Técnicas e instrumentos de recolección de datos:

Técnica: llenado de las encuestas.

Instrumento: cuestionario de Martín Bayarre-Grau (MBG) para la adherencia terapéutica y el Medical Outcomes Study (MOS) para apoyo social.

Validación de instrumentos:

Londoño N, et al (2012), realizaron un estudio en el que realizaron la traducción y adaptación cultural en Colombia del cuestionario del Estudio de Desenlaces Médicos de Apoyo Social conocido como el Medical Outcomes Study Social Support (MOS) y validarlo en población normal para Colombia. El cuestionario MOS es un instrumento que mide apoyo social percibido y fue desarrollado para un estudio de desenlaces de pacientes con enfermedades crónicas en los Estados Unidos. La muestra estuvo conformada por 179 participantes (36.7% hombres y 63.3% mujeres). Los resultados reportaron un alfa de Cronbach, entre los

componentes, bastante favorable entre 0.921 y 0.736. Se validó la estructura factorial tanto para cuatro como para tres componentes.³⁹

Martín L, et al (2008), validaron el cuestionario Martin Bayarre-Grau en población cubana (n=144), la muestra estuvo compuesta por pacientes hipertensos mayores de 20 años con tratamiento médico. Los resultados mostraron que el índice de consistencia interna alfa de Cronbach obtenido para la muestra fue de 0,889, la presencia de tres factores denominados: cumplimiento activo, autonomía ante el tratamiento y complejidad de la adhesión explicaron el 68,72% de la varianza acumulada. En conclusión las alternativas de validez fueron favorables. El instrumento presenta condiciones adecuadas y criterios válidos que justifican su uso y aplicación en el terreno investigativo y de la práctica médica.³⁸

2.8. Procesamiento y análisis estadístico:

Los datos se tabularán en el programa Excel 2010 y se procesarán mediante el programa estadístico IBM SPSS STATISTICS V. 23.

Referente al análisis estadístico, las variables cualitativas se describieron mediante tablas de frecuencia univariante y bivariantes que contienen frecuencias absolutas y porcentuales, los mismos que se apoyaron mediante gráficos estadísticos adecuados. Para probar la relación entre variables se empleó el procedimiento estadístico de chi cuadrado, considerando resultados significativos un $p < 0.05$, así mismo se aplicó el Odds Ratio (OR) con su respectivo intervalo de confianza al 95%.

2.9. Consideraciones éticas:

En este proyecto nos basamos en los valores éticos universalmente aceptados.

Según Consejo de Organizaciones Internacionales de las Ciencias Médicas (CIOMS) en colaboración con la Organización Mundial de la Salud Ginebra 2002, toda investigación en seres humanos debiera realizarse de acuerdo con tres principios éticos básicos: respeto por las personas, beneficencia y justicia. En forma general, se concuerda en que

estos principios que en teoría tienen igual fuerza moral guían la preparación responsable de protocolos de investigación. Las presentes pautas están dirigidas a la aplicación de estos principios en nuestra investigación en seres humanos.

La declaración de Helsinki publica las recomendaciones para guiar a los médicos en la investigación biomédica en seres humanos, adoptada por la 18° Asamblea Médica Mundial (Helsinki, 1964), revisada por la 29° Asamblea Médica Mundial (Tokio 1975) y enmendada por la 35° Asamblea Médica Mundial (Venecia, 1983) y la 41° Asamblea Médica Mundial (Hong Kong, 1989).⁴⁰

- Nuestro diseño y la ejecución de cada procedimiento se formuló claramente y ajustado a las leyes y reglamentos de nuestro país.
- Nuestra investigación biomédica se ejecutará por personas científicamente calificadas y supervisado por personal médico competente.

Según el Código de Ética y Deontología del Colegio Médico del Perú en sus artículos 81° 85° y 86° de las investigaciones científicas utilizaremos:

- Nuestro trabajo de investigación médica se realizará con libertad, existiendo el límite de no hacer daño a los demás, según el artículo 81°.
- Durante el proceso de nuestro trabajo de investigación no se cometerá falta a la ética reteniendo información proveniente de una investigación médica que, presumiblemente, beneficiará a la comunidad o aportará al conocimiento médico y científico, todo esto según el artículo 85°.
- Nuestra investigación no faltará contra la ética al falsear o inventar datos obtenidos en el marco de investigaciones médicas, según el artículo 86°.

Todas estas consideraciones nos ayudarán a desarrollar un buen trabajo de investigación sin faltar a la ética y según todas las leyes establecidas en nuestro país.

III. RESULTADOS:

Se presentan los resultados de 882 pacientes con diagnóstico de hipertensión arterial atendidos en consulta externa de Cardiología y Medicina Interna, incluido el Programa de Hipertensión Arterial del Hospital II EsSalud Tarapoto. La edad promedio encontrada en el estudio fue de 73 años para las de sexo femenino y de 71.8 años para los de sexo masculino, y la desviación estándar de 6.5 años. Asimismo, el 68.03% de la población fue de género femenino y el 31.97% de género masculino; evidenciando así que el mayor porcentaje de nuestra muestra son mujeres hipertensas. (Tabla y Gráfico 1)

Además, según el cuestionario Medical Outcomes Study (MOS) para evaluar apoyo social aplicado a nuestra muestra, el porcentaje de hipertensos que tienen apoyo social está representado por el 74.94% del total, y el 25.06% que no tienen apoyo social. (Tabla y Gráfico 2)

En adición, según el cuestionario Martin Bayarre-Grau (MBG) para evaluar adherencia terapéutica, el porcentaje de hipertensos con adherencia terapéutica está representado por el 79.14% del total, y el 20.86% que no poseen adherencia al tratamiento. (Tabla y Gráfico 3)

Finalmente, para evaluar si existe asociación entre el apoyo social y adherencia terapéutica en hipertensos mayores de 65 años en el Hospital II EsSalud Tarapoto empleamos la prueba de Chi cuadrado, hallando un valor de 282.54 para dicho test con un $p = 0.0000$ ($p < 0.05$), determinando así una asociación estadísticamente significativa, y un odds ratio de 18.82 con un intervalo de confianza de 95%. (Tabla y Gráfica 4)

En consecuencia podemos concluir que existe asociación entre el apoyo social y la adherencia terapéutica en hipertensos, donde la razón entre hipertensos con adherencia terapéutica comparado con hipertensos sin adherencia terapéutica es 18.82 veces mayor en hipertensos con apoyo social en comparación a hipertensos sin apoyo social. (Cuadro y Gráfica N°4)

Tabla 1: Hipertensos mayores de 65 años en Hospital II EsSalud Tarapoto, según género.

Variables	Total	Porcentaje
Varones	282	31.97%
Mujeres	600	68.03%
Total	882	100%

Fuente: Resultados de los cuestionarios de apoyo social y adherencia terapéutica aplicados a pacientes hipertensos de Hospital II EsSalud Tarapoto.

Tabla 2: Hipertensos mayores de 65 años en Hospital II EsSalud Tarapoto, según el cuestionario Medical Outcomes Study (MOS) para evaluar apoyo social.

Apoyo social	N° de hipertensos	% de hipertensos
Si	661	74.94%
No	221	25.06%
Total	882	100%

Fuente: Resultados de los cuestionarios de apoyo social y adherencia terapéutica aplicados a pacientes hipertensos de Hospital II EsSalud Tarapoto.

Tabla 3: Hipertensos mayores de 65 años en Hospital II EsSalud Tarapoto, según el cuestionario Martin Bayarre-Grau (MBG) para evaluar adherencia terapéutica.

Adherencia terapéutica	N° de hipertensos	% de hipertensos
Si	698	79.14%
No	184	20.86%
Total	882	100%

Fuente: Resultados de los cuestionarios de apoyo social y adherencia terapéutica aplicados a pacientes hipertensos de Hospital II EsSalud Tarapoto.

Tabla 4: Asociación entre apoyo social y adherencia terapéutica en hipertensos mayores de 65 años en el Hospital II EsSalud Tarapoto.

		Adherencia Terapéutica		Total
		Si	No	
Apoyo Social	Si	611	50	661
	No	87	134	221
Total		698	184	882

- **Chi cuadrado: 282.54 p = 0.0000**
- **OR: 18.82 (IC 95% 12.68 – 27.94)**

Fuente: Resultados de los cuestionarios de apoyo social y adherencia terapéutica aplicados a pacientes hipertensos de Hospital II EsSalud Tarapoto.

IV. DISCUSIÓN:

Este estudio tuvo como población a 882 pacientes hipertensos que acudieron a consulta externa de Cardiología, Medicina Interna y Programa de Hipertensión Arterial del Hospital II EsSalud Tarapoto. De este presente estudio se desprenden resultados significativos y contrastables con las investigaciones realizadas por los autores citados en el marco teórico.

La prevalencia de la hipertensión arterial ha ido en aumento en las últimas décadas, llegando incluso hasta un 30 – 45% de la población general y además la prevalencia aumenta a edades más avanzadas, lo cual concuerda con nuestro estudio realizado en donde la edad promedio fue de 73 años para el sexo femenino y de 71.8 años para el sexo masculino, con un predominio marcado de hipertensos de sexo femenino correspondiente a 68.03% de nuestra población. En relación a ello, Noack de la F, et al. en Chile 2013 presentó resultados de su estudio donde el 70.3% fueron de sexo femenino, con edad promedio de 65.3 años; además Apaza A, et al. en Perú 2013 presentó resultados donde el 57.1% fue de sexo femenino y el 80.3% tenían más de 60 años; y Castaño J, et al. en Colombia 2011 hallaron que el 73.5% de la población estudiada fue de sexo femenino.

Al ser la hipertensión arterial una enfermedad crónica, prevalente en el adulto mayor con comorbilidades, de diagnóstico tardío por su casi nula sintomatología al inicio de su presentación y además que se diagnostica en un elevado porcentaje cuando ya se ha manifestado con alguna complicación, es por ello que necesitamos del manejo multidisciplinario el cual incluye medidas farmacológicas y no farmacológicas, encontrándose dentro de la última, el apoyo social.

El apoyo social brinda al individuo seguridad, pertenencia y control con el propio entorno, además de aumentar su autoestima y dar lugar a un estado psicológico favorable que contrarresta el estrés percibido y resulta beneficioso para la salud.

El apoyo social medido en nuestro estudio a través del cuestionario Medical Outcomes Study (MOS), el porcentaje de hipertensos que tienen apoyo social está representado por el 74.94% del total, y el 25.06% que no tienen apoyo social, lo cual concuerda con resultados obtenidos por otros autores, donde predominan los hipertensos con apoyo social, tal es el caso del estudio realizado por Olvera S, et al. en México 2009, donde el 63.3% tuvieron un alto apoyo social. En contraposición, Castaño, et al. en Colombia 2011 encontró que sólo el 12.29% de su población estudiada tenía apoyo social.

Ahora, al ser el apoyo social considerado el principal recurso de promoción de la salud para lograr una alta adherencia terapéutica, es de suma importancia hacer de conocimiento a la comunidad sobre su práctica, teniendo en cuenta la multidimensionalidad de este para tratar de mejorar cada uno de los ámbitos que incluye y así poder lograr cifras aún más altas de adherencia terapéutica.

Según el análisis realizado por la OMS, en los países desarrollados la adherencia terapéutica en pacientes que padecen enfermedades crónicas es solo el 50% y se supone que esta deficiencia sea aún mayor en países en desarrollo.

En contraposición a lo mencionado por la OMS, según el cuestionario Martin Bayarre-Grau (MBG) para evaluar adherencia terapéutica, el porcentaje de hipertensos con adherencia terapéutica encontrados en nuestro estudio está representado por el 79.14% del total, y el 20.86% que no poseen adherencia al tratamiento, observando así que nuestra población estudiada presenta una alta adherencia, lo cual es importante para lograr una disminución significativa de las complicaciones que se presentan y por ende de la morbimortalidad.

En tal sentido, Olvera S, et al. en México 2009 presentó sus resultados donde se evidencia que el 73% de su población estudiada fueron adherentes al tratamiento; por el contrario Apaza A, et al. y Noak de la F, et al. en sus

estudios realizados en Perú y Chile respectivamente, encontraron no adherencia al tratamiento correspondiente a más del 50% de la población estudiada, lo cual concuerda con el análisis efectuado por la OMS.

Según nuestros resultados obtenidos podemos concluir que existe asociación entre el apoyo social y la adherencia terapéutica en hipertensos, donde la razón entre hipertensos con adherencia terapéutica comparada con hipertensos sin adherencia terapéutica es 18.82 veces mayor en hipertensos con apoyo social en comparación a hipertensos sin apoyo social.

V. CONCLUSIONES:

- La población del estudio estuvo constituida por 882 hipertensos, la edad promedio encontrada fue de 73 años para las de sexo femenino y de 71.8 años para los de sexo masculino, con de predominio del sexo femenino.
- El apoyo social, según el cuestionario de Medical Outcomes Study (MOS), fue 74.94% hipertensos con apoyo social y 25.06% de hipertensos que no tienen apoyo social.
- La adherencia terapéutica, según el cuestionario de Martin Bayarre-Grau (MBG), fue 79.14% de hipertensos adherentes y 20.86% de hipertensos no adherentes.
- Si existe asociación entre el apoyo social y adherencia terapéutica en hipertensos mayores de 65 años.

VI. RECOMENDACIONES:

- Ampliar el estudio y realizarlo en diferentes poblaciones, incluyendo nuevas variables influyentes en la adherencia terapéutica.
- Comunicar los resultados a la comunidad y entidades competentes para la adecuada toma de medidas correctivas para lograr una aún más alta adherencia terapéutica.
- Informar al paciente de la importancia que tiene el correcto manejo farmacológico y no farmacológico de la hipertensión arterial.

VII. LIMITACIONES:

- En este estudio no se determinaron las características de la familia, tales como tamaño, tipo, etc., que influyen en el ámbito familiar y que por tanto podrían constituir una limitación en este trabajo. Sin embargo, lo que nuestros resultados muestran es que los pacientes con hipertensión tienen un mayor grado de adherencia al tratamiento cuando reciben apoyo social, de lo que se desprende la necesidad de dirigir acciones de intervención orientadas al mejoramiento del entorno familiar, independientemente de las características de la familia, por lo que esta limitación potencial no influye de manera significativa en los resultados de este estudio.
- Al haber tratado con pacientes mayores de 65 años, estuvimos en su mayoría frente a pacientes con múltiples comorbilidades, lo cual podría haber influido ligeramente en la adherencia terapéutica.

VIII. REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS:

- (1) American Heart Association. Impact of Non adherence to antihypertensive therapy. *Circulation* 2009; 120: 1558-1560 (Citado 03 Nov. 2015).
Disponible en: <http://circ.ahajournals.org/content/120/16/1558.full.pdf+html>
- (2) Oblitas L. Psicología de la salud y calidad de vida. 3° edición. México: Editorial Cengage, 2010 (citado 03 Nov 2015). Disponible en: http://books.google.com.pe/books?id=LXR_dkV_XNcC&printsec=frontcover&dq=psicolog%C3%ADa+de+la+salud+y+calidad+de+vida+oblitas&hl=es-419&sa=X&ei=h9afU-KiJtSwsQSh3oHIAw&ved=0CCcQ6AEwAg#v=onepage&q=psicolog%C3%ADa%20de%20la%20salud%20y%20calidad%20de%20vida%20oblitas&f=false.
- (3) Mancia G, Fagard R, Narkiewicz K, Redón J, Zanchetti A, Bohm M, et al. Guía de práctica clínica de la ESH/ESC 2013 para el manejo de la hipertensión arterial. *Journal of hypertension* 2013; 31(7) (citado 05 Nov 2015). Disponible en: <http://www.esh2013.org/wordpress/wp-content/uploads/2013/06/ESC-ESH-Guidelines-2013.pdf>
- (4) Organización Mundial de la Salud. Información general sobre la hipertensión en el mundo. Una enfermedad que mata en silencio, una crisis de salud pública mundial. Ginebra, Organización Mundial de la Salud. 2013. (citado 24 Enero 2016).
- (5) Fauci A. Harrison Principios de Medicina Interna. 17° edición. México: editorial Mc Graw Hill 2009.

- (6) León J. Fisioterapeutas del Servicio Gallego de salud. 1º edición. España: Editorial Mad 2006 (citado 05 Nov 2015). Disponible en:
http://books.google.com.pe/books?id=ubAeL5NRuwAC&printsec=frontcover&source=gbs_ge_summary_r&cad=0#v=onepage&q&f=false.
- (7) Coca A, Aranda P, Redón J. Manejo del paciente hipertenso en la práctica clínica. 1º edición. Madrid: Editorial Médica Panamericana 2009 (citado 05 Nov 2015). Disponible en:
<http://books.google.com.pe/books?id=jqHLowBhMNwC&printsec=frontcover&dq=24.%09Coca+A.+Manejo+del+paciente+hipertenso+en+la+pr%C3%A1ctica+cl%C3%ADnica&hl=es419&sa=X&ei=t7ynU7TIFMfIsATahIKYCA&ved=0CBsQ6AEwAA#v=onepage&q=24.%09Coca%20A.%20Manejo%20del%20paciente%20hipertenso%20en%20la%20pr%C3%A1ctica%20cl%C3%ADnica&f=false>
- (8) Lorenzo P. Farmacología básica y clínica/Velásquez 18º edición. Madrid: Editorial Médica Panamericana 2008 (citado 05 Nov 2015). Disponible en:
<http://books.google.com.pe/books?id=BeQ6D40wTPQC&pg=PA539&dq=25.%09Lorenzo+P.+Farmacolog%C3%ADa+b%C3%A1sica+y+cl%C3%ADnica&hl=es419&sa=X&ei=i7ynU6HAC7jKsQsb2YGYBQ&ved=0CCMQ6AEwAQ#v=onepage&q=25.%09Lorenzo%20P.%20Farmacolog%C3%ADa%20b%C3%A1sica%20y%20cl%C3%ADnica&f=false>
- (9) Sabaté E. Adherencia a los tratamientos a largo plazo: pruebas para la acción. OMS-OPS 2004 (citado 05 Nov 2015), [Internet]. Disponible en:
http://www.paho.org/hq/index.php?option=com_docman&task=doc_view&gid=18722&Itemid.

- (10) Zurera D, Caballero V, Ruíz G. Análisis de los factores que determinan la adherencia terapéutica del paciente hipertenso. *Enferm Nefrol* 2014; Octubre-Diciembre; 17 (4): 251 – 260. (citado 24 Enero 2016).
- (11) Tovar J. *Comprender la Hipertensión*. 1º edición. Barcelona: editorial Amat, 2009 (citado 03 Nov 2015). Disponible en:
http://books.google.com.pe/books?id=2o9ytNI70wsC&printsec=frontcover&source=gbs_ge_summary_r&cad=0#v=onepage&q&f=false
- (12) Varela A. El reto de evaluar la adherencia al tratamiento en la hipertensión arterial. *Pensamiento Psicológico*, vol. 7, No 14, 2010, pp. 127-140. (citado 24 Enero 2016).
- (13) Montilla E. *Viviendo la tercera edad. Un modelo integral de consejería para el buen envejecimiento*. 1era edición. España: Editorial Clie 2004 (citado 05 Nov 2015). Disponible en:
http://books.google.com.pe/books?id=hX1AysJy4C&printsec=frontcover&dq=Viviendo+la+tercera+edad.+Un+modelo+integral+de+consejer%C3%ADa+para+el+buen+envejecimiento.&hl=es419&sa=X&ei=P7ynU6mrKpSwsASt_oHgBA&ved=0CBsQ6AEwAA#v=onepage&q=Viviendo%20la%20tercera%20edad.%20Un%20modelo%20integral%20de%20consejer%C3%ADa%20para%20el%20buen%20envejecimiento.&f=false
- (14) Martos J. *Enfermedades crónicas y adherencia terapéutica. Relevancia social*. 1era edición. España: Editorial Universidad de Almería 2010 (citado 05 Nov 2015). Disponible en:
http://books.google.com.pe/books?id=7Wz_TDkk1AAC&printsec=frontcover&dq=Enfermedades+cr%C3%B3nicas+y+adherencia+terap%C3%A9utica&hl=es419&sa=X&ei=yLunU83hC_igsQSC2oDQAQ&ved=0CBkQ6AE

[wAA#v=onepage&q=Enfermedades%20cr%C3%B3nicas%20y%20adherencia%20terap%C3%A9utica&f=false](#)

- (15) Jaureguizar J, Espina A. Enfermedad Física crónica y familia. 1era edición. España: Editorial Libros en red 2005 (citado 05 Nov 2015).
Disponible en:
<http://books.google.com.pe/books?id=pGCugcqG9HQC&printsec=frontcover&dq=Enfermedad+F%C3%ADsica+cr%C3%B3nica+y+familia.&hl=es419&sa=X&ei=V7unU8zvN4TKsQSW8IHgBA&ved=0CBsQ6AEwAA#v=onepage&q=Enfermedad%20F%C3%ADsica%20cr%C3%B3nica%20y%20familia.&f=false>
- (16) Chacón J, Sandoval D, Muñoz R, Romero T. Evaluación del control de la presión arterial y la adherencia terapéutica en hipertensos seguidos en el Programa de Salud Cardiovascular (PSCV). Asociación con características clínicas, socioeconómicas y psicosociales. Rev Chil Cardiol 2015; 34: 18-27. (citado 24 Enero 2016).
- (17) Martín A, Bayarre V, Corugedo R, Vento I, La Rosa M, Orbay A. Adherencia al tratamiento en hipertensos atendidos en áreas de salud de tres provincias cubanas. Revista Cubana de Salud Pública. 2015; 41 (1): 33-45. (citado 24 Enero 2016).
- (18) Ruiz T. Grado de adherencia terapéutica en pacientes diagnosticados con hipertensión arterial en la unidad de Medicina Familiar número 64 de Córdoba Veracruz [tesis de postgrado]. Córdoba Veracruz: Instituto Mexicano del Seguro Social, Universidad Veracruzana; 2014. (citado 24 Enero 2016).

- (19) Sandoval D, Chacón J, Muñoz R, Henríquez Ó, Koch E, Romero T. Influencia de factores psicosociales en la adherencia al tratamiento farmacológico antihipertensivo. Resultados de una cohorte del Programa de Salud Cardiovascular de la Región Metropolitana, Chile. Rev Med Chile 2014; 142: 1245-1252. (citado 24 Enero 2016).
- (20) Cabrera J, López M, Villaseñor A, Hernández J, Granados G, Reyes T, et al. Adherencia terapéutica de los pacientes con hipertensión arterial sistémica y factores coadyuvantes, de la Colonia “Juan Escutia”, Delegación Iztapalapa, México, D.F. 2013. Revista Especializada en Ciencias de la Salud, 16(2):62-68, 2013. (citado 24 Enero 2016).
- (21) Noack de la F, Cornejo C, Castillo L. Adherencia al tratamiento farmacológico en pacientes hipertensos del Hospital Comunitario de Yungay, 2012. REVISTA ANACEM. 2013; VOL.VII N°2: 75 – 78. (citado 24 Enero 2016).
- (22) Apaza G. Adherencia al tratamiento y control de la hipertensión arterial en los pacientes del programa de hipertensión arterial de Essalud - Red Tacna Febrero 2013 [tesis de pregrado]. Tacna: Escuela Académico Profesional de Medicina Humana, Universidad Nacional Jorge Basadre Grohmann; 2013. (citado 24 Enero 2016).
- (23) Olvera S. Adherencia terapéutica y funcionalidad familiar en personas con hipertensión arterial [tesis de postgrado]. México: Biblioteca Lascasas; 2012. (citado 24 Enero 2016).

- (24) Escobar C. Adherencia y resistencia de los pacientes hipertensos al tratamiento médico que incluye cambios en el modo de vida [tesis de postgrado]. Santiago de Chile: Facultad de Ciencias Sociales, Universidad de Chile; 2011. (citado 24 Enero 2016).
- (25) Castaño J, Echeverri C, Giraldo J, Maldonado A, Melo J, Meza G, et al. Adherencia al tratamiento de pacientes hipertensos atendidos en ASSBASALUD ESE, Manizales- Colombia. Rev. Fac Med. 2012; 60(3): 179-197 (citado 03 Nov 2015). Disponible en:
<http://ridum.umanizales.edu.co:8080/jspui/handle/6789/122>
- (26) Coque L. Factores personales que influyen en la adherencia al tratamiento de pacientes hipertensos que acuden al servicio de Cardiología del hospital Carlos Andrade Marín [tesis doctoral], 2011; (citado 03 Nov 2015). Disponible en: <http://repo.uta.edu.ec/handle/123456789/3154>
- (27) Corugedo R, Martín A, Bayarre V. Adherencia terapéutica en pacientes con hipertensión arterial del Policlínico Universitario "Manuel Fajardo" en el Municipio Cruces, Cienfuegos, 2009. Rev Cubana Med Gen Integr vol.27 no.4 Ciudad de La Habana oct.-dic. 2011. (citado 24 Enero 2016).
- (28) Criswell T, Weber C, Xu Y, Carter B. Efecto del apoyo social en la adherencia a los medicamentos antihipertensivos. Rev. Farmacoterapia 2010; 30 (5):432-41 (citado 03 Nov 2015). Disponible en:
<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/20411995>
- (29) Carhuallanqui R, Diestra C, Tang H, Málaga G. Adherencia al tratamiento farmacológico en pacientes hipertensos atendidos en un hospital general. Rev Med Hered 2010; 21:197-201. (citado 24 Enero 2016).

- (30) Olvera S, Salazar T. Impacto del apoyo familiar en la adherencia terapéutica de los pacientes hipertensos. *Rev. Méx. de Enfermería Cardiológica* 2009; 17 (1-3): 10-13 (citado 03 Nov 2015). Disponible en: <http://www.medigraphic.com/pdfs/enfe/en-2009/en091c.pdf>
- (31) Valdivieso M. Adherencia al tratamiento desde la perspectiva de la medicina de la familia en pacientes con Hipertensión arterial, residentes en la parroquia Santa Ana de Cuenca, [tesis doctoral], 2008; (citado 03 Nov 2015). Disponible en: http://www.uazuay.edu.ec/bibliotecas/publicaciones/UV-50_small.pdf
- (32) Trivedi R, Ayotte B, Edelman D, Bosworthon H. La asociación de bienestar emocional y el estado civil con la adherencia al tratamiento en pacientes con hipertensión. *Rev. J Behav Med.* 2008; 31(6): 489–497. (citado 05 Nov 2015). Disponible en: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC3746832/pdf/nihms500513.pdf>.
- (33) La Rosa Y, Martín A, Bayarre H. Adherencia terapéutica y factores psicosociales en pacientes hipertensos. *Rev. Cub Med. Gen. Integr.* 2007; 23(1) (citado 05 Nov 2015). Disponible en: http://www.bvs.sld.cu/revistas/mgi/vol23_01_07/mgi06107.htm
- (34) Vinaccia S, Quiceno J, Fernández H, Gaviria A, Chavarría F, Orozco O. Apoyo social Y adherencia al tratamiento antihipertensivo en pacientes con diagnóstico de Hipertensión arterial. *Informes Psicológicos* 2006; 8(1): 89-106. (citado 05 Nov 2015). Disponible en:

http://www.upb.edu.co/pls/portal/docs/page/gpv2_upb_medellin/pgv2_m030040020_psicologia/pgv2_m030040020110_revista/pgv2_m030040020110020_revista8/articulo%20n8a06.pdf

- (35) Menéndez C, Fachado A, Gamarra T, Núñez C, Nieto M, Méndez E. Influencia de variables sociales en el cumplimiento terapéutico de la hipertensión arterial. Rev. Cad. Aten. Primaria 2004; 11: 131-13. (citado 05 Nov 2015). Disponible en:
http://www.agamfec.com/pdf/CADERNOS/VOL11/VOL11_3/03A_Orixinais_N11_3.pdf
- (36) González A, González N, Vásquez Y, González L, Gómez R. Importancia de la participación familiar en el control de la hipertensión arterial. Medicentro 2004; 8(2) (citado 05 Nov 2015). Disponible en:
<http://www.medicentro.sld.cu/index.php/medicentro/article/viewFile/941/950>
- (37) Marín F, Rodríguez M. Apoyo familiar en el apego al tratamiento de la hipertensión arterial esencial. Rev. Salud pública Méx 2001; 43(4) (citado 05 Nov 2015). Disponible en:
http://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0036-36342001000400010
- (38) Martín L. Validación del cuestionario Martín-Bayarre-Grau (MBG) para evaluar la adherencia terapéutica, 2008. (citado 06 Nov 2015). Disponible en:
http://www.scielosp.org/scielo.php?pid=S0864-34662008000100012&script=sci_arttext

- (39) Londoño N. Validación en Colombia del cuestionario Medical Outcomes Study (MOS) de apoyo social. *International Journal of Psychological research*, 2012; (citado 6 Nov 2015); 5(1), 142-150. Disponible en: <http://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=3974642>
- (40) Asociación Médica Mundial 2008. Declaración de Helsinki. Principios éticos para las investigaciones médicas en seres humanos. (citado 06 Nov 2015). Disponible en: http://www.wma.net/es/30publications/10policies/b3/17c_es.pdf
- (41) Séptimo Informe del Comité Nacional Conjunto de los Estados Unidos de América. Prevención, Detección, Evaluación y Tratamiento de la Hipertensión Arterial. (citado 29 Enero 2016).

IX. ANEXOS:

Anexo 1: CUESTIONARIOS

ASOCIACIÓN ENTRE APOYO SOCIAL Y ADHERENCIA TERAPÉUTICA EN HIPERTENSOS MAYORES DE 65 AÑOS - HOSPITAL II ESSALUD TARAPOTO 2016

Datos del paciente:

1. Edad
2. Sexo
3. Grado de instrucción:
4. Estado civil:
5. Años de diagnóstico:
6. Tratamiento indicado:

ADHERENCIA AL TRATAMIENTO: CUESTIONARIO DE MARTIN- BAYARRE-GRAU (MBG)

Preguntas:	Nunca	Pocas veces	Algunas veces	Mayoría de veces	Siempre
1. Toma los medicamentos en el horario establecido.					
2. Se toma todas las dosis indicadas					
3. Cumple las indicaciones relacionadas con la dieta.					
4. Asiste a las consultas de seguimiento programadas.					
5. Realiza los ejercicios físicos indicados.					
6. Acomoda sus horarios de medicación, a las actividades de su vida diaria.					
7. Usted y su médico, deciden de manera conjunta, el tratamiento a seguir.					
8. Cumple el tratamiento sin supervisión de su familia o amigos.					
9. Lleva a cabo el tratamiento sin realizar grandes esfuerzos.					
10. Utiliza recordatorios que faciliten la realización del tratamiento					
11. Usted y su médico analizan, cómo cumplir el tratamiento.					
12. Tiene la posibilidad de manifestar su aceptación del tratamiento que ha prescripto su médico.					

**APOYO SOCIAL: CUESTIONARIO DE MEDICAL OUTCOMES SOCIAL
(MOS)**

Las siguientes preguntas se refieren al apoyo o ayuda de que usted dispone:

1.- Aproximadamente, ¿Cuántos amigos íntimos o familiares cercanos tiene usted (personas con las que se siente a gusto y puede hablar acerca de todo lo que se le ocurre)

Escriba el nº de amigos íntimos y familiares cercanos: _____

¿Con qué frecuencia dispone usted de cada uno de los siguientes tipos de apoyo cuando lo necesita?

Preguntas:	Nunca	Pocas veces	Algunas veces	Mayoría de veces	Siempre
2.- Alguien que le ayude cuando tenga que estar en la cama.					
3.- Alguien con quien pueda contar cuando necesita hablar.					
4.- Alguien que lo aconseje cuando tiene problemas.					
5.- Alguien que le lleve al médico cuando lo necesita.					
6.- Alguien que le muestre amor y afecto.					
7.- Alguien con quien pasar un buen rato.					
8.- Alguien que le informe o le ayude a entender una situación.					
9.- Alguien en quien confiar o con quien hablar de sí mismo y sus preocupaciones.					
10.- Alguien que lo abrace.					
11.- Alguien con quien pueda relajarse.					
12.- Alguien que le prepare la comida si no puede hacerlo.					
13.- Alguien cuyo consejo realmente desee.					
14.- Alguien con quien hacer cosas que le ayuden a olvidar sus problemas.					
15.- Alguien que le ayude en sus tareas domésticas si está enfermo.					
16.- Alguien con quien compartir sus temores o problemas más íntimos.					
17.- Alguien que le aconseje como resolver sus problemas personales.					
18.- Alguien con quien divertirse.					
19.- Alguien que comprenda sus problemas.					
20.- Alguien a quien amar y hacerle sentirse querido.					

Anexo 2:
CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA PARTICIPAR
VOLUNTARIAMENTE EN LA INVESTIGACIÓN

Señor(a), lo (a) invitamos a participar en forma voluntaria y anónima en la investigación llamada: “ASOCIACIÓN ENTRE APOYO SOCIAL Y ADHERENCIA TERAPÉUTICA EN HIPERTENSOS MAYORES DE 65 AÑOS - HOSPITAL II ESSALUD TARAPOTO 2016”.

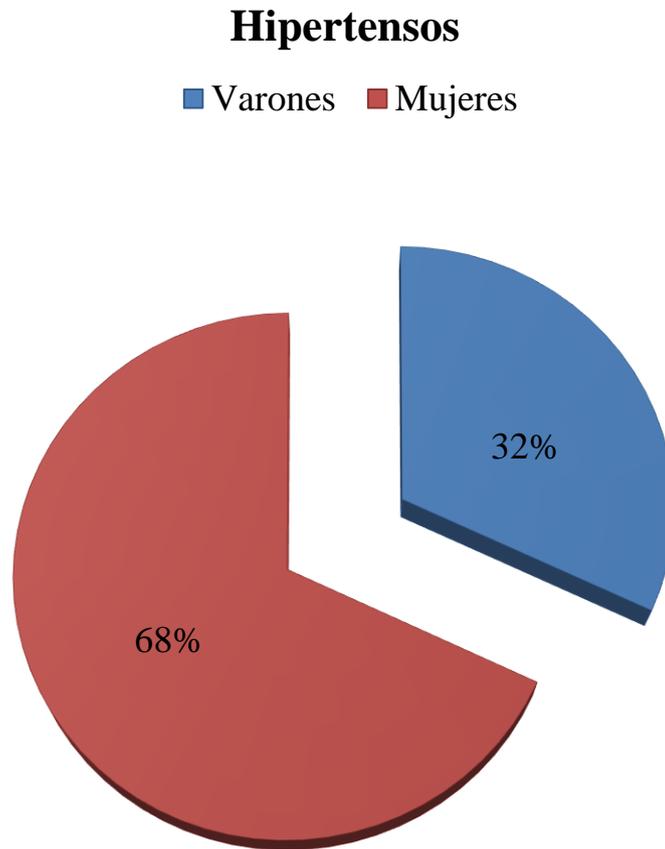
Si usted decide participar en esta investigación nosotros le haremos algunas preguntas sobre Apoyo social y adherencia terapéutica. Nosotros anotaremos todas sus respuestas en una hoja. El responder estas preguntas le tomará 10 minutos de su tiempo. No recibirá ninguna remuneración por participación. Usted puede retirarse del estudio en el momento que lo decida.

La información que usted nos dará y los resultados de su análisis en este estudio lo guardaremos de acuerdo a las normas éticas de investigación internacionales. El investigador Miguel Angel Dulong Zanelli será el único que conocerá sus datos, y serán guardados en una computadora que sólo es usada por él.

FIRMA

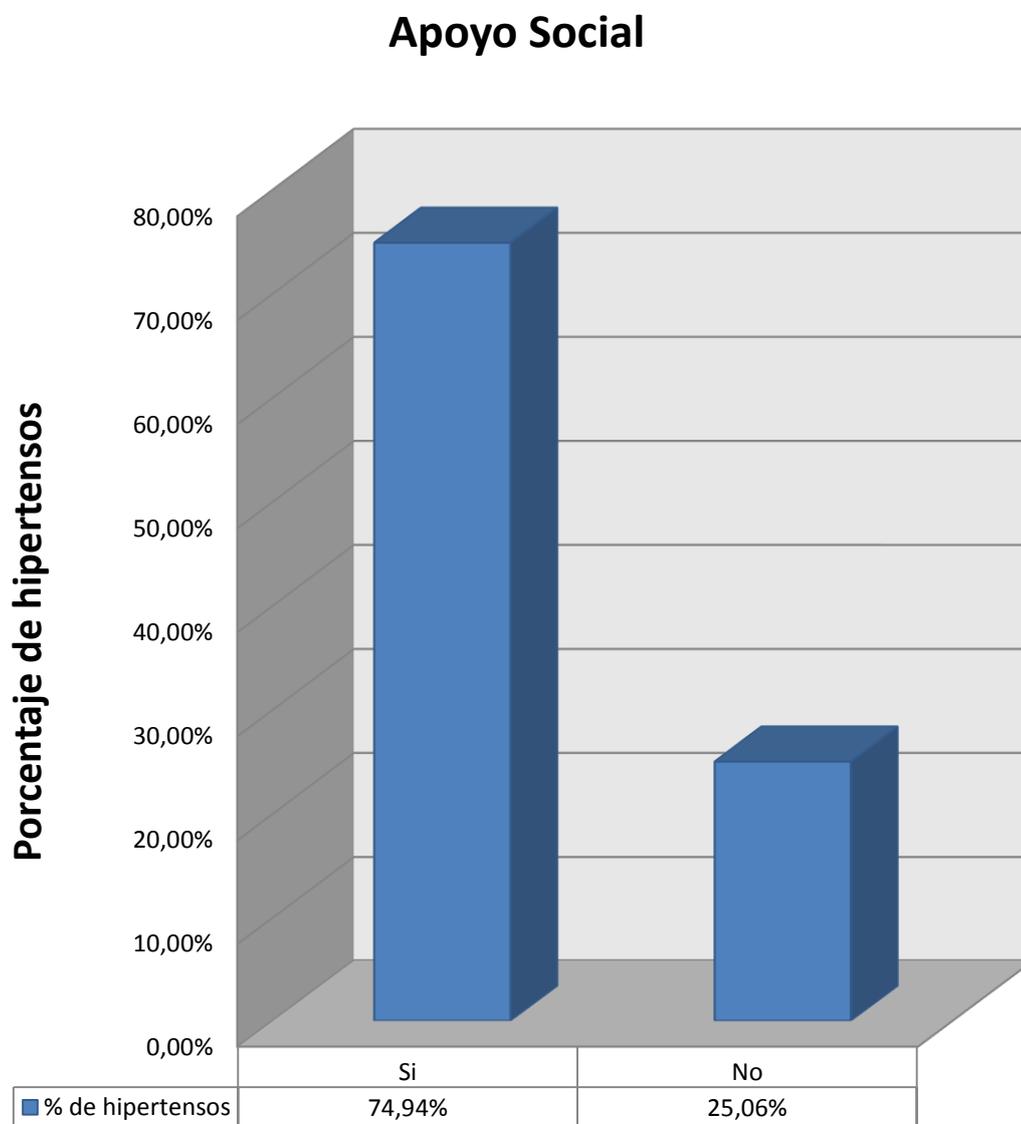
Anexo 3: Gráficos

Gráfico 1: Hipertensos mayores de 65 años en Hospital II EsSalud Tarapoto, según género.



FUENTE: Resultados de los cuestionarios de apoyo social y adherencia terapéutica aplicados a pacientes hipertensos de Hospital II EsSalud Tarapoto.

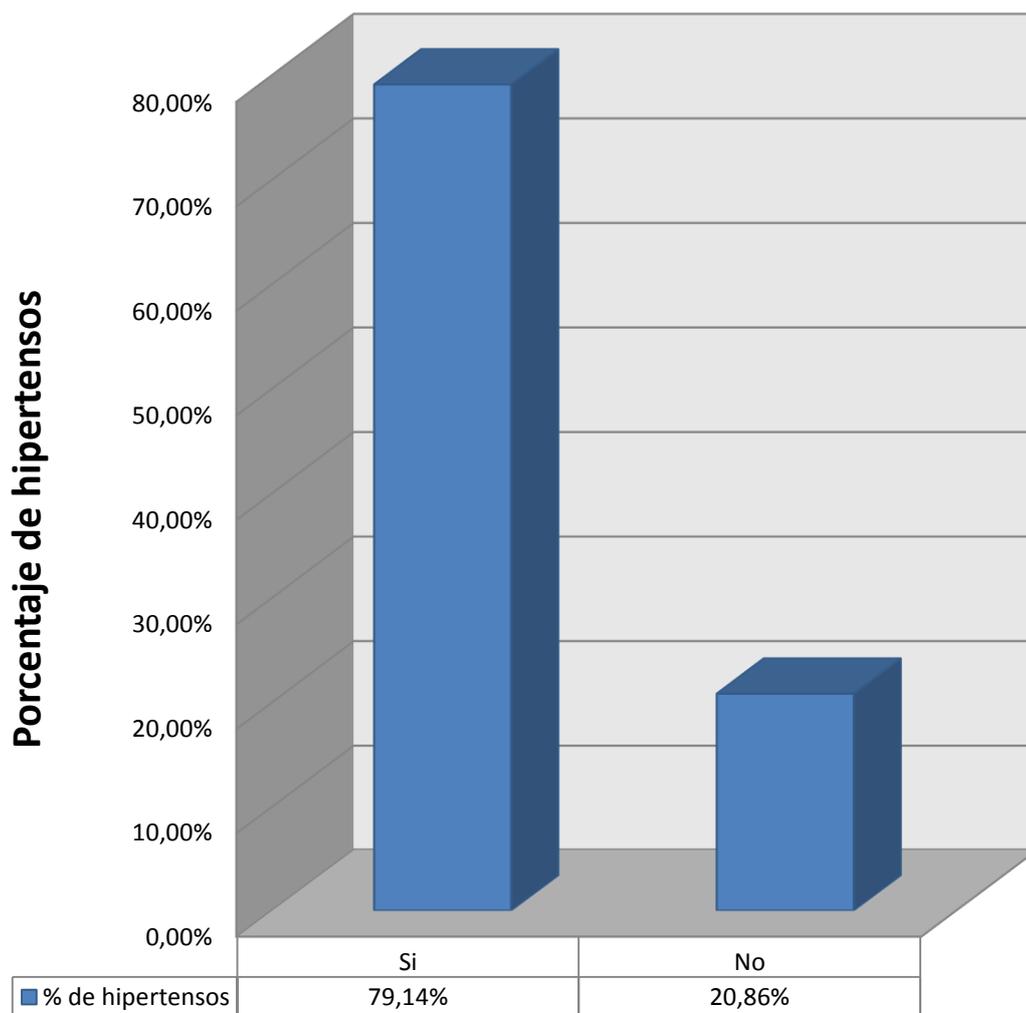
Gráfico 2: Hipertensos mayores de 65 años en Hospital II EsSalud Tarapoto, según el cuestionario Medical Outcomes Study (MOS) para evaluar apoyo social.



Fuente: Resultados de los cuestionarios de apoyo social y adherencia terapéutica aplicados a pacientes hipertensos de Hospital II EsSalud Tarapoto.

Gráfica 3: Hipertensos mayores de 65 años en Hospital II EsSalud Tarapoto, según el cuestionario Martin Bayarre-Grau (MBG) para evaluar adherencia terapéutica.

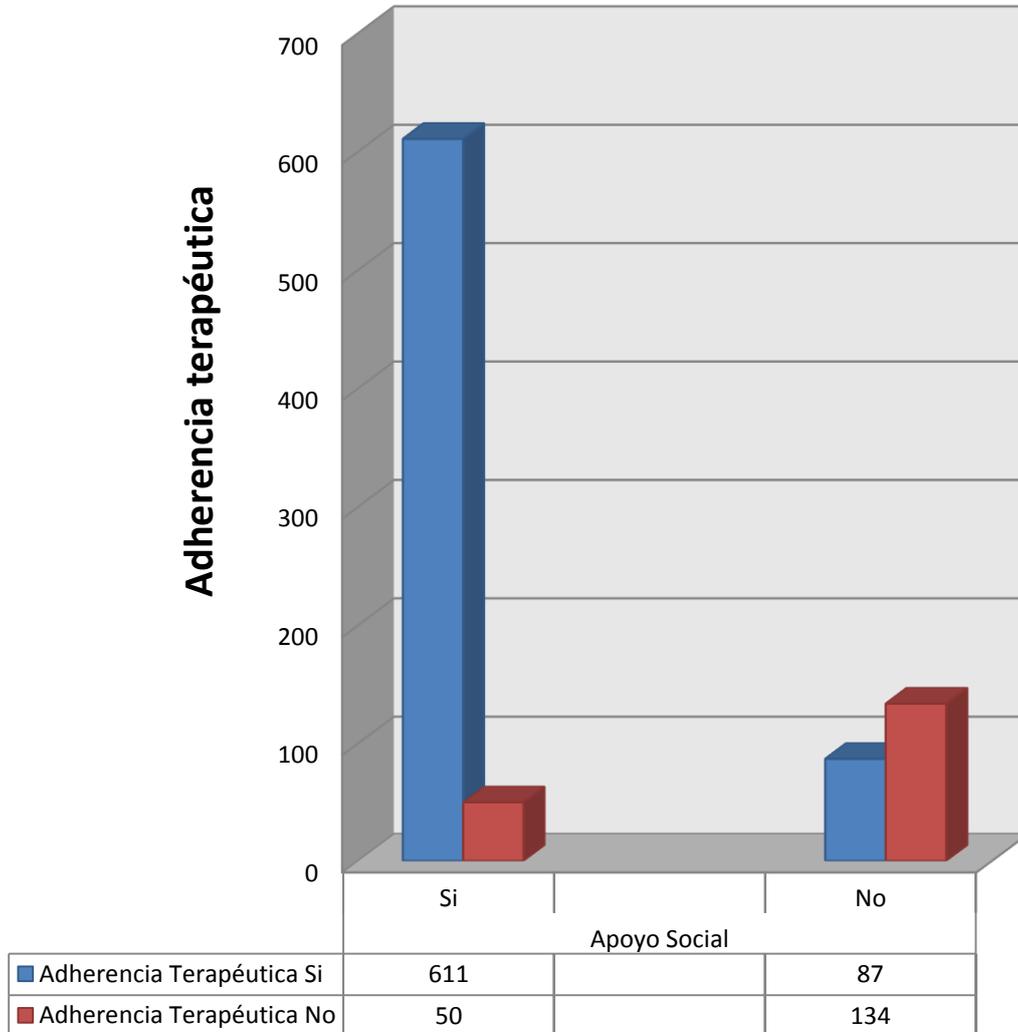
Adherencia Terapéutica



FUENTE: Resultados de los cuestionarios de apoyo social y adherencia terapéutica aplicados a pacientes hipertensos de Hospital II EsSalud Tarapoto.

Gráfico 4: Asociación entre apoyo social y adherencia terapéutica en hipertensos mayores de 65 años en el Hospital II EsSalud Tarapoto.

Asociación entre Apoyo Social y Adherencia Terapéutica



FUENTE: Resultados de los cuestionarios de apoyo social y adherencia terapéutica aplicados a pacientes hipertensos de Hospital II EsSalud Tarapoto.