



UNIVERSIDAD DE CUENCA



UNIVERSIDAD DE CUENCA

**FACULTAD DE CIENCIAS MÉDICAS
CENTRO DE POSGRADOS**

ESPECIALIDAD DE MEDICINA FAMILIAR Y COMUNITARIA

**Tesis previa a la obtención del
Título de especialista en Medicina Familiar y Comunitaria**

**DETERMINANTES SOCIALES DE LA ADHERENCIA TERAPÉUTICA DE
ADULTOS MAYORES HIPERTENSOS ATENDIDOS EN EL SUBCENTRO DE
SALUD DE LA PARROQUIA “EL VECINO”, CUENCA – ECUADOR, 2015**

Autora: Md. María Alexandra Carabajo Rivera
C.I. 0301583548

Directora: Dra. Maritza Auxiliadora Torres Valdez
C.I. 0103806881

**Cuenca – Ecuador
2017**



RESUMEN

Introducción: La adherencia al tratamiento antihipertensivo es un aspecto importante a considerar para tener un adecuado control de la enfermedad, disminuir la morbimortalidad y gastos en salud.

Objetivo: Caracterizar la relación entre los determinantes sociales y la adherencia terapéutica de adultos mayores hipertensos atendidos en el Subcentro de Salud de la Parroquia “El Vecino”, Cuenca, durante el 2015.

Material y métodos: Se realizó un estudio analítico y transversal en 83 adultos mayores hipertensos que acudieron al Subcentro de Salud de la parroquia “El Vecino”. Se aplicó un instrumento de recolección de datos para conocer las características sociodemográficas y determinantes sociales. El test de Bonilla determinó la adherencia en los pacientes y FFSIL el funcionalismo familiar. Las variables fueron expresadas en frecuencias absolutas y relativas. El chi cuadrado y el Odds ratio se utilizaron para determinar asociaciones.

Resultados: De los 83 estudiados, el 32,5% correspondió al sexo masculino. 45,8% tuvieron una edad de 65 a 74 años y 54,2% fueron ≥ 75 años. El 73,5% de los pacientes tuvo adherencia terapéutica, lo que se asoció al nivel educativo (educación primaria), tipo de núcleo de convivencia (vivir con cónyuge) y funcionalismo familiar (familia funcional). Los determinantes sociales que fueron favorables para adherencia fueron la higiene en salud mental (OR=5,07) y el acceso a servicios de salud (OR=5,64).

Conclusiones: Los determinantes sociales de salud mental y de acceso a los servicios de salud muestran una influencia significativa para la adherencia en los pacientes de la parroquia El Vecino. Asimismo la adherencia se disminuye con la disfunción familiar, vivir solo y tener un bajo nivel educativo.

PALABRAS CLAVE: Adherencia terapéutica, Adulto mayor, determinantes sociales, funcionalidad familiar.



ABSTRACT

Introduction: Adherence to antihypertensive treatment is an important aspect to consider in order to have an adequate control of the disease, to reduce morbidity and mortality in health

Objective: To characterize the relationship between social determinants and adherence of elderly hypertensive patients treated at the Health Subcentro Parish "The Neighbor" Cuenca - Ecuador, 2015.

Material and Methods: A quantitative, analytical and cross-sectional study was performed in 83 older adults with hypertension who attended the Health Subcentro parish "El Vecino", Cuenca - Ecuador. An instrument of data collection was applied to explore the sociodemographic characteristics and social determinants. Bonilla's test was used to determine the adherence in patients and to assess the family functionalism was used the FFSIL test. The variables were expressed in absolute and relative frequencies. The chi square test and the odds ratio (OR) was used to determine associations.

Results: Of the 83 older adults studied, 32.5% were male and 67.5% were female. 45.8% had an age of 65 to 74 years and 54.2% of 75 years and over. 73.5% of the patients had therapeutic adherence. Which was associated with the educational level (primary education), type of nucleus of coexistence (living with spouse) and functional family (functional family). Social determinants that were favorable for adherence were mental health hygiene (OR = 5.07) and access to health services (OR = 5.64).

Conclusions: The social determinants of mental health and access to health services show a significant influence on adherence in the patients of the El Vecino parish. Likewise, adherence is reduced with family dysfunction, living alone and having a low educational level.

KEY WORDS Therapeutic Adherence, Elderly, social determinants, familiar functionality.



ÍNDICE

RESUMEN.....	2
ABSTRACT	3
ÍNDICE	4
DERECHOS DEL AUTOR	6
RESPONSABILIDAD	7
AGRADECIMIENTO	8
DEDICATORIA	9
CAPÍTULO I	10
1.1 INTRODUCCIÓN.....	10
1.2 PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA.....	11
1.3 JUSTIFICACIÓN	12
CAPÍTULO II	14
2.1 FUNDAMENTO TEÓRICO.....	14
2.1.1 ENVEJECIMIENTO	14
2.1.2 HIPERTENSIÓN ARTERIAL	18
2.1.3 ADHERENCIA TERAPÉUTICA	20
2.1.4 DETERMINANTES SOCIALES	24
CAPÍTULO III	28
3.1 HIPÓTESIS:	28
3.2 Objetivo General.....	28
3.3 Objetivos Específicos	28
CAPÍTULO IV.....	29
4. MÉTODOS Y TÉCNICAS:.....	29
4.1 Tipo de estudio:.....	29
4.2 Área de estudio:	29
4.3 Población y muestra:.....	29



4.4 Unidad de análisis y observación:	29
4.5 Operacionalización de variables:	30
4.6 Criterios de inclusión:	31
4.7 Criterios de exclusión:	31
4.8 Procedimientos.....	32
4.9 Instrumentos para la recolección de datos	32
4.10 Plan de análisis	33
4.11 Aspectos éticos	34
CAPÍTULO IV	35
5. RESULTADOS	35
CAPÍTULO VI	41
6. DISCUSIÓN	41
CAPÍTULO VII	50
7.1 CONCLUSIONES	50
7.2 RECOMENDACIONES	51
REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS	52
ANEXOS	63
ANEXO 1	63
ANEXO 2	68



DERECHOS DEL AUTOR



Universidad de Cuenca
Clausula de derechos de autor

Yo, Md. Alexandra Carabajo Rivera, autora de la tesis: **"Determinantes sociales de la adherencia terapéutica de adultos mayores hipertensos atendidos en el Subcentro de Salud de la Parroquia "El Vecino", Cuenca – Ecuador, 2015"**, reconozco y acepto el derecho de la Universidad de Cuenca, de publicar este trabajo por cualquier medio conocido o por conocer, al ser este, requisito para la obtención de mi título de Especialista en Medicina Familiar y Comunitaria. El uso que la Universidad de Cuenca hiciera de este trabajo, no implicará afección alguna de mis derechos como autor.

Cuenca, 20 de Abril del 2017

Md. Alexandra Carabajo Rivera.

CI # 0301583548



RESPONSABILIDAD



Universidad de Cuenca
Clausula de propiedad intelectual

Yo, Md. Alexandra Carabajo Rivera, autora de la tesis: **“Determinantes sociales de la adherencia terapéutica de adultos mayores hipertensos atendidos en el Subcentro de Salud de la Parroquia “El Vecino”, Cuenca – Ecuador, 2015”**, cercioro que todas las ideas, criterios, opiniones, afirmaciones, análisis, interpretaciones, conclusiones, recomendaciones, y otros contenidos presentes en esta investigación son propias de mi autoría.

Cuenca, 20 de Abril del 2017

Md. Alexandra Carabajo Rivera.

CI # 0301583548



AGRADECIMIENTO

El presente trabajo ha sido realizado con la colaboración de muchas personas, por lo que en primera instancia quiero agradecer a las personas que conforman la Universidad de Cuenca, Facultad de Ciencias médicas, Posgrado de Medicina Familiar y Comunitaria; por haberme permitido ser parte de tan noble Institución llegando a conformar una gran familia durante estos años junto a profesores y compañeros, de igual manera manifiesto mi más sincero agradecimiento a la Dra. Maritza Torres, quien además de ser mi directora de tesis ha sido una gran amiga, que me ha apoyado en muchos ámbitos de mi vida personal y profesional.

Finalmente quiero agradecer a todas las otras personas que directa o indirectamente colaboraron en la elaboración de este trabajo.

Md. Alexandra Carabajo Rivera.
CI # 0301583548



DEDICATORIA

El presente trabajo que está relacionado a uno de los grupos más vulnerables de nuestro país, como son los adultos mayores está dedicado con mucho amor a toda mi familia, en especial a mi esposo Iván y a mi hija Keyla; que me han apoyado durante este duro camino que hemos recorrido juntos, con la única finalidad de alcanzar una meta más en bien de toda la familia.

Md. Alexandra Carabajo Rivera.
CI # 0301583548



CAPÍTULO I

1.1 INTRODUCCIÓN

En décadas recientes, la hipertensión arterial (HTA) se ha convertido en una verdadera epidemia a nivel mundial, con 600 millones de personas padeciendo de este trastorno para el año 1980, a más de 1 billón en el 2010, y con esta cifra incrementando constantemente. En la actualidad, se estima que la HTA afecta a 40% de la población adulta mundial (1). Esta patología pertenece al grupo de las enfermedades crónicas no transmisibles, que en conjunto corresponden a la principal carga económica y logística para los sistemas de salud pública a nivel mundial, como resultado del fenómeno de transición epidemiológica (2).

En efecto, la transición epidemiológica que está condicionada por el advenimiento de tratamientos más efectivos para las enfermedades infecciosas, así como cambios en los patrones epidemiológicos globales, involucra un aumento en la prevalencia de las enfermedades crónico-degenerativas, al igual que un incremento de la población adulta mayor (3). Actualmente, la población mayor de 65 años de edad corresponde al 11% de la población mundial total, con un estimado de 22% para el año 2050, correspondiendo a 900 millones de individuos (4). El envejecimiento es una etapa natural de la vida humana, donde ocurre un deterioro progresivo de las funciones fisiológicas y mentales, con mayor vulnerabilidad a la enfermedad, por lo cual la acumulación de comorbilidades médicas suele ser la regla en esta demografía (5).

La presencia de multimorbilidad acarrea profundos cambios en el estilo de vida de los adultos mayores, representando una de las principales dificultades y motivos para la disminución de la calidad de vida en este grupo etario (6). En particular, frecuentemente significa la administración de un extenso arsenal farmacológico, que a menudo es un reto cumplir adecuadamente debido a las limitaciones propias del envejecimiento. La consecuente adherencia deficiente



al tratamiento de las patologías crónicas resulta en gastos económicos severos inherentes al cuidado médico y un impacto importante en las relaciones sociales del individuo (7).

El entorno social y familiar es un aspecto particularmente importante en la atención del cuidado del adulto mayor, en tanto es un factor que influencia de manera relevante su calidad de vida y adherencia terapéutica. Además, el envejecimiento y el deterioro sistémico que acarrea es un fenómeno esperable e inevitable, a menudo sólo controlable en el contexto clínico, lo cual subraya la importancia de la atención al contexto social del adulto mayor (8). De aquí nace la importancia de estudiar los determinantes sociales de la adherencia terapéutica en los adultos mayores, especialmente en relación a patologías muy frecuentes, entre las cuales es prominente la HTA.

1.2 PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

En Ecuador, la HTA es la segunda causa de mortalidad, correspondiendo a 4189 muertes para el año 2013, correspondiendo a 6,64% de la mortalidad total nacional; siendo responsable de cientos de muertes anuales en la provincia del Azuay (9). Se ha reportado que la prevalencia de HTA en la ciudad de Cuenca es de 25,8% observándose que la edad mayor a 60 años es un factor de riesgo significativo para su aparición (10). En tanto que en los adultos mayores ecuatorianos, la HTA es la cuarta causa de morbilidad, correspondiendo a 3.158 casos, que representan el 7,4% de la morbilidad total en esta demografía en nuestro territorio (11).

El Instituto Nacional de Estadística y Censos (INEC), ha estimado que los adultos mayores componen el 6,5% de la población total de Ecuador, correspondiendo a 940.905 individuos. En la provincia de Azuay, esta cifra asciende a 7,84%, donde la esperanza de vida es de 75,6 años (12). La parroquia El Vecino se caracteriza por ser predominantemente urbana. Esto podría tener implicaciones en el las relaciones sociales del adulto mayor, ya



que se ha reportado que los adultos mayores tienden a recibir menor apoyo familiar en los contextos urbanos (13).

Por lo tanto, es importante la exploración de todos los factores intervinientes en el panorama epidemiológico de la HTA en los adultos mayores ecuatorianos, incluyendo los factores sociales que influyen en la adherencia al tratamiento. En este contexto, el objetivo de este estudio es caracterizar la relación entre los determinantes sociales y la adherencia terapéutica de adultos mayores hipertensos atendidos en el Subcentro de Salud de la Parroquia “El Vecino”, Cuenca – Ecuador, 2015.

PREGUNTA DE INVESTIGACIÓN

¿Cuáles son los factores sociales asociados con la adherencia terapéutica en los adultos mayores hipertensos atendidos en el Subcentro de Salud de la Parroquia “El Vecino”, Cuenca, durante el 2015?

1.3 JUSTIFICACIÓN

En el ámbito científico, esta investigación ofrece una visión fresca y detallada del comportamiento epidemiológico de la adherencia terapéutica en adultos mayores de esta comunidad, que podría extenderse al resto de esta demografía en territorio ecuatoriano, contribuyendo al cuerpo de conocimiento aplicable a la práctica en nuestra población. Esto podría cristalizarse a través del aprovechamiento de este estudio como antecedente metodológico, que sienta las bases para ampliar el conocimiento de esta situación en el resto de la nación; lo cual representa la importancia metodológica de este reporte.

Los resultados de esta investigación poseen relevancia social ya que permiten detallar los factores vinculados a la adherencia terapéutica en adultos mayores de nuestra comunidad. Esta información podrá ser utilizada para la formulación e implementación de estrategias comunitarias, clínicas, familiares y de salud



pública a gran escala orientadas a asegurar el tratamiento óptimo de la HTA y otras patologías crónicas en los adultos mayores de nuestra región.

Esto representa un objetivo prioritario en esta población, puesto que la agregación de diversas comorbilidades crónicas típica de la misma resulta en afectación severa de su calidad de vida (14), asociándose a grandes gastos económicos asociados a cuidados médicos, así como a pérdidas económicas indirectas (15).



CAPÍTULO II

2.1 FUNDAMENTO TEÓRICO

2.1.1 ENVEJECIMIENTO

La adultez mayor es la etapa final en el ciclo vital del ser humano, alcanzada a partir de los 65 años de edad, que se caracteriza por profundos cambios fisiológicos, psicológicos y sociales. En efecto, esta población está sujeta al deterioro progresivo de sus facultades físicas y mentales, con implicaciones significativas en su desenvolvimiento diario (16). Por ende, el adulto mayor es un individuo con necesidades específicas en su cuidado integral, y que requiere atención del personal médico, sus cuidadores y la comunidad (17).

Cambios Biológicos

Biológicamente, el envejecimiento comprende cambios a nivel celular, tisular y sistémico. En todas las células, el envejecimiento se manifiesta con acortamiento de los telómeros cromosómicos y modificaciones epigenéticas, que conllevan a inestabilidad genómica y senescencia celular acelerada. Asimismo, se observa disfunción mitocondrial y disminución de las concentraciones de células madres (18). También se evidencia deterioro de las vías de señalización intercelular, lo cual finaliza en desintegración del funcionamiento armónico del organismo (19).

Se evidencia una transición importante en la composición corporal, con decremento de la masa muscular y ganancia de masa grasa, al igual que disminución del agua corporal total; esto acarrea cambios importantes en la capacidad para realizar actividad física, y mayor susceptibilidad a la deshidratación (20). El tejido óseo también disminuye en densidad, pudiendo llegar a osteopenia u osteoporosis, observándose mayor riesgo de caídas y fracturas (21). En el sistema endocrino, es notable la disminución en la producción de hormonas sexuales –con la consecuente disminución de la función sexual de los individuos, incluyendo menor libido y atrofia genital–, así como alteraciones en los ritmos circadianos de secreción hormonal (22). En el sistema respiratorio, se observa decremento de la elasticidad de los bronquios,



disminución de la movilidad del tórax, aumento de tejido fibroso entre los tejidos pulmonares lo que ocasiona dificultad para el paso del intercambio gaseoso, además de cambios en los sistemas de defensa, con una disminución de los cilios del árbol bronquial y aumento en la producción de moco, lo cual predispone a la instalación de patologías infecciosas y obstructivas (23).

Por otro lado, se observa atrofia cerebral variable, pudiendo aparecer un amplio espectro de síntomas y signos neuropsiquiátricos, incluyendo trastornos motores o sensitivos, demencia y trastornos del estado de ánimo, entre otros (24). También se observa deterioro sensorial debido a cambios funcionales y estructurales en los órganos de los sentidos, especialmente en la audición y la visión (25). A nivel de estómago se evidencia una disminución de la motilidad intestinal y una disminución de la secreción ácida lo que ocasiona digestión mucho más lenta, en el intestino delgado y el colon hay una disminución del riego sanguíneo, disminución de la motilidad y atrofia de la mucosa, mientras que el hígado disminuye su eficiencia metabolizadora (26). En el sistema urinario se observa un deterioro global, desde la calidad y volumen de filtración glomerular, hasta los mecanismos reguladores de la excreción urinaria, con propensión a la incontinencia (27).

Finalmente, en el aparato cardiovascular ocurren múltiples cambios que contribuyen al desarrollo de HTA, incluyendo engrosamiento de la pared del ventrículo izquierdo y las válvulas cardíacas, incrementando la precarga cardíaca y disminuyendo el volumen de eyección, lo cual activa los sistemas neuroendocrinos y renales que favorecen el aumento de la presión arterial: barorreceptores vasculares, el sistema renina-angiotensina-aldosterona, y la regulación renal de los líquidos corporales (28). También se evidencia engrosamiento de la capa media de las arterias, al igual que disfunción endotelial, lo cual aumenta el tono vascular y por ende la pos carga cardíaca y la resistencia vascular periférica, contribuyendo al desarrollo de HTA (29).



Adicionalmente, en el corazón se observa disminución cuantitativa y disfunción de las células marcapaso y el tejido de conducción, lo cual predispone al desarrollo de arritmias e insuficiencia cardíaca (30). Asimismo, en las paredes arteriales puede observarse arterioesclerosis, el engrosamiento fibrótico de la misma, y aterosclerosis, con acumulación de lípidos en un ambiente micro-inflamatorio, lo cual predispone al desarrollo de eventos cardiovasculares isquémicos y enfermedad cerebrovascular (29).

Cambios Psicológicos

En general, con el envejecimiento se observa un deterioro de todas las funciones mentales, si bien este proceso sucede en grados variables y en aptitudes distintas en cada individuo (31). La esfera cognitiva es la más susceptible en el adulto mayor, con deterioro de la memoria y el pensamiento abstracto, al igual que decremento de la inteligencia fluida, con preservación de la inteligencia cristalizada. La capacidad para el lenguaje se mantiene intacta aunque esta enlentecida (32). También puede observarse disregulación emocional, con propensión a la ansiedad y depresión, que pueden exacerbarse por el entorno social y familiar cambiante del adulto mayor (33). También son comunes las alteraciones del sueño, en particular el insomnio; además se pueden observar en menor grado el desarrollo de síntomas psicóticos (34).

Ante situaciones sociales como la jubilación y la transición de roles del adulto mayor, esta población tiende a disponer de mayor tiempo libre para actividades de ocio. Esto representa una oportunidad invaluable para la promoción de la salud. En efecto, se ha demostrado que en adultos mayores, la dedicación de al menos media hora a actividades de ocio puede reducir el riesgo de mortalidad en 15-35% (35). Este efecto es particularmente potente si las actividades fomentan las conexiones sociales, como la participación en deportes o actividad física en grupos, y la adopción de hobbies pro-sociales. Adicionalmente, el tiempo de ocio es una apertura para entablar interacciones constructivas con los demás miembros de la familia, fortaleciendo la funcionalidad familiar (36).



Cambios Sociales

Con el envejecimiento llegan cambios tanto en el rol individual –el humano como persona y como integrante de una familia– como en el rol social, en el contexto laboral y comunitario. En lo concerniente a su identidad personal, el adulto mayor se enfrenta a una redefinición de su ser, en cuestiones como la resignación de su independencia, así como la contemplación de la trascendencia luego de su muerte (37). En el ámbito laboral, el adulto mayor se enfrenta a menor productividad a su trabajo y jubilación, por lo tanto, a la disminución en su flujo de ingresos económicos con mayor dependencia en este aspecto de su familia y allegados (38).

Como miembro de su familia, el adulto mayor debe acoplarse a circunstancias como la pérdida de poder en el hogar, pérdida de su cónyuge, salida de los hijos del hogar y la entrada de los nietos. A medida que progresa el envejecimiento, el adulto mayor pasa a necesitar de cuidados más exigentes de parte de sus familiares, incluyendo alimentación, vestimenta y otras actividades cotidianas, lo cual puede significar un estrés importante para todos los miembros de la familia (37).

La adaptación satisfactoria del adulto mayor y sus familiares a estos cambios depende del nivel de funcionalidad familiar de cada núcleo. El funcionamiento familiar es el conjunto de relaciones intangibles entre los elementos estructurales de la familia que encuadran la comunicación en el núcleo familiar, definiéndose básicamente por los grados variables de cohesión intrafamiliar y adaptabilidad a circunstancias cambiantes (39). La funcionalidad familiar es una variable multidimensional que impacta el desenvolvimiento de todos los miembros de la familia en todos los ámbitos de su funcionamiento, desde el aspecto laboral y personal, hasta cuestiones específicas como la adherencia a tratamientos médicos (40).



2.1.2 HIPERTENSIÓN ARTERIAL

La presión arterial es definida como la fuerza ejercida por la sangre contra las paredes arteriales, mientras que la HTA es el trastorno cardiovascular en el cual se detectan niveles de presión arterial persistentemente elevados. Según los lineamientos del octavo *Joint National Committee (JNC-8)*, en la población general se recomienda el tratamiento de la HTA cuando los valores de presión exceden 140/90 mmHg, o 150/90 mmHg en los sujetos mayores de 60 años (41). La HTA es un factor de riesgo cardiovascular notorio, en tanto eleva la probabilidad de padecer enfermedades cardiovasculares, como síndromes coronarios e ictus, según lo documentado en el emblemático *Framingham Heart Study* (42). Además, la HTA tiende a aparecer en conjunto con otros trastornos, como la hiperglicemia, dislipidemias y obesidad, con los cuales interactúa sinérgicamente para elevar el riesgo cardiovascular (43).

La fisiopatología de la HTA es compleja, involucra una extensa gama de mecanismos, variando según se aborde la HTA primaria o esencial de origen multifactorial, sin una causa unívoca específica, o secundaria, que es resultado de una causa específica identificable (44). La presión arterial está determinada por dos grandes factores: El gasto cardíaco y la resistencia vascular periférica. El gasto cardíaco depende de la frecuencia cardíaca y el volumen de eyección, que a su vez es dictado por la contractilidad miocárdica, la resistencia y el tamaño del compartimiento vascular. Por otro lado, la resistencia vascular periférica es el resultado de la estructura y tono vascular (45).

Este conjunto de variables puede ser modificada por múltiples fenómenos fisiopatológicos: La activación del sistema renina-angiotensina-aldosterona acarrea mayor retención de agua y sodio y vasoconstricción, elevando la presión arterial (46). El tono vascular también es aumentado por hiperactivación simpática, particularmente prominente en los individuos obesos y con resistencia a la insulina, así como la disregulación de los sistemas microambientales para su modulación, lo cual se ha denominado disfunción endotelial, e involucra moléculas como el óxido nítrico, endotelina y varias



interleucinas (47). También es importante resaltar la influencia de factores hereditarios en el desarrollo de HTA, al igual que el componente étnico, siendo esta patología más frecuente en los sujetos de raza negra (45).

El tratamiento de la HTA involucra medidas farmacológicas y no farmacológicas, esencialmente modificaciones en el estilo de vida, como incremento de la actividad física y disminución de la ingesta de sodio. La actividad física aeróbica parece ser una importante herramienta en este proceso, pues no sólo contribuye directamente a la disminución de las cifras tensionales, sino que también puede contribuir indirectamente a este objetivo fomentando la pérdida de peso (48).

Por otro lado, el arsenal farmacológico para el tratamiento de la HTA incluye varias clases de agentes que modulan distintas variables determinantes de la presión arterial, incluyendo inhibidores de la enzima convertidora de angiotensina (IECA), antagonistas del receptor de angiotensina II (ARA-II), bloqueadores de canales de calcio (BCC), diuréticos tiazídicos (DT), entre otros (49). Como regla general, el JNC-8 contempla el uso de cualquiera de estos agentes como monoterapia en el abordaje inicial de la HTA, excepto en los pacientes afrodescendientes, en los cuales se prefiere el uso de BCC o DT (41).

Con el objetivo de alcanzar las metas terapéuticas, tras vigilancia y seguimiento periódico de las cifras tensionales, puede elevarse las dosis de los medicamentos, o agregar nuevos agentes al régimen terapéutico. Estas decisiones deben surgir de la discusión informada entre el médico y el paciente, pues acarrear implicaciones económicas importantes. Esto es de mayor importancia en el adulto mayor, que a causa de la multimorbilidad, suele requerir la administración de otros agentes para otras patologías, aumentando la carga y dificultad para adherirse al tratamiento (50).



2.1.3 ADHERENCIA TERAPÉUTICA

La adherencia terapéutica es la participación activa en el cumplimiento de un tratamiento médico, como colaboración voluntaria del paciente, bajo un mutuo acuerdo, con el objetivo de producir un resultado preventivo o terapéutico determinado (51). La deficiencia en la adherencia terapéutica tiene implicaciones importantes, como mayores gastos para los sistemas de salud pública, peores resultados en los cursos terapéuticos y mayor frecuencia de hospitalizaciones (50). Los determinantes de la adherencia terapéutica se han sistematizado en cuatro grandes grupos: a) Factores económicos; b) Factores relacionados a la enfermedad; c) Factores relacionados al tratamiento; y d) Factores relacionados al paciente. La primera categoría hace referencia a la disponibilidad o accesibilidad del paciente a la adquisición del tratamiento, dictada por las condiciones propias de su contexto socioeconómico comunitario, lo cual es particularmente relevante en países en vías de desarrollo o con bajo poder adquisitivo, así como en la microeconomía de su núcleo familiar (52). En la segunda categoría se incluyen elementos como el grado de discapacidad inducido por la enfermedad y su repercusión en la disposición del paciente para cumplir con el tratamiento. Estos elementos destacan en el tratamiento de los trastornos mentales y en la población adulta mayor, grupos que frecuentemente necesitan de la facilitación del tratamiento por otras personas (53).

También existen factores relacionados con el tratamiento *per se*, como la estructura de la dosificación y la polifarmacia, siendo menor en los regímenes multidosis y con implementación de múltiples fármacos. Efectivamente, la polifarmacia se ha identificado como uno de los principales determinantes de la adherencia terapéutica, especialmente en los adultos mayores, que suelen experimentar dificultades recordando u organizando el cumplimiento de estos regímenes (33). Asimismo, estos factores incluyen la severidad y tolerabilidad a los efectos adversos del tratamiento, la duración del mismo que ha mostrado menor adherencia a mayor extensión, los cuales repercuten negativamente en



el control de las enfermedades crónicas y la calidad de la relación médico-paciente (53).

En general, los regímenes con mayor adherencia terapéutica parecen ser aquellos con menor complejidad para su cumplimiento cotidiano. Los pacientes tienden a preferir la medicación que requiere administración sólo una vez al día, siempre que estas formulaciones sean suficientemente asequibles para la economía personal de cada paciente (54). Las presentaciones con requerimientos especiales para su administración, como su consumo lejos de las comidas en horarios rígidos parecen ser obstáculos importantes para la adherencia, y en general, deberían implementarse si no existen otras alternativas disponibles. En los casos de polifarmacia, la toma de los fármacos en el mismo horario favorece la adherencia (55).

En el contexto de la HTA, es notable que la adherencia terapéutica tiende a variar según el escenario en la historia natural de la enfermedad, donde la adherencia y apreciaciones concernientes al tratamiento suele empeorar a medida que incrementa el tiempo desde el diagnóstico, con repercusiones significativas en la instalación de complicaciones y peor pronóstico (56). Esto parece estar estrechamente relacionado con las concepciones populares sobre la enfermedad, su tratamiento, así como los efectos adversos de la medicación. Esto subraya la importancia de las actividades educativas a larga escala, en tanto el desconocimiento respecto a estos tópicos se presenta tanto en el contexto individual como macroambiental (57).

Finalmente, los factores relacionados con el paciente incluyen las actitudes, creencias, los conocimientos, redes de apoyo, las percepciones y expectativas que el paciente posee sobre la enfermedad y el tratamiento, así como el conjunto de herramientas personales, familiares y comunitarias de las cuales el paciente dispone para cumplir el tratamiento (51). Esto incluye varios componentes circundantes al paciente, como su trasfondo sociocultural, nivel educativo, situación laboral, funcionalidad familiar y accesibilidad a recursos en



su comunidad; al igual que factores actitudinales y comportamentales inherentes de cada persona, como su sentido de identidad, independencia y autonomía, e incluso el bienestar y satisfacción vital, que son de gran peso en la evaluación de la adherencia terapéutica en los adultos mayores (58).

En particular, se ha observado que la exploración de estos factores y su abordaje en la práctica clínica en el marco del contexto sociocultural de cada paciente optimiza su adherencia terapéutica, lo cual es especialmente importante en los casos que abordan minorías sociales, como grupos étnicos, religiosos y culturales no mayoritarios (59). En este sentido, los principales objetivos en esta aproximación psicosocial deben incluir mayor autosuficiencia en el cumplimiento del tratamiento, y la resolución de dudas y desconocimientos sobre el tratamiento y la enfermedad, de manera apropiada al trasfondo cultural e intelectual de cada paciente (60).

Asimismo, es importante atender al estado general de salud mental de los individuos con HTA. Más allá del impacto evidente de patologías mentales severas como depresión o esquizofrenia en el riesgo de no adherencia al tratamiento (61), existen factores inherentes a la estructura de personalidad y cogniciones que influyen significativamente en esta situación. En particular, las percepciones positivas respecto al futuro, al igual que la satisfacción vital integral se relacionan con mayor adherencia terapéutica y menor incidencia de complicaciones (62).

La familia constituye la primera red de apoyo social que tiene el paciente y ejerce una función protectora ya que las personas que sienten que tienen más apoyo que otros tienen mayor probabilidad de seguir las recomendaciones de ahí que se observa un porcentaje de 17,2% en paciente que cuenta con familiares que están pendientes de ellos. La familia anima a mantener el régimen médico, apoya la búsqueda de responsabilidades en el proceso de la enfermedad (63–65).



Desde una perspectiva holística, es notoria la relación bidireccional y recíproca entre la adherencia terapéutica y la calidad de vida de los pacientes: Los reportes de peor calidad de vida parecen correlacionarse con menor adherencia terapéutica, por lo tanto los mayores índices de adherencia terapéutica se correlacionan con mejor calidad de vida (66). Esto podría reflejar la adherencia terapéutica como una faceta añadida de la salud integral de los individuos desde un punto de vista multidimensional, que retribuye de manera significativa al bienestar general de cada sujeto.

De la misma manera, es importante resaltar que estos factores son heterogéneos entre distintas poblaciones, e incluso entre subgrupos dentro de demografías concretas. Uno de los determinantes con alcance más profundo en este sentido es el estrato socioeconómico de los individuos, que en general, se asocia a mayor adherencia terapéutica (67). Asimismo, en entornos menos favorecidos económicamente, los índices de adherencia suelen ser menores de manera universal, si bien parecen ser modificados significativamente por elementos individuales como las percepciones de susceptibilidad o severidad en relación a la enfermedad (68).

Por otro lado, también es notorio que el impacto de los esfuerzos educativos especializados para la optimización de la adherencia terapéutica en el tratamiento de la HTA es muy variable. En efecto, a pesar de que la educación es prominentemente señalada como la principal herramienta a explotar en las intervenciones promotoras de adherencia terapéutica (69), la respuesta concreta a la intervención puede ser subóptima independientemente de la calidad de la intervención (56). No obstante, esto parece ser prevenido a través de la implementación de programas de intervención adecuados al contexto sociocultural de cada población (59), subrayando la importancia de investigaciones como el presente estudio.



2.1.4 DETERMINANTES SOCIALES

En el año de 1974 Marc Lalonde en 1974, comenzó una serie de estudios donde se mencionaron a los determinantes sociales en salud (70). Lalonde llevó a cabo una investigación epidemiológica mientras formó parte del Ministerio de Salud Pública de Canadá, en la cual se estableció cuáles fueron las principales causas de morbilidad y mortalidad en los canadienses, llegando a la conclusión en su publicación llamada “New perspectives on the health of Canadians”, que la Salud Pública establece las acciones de los servicios de salud como una disciplina esencial para la protección de la población. Los determinantes en salud son un conjunto de factores que comprenden el área personal, social, económica y ambiental que pueden repercutir sobre la salud de los sujetos o comunidades (71).

La clasificación de los determinantes de la salud puede ser representada por dos grupos principales: a) Los que son de responsabilidad multisectorial del estado correspondiendo a los determinantes económicos, sociales y políticos; b) Y los de responsabilidad del sector Salud. A su vez, los factores determinantes de la salud son: Relacionados al estilo de vida, factores ambientales, aspectos genéticos y biológicos de los individuos y comunidades; así como los relacionados a la atención en los servicios de salud (71).

En cuanto a los factores económicos, sociales y políticos, se ha descrito que estos pueden tener una gran incidencia sobre el ámbito de la salud de las poblaciones, donde la historia ha demostrado que la intervención de estos aspectos conlleva a la preservación o alteración de la misma, entre el siglo XVIII y XIX se estableció la Salud Pública como una disciplina científica (72); donde fue Johan Peter Frank una de las personas más relevantes durante este proceso, escribiendo su tratado de seis tomos llamado “Un sistema completo de Policía Médica”, indicando que “la miseria es la madre de las enfermedades”, dando a exponer la importancia de los aspectos económicos y sociales como factores determinantes en los procesos de salud-enfermedad (73).



Asimismo, durante la Revolución Industrial en Europa y Norte América, en el año de 1830, se produjo una expansión masiva de las fábricas produciendo una gran contaminación del medio ambiente, junto a una explotación de los trabajadores con salarios miserables además de tiempos laborales mayores a 12 horas diarias; lo que condujo a que las familias de los trabajadores obreros vivieran en decadencia, hacinamiento, ausencia de agua potable, aumentando el riesgo a presentar enfermedades infecciosas como cólera, tuberculosis, fiebre tifoidea y malaria, con alta cifras de muertes en estas poblaciones en edades jóvenes. Debido a estos fenómenos, Edwin Chadwick estudio dicha problemática obteniendo hallazgos importantes y contundentes sobre el efecto perjudicial del ambiente de pobreza, falta de agua potable y hacinamiento sobre la salud de las poblaciones (74).

A la par de estas investigaciones, Rudolf Virchow en Alemania llegó a las mismas conclusiones con sus estudios poblaciones, debido a la necesidad de mejores condiciones de vida para los obreros, siendo los médicos considerados los abogados de los pobres y señalando a la medicina como una ciencia social, mientras que la política es la medicina a gran escala (75). Además, Lemuel Shattuck en el año de 1850 en Norteamérica, “estableció ciertas recomendaciones sobre el saneamiento ambiental, control de enfermedades infecciosas, mejora miento de las escuelas de medicina y enfermería, haciendo importancia sobre la creación de inspectores sanitarios para la prevención en salud” (76).

Por lo tanto, se entendió la importancia de los factores económicos y sociales como determinantes de la salud, comenzando la ejecución de programas para la salud comunitaria y laboral, implementando los servicios de salud pública, siendo denominada en una primera instancia “Sanidad e Higiene Pública”, cuyo objetivo era la protección de la salud poblacional, por medio de acciones gubernamentales destinadas a preservar el medio ambiente y la salud del colectivo. “Por lo tanto, es comprensible entender la importancia del factor



político como un determinante de salud. Lo cual redujo la prevalencia e incidencia de las enfermedades como tuberculosis y fiebre tifoidea” (71).

La Salud Pública fue definida por Winslow en el año de 1920 como la “ciencia y el arte de impedir las enfermedades, prolongar la vida, fomentar la salud y la eficiencia física y mental, mediante el esfuerzo organizado de la comunidad para: el saneamiento del medio, el control de las enfermedades transmisibles, la educación sanitaria y la organización de los servicios médicos y de enfermería” (77). Sigerist a su vez se refiere que “la salud se promueve proporcionando condiciones de vida decentes, buenas condiciones de trabajo, educación, cultura física y formas de esparcimiento y descanso”; sugiriendo la gran importancia que tiene la “promoción de la salud” como una tarea que debe ser ejecutada a todos los niveles de la población (78).

Para el sector salud, los determinantes de la salud son importantes para garantizar la calidad de vida de las poblaciones, en el año de 1964 fue publicado un informe realizado por Lalonde (70), que “reportó las causas de muertes y enfermedad para la población canadiense, concluyendo que cuatro determinantes de salud eran los que regían la salud individual y colectiva”: a) medio ambiente: contempla los factores de contaminación atmosférica, química, de suelo, agua y aire; b) estilos de vida: hábitos de alimentación, actividad física, conductas de riesgo, actividad sexual, etc; c) biológicos: aspectos genéticos y la edad de los sujetos; y d) la atención sanitaria: relacionado a la calidad, accesibilidad y disponibilidad de los servicios en salud, así como la promoción de salud que este genere sobre sus comunidades (71).

En Ecuador, se ha reconocido el papel importante que tienen los determinantes sociales sobre la salud comunitaria, siendo señalado en el año 2012 en el Modelo de Atención Integral de Salud (MAIS) del Ministerio de Salud Pública del Ecuador, donde se menciona la importancia de los determinantes en salud, “definidos como el conjunto de procesos con el potencial de proteger o perjudicar la salud individual y comunitaria. Refiriendo que son factores con



interacciones múltiples conjuntas entre los aspectos individuales, sociales, económicos y del medio ambiente; con una relación entre la distribución de las riquezas de la población y no solamente inherente a la producción de las mismas” (79).

Diversas investigaciones han demostrado la participación de los determinantes sociales sobre la adherencia terapéutica en diversas enfermedades (80–83) incluyendo la hipertensión arterial, siendo los factores socioeconómicos determinantes poderosos del estado de salud, que afectan los tratamientos médicos, donde un estrato económico bajo, nivel educativo bajo, vivir en la pobreza, hacinamiento, así como escasos niveles de atención en salud se relacionan con la falta de adherencia en los pacientes con hipertensión (84).



CAPÍTULO III

3.1 HIPÓTESIS:

Existen determinantes sociales del entorno físico familiar, social, ecológico, de hábitos de salud mental, estilo de vida y acceso a servicios de salud se encuentra asociados con la adherencia terapéutica de adultos mayores hipertensos atendidos en el Subcentro de Salud de la Parroquia “El Vecino”, Cuenca, durante el 2015.

3.2 Objetivo General

Caracterizar la asociación entre los determinantes sociales y la adherencia terapéutica de adultos mayores hipertensos atendidos en el Subcentro de Salud de la Parroquia “El Vecino”, Cuenca, durante el 2015.

3.3 Objetivos Específicos

- Describir las características sociodemográficas (edad, sexo, ocupación, nivel de instrucción, estado civil, ingreso económico), hábito de consumo de alcohol, comorbilidades y funcionalidad familiar.
- Determinar la frecuencia de adherencia terapéutica.
- Determinar la frecuencia de los determinantes sociales (entorno físico familiar, social, ecológico, hábitos de salud mental, estilo de vida y acceso a servicios de salud).
- Identificar la asociación entre la adherencia terapéutica con las características sociodemográficas (edad, sexo, ocupación, nivel de instrucción, estado civil, ingreso económico), hábito de consumo de alcohol, comorbilidades, funcionalidad familiar y los determinantes sociales (entorno físico familiar, social, ecológico, hábitos de salud mental, estilo de vida y acceso a servicios de salud)



CAPÍTULO IV

4. MÉTODOS Y TÉCNICAS:

4.1 Tipo de estudio:

Se realizó un estudio transversal.

4.2 Área de estudio:

Se estudiaron a los adultos mayores que acudieron al subcentro de salud “Barrial Blanco” de la parroquia El Vecino, durante el 2015.

4.3 Población y muestra:

Se estudió a la población de adultos mayores hipertensos que acudieron al centro de salud de la parroquia El Vecino, que fueron 83 sujetos.

4.4 Unidad de análisis y observación:

Los adultos mayores con hipertensión arterial que cumplieron con los criterios de inclusión y exclusión a quienes se les analizó.



4.5 Operacionalización de variables:

VARIABLE	DEFINICIÓN	DIMENSIÓN	INDICADOR	ESCALA
Edad	Tiempo trascurrido desde el nacimiento al momento del estudio	Tiempo	Años	<ul style="list-style-type: none"> • 65 - 74 • ≥75
Sexo	Son los caracteres fenotípicos que definen como hombre o mujer a una persona	Fenotipo	Tipo de fenotipo	<ul style="list-style-type: none"> • Masculino • Femenino
Ocupación	Actividad física o mental que una persona realiza para su subsistencia	Actividad	Tipo de actividad laboral	<ul style="list-style-type: none"> • Agricultor • Comerciante • Profesional • Jubilado • Quehaceres domésticos • Otros.
Convivencia	Persona con la que convive el adulto mayor en su hogar.	Núcleo de convivencia	Tipo de convivencia reportada en el instrumento de recolección de datos	<ul style="list-style-type: none"> • Solo/a • Cónyuge • Hijos • Otros
Nivel de instrucción	Es el grado más alto de educación aprobado o asistido a un sistema educativo	Años aprobados	Clasificación del nivel educativo	<ul style="list-style-type: none"> • Analfabeto • Primaria • Secundaria • Superior
Estado civil	situación en que se encuentra una persona con relación a otra	Estado civil	Tipo de estado civil reportado por el paciente	<ul style="list-style-type: none"> • Soltero • Casado • Divorciado • Unión libre • viudo
Adherencia al tratamiento	Es el grado de cumplimiento de la prescripción médica por parte del paciente.	El grado de cumplimiento de la prescripción	Grado de cumplimiento según el test de Bonilla. Anexo 1	<ul style="list-style-type: none"> • Adherencia • No adherencia
Consumo de alcohol	Es el grado de consumo de alcohol que tiene una persona o no	El grado de consumo de alcohol	Cuestionario de CAGE. Anexo 1	<ul style="list-style-type: none"> • bebedor social • consumo de riesgo/perjudicial
Funcionalidad familiar	Procesos que facilitan o promueven la adaptación de la familia frente a determinada situación.	grado de adaptación familiar	Clasificación de acuerdo al Test FF-SIL. Anexo 1	<ul style="list-style-type: none"> • Funcional • No funcional
Socio-económicas	Experiencia social y económica que moldean la actitud y forma de vida.	Ingresos económicos	Escala según la canasta básica. Anexo 1	<ul style="list-style-type: none"> • <378 dólares • 378-756 dólares



				<ul style="list-style-type: none"> • 756-1134 dólares • 1134-a 1472 dólares
Comorbilidad	Trastorno que acompaña una enfermedad primaria.	Existencia de comorbilidades	Clasificación de la comorbilidad según el índice de Charlson. Anexo 1	<ul style="list-style-type: none"> • Ausencia de comorbilidad • Comorbilidad baja
Determinante social de entorno físico familiar	Relación del paciente con sus familiares	Relación del paciente con la familia	Cuestionario. Anexo 1	<ul style="list-style-type: none"> • Favorable • No favorable
Determinante social de entorno físico social	Evaluación de la relación del paciente con sus amigos y la comunidad	Relación del paciente con la comunidad	Cuestionario. Anexo 1	<ul style="list-style-type: none"> • Favorable • No favorable
Determinante social de entorno físico ecológico	Interacción del paciente con el medio ambiente que le rodea	Relación del paciente con el entorno ecológico	Cuestionario. Anexo 1	<ul style="list-style-type: none"> • Favorable • No favorable
Determinante social de higiene y salud mental	Aspectos actitudinales, cognitivos, emocionales de la persona	Higiene y salud mental	Cuestionario. Anexo 1	<ul style="list-style-type: none"> • Favorable • No favorable
Determinante social de estilos de vida	Actividades que el sujeto realiza en sus momentos de ocio o recreación	Estilos de vida del paciente	Cuestionario. Anexo 1	<ul style="list-style-type: none"> • Favorable • No favorable
Determinante social de acceso a servicios de salud	Características de los servicios de salud en el paciente en cuanto a su disponibilidad, atención preferencial y regularidad de atención	Atención médica en los pacientes	Cuestionario. Anexo 1	<ul style="list-style-type: none"> • Favorable • No favorable

4.6 Criterios de inclusión:

- Pacientes de ambos sexos.
- Con edad mayor a 65 años.
- Adultos mayores que residan en la parroquia El Vecino.
- Sujetos que acepten y firmen el consentimiento informado
- Pacientes con diagnóstico de hipertensión arterial
- Acudan al subcentro.

4.7 Criterios de exclusión:

- Adultos con edad menor a 65 años.
- Adultos mayores que residan fuera de la parroquia El Vecino.
- Sujetos que no deseen participar en el estudio.
- No acudan al subcentro



4.8 Procedimientos

Técnica:

Se aplicó a todos los pacientes un instrumento de recolección (**ANEXO 1**) de datos para medir los aspectos sociodemográficos y determinantes sociales, asimismo se utilizó el TEST de BONILLA para determinar el grado de adherencia (85), FF-SIL para estimar la funcionalidad familiar (86), el índice de Charlson para la evaluación de las comorbilidades (87) y el cuestionario CAGE para determinar el consumo de alcohol (88).

4.9 Instrumentos para la recolección de datos

El instrumento de recolección de datos estuvo conformado por una primera parte que evaluó las características sociodemográficas de los adultos mayores en cuanto al sexo, edad, raza, nivel educativo, religión, ocupación, ingresos y tipo de vivienda. Además estuvo conformado por preguntas enfocadas a evaluar los determinantes sociales en relación al entorno familiar, social, ecológico, hábitos de salud mental, estilo de vida, acceso a servicios de salud. El TEST de BONILLA fue empleado para conocer la de adherencia al tratamiento en pacientes adultos mayores (85). Este test modificado está validado y tiene 0,6 de alpha de cronbach, obteniéndose que de 0 a 17 puntos no hay adherencia, de 18 a 37 existe una adherencia parcial y de 38 a 48 adherencia total; en el presente estudio se dicotomizó esta variable en Adherente (18-48 puntos) y no adherente (≤ 17 puntos). Para conocer la funcionalidad familiar se utilizó la escala FFSIL (86), siendo de 70 a 57 puntos una familia funcional, 56 a 43 puntos familia moderadamente funcional, 42 a 28 puntos familia disfuncional y 27 a 14 puntos familia severamente disfuncional, para el presente estudio se recodificó en una variable dicotómica: Funcional (70 - 43 puntos) y No funcional (≤ 42 puntos).



La presencia de comorbilidad fue estimada mediante la escala de Charlson (87), la cual clasifica a los sujetos en: ausencia de comorbilidad (0 a 1); comorbilidad baja (2 puntos) y comorbilidad alta (3 o más puntos). Por su parte, cuestionario de CAGE fue utilizado para evaluar el consumo de alcohol (88). Los determinantes sociales fueron evaluados según el instrumento de recolección de datos en: a) entorno físico familiar, b) social, c) ecológico, d) hábitos de salud mental, e) estilo de vida y f) acceso a servicios de salud, cada uno consta de 5 ítems de respuesta afirmativa y negativa, los cuales fueron dicotomizados en favorables (presencia de 3 o más respuestas afirmativas) y no favorables (presencia de 2 o menos respuestas afirmativas). Cada una de las variables estudiadas se representó estadísticamente mediante tablas de frecuencias absolutas y relativas (porcentaje), además se realizó un análisis bivariado entre la adherencia y todas las variables de estudio, el cual fue evaluado según la prueba de chi cuadrado y de Odds Ratio (OR), considerándose una asociación significativa para la adherencia cuando el valor de $p < 0,05$.

4.10 Plan de análisis

Todos los datos obtenidos fueron procesados en el programa SPSS v.15 para el análisis estadístico. Las variables cualitativas fueron expresadas como frecuencias absolutas y relativas (porcentaje). La prueba de chi cuadrado fue utilizada para determinar la asociación entre variables cualitativas. El Odds Ratio (OR) se utilizó para determinar la probabilidad de adherencia, el cual es un indicador estadístico cuyo valor de referencia es 1,00; cuando se presenta menor a 1,00 se considera que el factor estudiado tiene menos probabilidades de adherencia, mientras que cuando fue mayor a 1,00 el factor estudiado presenta mayores probabilidades de adherencia. El intervalo de confianza al 95% se utilizó para acompañar al OR. Los resultados de las pruebas estadísticas fueron considerados como significativos cuando $p < 0,05$.



4.11 Aspectos éticos

A todos los pacientes se les explicó el objetivo del estudio a través del consentimiento informado (**ANEXO 2**), posterior a su firma y a la declaración de querer participar voluntariamente en el estudio se le aplicó el instrumento de recolección de datos. De esta manera la presente investigación garantizó el principio de autonomía, pudiendo retirarse el participante del estudio cuando lo considerase necesario. Asimismo se resguardó el anonimato de todos los participantes, donde ningún nombre será divulgado, garantizando de esta manera el principio de la confidencialidad.



CAPÍTULO IV

5. RESULTADOS

Tabla 1. Características sociodemográficas de los adultos mayores hipertensos atendidos en el subcentro de salud de la parroquia El Vecino, Cuenca-Ecuador, 2015.

	N	%
Sexo		
Masculino	27	32,5
Femenino	56	67,5
Grupos etarios (años)		
65 - 74	38	45,8
≥75	45	54,2
Grupos étnicos		
Mestizo	78	94,0
Indígena	5	6,0
Estado civil		
Soltero	5	6,0
Casado	42	50,6
Separado	8	9,6
Viudo	26	31,4
Unión Libre	2	2,4
Nivel de instrucción		
Ninguna	29	34,9
Primaria	46	55,4
Secundaria	8	9,7
Ocupación		
Comerciante	1	1,2
Jubilado	2	2,4
Quehaceres domésticos	35	42,2
Otros	45	54,2
Núcleo de convivencia		
Solo/a	10	12,0
Con cónyuge	41	49,4
Hijos	26	31,3
Otros	6	7,3
Ingreso económico		
Si	79	95,2
No	4	4,8
Salario Mensual (\$)		
756 - 1134	1	1,3
378 - 755	5	6,3
< 378	69	87,6
Ninguno	4	4,8
Total	83	100,0

Fuente directa

Elaborado por Alexandra Carabajo Rivera



Interpretación: Del total de adultos mayores evaluados (N=83; 100%), se encontró que el 67,5% (N=56) correspondió al sexo femenino; el grupo etario más frecuente fue 75 a 84 años con un 48,2%; el grupo étnico predominante fue el mestizo representando el 94,0% (N=78) y el estado civil fue en un 50,6% (N=42) casado, seguido de un 31,4% viudo. El nivel de instrucción más frecuente fue primaria con un 55,4% (n=46), seguido de ninguna educación con un 34,9%; no se reportó ningún caso de educación superior; mientras que la ocupación específica más frecuente fue quehaceres domésticos con 42,2%. De acuerdo al núcleo de convivencia, el 49,4% refirió vivir con el cónyuge, seguido de un 31,3% que manifestó vivir con los hijos. El 95,2% (n=79) refirió tener ingresos económicos, de los cuales la mayoría fue menor a 378\$ al mes con 92,4% (n=73), **Tabla 1.**

Tabla 2. Frecuencia de la presencia de comorbilidades, consumo de alcohol y funcionalidad familiar en los adultos mayores hipertensos atendidos en el subcentro de salud de la parroquia El Vecino, Cuenca-Ecuador, 2015.

	N	%
Comorbilidades		
Comorbilidad baja	6	7,2
Ausencia de comorbilidad	77	92,8
Consumo de alcohol		
Ninguno/Bebedor Social	81	97,6
Consumo de riesgo	2	2,4
Funcionalidad familiar		
Familia funcional	59	71,1
Familia disfuncional	24	28,9
Total	83	100,0

Fuente directa

Elaborado por Alexandra Carabajo Rivera

Interpretación: El 7,2% de los adultos mayores tuvo presencia de una comorbilidad baja, en contraste con un 92,8 (n=77) que no presentó comorbilidades significativas. La mayoría de los adultos mayores tuvo un comportamiento de ningún consumo/bebedor social (97,6%) y un consumo de



riesgo en el 2,4%. Se encontró que el 71,1% (n=59) correspondió a la familia funcional y 28,9% a la familia disfuncional, **Tabla 2**.

Tabla 3. Frecuencia de adherencia en los adultos mayores hipertensos atendidos en el subcentro de salud de la parroquia El Vecino, Cuenca-Ecuador, 2015.

Adherencia	N	%
Si	61	73,5
No	22	26,5
Total	83	100,0

Fuente directa

Elaborado por Alexandra Carabajo Rivera

Interpretación: La frecuencia de adherencia fue de 73,5%, mientras que la ausencia fue del 26,5%; **Tabla 3**.



Tabla 4. Determinantes sociales en los adultos mayores hipertensos atendidos en el subcentro de salud de la parroquia El Vecino, Cuenca-Ecuador, 2015.

Determinantes sociales	N	%
Entorno físico familiar		
Favorable	33	39,8
No favorable	50	60,2
Entorno físico social		
Favorable	1	1,2
No favorable	82	98,8
Entorno físico ecológico		
Favorable	68	81,9
No favorable	15	18,1
Higiene en salud mental		
Favorable	46	55,4
No favorable	37	44,6
Estilo de vida		
Favorable	4	4,8
No favorable	79	95,2
Acceso a servicios de salud		
Favorable	24	28,9
No favorable	59	71,1
Total	83	100,0

Fuente directa

Elaborado por Alexandra Carabajo Rivera

Interpretación: El entorno físico ecológico fue el más favorable con el 81,9%, seguido de la higiene en salud mental con 55,4%, **Tabla 4.**



Tabla 5. Evaluación de los factores asociados a adherencia en adultos mayores hipertensos. Subcentro de salud, parroquia El Vecino, Cuenca-Ecuador, 2015

	Si		No		OR (IC95%)	p
	Adherencia N	%	Adherencia N	%		
Sexo					1,91 (0,62 - 5,91)	0,252
Femenino	22	81,5	5	18,5		
Masculino	39	69,6	17	30,4		
Edad (años)					1,01 (0,38 - 2,70)	0,773
65 - 74	28	73,7	10	26,3		
≥75	33	73,3	12	26,7		
Estado civil					0,51 (0,81 - 3,32)	0,855
Soltero	3	60,0	2	40,0		
Otro	58	74,4	20	25,6		
Nivel de instrucción					0,24 (0,08 - 0,68)	0,006
Ninguna	16	55,2	13	44,8		
Primaria/Secundaria	45	83,3	9	16,7		
Ocupación					0,66 (0,25 - 1,78)	0,576
Quehaceres domésticos	24	68,6	11	31,4		
Otra	36	76,6	11	23,4		
Núcleo de convivencia					0,11 (0,02 - 0,48)	0,001
Solo/a	3	30,0	7	70,0		
Otro	58	79,5	15	20,5		
Ingresos económicos					0,92 (0,09 - 9,34)	0,999
Si	58	73,4	21	26,6		
No	3	75,0	1	25,0		
Familia disfuncional					0,15 (0,05 - 0,44)	0,001
Si	11	45,8	13	54,2		
No	50	84,7	9	15,3		

Fuente directa

Elaborado por Alexandra Carabajo Rivera

Interpretación: Al evaluar las variables de estudio para la adherencia se evidenció que el presentar ningún nivel de instrucción, vivir solo/a y poseer una familia disfuncional, presentan significativamente menos probabilidades de tener adherencia, **Tabla 5**.

Por otra parte, no se encontró asociación entre la adherencia y la presencia de comorbilidades, así como tampoco con el consumo de alcohol



Tabla 6. Determinantes sociales como factores asociados a la adherencia en los adultos mayores hipertensos atendidos en el subcentro de salud de la parroquia El Vecino, Cuenca-Ecuador 2015

DETERMINANTES SOCIALES	Si		No		OR (IC95%)	p
	Adherencia		Adherencia			
	N	%	N	%		
Entorno físico familiar					2,11 (0,73 - 6,14)	0,163
Favorable	27	81,8	6	18,2		
No favorable	34	68,0	16	32,0		
Entorno físico social					0,71 (0,06 - 8,26)	0,785
Favorable	2	66,7	1	33,3		
No favorable	59	73,8	21	26,3		
Entorno físico ecológico					1,50 (0,44 - 5,00)	0,508
Favorable	51	75,0	17	25,0		
No favorable	10	66,7	5	33,3		
Higiene en salud mental					5,07 (1,73 - 14,90)	0,002
Favorable	40	87,0	6	13,0		
No favorable	21	56,8	16	43,2		
Estilo de vida					1,47 (0,15 - 13,95)	0,734
Favorable	4	80,0	1	20,0		
No favorable	57	73,1	21	26,9		
Acceso a servicios de salud					5,64 (1,20 - 26,43)	0,017
Favorable	22	91,7	2	8,3		
No favorable	39	66,1	20	33,9		

Fuente directa

Elaborado por Alexandra Carabajo Rivera

Interpretación: No se encontró asociación significativa entre los determinantes sociales relacionados al entorno físico familiar, social y ecológico; así como del estilo de vida. Los determinantes sociales que fueron significativamente favorables para adherencia fueron la higiene en salud mental (OR=5,07) y el acceso a servicios de salud (OR=5,64), **Tabla 6.**



CAPÍTULO VI

6. DISCUSIÓN

El tratamiento de las enfermedades crónicas incluye la implementación de farmacoterapia a largo plazo, que si bien suele poder manejar estas condiciones satisfactoriamente, a menudo no es cumplida por los pacientes (89). La Organización Mundial de la Salud ha estimado que hasta 50% de los pacientes no toman su medicación como es prescrita (53). La falta de adherencia al tratamiento resulta en empeoramiento de la enfermedad, mayor mortalidad, y mayores gastos asociados a cuidados médicos (51). Esta situación es de particular relevancia en el manejo de la HTA, en tanto esta entidad parece ser responsable del 65% de los casos de enfermedad cerebrovascular y 49% de los casos de enfermedad cardíaca isquémica (90). Adicionalmente, la adherencia terapéutica es un componente clave en el cuidado del adulto mayor, puesto suele poseer menor independencia personal, de la mano con menor apoyo social y familiar (91). Por ende, es importante explorar los distintos determinantes de adherencia farmacológica en los sujetos con HTA.

En nuestra muestra, sólo el 71,1% de los participantes se clasificaron en familias funcionales y 28,9% en familias disfuncionales. Esto difiere de lo planteado por Salcedo Barajas (92), quien en un estudio realizado en 282 pacientes con HTA del Hospital de Santander, Colombia, 60,10% de los participantes refirieron contar con el apoyo de su familia o allegados para cumplir con su tratamiento. Por otro lado, en una muestra conformada por 513 pacientes chilenos con HTA, Sandoval y colaboradores (93) encontraron que 37% de los participantes percibieron un ambiente disfuncional en su núcleo familiar. En Ecuador, son escasos los reportes evaluando la FF como fenómeno aislado, y los estudios disponibles en nuestro territorio analizan esta



variable en relación a situaciones específicas. Sin embargo, Aucapiña realizó un estudio en adultos mayores en el 2011 reportando una prevalencia de disfunción familiar de 66,7% en adultos mayores, no obstante dicho estudio fue realizado en una institución geriátrica lo que produce un sesgo en la estructura familiar de estos sujetos (94).

En nuestro estudio, es notable la elevada frecuencia de adherencia terapéutica a pesar de la baja proporción de funcionalidad familiar óptima. Este hallazgo aparentemente paradójico podría deberse a la intervención de otros factores que mostraron relevancia en nuestra muestra. En efecto, conseguimos una alta frecuencia de adherencia terapéutica en los adultos mayores que viven solo –y por ende, presumiblemente disfrutaban un nivel significativo de independencia funcional–, al igual que en aquellos que reportaron tener confianza en sí mismos y consideraron que se recuperan fácilmente de los problemas. Esto armoniza con lo planteado por Lo y colaboradores (95), quienes identificaron a los adultos mayores que viven solos como uno de los grupos con mayor adherencia terapéutica anti-HTA. No obstante, no debe dejarse a un lado el papel magnificador de la familia sobre estos aspectos. Se ha demostrado que la participación activa de la familia en el cuidado del adulto mayor ofrece mejores resultados terapéuticos y mejor pronóstico, igualmente actúa de manera sinérgica con las intervenciones educativas y conductuales orientadas a promover la adherencia terapéutica (96).

En el presente estudio, se encontró un 73,5% de adherencia al tratamiento anti-HTA. La Organización Mundial de la Salud ha estimado que, a nivel mundial, la prevalencia de la adherencia a la farmacoterapia oscila entre 50-70%. La amplitud de estas variaciones se ha atribuido a heterogeneidad metodológica en lo referente a la constitución de los grupos de estudio, duración del seguimiento, métodos de evaluación de la adherencia y diferencias en los esquemas terapéuticos examinados (97). En América Latina, las cifras de adherencia terapéutica de los pacientes con HTA parece aproximarse al extremo inferior del rango reportado a nivel mundial: En el Estudio de



Evaluación de Múltiples Factores de Riesgo Cardiovasculares (CARMELA), que incluyó los datos de adultos con edades entre 25-64 años de edad de 8 ciudades latinoamericanas, la adherencia al tratamiento anti-HTA se estimó en 53% (98).

El reporte de nuestro estudio con respecto a la adherencia es notoriamente superior a la frecuencia de adherencia en reportes previos de nuestro territorio. En un estudio publicado por López Erazo (99) que incluyó a 138 pacientes hipertensos de la consulta externa del Hospital “Pablo Arturo Suárez”, en Quito, la adherencia al tratamiento fue de sólo 28%, según el test de Morinsky-Green. De manera similar, en un reporte de Coque Tutasig (100) realizado en 98 pacientes hipertensos del servicio de cardiología del Hospital “Carlos Andrade Marín”, en Quito, la adherencia fue de 27,6%, también determinada a través del test de Morisky-Green.

Además, en Ecuador, la proporción de adherencia terapéutica podría ser incluso menor: En un estudio transversal de Chacón Abril y colaboradores que incluyó 516 pacientes con HTA de dos hospitales en Cuenca, se encontró que sólo 39,4% fue adherente a su tratamiento (101). Asimismo, en otro estudio transversal de Pérez Erazo que incluyó 500 pacientes hipertensos del Hospital “Pablo Arturo Suárez” en Quito, se encontró que sólo 38% de la muestra fue adherente con su tratamiento (99). Este panorama epidemiológico subraya la importancia de profundizar en detalle el estudio de la adherencia terapéutica en los pacientes hipertensos de nuestra comunidad.

En la literatura disponible, la cifra de adherencia más cercana a la hallada en nuestra investigación es la documentada por Arévalo Astudillo y colaboradores (102), quienes estudiaron este fenómeno mediante el test de Batalla en 151 pacientes hipertensos del Subcentro de Salud de El Valle, en Cuenca, y encontraron un nivel de adherencia de 63,6%. Notablemente, a pesar de coincidir en alta frecuencia de adherencia terapéutica, la constitución demográfica de la muestra de este estudio difiere extensamente de la



constitución de la nuestra. Ante esta situación, podría presumirse que los tests de Batalla y Bonilla, el cual fue utilizado en este reporte, pudiera sobrevalorar la adherencia terapéutica en nuestra población, o que por su parte el test de Morisky-Green infravalora esta variable en nuestra localidad. Por lo tanto, se hace necesaria mayor investigación a futuro que analice la confiabilidad y utilidad de estas diferentes pruebas en nuestra población.

También es importante señalar que nuestra prevalencia de adherencia a terapia antihipertensiva fue superior a la reportada para el tratamiento de otras patologías en nuestro territorio. Estas comparaciones son particularmente relevantes en relación a otras enfermedades cardio-metabólicas, como la Diabetes Mellitus Tipo 2. En este sentido, en una investigación realizada por Urbina Carrera (103) en 84 sujetos diabéticos que acuden al club de diabetes del Hospital General "Enrique Garcés", en Quito, 67,86% de los participantes mostraron no ser adherentes, según el test Morisky-Green. Asimismo, en un estudio que involucró a 160 pacientes diabéticos que asisten a la consulta externa de esta misma institución, se demostró que sólo 33% cumplió satisfactoriamente las recomendaciones de ejercicio físico y sólo 21,3% se ajustó al régimen dietético prescrito (104). Estos hallazgos resaltan que la adherencia terapéutica no se limita sólo a la HTA, ni se circunscribe al tratamiento farmacológico, lo cual subraya la importancia de este componente en la atención integral a todo tipo de pacientes.

En el presente estudio, no conseguimos asociación significativa entre el sexo o la edad con la adherencia al tratamiento. Esto armoniza con lo descrito por Coque Tutasig (100), al igual que por Piñaloza Galarza (105) en 50 pacientes hipertensos del Subcentro de Salud "Huachi Chico", en Ambato. Si bien la independencia entre el sexo y la adherencia parece ser un hallazgo ubicuo, este no es el caso para la edad, donde los antecedentes son mixtos. Tanto López Erazo (99) como Brito Tola y colaboradores (106) consiguieron menor adherencia a menor edad; en particular, éstos últimos investigadores determinaron un nivel de adherencia significativamente menor en los individuos



menores de 65 años de edad, en un grupo conformado por 140 pacientes del Hospital “José Carrasco Arteaga”, en Cuenca. En contraste, Arias Albuja y colaboradores (107) consiguieron que los adultos jóvenes exhiben menor adherencia al tratamiento de HTA, en un grupo conformado por 191 pacientes que acuden al Hospital “Delfina Torres de Concha”, en Esmeraldas. Esto ilustra la relevancia de caracterizar la epidemiología de la adherencia terapéutica en el contexto específico de cada comunidad.

Tampoco se encontró un vínculo significativo entre la adherencia terapéutica y el estado civil. Esto difiere de lo planteado por Arévalo Astudillo y colaboradores (102), quienes identificaron la falta de pareja estable como factor de riesgo para la falta de adherencia. No obstante, las investigaciones que evalúan las variables sociodemográficas como el estado civil, grupo étnico, ocupación y religión en relación a la adherencia terapéutica en HTA son muy escasas en Ecuador. Sin embargo, en una revisión sistemática por Gellad y colaboradores (91) que incluyó 9 estudios evaluando las percepciones de los pacientes adultos mayores hipertensos en relación a los obstáculos para su tratamiento, ninguno de estos factores pareció ser relevante.

Hallamos una asociación significativa entre el nivel educativo y la adherencia: A mayor nivel de instrucción, mayor adherencia, además los individuos sin ningún grado de instrucción mostraron menor probabilidad de ser adherentes. Esto hace eco de lo reportado por Arias Albuja y colaboradores (107), quienes identificaron el nivel de instrucción como el factor más íntimamente relacionado con la adherencia al tratamiento antihipertensivo; al igual que en la investigación de Brito Tola y colaboradores (106), donde el grupo individuos no adherentes comprendió a 33,3% del total de sujetos analfabetas y con educación primaria en comparación con 17% del total de individuos con educación secundaria y superior.

En efecto, el nivel educativo es un determinante poderoso del grado de adherencia y parece incluso aminorar el impacto deletéreo en la adherencia



causado por otros factores como la accesibilidad económica, como hallado en una cohorte de 282 pacientes con HTA hospitalizados en una institución colombiana (92). Esto nos permite identificar a los sujetos con bajo nivel de instrucción como grupo de riesgo para falta de adherencia, ameritando mayor atención en la práctica clínica; esto reviste gran importancia en nuestra población, puesto que 68,8% no reportó ningún nivel de instrucción y 31,2% sólo alcanzó la educación primaria.

El tipo de núcleo de convivencia también mostró una asociación significativa con la adherencia terapéutica: Los adultos mayores que reportaron vivir solos mostraron menor prevalencia de adherencia, con 30%, y vivir solo mostró menor probabilidad de presentar adherencia. Esto concuerda por lo encontrado en una muestra de 348 adultos mayores daneses, donde aquellos que señalaron vivir solos mostraron un riesgo doble para fallas en el uso de medicación (108). Las razones subyacentes a esta asociación no han sido dilucidadas detalladamente, pero se presume que se reduzca al menor apoyo social recibido por los sujetos que viven solos. Además, la elevada prevalencia de disfunción familiar en nuestra población nos permite proponer al hecho de vivir sólo como un producto de disfunción familiar en adultos mayores.

El ingreso económico no se asoció a la adherencia lo que podría deberse a la escasez de sujetos de ingresos elevados en nuestra muestra, con sólo un participante reportando ingresos mensuales por encima de \$756. El factor económico ha demostrado tener una gran influencia sobre la adherencia, en un estudio brasileño que incluyó a 151 adultos mayores, el primer motivo citado para la no adherencia fue la falta de la disponibilidad al fármaco debido a razones económicas, situación que fue más severa en el caso de los medicamentos para el sistema cardiovascular (109).

De acuerdo a los determinantes sociales, únicamente se asoció a la adherencia la higiene de salud mental favorable y el acceso a servicios de salud favorable. Con respecto a la salud mental, se ha descrito que la motivación y el



empoderamiento del paciente son determinantes importantes de la adherencia terapéutica (53); demostrándose que intervenciones médicas centradas en la motivación personal y no en el paradigma clásico de provisión de información, son más efectivas en la promoción de la adherencia terapéutica, tal como lo fue documentado en un ensayo clínico multicéntrico en instituciones españolas de atención primaria con adultos mayores (110).

Un estudio conducido por Meinema y colaboradores en 139 pacientes hipertensos se demostró que la salud mental se asocia con una mayor adherencia, ya que los pacientes con una mayor comprensión de la enfermedad, insight positivo y menor preocupación sobre el uso de la medicación se asoció con una mejor adherencia al tratamiento antihipertensivo (111), además se ha demostrado que los estados donde existe ausencia de salud mental, como en la depresión, se presenta una baja adherencia al tratamiento (112); demostrando que mantener una salud mental favorable resulta positivo para el paciente en el cumplimiento de la medicación.

Por otro lado, la relación entre el acceso a los servicios de salud y la adherencia se ha reportado en todos los grupos de pacientes, de múltiples patologías y en todos los grupos etarios. En este sentido, un meta-análisis publicado por Home y colaboradores (113) que incluyó 94 estudios analizando los factores motivacionales relacionados con la adherencia terapéutica, los principales elementos fueron las mayores percepciones de necesidad de tratamiento y las menores preocupaciones respecto a la implementación del mismo; ambos factores que pueden ser abordados y satisfactoriamente fomentados mediante la implementación de mayor cantidad y calidad de consultas médicas y psicológicas (69). Khatib y colaboradores describieron que las dificultades en el transporte, horarios inapropiados para la atención en salud con conflictos con los horarios de trabajo, dificultad para conseguir las citas de las consultas o la ausencia de servicios de salud se asoció con poca adherencia al tratamiento antihipertensivo, por lo que este factor debe ser siempre evaluado y mejorado (114).



En este estudio, no se consiguió asociación entre la presencia de comorbilidades o el consumo de alcohol con la adherencia terapéutica. Esto podría deberse a la conformación de nuestra muestra, donde 94,5% careció de comorbilidades y el resto sólo presentó un nivel bajo de las mismas, mientras que sólo 2 sujetos fueron bebedores de riesgo. La agregación de comorbilidades es un factor de riesgo bien caracterizado para la no adherencia terapéutica, como producto de la menor autonomía y polifarmacia asociada (115). De la misma manera, en una revisión sistemática de Grodensky y colaboradores (116) que incluyó 60 estudios en múltiples grupos etarios y condiciones clínicas, el uso de alcohol se comportó de manera deletérea consistentemente sobre la adherencia. Las características de nuestra muestra podrían haber sesgado nuestros resultados respecto a estas variables. Por lo tanto, se requieren estudios ulteriores con mayores tamaños muestrales para determinar la verdadera naturaleza de la relación entre estas variables.

En nuestro estudio, la funcionalidad familiar exhibió una potente relación con la adherencia terapéutica, la cual disminuyó a mayor disfunción familiar. Asimismo, la familia disfuncional fue un factor de riesgo significativo para la presentar una menor probabilidad de adherencia. Este es un comportamiento descrito en múltiples otras localidades: En un estudio llevado a cabo en 440 pacientes hipertensos de una comunidad nigeriana, Osamor y colaboradores (117), varias dimensiones de las relaciones familiares de los pacientes se asociaron significativamente con mayor adherencia al tratamiento antihipertensivo, como la convivencia con otros miembros hipertensos, familiares interesados o preocupados en la enfermedad de los pacientes y familiares que colaboran con la administración de la medicación. Por otro lado, en una muestra de 28 adultos mayores afroamericanos con HTA, Rimando (118) consiguió que la adherencia terapéutica se relacionó significativamente con el reporte de apoyo emocional y colaboración en la administración de la medicación por parte de familiares, amigos y colegas.



El vínculo beneficioso entre la adherencia terapéutica y el apoyo familiar parece incluir factores asociados al apoyo emocional y el clima de convivencia en el núcleo familiar, así como la participación de los familiares en el cumplimiento del régimen terapéutico (119). Esta evidencia ha conllevado a la implementación experimental de intervenciones basadas en la vigilancia estructurada de la administración de medicación por parte de familiares, con resultados prometedores (120).

En conclusión, en este estudio conseguimos una alta frecuencia de adherencia al tratamiento antihipertensivo en adultos mayores, a pesar de la baja prevalencia de funcionalidad familiar. Esto podría deberse a la baja frecuencia de comorbilidades y por lo tanto, menor carga de polifarmacia en estos individuos, facilitando el auto-manejo de su tratamiento en la vida cotidiana. Debe promoverse la salud mental y garantizar el acceso a la salud a todos los adultos mayores. De la misma manera, debe promoverse el envejecimiento activo, con promoción del empoderamiento del adulto mayor en el afrontamiento de los problemas y situaciones típicas de esta etapa de la vida. Por otro lado, la elevada frecuencia de disfunción familiar hace necesaria la realización de estudios que exploren los posibles determinantes de esta problemática, a fin de diseñar e implementar estrategias de control y prevención para la disfunción familiar como problema de salud pública, de manera acorde a los rasgos socioculturales propios de cada región.



CAPÍTULO VII

7.1 CONCLUSIONES

- 7.1.1 La mayoría de los adultos mayores en este estudio pertenecieron a familias moderadamente funcionales, seguido de las familias disfuncionales y sólo un 7,2% perteneció a familias funcionales.
- 7.1.2 La frecuencia de adherencia al tratamiento antihipertensivo en adultos mayores fue alta, con 73,5%.
- 7.1.3 La adherencia se asoció al nivel educativo, tipo de núcleo de convivencia, y funcionalismo familiar.
- 7.1.4 Los determinantes sociales que mostraron asociación para la adherencia terapéutica fueron la higiene en salud mental y el acceso a los servicios de salud.



7.2 RECOMENDACIONES

- 7.2.1 Debe reforzarse la promoción de la salud y prevención de enfermedad en todos los grupos etarios, con el fin de alcanzar la etapa de adultez mayor con la menor acumulación posible de comorbilidades, lo cual podría ser un determinante importante de la alta prevalencia de adherencia terapéutica en este estudio, debido al menor peso de la polifarmacia en estos individuos.
- 7.2.2 Deben instaurarse intervenciones familiares y comunitarias que fomenten la participación activa del adulto mayor en el afrontamiento del envejecimiento y las situaciones problemáticas frecuentemente asociadas a este proceso.
- 7.2.3 Debido a que el control médico frecuente se comportó como un factor asociado a la adherencia, el incentivar al paciente a que acuda a las consultas planificadas y llevar un seguimiento estricto de asistencia debe ser implementado a fin de garantizar la adherencia en este grupo poblacional.
- 7.2.4 A futuro, es prioritaria la evaluación de los factores determinantes de la alta prevalencia de disfunción familiar en nuestra población, con el objetivo de planificar y aplicar estrategias de intervención apropiadas al entorno sociocultural de cada comunidad.
- 7.2.5 Se debería implementar como parte de la Política Pública, que en la atención integral del adulto mayor se valore de antemano la funcionalidad familiar en todos los adultos mayores, ya que en este trabajo se hace evidente que la calidad de vida del adulto mayor es mucho mejor si esta junto a una familia funcional.



REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. OMS. A global brief on Hypertension. Silent killer, global public health crisis. World Health Organization 2013. Disponible en: http://ish-world.com/downloads/pdf/global_brief_hypertension.pdf.
2. Santosa A, Wall S, Fottrell E, Högberg U, Byass P. The development and experience of epidemiological transition theory over four decades: a systematic review. *Glob Health Action*. 15 de mayo de 2014;7:10.
3. Franceschi S, Wild CP. Meeting the global demands of epidemiologic transition – The indispensable role of cancer prevention. *Mol Oncol*. febrero de 2013;7(1):1-13.
4. OMS. Envejecimiento y ciclo de vida [Internet]. World Health Organization 2015. Disponible en: <http://www.who.int/ageing/es/>.
5. Fabbri E, Zoli M, Gonzalez-Freire M, Salive ME, Studenski SA, Ferrucci L. Aging and Multimorbidity: New Tasks, Priorities, and Frontiers for Integrated Gerontological and Clinical Research. *J Am Med Dir Assoc*. agosto de 2015;16(8):640-7.
6. Salive ME. Multimorbidity in Older Adults. *Epidemiol Rev*. 1 de enero de 2013;35(1):75-83.
7. Mannucci PM, Nobili A, REPOSI Investigators. Multimorbidity and polypharmacy in the elderly: lessons from REPOSI. *Intern Emerg Med*. octubre de 2014;9(7):723-34.
8. Sánchez González D. Ambiente físico-social y envejecimiento de la población desde la gerontología ambiental y geografía. Implicaciones socioespaciales en América Latina¹. *Rev Geogr Norte Gd*. 2015;60:97–114.
9. INEC. Anuario de Nacimientos y Defunciones del año 2013. Instituto Nacional de Estadísticas y Censos 2013. Disponible en: http://www.ecuadorencifras.gob.ec/documentos/web-inec/Poblacion_y_Demografia/Nacimientos_Defunciones/Publicaciones/Anuario_Nacimientos_y_Defunciones_2013.pdf.
10. Ortiz-Benavides RE, Torres-Valdez M, Sigüencia-Cruz W, Añez-Ramos R, Salazar-Vílchez J, Rojas-Quintero J, et al. Factores de riesgo para hipertensión arterial en población adulta de una región urbana de Ecuador. *Rev Peru Med Exp Salud Pública*. 2016;33(2):248-55.



11. INEC. Perfil epidemiológico en el adulto mayor ecuatoriano año 2006. Instituto Nacional de Estadísticas y Censos 2006. Disponible en: http://www.ecuadorencifras.gob.ec/documentos/web-inec/Bibliotecas/Estudios/Estudios_Socio-demograficos/Perfil_Epidemiologico_Adul_Mayor_2006.pdf.
12. INEC. Poblacion adultos mayores. Grandes grupos de edad. [Internet]. Instituto Nacional de Estadísticas y Censos 2010. Disponible en: <http://redatam.inec.gob.ec/cgi-bin/RpWebEngine.exe/PortalAction?&MODE=MAIN&BASE=CPV2010&MAIN=WebServerMain.inl>.
13. Kshetri DBB, Smith CS, Khadka M. Social care and support for elderly men and women in an urban and a rural area of Nepal. *Aging Male*. septiembre de 2012;15(3):148-52.
14. Marengoni A, Angleman S, Melis R, Mangialasche F, Karp A, Garmen A, et al. Aging with multimorbidity: A systematic review of the literature. *Ageing Res Rev*. septiembre de 2011;10(4):430-9.
15. O'Shea M, Teeling M, Bennett K. The prevalence and ingredient cost of chronic comorbidity in the Irish elderly population with medication treated type 2 diabetes: A retrospective cross-sectional study using a national pharmacy claims database. *BMC Health Serv Res*. diciembre de 2013;13(1):23.
16. Cortés N AR, Villarreal R E, Galicia R L, Martínez G L, Vargas D ER. Evaluación geriátrica integral del adulto mayor. *Rev Médica Chile*. junio de 2011;139(6):725-31.
17. Park M, Unützer J. Geriatric Depression in Primary Care. *Psychiatr Clin North Am*. junio de 2011;34(2):469-87.
18. López-Otín C, Blasco MA, Partridge L, Serrano M, Kroemer G. The Hallmarks of Aging. *Cell*. junio de 2013;153(6):1194-217.
19. Fedarko NS. The Biology of Aging and Frailty. *Clin Geriatr Med*. febrero de 2011;27(1):27-37.
20. Buffa R, Floris GU, Putzu PF, Marini E. Body composition variations in ageing. *Coll Antropol*. marzo de 2011;35(1):259-65.
21. Demontiero O, Vidal C, Duque G. Aging and bone loss: new insights for the clinician. *Ther Adv Musculoskelet Dis*. 1 de abril de 2012;4(2):61-76.
22. Barron AM, Pike CJ. Sex hormones, aging, and Alzheimer's disease. *Front Biosci Elite Ed*. 2012;4:976-97.
23. Kovacs E, Lowery E, Kuhlmann E, Brubaker A. The aging lung. *Clin Interv Aging*. noviembre de 2013;8:1489-96.



24. Beltran Campos V, Padilla Gómez E, Palma L, Aguilar Vázquez A, Díaz Cintra S. Bases neurobiológicas del envejecimiento neuronal. *Rev Dig Univ.* 2011;12(3):1–11.
25. Whitson HE, Lin FR. Hearing and Vision Care for Older Adults: Sensing a Need to Update Medicare Policy. *JAMA.* 5 de noviembre de 2014;312(17):1739.
26. Rayner CK, Horowitz M. Physiology of the ageing gut. *Curr Opin Clin Nutr Metab Care.* enero de 2013;16(1):33-8.
27. Beveridge LA, Beveridge LA, Davey PG, Phillips G. Optimal management of urinary tract infections in older people. *Clin Interv Aging.* junio de 2011;6:173-80.
28. Buford TW. Hypertension and aging. *Ageing Res Rev.* marzo de 2016;26:96-111.
29. Harvey A, Montezano AC, Touyz RM. Vascular biology of ageing—Implications in hypertension. *J Mol Cell Cardiol.* junio de 2015;83:112-21.
30. Logan AG. Hypertension in aging patients. *Expert Rev Cardiovasc Ther.* enero de 2011;9(1):113-20.
31. Reyes Torres I, Castillo Herrera JA. El envejecimiento humano activo y saludable, un reto para el anciano, la familia, la sociedad. *Rev Cuba Investig Bioméd.* 2011;30(3):454–459.
32. Bischof GN, Park DC. Obesity and Aging: Consequences for Cognition, Brain Structure, and Brain Function. *Psychosom Med.* 2015;77(6):697-709.
33. Mather M. The emotion paradox in the aging brain: The emotion paradox in the aging brain. *Ann N Y Acad Sci.* marzo de 2012;1251(1):33-49.
34. Parpa E, Tsilika E, Gennimata V, Mystakidou K. Elderly cancer patients' psychopathology: A systematic review. *Arch Gerontol Geriatr.* enero de 2015;60(1):9-15.
35. Paganini-Hill A, Kawas CH, Corrada MM. Activities and Mortality in the Elderly: The Leisure World Cohort Study. *J Gerontol A Biol Sci Med Sci.* 1 de mayo de 2011;66A(5):559-67.
36. Toepoel V. Ageing, Leisure, and Social Connectedness: How could Leisure Help Reduce Social Isolation of Older People? *Soc Indic Res.* agosto de 2013;113(1):355-72.
37. Bledowski P, Mossakowska M, Chudek J, Grodzicki T, Milewicz A, Szybalska A, et al. Medical, psychological and socioeconomic aspects of aging in Poland. *Exp Gerontol.* diciembre de 2011;46(12):1003-9.



38. Luong G, Charles ST, Fingerman KL. Better with age: Social relationships across adulthood. *J Soc Pers Relatsh.* 1 de febrero de 2011;28(1):9-23.
39. Sigüenza Wilson. Funcionamiento Familiar según el Modelo Circumplejo de Olson. Tesis previa a la obtención del título de Magister En Psicoterapia del Niño y la Familia. Universidad de Cuenca. Facultad de Psicología. 2015.
40. Del Duca M, Gallegos Y, Da Col G, Trenchi MN. Adherencia al tratamiento desde la perspectiva del médico de familia. *Biomedicina.* 2013;8(1):6–15.
41. James PA, Oparil S, Carter BL, Cushman WC, Dennison-Himmelfarb C, Handler J, et al. 2014 Evidence-Based Guideline for the Management of High Blood Pressure in Adults: Report From the Panel Members Appointed to the Eighth Joint National Committee (JNC 8). *JAMA.* 5 de febrero de 2014;311(5):507-20.
42. Franklin SS, Wong ND. Hypertension and Cardiovascular Disease: Contributions of the Framingham Heart Study. *Glob Heart.* marzo de 2013;8(1):49-57.
43. Zimlichman R. Treatment of Hypertension and Metabolic Syndrome: Lowering Blood Pressure Is Not Enough for Organ Protection, New Approach-Arterial Destiffening. *Curr Hypertens Rep.* octubre de 2014;16(10):479.
44. Puar T, Mok Y, Debajyoti R, Khoo J, How C, Ng A. Secondary hypertension in adults. *Singapore Med J.* mayo de 2016;57(05):228-32.
45. Hall JE, Granger JP, do Carmo JM, da Silva AA, Dubinion J, George E, et al. Hypertension: physiology and pathophysiology. *Compr Physiol.* octubre de 2012;2(4):2393-442.
46. Santos PCJL, Krieger JE, Pereira AC. Renin-angiotensin system, hypertension, and chronic kidney disease: pharmacogenetic implications. *J Pharmacol Sci.* 2012;120(2):77-88.
47. Yannoutsos A, Levy BI, Safar ME, Slama G, Blacher J. Pathophysiology of hypertension: interactions between macro and microvascular alterations through endothelial dysfunction. *J Hypertens.* febrero de 2014;32(2):216-24.
48. Frisoli TM, Schmieder RE, Grodzicki T, Messerli FH. Beyond salt: lifestyle modifications and blood pressure. *Eur Heart J.* 2 de diciembre de 2011;32(24):3081-7.
49. Piotrowicz K, Kucharska E, Skalska A, Kwater A, Bhagavatula S, Gasowski J. Pharmacological management of hypertension in the elderly-certitudes and controversies. *Curr Pharm Des.* 2014;20(38):5963-7.



50. Maher RL, Hanlon J, Hajjar ER. Clinical consequences of polypharmacy in elderly. *Expert Opin Drug Saf.* enero de 2014;13(1):57-65.
51. Jimmy B, Jose J. Patient Medication Adherence: Measures in Daily Practice. *Oman Med J.* mayo de 2011;26(3):155-9.
52. McGuire M, Iuga. Adherence and health care costs. *Risk Manag Healthc Policy.* febrero de 2014;7-44:35.
53. Brown MT, Bussell JK. Medication Adherence: WHO Cares? *Mayo Clin Proc.* abril de 2011;86(4):304-14.
54. Chiolero A, Burnier M, Santschi V. Improving treatment satisfaction to increase adherence. *J Hum Hypertens.* mayo de 2016;30(5):295-6.
55. Nayeri ND, Dehghan M, Iranmanesh S. Being as an iceberg: hypertensive treatment adherence experiences in southeast of Iran. *Glob Health Action.* 21 de septiembre de 2015;8(0):28814.
56. Amado Guirado E, Pujol Ribera E, Pacheco Huergo V, Borrás JM. Knowledge and adherence to antihypertensive therapy in primary care: results of a randomized trial. *Gac Sanit.* enero de 2011;25(1):62-7.
57. Marshall IJ, Wolfe CDA, McKeivitt C. Lay perspectives on hypertension and drug adherence: systematic review of qualitative research. *BMJ.* 9 de julio de 2012;345(jul09 1):e3953-e3953.
58. Hsu C, Lemon JM, Wong ES, Carson-Cheng E, Perkins M, Nordstrom MS, et al. Factors affecting medication adherence: patient perspectives from five veterans affairs facilities. *BMC Health Serv Res.* diciembre de 2014;14(1):533.
59. Meinema JG, van Dijk N, Beune EJAJ, Jaarsma DADC, van Weert HCPM, Haafkens JA. Determinants of Adherence to Treatment in Hypertensive Patients of African Descent and the Role of Culturally Appropriate Education. Zeeb H, editor. *PLOS ONE.* 12 de agosto de 2015;10(8):e0133560.
60. Ambaw AD, Alemie GA, W/Yohannes SM, Mengesha ZB. Adherence to antihypertensive treatment and associated factors among patients on follow up at University of Gondar Hospital, Northwest Ethiopia. *BMC Public Health.* diciembre de 2012;12(1):282.
61. Kretchy IA, Owusu-Daaku FT, Danquah SA. Mental health in hypertension: assessing symptoms of anxiety, depression and stress on anti-hypertensive medication adherence. *Int J Ment Health Syst.* 2014;8(1):25.
62. Sansbury B, Dasgupta A, Guthrie L, Ward M. Time perspective and medication adherence among individuals with hypertension or diabetes mellitus. *Patient Educ Couns.* abril de 2014;95(1):104-10.



63. de la Karin Noack F, Cornejo-Contreras G, de la Karl Noack F, Juan Andrés Castillo L. Adherencia al tratamiento farmacológico en pacientes hipertensos del Hospital Comunitario de Yungay, 2012. Rev ANACEM. 2013;7(2).
64. Mato YLR, Alfonso LM, Vea HB. Adherencia terapéutica y factores psicosociales en pacientes hipertensos. (Spanish). Ther Adherence Psychosoc Factors Hypertens Patients Engl. enero de 2007;23(1):1-8.
65. Mendoza-Solís LA, Soler-Huerta E, Sainz-Vázquez L, Gil-Alfaro I, Mendoza-Sánchez HF, Pérez-Hernández C. Análisis de la Dinámica y Funcionalidad Familiar en Atención Primaria. (Spanish). Anal Dyn Fam Funct Prim Healthc Engl. enero de 2006;8(1):27-32.
66. Hanus JS, Simões PW, Amboni G, Ceretta LB, Tuon LGB. Associação entre a qualidade de vida e adesão à medicação de indivíduos hipertensos. Acta Paul Enferm. agosto de 2015;28(4):381-7.
67. Khan M, Shah S, Hameed T. Barriers to and determinants of medication adherence among hypertensive patients attended National Health Service Hospital, Sunderland. J Pharm Bioallied Sci. 2014;6(2):104-8.
68. Venkatachalam J, Abrahm S, Singh Z, Stalin P, Sathya G. Determinants of patient's adherence to hypertension medications in a rural population of Kancheepuram District in Tamil Nadu, South India. Indian J Community Med. 2015;40(1):33-7.
69. Matthes J, Albus C. Improving adherence with medication: a selective literature review based on the example of hypertension treatment. Dtsch Ärztebl Int. 24 de enero de 2014;111(4):41-7.
70. Lalonde M. A new perspective on the health of Canadians. A working document. Ottawa: Government of Canada, 1974.
71. Villar Aguirre M. Factores determinantes de la salud: Importancia de la prevención. Acta Médica Peru. octubre de 2011;28(4):237-41.
72. La profesión de SP. J. Public Health Policy 1985:7-13.
73. Ramos BN, Aldereguía HJ. Medicina social y salud pública en Cuba. la Habana. Editorial Pueblo y educación, 1990:125-43.
74. Edwin Chadwick (1800-90). [http:// www.sciencemuseum.org.uk/broughttolife/people/edwinchadwick.aspx](http://www.sciencemuseum.org.uk/broughttolife/people/edwinchadwick.aspx).
75. Jacob W. El legado medicosocial de Rudolf Virchow. La Medicina como ciencia del hombre. En: E. Lesky (ed). Medicina Social. Estudios y testimonios históricos. Vol 1. Madrid: Ministerio de Sanidad y Consumo. 1984:165-186.



76. Carr, Edward Hallett. What is history. NY, Knopf, 1963, taken from the George Macaulay Trevelyan Lectures in the University of Cambridge in 1961, p.35.
77. Winslow, CEA. The untilled Fields of public Health Science J 1920; 1(23):33.
78. García Alzugarate O. En: La salud pública en el mundo contemporane. Primera Parte: 153.
79. Ministerio de Salud Pública del Ecuador. Modelo de Atención Integral de Salud (MAIS). MSP Ecuador 2012. Disponible en: https://instituciones.msp.gob.ec/somossalud/images/.../Manual_MAIS-MSP12.12.12.pdf.
80. Heredia-Navarrete MR, Puc-Franco M, Caamal-Ley Á, Vargas-González A. Determinantes sociales relacionados con el tratamiento de tuberculosis en Yucatán, México. Rev Biomed. 2012;23:113–120.
81. Herrero MB, Arrossi S, Ramos S, Braga JU. Spatial analysis of the tuberculosis treatment dropout, Buenos Aires, Argentina. Rev Saúde Pública. 2015;49:1-9.
82. Paolino M, Sankaranarayanan R, Arrossi S. Determinantes sociales del abandono del diagnóstico y el tratamiento de mujeres con Papanicolaou anormal en Buenos Aires, Argentina. Rev Panam Salud Publica. 2013;34(6):437–445.
83. Toledano C, Avila L, García S, Gómez H. Determinantes de adherencia terapéutica y control metabólico en pacientes ambulatorios con Diabetes mellitus tipo 2. Rev Mex Cienc Farm. 2008;39(4):9–17.
84. Guerra EH. Adherencia al tratamiento en personas con hipertensión arterial. Av En Enferm. 1 de julio de 2012;30(2):67-75.
85. Bonilla Ibáñez CP, Gutiérrez de Reales E. Development and psychometric characteristics of the instrument to evaluate factors that influence adherence to pharmacological and non-pharmacological treatment in persons with a cardiovascular disease risk factor. Av En Enferm. 2006;32(1):53–62.
86. Ortega Veitía T, Cuesta Freijomil D de la, Días Retureta C. Propuesta de un instrumento para la aplicación del proceso de atención de enfermería en familias disfuncionales. Rev Cuba Enferm. 1999;15(3):164–168.
87. Charlson ME, Pompei P, Ales KL, MacKenzie CR. A new method of classifying prognostic comorbidity in longitudinal studies: development and validation. J Chronic Dis. 1987;40(5):373-83.



88. Rodríguez-Martos A, Navarro R., Vecino C., Pérez R. Validación de los cuestionarios KFA (CBA) y CAGE para diagnóstico del alcoholism. *Drogalcohol*. 1986;11:132–139.
89. Kardas P, Lewek P, Matyjaszczyk M. Determinants of patient adherence: a review of systematic reviews. *Front Pharmacol*. 2013;4:91.
90. Paraidathathu T, Azuana, Nur Sufiza A. Medication adherence among hypertensive patients of primary health clinics in Malaysia. *Patient Prefer Adherence*. agosto de 2012;6:613-22.
91. Gellad WF, Grenard JL, Marcum ZA. A Systematic Review of Barriers to Medication Adherence in the Elderly: Looking Beyond Cost and Regimen Complexity. *Am J Geriatr Pharmacother*. febrero de 2011;9(1):11-23.
92. Salcedo Barajas Ariel. Grados de riesgo para la adherencia terapéutica en los tratamientos farmacológicos y no farmacológicos en personas con hipertensión arterial. Tesis para optar al título de Magíster en Enfermería con énfasis en el Cuidado para la salud Cardiovascular. Universidad Nacional de Colombia. Facultad de Enfermería. 2011.
93. 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 Médica Chile*. octubre de 2014;142(10):1245-52.
94. Aucapiña Catalina. Funcionalidad familiar como factor de depresión en los ancianos del geriátrico fundación casa plenitud. Noviembre 2010 - abril 2011. Tesis de grado previo al optar el título de médico familiar. Universidad del Azuay 2011.
95. Lo SHS, Chau JPC, Woo J, Thompson DR, Choi KC. Adherence to Antihypertensive Medication in Older Adults With Hypertension: *J Cardiovasc Nurs*. 2016;31(4):296-303.
96. Haugh KH. Medication Adherence in Older Adults. *Nurs Clin North Am*. junio de 2014;49(2):183-99.
97. Sabaté E, World Health Organization, editores. *Adherence to long-term therapies: evidence for action*. Geneva: World Health Organization; 2003. 198 p.
98. Silva H, Hernandez-Hernandez R, Vinueza R, Velasco M, Boissonnet CP, Escobedo J, et al. Cardiovascular risk awareness, treatment, and control in urban Latin America. *Am J Ther*. abril de 2010;17(2):159-66.
99. López Erazo Oswaldo Galvany. Factores influyentes sobre la adherencia terapéutica farmacológica de pacientes hipertensos atendidos por consulta externa del Hospital Pablo Arturo Suarez en el periodo Febrero- Abril



2013” Tesis previa obtención del Título de Especialista en Medicina Familiar. Pontificia Universidad Católica del Ecuador. Facultad de Medicina. 2013.

100. Coque Tutasig, Lucy Del Consuelo. Factores personales que influyen en la adherencia al tratamiento de pacientes hipertensos que acuden al servicio de cardiología del Hospital Carlos Andrade Marín en el periodo Marzo del 2011. Tesis previa obtención del Título de Médico Autora: Universidad Técnica de Ambato. Facultad Ciencias de la Salud Carrera Medicina. 2011.
101. Chacón Abril K, Orellana D, Quizphi J. Prevalencia de hipertensión, falta de adherencia al tratamiento antihipertensivo y factores asociados, en pacientes mayores de 40 años, internados en el servicio de clínica de los Hospitales José Carrasco Arteaga y Vicente Corral Moscoso, Cuenca 2013. Tesis previa la obtención del título de médico. Universidad de Cuenca. 2014.
102. Arévalo Astudillo MP, López González MS, López Sigüenza DV, Martínez Reyes FC. Adherencia a la terapéutica farmacológica en pacientes con hipertensión arterial. Rev Médica Hosp José Carrasco Arteaga. 10 de marzo de 2016;8(1):8-13.
103. Urbina Carrera Carolina Andrea. Relación entre adherencia al tratamiento farmacológico y cifras de Hb1Ac en pacientes diabéticos pertenecientes al club de diabetes del Hospital General «Enrique Garcés» de Quito en el año 2014. Disertación previa a la obtención del Título de Médico Cirujano. Pontificia Universidad Católica de Ecuador. Facultad de Medicina. 2015.
104. Jácome Gavilanez Nathaly Michelle. Adherencia al cambio de estilo de vida; dieta, ejercicio y sus factores obstaculizadores o favorecedores en pacientes con diabetes mellitus tipo 2 de la consulta externa del Hospital General “Dr. Enrique Garcés. Disertación previa a la obtención del título de Médico Cirujano. Pontificia Universidad Católica del Ecuador. Facultad de Medicina. 2014.
105. Piñaloza Galarza, Shosenka Gabriela. Factores que influyen en la adherencia al tratamiento en pacientes con diagnóstico de hipertensión arterial mayores de 18 años que acuden al subcentro de salud de Huachi Chico de la ciudad de Ambato”. Tesis previa la obtención del Título de Médico. Universidad Técnica De Ambato. Facultad De Ciencias De La Salud. 2014.
106. Brito Tola Maria Auxiliadora, Carpio Durán Ana Lucia. Adherencia al tratamiento farmacológico hipertensivo en pacientes diagnosticados de diabetes mellitus tipo 2 del Hospital José Carrasco Arteaga. Tesis previa la obtención del título de Médico. Universidad del Azuay. Facultad de Ciencias Médicas. 2013.



107. Arias Albuja Grace, Perez Ramos Fanny Verónica. Valoración de la adherencia a la terapéutica prescrita y sus factores condicionantes en pacientes diagnosticados de hipertensión arterial sistémica esencial tratados en el Hospital Delfina Torres Viuda de Concha. Tesis previa a la obtención del título de Médico Cirujano. Pontificia Universidad Católica del Ecuador. Facultad de Medicina. 2014.
108. Barat I, Andreasen F, Damsgaard EMS. Drug therapy in the elderly: what doctors believe and patients actually do. *Br J Clin Pharmacol*. junio de 2001;51(6):615-22.
109. Schmitt A, Lindner S, de Santa Helena ET. Assessment of adherence in elderly patients in primary care. *Rev Assoc Médica Bras*. diciembre de 2013;59(6):614-21.
110. Moral RR, Torres LAP de, Ortega LP, Larumbe MC, Villalobos AR, García JAF, et al. Effectiveness of motivational interviewing to improve therapeutic adherence in patients over 65 years old with chronic diseases: A cluster randomized clinical trial in primary care. *Patient Educ Couns*. agosto de 2015;98(8):977-83.
111. Meinema JG, van Dijk N, Beune EJAJ, Jaarsma DADC, van Weert HCPM, Haafkens JA. Determinants of Adherence to Treatment in Hypertensive Patients of African Descent and the Role of Culturally Appropriate Education. *PLoS ONE* [Internet]. 12 de agosto de 2015 [citado 16 de abril de 2017];10(8). Disponible en: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC4534399/>
112. Martin LR, Williams SL, Haskard KB, DiMatteo MR. The challenge of patient adherence. *Ther Clin Risk Manag*. septiembre de 2005;1(3):189-99.
113. Horne R, Chapman SCE, Parham R, Freemantle N, Forbes A, Cooper V. Understanding Patients' Adherence-Related Beliefs about Medicines Prescribed for Long-Term Conditions: A Meta-Analytic Review of the Necessity-Concerns Framework. Xia Y, editor. *PLoS ONE*. 2 de diciembre de 2013;8(12):e80633.
114. Khatib R, Schwalm J-D, Yusuf S, Haynes RB, McKee M, Khan M, et al. Patient and Healthcare Provider Barriers to Hypertension Awareness, Treatment and Follow Up: A Systematic Review and Meta-Analysis of Qualitative and Quantitative Studies. *PLoS ONE* [Internet]. 15 de enero de 2014 [citado 16 de abril de 2017];9(1). Disponible en: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC3893097/>
115. Murad K, Kitzman DW. Frailty and multiple comorbidities in the elderly patient with heart failure: implications for management. *Heart Fail Rev*. septiembre de 2012;17(4-5):581-8.



116. Grodensky CA, Golin CE, Ochtera RD, Turner BJ. Systematic review: effect of alcohol intake on adherence to outpatient medication regimens for chronic diseases. *J Stud Alcohol Drugs*. noviembre de 2012;73(6):899-910.
117. Osamor PE, Owumi BE. Factors Associated with Treatment Compliance in Hypertension in Southwest Nigeria. *J Health Popul Nutr*. diciembre de 2011;29(6):619-28.
118. Rimando M. Factors influencing medication compliance among hypertensive older African American adults. *Ethn Dis*. 2013;23(4):469-73.
119. Flynn S, Ameling J, Hill-Briggs F, Wolff J, Bone L, Levine D, et al. Facilitators and barriers to hypertension self-management in urban African Americans: perspectives of patients and family members. *Patient Prefer Adherence*. agosto de 2013;741.
120. Wang J, Huang S, Chen Y, Zhou J. Use of family member-based supervision in the management of patients with hypertension in rural China. *Patient Prefer Adherence*. julio de 2014;8:1035-42.



ANEXOS

ANEXO 1

INSTRUMENTO DE RECOLECCIÓN DE DATOS

**UNIVERSIDAD DE CUENCA
FACULTAD DE CIENCIAS MÉDICAS
POSTGRADO EN MEDICINA FAMILIAR Y COMUNITARIA**

DETERMINANTES SOCIALES DE LA ADHERENCIA TERAPEUTICA DE ADULTOS MAYORES HIPERTENSOS ATENDIDOS EN EL SUBCENTRO DE SALUD DE LA PARROQUIA EL VECINO, CUENCA-ECUADOR 2015.

Instructivo: El presente cuestionario forma parte de un trabajo investigativo en el cual se explora diversos aspectos relacionados con los determinantes sociales de la adherencia terapéutica en los adultos mayores. Necesitamos su colaboración. La información que nos proporciones es estrictamente confidencial.

Formulario N° _____

1. **Edad** _____ en años cumplidos.

2. **Sexo:** 2.1 masculino 2.2 femenino

3. **Etnia:**

3.1 mestizo 3.2 indígena 3.3 otros
3.4 Negro

4. **Estado civil**

4.1 soltero/a 4.2 casado/a 4.3 separada
4.4 viudo 4.5 unión libre

5. **Indique el nivel de estudio que curso:**

5.1 primaria 5.4 ninguna
5.2 secundaria
5.3 superior



6. Núcleo de convivencia (¿Con quién vives?)

- 6.1 Solo/a 6.2 con conyuge
6.3 hijos 6.4 nietos 6.5 otros

7. Ingreso económico

¿Percibe usted algún ingreso económico? SI NO

Cuánto. \$

8.- Indique la religión a la que pertenece:

- 8.1 Católica 8.2 Testigo de Jehová
8.3 Cristiana 8.4 Ninguna
8.5 Otros

9. Cuantas veces asiste usted a los servicios religiosos o grupo de oración.

10.-Ocupacion:

- 10.1 Comerciante 10.2 Jubilado
10.3 Profesional 10.4 Otros.
10.5 Quehaceres domésticos

12.-La vivienda en la que habita usted es:

- 12.1 propia 12.2 arrendada
12.3 prestada 12.4 otro



13.-Marque con una (x) según la frecuencia con la que presenta las siguientes situaciones.

ENTORNO FISICO	
PREGUNTAS	RESPUESTAS
Ámbito familiar	
1. ¿Usted es capaz de realizar actividades diarias?	Si:___; No:___
2. ¿Usas internet en su casa?	
3. ¿Tienes privacidad en su casa?	Si:___; No:___
4. ¿tiene un lugar adecuado para descansar en su momento de ocio?	Si:___; No:___
5. ¿Consideras que tienen un lugar acogedor en su casa para reunirse con su familia?	Si:___; No:___ Si:___; No:___
ámbito Social	
6. ¿Usted pertenece a algún grupo de reuniones de ámbito cultural, político o religioso?)	Si:___; No:___
7. ¿Ha tenido que dejar alguna actividad especialmente importante debido alguna discapacidad o barrera que no le deje continuar?	Si:___; No:___ Si:___; No:___
8. ¿Participa en actividades comunitarias?	Si:___; No:___
9. ¿El diseño estructural de su barrio es un factor que limita su acceso al mismo?	Si:___; No:___
10. ¿Es reúne con su familia o amigos en los lugares de recreación de su comunidad?	
ámbito ecológico	
11. ¿Tienen usted plazas o parques para salir a distraerse?	Si:___; No:___
12. ¿Usted considerada que los basureros están ubicados adecuadamente?	Si:___; No:___
13. ¿Hacen mucho ruido en su comunidad?	Si:___; No:___
14. ¿considera que su comunidad está contaminada?	Si:___; No:___
15. ¿su comunidad es limpia?	
HIGIENEN DE SALUD MENTAL	
PREGUNTAS	RESPUESTAS
16. Piensa usted en los cambios que vienen a futuro y como los va afrontar?	Si:___; No:___
17. ¿Usted realiza sus actividades diarias con ánimo?	Si:___; No:___
18. ¿Usted confía en sus propias actitudes?	Si:___; No:___
19. ¿Cuándo usted tiene algún problema se recupera de manera fácil?	Si:___; No:___
20. ¿ Se siente útil en su vida?	Si:___; No:___
ESTILO DE VIDA	
PREGUNTAS	RESPUESTAS
21. ¿Realiza caminatas diarias?	Si:___; No:___
22. ¿Realiza alguna actividad recreativa?	Si:___; No:___
23. ¿Lee en el tiempo libre?	Si:___; No:___
24. ¿Duerme usted 8 horas diarias?	Si:___; No:___
25. ¿Evita consumir alcohol?	Si:___; No:___
ACCESO A SERVICIOS DE SALUD	
PREGUNTAS	RESPUESTAS
26. ¿tienen usted atención médica preferencial?	Si:___; No:___
27. ¿tiene usted atención preventiva?	Si:___; No:___
28. ¿Has recibido medicamentos de forma gratuita del Sistema de Salud Pública?	Si:___; No:___
29. ¿Utiliza transporte público para ir al centro de salud?	
30. ¿Recibe control médico y psicológico regularmente?	Si:___; No:___ Si:___; No:___



14 RESPONDA LAS SIGUIENTES PREGUNTAS.

FACTORES INFLUYENTES	NUNCA	A VECES	SIEMPRE
I. FACTORES SOCIOECONÓMICOS			
1. Tiene disponibilidad económica su familia para atender las necesidades básicas: (alimentación, salud, vivienda, educación)			
2. puede costearse los medicamentos			
3. Cuenta con los recursos económicos para trasladarse al lugar de consulta			
6. Los cambios en la dieta, se le dificultan debido al costo de los alimentos recomendados.			
7. Puede leer la información escrita sobre el manejo de su enfermedad.			
8. Cuenta con el apoyo de su familia o personas allegadas para cumplir su tratamiento			
II. DIMENSIÓN FACTORES RELACIONADOS CON EL SISTEMA Y EQUIPO DE SALUD			
21. ¿Las personas que lo atienden responden sus inquietudes y dificultades con respecto a su tratamiento?			
22. ¿Se da cuenta que su médico controla si está siguiendo el tratamiento por las preguntas que le hace?			
23. ¿Recibe información sobre los beneficios de los medicamentos ordenados por su médico?			
24. ¿Recibe información sobre la forma de ajustar los horarios de los medicamentos de acuerdo a sus actividades diarias?			
25. ¿En el caso que usted fallara en su tratamiento su médico y su enfermera entenderían sus motivos?			
27. ¿El médico y la enfermera le dan explicaciones con palabras que su familia y usted entienden?			
31. ¿El médico y la enfermera le han explicado qué resultados va a tener en su salud con el Tratamiento que se le está dando?			
47. ¿Le parece que el médico y usted coinciden en la esperanza de mejoría con el tratamiento y los cambios que está haciendo en sus hábitos?			
III. DIMENSIÓN FACTORES RELACIONADOS CON LA TERAPIA			
10. ¿Las diversas ocupaciones que tiene dentro y fuera del hogar le dificultan seguir el tratamiento?			
13. ¿Las distancias de su casa o trabajo a los consultorios le dificultan el cumplimiento de sus citas?			
18. ¿Tiene dudas acerca de la manera de tomar sus medicamentos, en cuanto a la cantidad, los horarios y la relación con las comidas?			
37. ¿Cuándo mejoran sus síntomas, usted suspende el tratamiento?			
38. ¿Anteriormente ha presentado dificultades para Cumplir su tratamiento?			
43. ¿Cree que hay costumbres sobre alimentos y ejercicios difíciles de cambiar?			
III. DIMENSIÓN FACTORES RELACIONADOS CON EL PACIENTE			
40. ¿Está convencido que el tratamiento es beneficioso y por eso sigue tomándolo?			
49. ¿Se interesa por conocer sobre su condición de salud y la forma de cuidarse?			
52. ¿Cree que es importante seguir su tratamiento para mejorar su salud?			
53. ¿Cree que es usted el responsable de seguir el cuidado de su salud?			

Clasificación

Grado de adheridos totales: 38 a 48 puntos

Grado de adheridos parciales: 18 a 37 puntos

Grado de no adheridos: 0 a 17 puntos.

15.- Marque con una (x) según la frecuencia con la que presenta las siguientes situaciones.

PREGUNTAS	RESPUESTAS
-----------	------------



	Casi nunca	Pocas veces	A veces	Muchas veces	Casi siempre
Se toman decisiones entre todos para cosas importantes de la familia.					
En mi casa predomina la armonía.					
En mi familia cada uno cumple sus responsabilidades					
Las manifestaciones de cariño forman parte de nuestra vida cotidiana.					
Nos expresamos sin insinuaciones, de forma clara y directa.					
Podemos aceptar los defectos de los demás y sobrellevarlos.					
Tomamos en consideración las experiencias de otras familias ante situaciones diferentes					
Cuando alguien de la familia tiene un problema los demás ayudan.					
Se distribuyen las tareas de forma que nadie esté sobrecargado					
Las costumbres familiares pueden modificarse ante determinadas situaciones.					
Podemos conversar diversos temas sin temor					
Ante una situación familiar difícil somos capaces de buscar ayuda en otras personas					
Los intereses y necesidades de cada cual son respetados por el núcleo familiar					
Nos demostramos el cariño que nos tenemos					

16.- RESPONDA LAS SIGUIENTES PREGUNTAS

CUESTIONARIO	SI	NO
1.- ¿Ha tenido usted la impresión de que debería beber menos?		
2.- ¿Le ha molestado cuando la gente le critica su forma de beber?		
3.- ¿Se ha sentido alguna vez mal o culpable por su forma de beber?		
4.- ¿Alguna vez lo primero que ha hecho por la mañana ha sido beber para calmar sus nervios o para liberarse de una chichaqui?		

17.- Responda las siguientes preguntas.

Criterio	Puntaje
Infarto de miocardio: debe existir evidencia en la historia clínica de que el paciente fue hospitalizado por ello, o bien evidencias de que existieron cambios en enzimas y/o en ECG	
Insuficiencia cardiaca: debe existir historia de disnea de esfuerzos y/o signos de insuficiencia cardiaca en la exploración física que respondieron favorablemente al tratamiento con digital, diurético o vasodilatador. Los pacientes que estén tomando estos tratamientos, pero no podamos constatar que hubo mejoría clínica de los síntomas y/o signos, no se incluirán como tales	
Enfermedad arterial periférica: incluye claudicación intermitente, intervenidos de bypass arterial periférico, isquemia arterial aguda y aquellos con aneurisma de la aorta (torácica o abdominal) de > 6 cm de diámetro	
Demencia: pacientes con evidencia en la historia clínica de deterioro cognitivo crónico	
Enfermedad respiratoria crónica: debe existir evidencia en la historia clínica, en la exploración física y en exploración complementaria de cualquier enfermedad respiratoria crónica, incluyendo EPOC y asma	
Enfermedad del tejido conectivo: incluye lupus, polimiositis, enf. Mixta, poli mialgia reumática, arteritis cel. gigantes y artritis reumatoide	
Úlcera gastroduodenal: incluye a aquellos que han recibido tratamiento por un ulcus y aquellos que tuvieron sangrado por úlceras	
Hepatopatía crónica leve: sin evidencia de hipertensión portal, incluye pacientes con hepatitis crónica	
Diabetes: incluye los tratados con insulina o hipoglucemiantes, pero sin complicaciones tardías, no se incluirán los tratados únicamente con dieta	
Hemiplejía: evidencia de hemiplejía o paraplejía como consecuencia de un AVC u otra condición	
Insuficiencia renal crónica moderada/severa: incluye pacientes en diálisis, o bien con creatininas > 3 mg/dl objetivadas de forma repetida y mantenida	
Diabetes con lesión en órganos diana: evidencia de retinopatía, neuropatía o nefropatía, se incluyen también antecedentes de ceto-acidosis o descompensación hiper-osmolar.	
Tumor o neoplasia sólida: incluye pacientes con cáncer, pero sin metástasis documentadas	
Leucemia: incluye leucemia mieloide crónica, leucemia linfática crónica, policitemia vera, otras leucemias crónicas y todas las leucemias agudas	
Linfoma: incluye todos los linfomas, Waldstrom y mieloma	
Hepatopatía crónica moderada/severa: con evidencia de hipertensión portal (ascitis, varices esofágicas o encefalopatía)	
Tumor o neoplasia sólida con metástasis	
Sida definido: no incluye portadores asintomáticos	

Puntaje 0-1 ausencia; 2-3 comorbilidad; + 3 comorbilidad alta

GRACIAS POR SU COLABORACION

FIRMA DE LA INVESTIGADORA

Fecha de aplicación.



ANEXO 2

CONSENTIMIENTO INFORMADO

“DETERMINANTES SOCIALES DE LA ADHERENCIA TERAPEUTICA DE ADULTOS MAYORES HIPERTENSOS ATENDIDOS EN EL SUBCENTRO DE SALUD DE LA PARROQUIA EL VECINO, CUENCA-ECUADOR 2015.”

La presente investigación tiene como directora la Dra. Maritza Torres Valdez y es realizada por, María Alexandra Carabajo Rivera, estudiante del Posgrado de Medicina Familiar y Comunitaria, Facultad de Ciencias Médicas, Universidad de Cuenca, con la finalidad de realizar la tesis “Prevalencia de adherencia al tratamiento y determinantes sociales en adultos mayores, 2015”, previa a la obtención del título de Especialidad en Medicina Familiar y Comunitaria.

Antes de tomar su decisión si participa o no, usted tiene que conocer los siguientes datos. Si comprendió el objetivo del estudio y desea participar, usted deberá firmar la siguiente hoja de consentimiento.

Información del estudio.- En el presente estudio se investigará la prevalencia de adherencia al tratamiento y factores asociados en adultos mayores del Subcentro de Salud Barrial Blanco, para lo cual se realizara la aplicación de un formulario que nos servirá para la recolección de datos.

Riesgos del Estudio: si usted accede a participar en este estudio no tendrá ningún riesgo que afecte su parte física ni emocional

Beneficios: Los resultados obtenidos serán utilizados a favor de la comunidad, ya que se determinara la prevalencia de la adherencia al tratamiento y factores asociados en adultos mayores de nuestra ciudad.

Confidencialidad. Todos los datos que se obtengan en este estudio serán utilizados única y exclusivamente para el presente estudio y no se utilizaran para ningún otro fin adicional

La participación es voluntaria: su colaboración en el presente estudio es voluntaria, ya que está en su pleno derecho de elegir si desea o no participar, y su decisión no tendrá repercusión alguna para usted.

Preguntas: cualquier duda que usted tenga puede comunicarse al siguiente numero: 0997202446

Yo

_____ Con cédula de identidad _____, sin ninguna obligación acepto participar en el presente estudio, ya que conozco para los fines pertinentes que serán utilizados los datos que yo provee, así como que serán confidenciales.

Firma del participante.