

# Estilos de vida asociados

## a la adherencia al tratamiento en pacientes hipertensos

### *Lifestyles associated with adherence to treatment in hypertensive patients*

 Mayela Cajachagua Castro<sup>1</sup>,  Cynthia Vargas Ticona<sup>2</sup>,  Marizol Ingles Rayme<sup>3</sup>,  Janett Chávez Sosa<sup>4</sup>

<sup>1</sup>Doctora en educación, Magíster en Salud Pública, Universidad Peruana Unión, Facultad de Ciencias de la Salud, Lima Perú. Correo electrónico: [mayela@upeu.edu.pe](mailto:mayela@upeu.edu.pe)

<sup>2</sup>Graduando de licenciatura en enfermería, Universidad Peruana Unión, Facultad de Ciencias de la Salud, Lima Perú. Correo electrónico: [cynthiavargas@upeu.edu.pe](mailto:cynthiavargas@upeu.edu.pe)

<sup>3</sup>Graduando de licenciatura en enfermería, Universidad Peruana Unión, Facultad de Ciencias de la Salud, Lima Perú. Correo electrónico: [marizolingles@upeu.edu.pe](mailto:marizolingles@upeu.edu.pe)

<sup>4</sup>Magíster en Gerencia en Salud. Licenciada en enfermería. Universidad Peruana Unión, Facultad de Ciencias de la Salud, Lima Perú.

**Autor de correspondencia:** Mayela Cajachagua Castro [mayela@upeu.edu.pe](mailto:mayela@upeu.edu.pe)

Received/Recibido: 01/28/2021 Accepted/Aceptado: 02/15/2021 Published/Publicado: 06/10/2021

DOI: <http://doi.org/10.5281/zenodo.5227306>

### Resumen

**Introducción:** Para el adecuado control de la hipertensión arterial es necesario que los pacientes se adhieran a las recomendaciones sobre el cumplimiento del tratamiento antihipertensivo y la modificación de sus estilos de vida.

**Objetivo:** Determinar la asociación entre el estilo de vida y la adherencia al tratamiento en pacientes hipertensos.

**Metodología:** Estudio analítico transversal, conformado por 250 pacientes hipertensos, 150 pertenecientes al Centro de Salud La Era-Lima, Perú y 100 al Programa de "Salud Cardiovascular" de San Miguel-Arica, Chile, elegidos mediante muestreo no probabilístico y por conveniencia. Para la recolección de datos se empleó el cuestionario de Perfil de Estilo de Vida (PEPS-I) y la escala de Morisky-Green previamente validados. Para el análisis multivariado se utilizó la regresión de varianza robusta de Poisson.

**Resultados:** El 58,8% de los pacientes hipertensos practicaron un inadecuado estilo de vida y el 58,4% no fueron adherentes al tratamiento. Al análisis multivariado, una adecuada práctica de los estilos de vida en las dimensiones: nutrición (RPa=1,56; IC 95%=1,14-2,14), relaciones interpersonales (RPa=1,58; IC 95%=1,05-2,36) y responsabilidad en salud (RPa=1,54; IC 95%=1,02-2,30) se asocian a la adherencia al tratamiento antihipertensivo.

**Conclusiones:** Tener una nutrición, relaciones interpersonales y responsabilidad con la salud adecuadas se asocian a la adherencia al tratamiento antihipertensivo.

**Palabras clave:** Estilo de vida; hipertensión; cumplimiento y adherencia al tratamiento

### Abstract

**Introduction:** For the adequate control of arterial hypertension, it is necessary that patients adhere to the recommendations on compliance with antihypertensive treatment and modification of their lifestyles.

**Objective:** To determine the association between lifestyle and adherence to treatment in hypertensive patients.

**Methodology:** Cross-sectional analytical study, made up of 250 hypertensive patients, 150 belonging to the La Era-Lima Health Center, Peru and 100 to the "Cardiovascular Health" Program of San Miguel-Arica, Chile, chosen through non-probabilistic sampling and for convenience. For data collection, the previously validated Lifestyle Profile questionnaire (FIFO-I) and the Morisky-Green scale were used. For the multivariate analysis, the robust Poisson regression of variance was used.

**Results:** 58.8% of the hypertensive patients practiced an inadequate lifestyle and 58.4% were not adherent to the treatment. At the multivariate analysis, an adequate practice of lifestyles in the dimensions: nutrition (RPa =1.56; 95% CI = 1.14-2.14), interpersonal relationships (RPa =1.58; 95% CI =1.05-2.36) and health responsibility (RPa=1.54; 95% CI = 1.02-2.30) are associated with adherence to antihypertensive treatment.

**Conclusions:** Having adequate nutrition, interpersonal relationships and responsibility with health are associated with adherence to antihypertensive treatment.

**Keywords:** Lifestyle; hypertension; Treatment adherence and compliance.

La Hipertensión Arterial (HTA) es un factor de riesgo cardiovascular muy prevalente en el mundo. La Organización Mundial de la Salud (OMS) considera a la HTA como una de las primeras causas de muerte a nivel mundial, con cifras cercanas a 7 millones de personas al año<sup>1</sup> y es considerada como uno de los principales factores de riesgo para el desarrollo de enfermedades cerebrovasculares y coronarias. En el año 2017, los porcentajes de HTA en la provincia de Lima (22,4%), la provincia Constitucional del Callao (20,6%) y el departamento de Tacna (20,3%) concentraron los mayores porcentajes de pacientes hipertensos<sup>2</sup>. De igual manera, en una investigación sobre las causas de riesgo cardiovascular en Lima y la provincia constitucional del Callao, se encontró que, en personas mayores de 80 años, la HTA fue el factor de mayor frecuencia, con una prevalencia del 44%, sobre todo en mujeres<sup>3</sup>. Las mujeres de la tercera edad son más propensas a tener esta patología que en varones dentro de su edad promedio.

Por otro lado, en Chile se ha observado un rápido cambio epidemiológico, con el crecimiento progresivo de las enfermedades crónicas no transmisibles. En la última Encuesta Nacional de Salud, la prevalencia de HTA alcanzó al 27,6% de la población chilena, porcentaje que llega hasta 73% en adultos mayores<sup>4</sup>.

La adherencia al tratamiento permite que el paciente mantenga y continúe el tratamiento para lograr cambios significativos en el comportamiento que mejoren su vida. En el Perú, en los últimos años, el tratamiento y el control de la hipertensión arterial ha mejorado, aunque éstos aún son deficientes y muy por debajo del promedio de los países de altos ingresos y otros países latinoamericanos<sup>5</sup>.

Dentro de la región de Arica, Parinacota, el Instituto Nacional de Estadística – Chile, reporta que los adultos mayores representan el 14,6% de la población con HTA<sup>6</sup>. Asimismo, un estudio en adultos mayores de un centro de atención primaria en Chile reveló que olvidar tomar los medicamentos es un factor que repercute negativamente en la salud de los adultos mayores con HTA<sup>7</sup>, dificultando su adherencia al tratamiento a largo plazo y aumentando la probabilidad de aparición de factores de riesgo. Del mismo modo, en el área de salud #2 Cecilio Ruíz de Zárate, de la provincia Cienfuegos, al analizar la adherencia terapéutica, se identificó que hay dificultades en el cumplimiento de las indicaciones médicas, ya que solo el 18,5% de los pacientes se adhieren totalmente al tratamiento<sup>8</sup>.

La adherencia terapéutica se relaciona con la adaptación de los cambios de estilo de vida, “para el control de la HTA es necesario, además, que los pacientes se adhieran a las recomendaciones sobre la modificación de sus estilos de vida, lo cual resulta aún más problemático dada la dificultad inherente a los cambios de comportamiento”<sup>9</sup>. Los pacientes con HTA no solo deben cumplir con las indicaciones terapéuticas, sino que deben adoptar un estilo de vida saludable. La colaboración voluntaria del paciente es fundamental para un resultado terapéutico exitoso.

El estilo de vida que desarrolla la persona, va a influir de una forma positiva o negativa en su estado de salud. Un estilo de vida donde se incluyen malos hábitos alimentarios, inactividad física y hábitos tóxicos, tienen repercusión en la salud humana. Los inadecuados hábitos constituyen factores de riesgo de enfermedades cardiovasculares, que incluye la hipertensión arterial, y otras, endocrinas, como son la obesidad y la Diabetes Mellitus entre otras<sup>10</sup>. El adoptar hábitos saludables es fundamental para que las personas no desarrollen enfermedades cardiovasculares o diabetes.

En el Centro de Salud La Era, la mayoría de la población presenta obesidad y malos hábitos de vida, siendo el consumo de alcohol y alimentos chatarra los de mayor incidencia<sup>11</sup>. Esta situación permite reflexionar sobre los principales problemas de salud del centro poblado.

En Chile el Ministerio de Salud Pública, en la Encuesta Nacional de Salud, se encontró que “la obesidad fue de un 26.1%, mayor en el sexo femenino, específicamente entre los 45 y 64 años y en personas de nivel educacional bajo. Se identificó un sedentarismo en el 88.6% de la población, mayor en el sexo femenino y más notorio en personas con un nivel de educacional bajo. Por último, en relación a la alimentación, se evidenció un consumo promedio de 9.8 gramos de sal diarios por persona”<sup>12</sup>.

El panorama descrito motiva la realización de estudios de investigación como el presente, donde se espera conocer la relación que existe entre los estilos de vida y la adherencia al tratamiento antihipertensivo. El conocimiento generado servirá para conocer mejor la problemática local y ello se constituya en base para generar estrategias de control. Se elige estas dos poblaciones porque presentan problemas de hipertensión arterial y los centros de salud que los atienden se mostraron dispuestos a desarrollar estrategias para mejorar la adherencia al tratamiento antihipertensivo.

## Metodología

Estudio analítico transversal. Fue realizado en dos poblaciones que presentan similar nivel socioeconómico: Centro poblado Virgen del Carmen La Era, Lima, Perú y Centro poblado San Miguel que forma parte de la región de Arica y Parinacota, al norte de Chile.

Se desarrolló con personas diagnosticadas con HTA comprobada en un período de 5 meses. Para la población de La Era se trabajó con atendidos en el Centro de Salud La Era, donde fueron identificadas 150 personas. Para la población de San Miguel se trabajó con los pacientes que están inscritos en el “Programa de Salud Cardiovascular” que corresponde a 100 personas. Los criterios de inclusión: tener diagnóstico médico de HTA, estar recibiendo tratamiento antihipertensivo como mínimo 5 meses, ser adulto o adulto mayor y estar en condiciones de participar del estudio de manera voluntaria e individual. La variable estilo de vida se midió con el cuestionario Perfil de Estilo de Vida (PEPS-I) creado por Nola Pender en 1996, modificado en Trujillo (Perú) por Flor Antúnez en el año

2017, con un índice de confiabilidad con Alfa de Cronbach de 0.828<sup>13</sup>. Está compuesto por 27 reactivos tipo Likert que evalúan 5 dimensiones: Actividad Física (4), Nutrición (4), Relaciones Interpersonales (4), Manejo del Estrés (5) y Responsabilidad en Salud (10). El estilo de vida se clasifica en adecuado e inadecuado<sup>14</sup>. La variable adherencia a la terapia antihipertensiva, se midió con la escala de adherencia de Morisky Green y Levine, 1986, España<sup>15</sup>. La versión peruana fue validada por Lozada en el año 2017, donde se encontró que las saturaciones de los ítems según su aporte tienen un coeficiente de confiabilidad alta analizada con coeficiente de (K-20) Kurder Richardson, alcanzando un puntaje 82%<sup>16</sup>. La encuesta consta de 4 preguntas con respuestas dicotómicas.

Se solicitó permiso a los Centros de Salud de donde se obtuvieron los datos de presión arterial. La recolección de datos se realizó durante los meses de septiembre-noviembre del 2020. Para la aplicación de los instrumentos se cumplieron las normas de ética, asimismo se tomaron todos los cuidados correspondientes al protocolo del cuidado para covid-19. Para el análisis de datos se utilizó el programa estadístico SPSS v24. Las variables categóricas fueron descritas en tablas de frecuencia y las variables numéricas en medidas de tendencia central y dispersión (media y desviación estándar). Para la selección de la prueba estadística se calculó la normalidad de las variables numéricas con la prueba Kolmogorov-Smirnov, que obtuvo un p-valor menor a 0,05, evidenciando que no seguían una distribución normal. Para determinar la asociación entre los estilos de vida y la adherencia al tratamiento antihipertensivo, se determinaron las razones de prevalencia bruta (PRc) y ajustada (PRa) con sus respectivos intervalos de confianza del 95% (IC 95%) mediante análisis de regresión de Poisson con varianza robusta.

## Resultados

De un total de 250 pacientes con HTA, el 55,2% fueron del sexo masculino y el 44,8% femenino, con una edad promedio de 72,73±9,11 años. El 29,6% manifestaron ser casados, seguido de un 28% de convivientes; a su vez, el 60% fueron del poblado La Era-Perú y el 40% de San Miguel-Chile (tabla 1).

Con respecto a los estilos de vida, el 58,8% presentó un estilo inadecuado y el 41,2% adecuado. De igual modo, se obtuvo un inadecuado estilo de vida para las dimensiones nutrición y actividad física en un 57,6% y 71,2% de los pacientes, respectivamente. Por el contrario, la dimensión relaciones interpersonales, manejo del estrés y responsabilidad en salud obtuvieron una calificación de estilo de vida adecuado, en más del 50% de los pacientes. Acerca de la adherencia al tratamiento antihipertensivo, el 58,4% de los pacientes no fueron adherentes, mientras que el 41,6% sí lo fue (tabla 1).

**Tabla 1. Distribución porcentual y numérica sobre características de la muestra**

Variables		n=250	%
Sexo	Masculino	138	55,2
	Femenino	112	44,8
Edad	Me±DS	72,73 ± 9,11	
Estado civil	Soltero	39	15,6
	Casado	74	29,6
	Viudo	31	12,4
	Divorciado	36	14,4
	Conviviente	70	28,0
Lugar de procedencia	Virgen del Carmen La Era, Lima	150	60,0
	San Miguel, Arica	100	40,0
Estilo de vida	Adecuado	103	41,2
	Inadecuado	147	58,8
Nutrición	Adecuado	106	42,4
	Inadecuado	144	57,6
Actividad física	Adecuado	72	28,8
	Inadecuado	178	71,2
Relaciones interpersonales	Adecuado	155	62,0
	Inadecuado	95	38,0
Manejo del estrés	Adecuado	142	56,8
	Inadecuado	108	43,2
Responsabilidad en salud	Adecuado	143	57,2
	Inadecuado	107	42,8
Adherencia al tratamiento antihipertensivo	Sí	104	41,6
	No	146	58,4

Me= Media aritmética; DS= Desviación estándar

Por otro lado, se halló que existen diferencias significativas en la adherencia al tratamiento antihipertensivo según el sexo y los estilos de vida con p-valor menor de 0,05. Sin embargo, no se obtuvo diferencia en la dimensión actividad física de los estilos de vida con p-valor de 0,989. Además, tampoco se obtuvo diferencias por edad, estado civil y lugar de procedencia (tabla 2).

Finalmente, al análisis multivariado, por regresión de Poisson, se encontró que una adecuada práctica de los estilos de vida en las dimensiones: nutrición (RP<sub>a</sub>=1,56; IC 95%=1,14 - 2,14), relaciones interpersonales (RP<sub>a</sub>=1,58; IC 95%=1,05 - 2,36) y responsabilidad en salud (RP<sub>a</sub>=1,54; IC 95%=1,02 - 2,30) se asocian a la adherencia al tratamiento antihipertensivo (tabla 3).

**Tabla 2. Análisis de las variables según la adherencia al tratamiento en pacientes hipertensos.**

Variables		Adherencia al tratamiento antihipertensivo				p-valor
		Sí		No		
		n=104	%	n=146	%	
Sexo	Masculino	48	46,2	90	61,6	0,015
	Femenino	56	53,8	56	38,4	
Edad	Me±DS	71,4 ± 9,4		74,2 ± 9,1		0,163
Estado civil	Soltero/viudo/divorciado	37	35,6	69	47,3	0,065
	Casado/conviviente	67	64,4	77	52,7	
Lugar de procedencia	Virgen del Carmen La Era, Lima	64	61,5	86	58,9	0,675
	San Miguel, Arica	40	38,5	60	41,1	
Estilo de vida	Adecuado	62	59,6	41	28,1	0,000
	Inadecuado	42	40,4	105	71,9	
Nutrición	Adecuado	61	58,7	45	30,8	0,000
	Inadecuado	43	41,3	101	69,2	
Actividad física	Adecuado	30	28,8	42	28,8	0,989
	Inadecuado	74	71,2	104	71,2	
Relaciones interpersonales	Adecuado	77	74	78	53,4	0,001
	Inadecuado	27	26	68	46,6	
Manejo del estrés	Adecuado	72	69,2	70	47,9	0,001
	Inadecuado	32	30,8	76	52,1	
Responsabilidad en salud	Adecuado	76	73,1	67	45,9	0,000
	Inadecuado	28	26,9	79	54,1	

Me= Media aritmética; DS= Desviación estándar

**Tabla 3. Análisis multivariado según la adherencia al tratamiento en pacientes hipertensos.**

Variables		Análisis bivariado			Análisis multivariado		
		RPc	IC 95%	p-valor	RPa	IC 95%	p-valor
Sexo	Femenino	1	(Referencia)		1	(Referencia)	
	Masculino	1,43	(1,07-1,92)	0,016	1,23	(0,94-1,63)	0,128
Edad	(años)	0,98	(0,96-1,00)	0,069	0,99	(0,97-1,01)	0,658
Estado civil	Casado/conviviente	1	(Referencia)		1	(Referencia)	
	Soltero/viudo/divorciado	1,33	(0,97-1,82)	0,072	1,13	(0,85-1,49)	0,375
Lugar de procedencia	San Miguel, Arica	1	(Referencia)		1	(Referencia)	
	Virgen del Carmen La Era, Lima	0,93	(0,69-1,27)	0,677	0,78	(0,56-1,07)	0,130
Estilo de vida	Adecuado	1	(Referencia)		1	(Referencia)	
	Inadecuado	2,10	(1,56-2,84)	0,000	1,09	(0,69-1,71)	0,704
Nutrición	Adecuado	1	(Referencia)		1	(Referencia)	
	Inadecuado	1,92	(1,42-2,59)	0,000	1,56	(1,14-2,14)	0,005
Actividad física	Adecuado	1	(Referencia)		1	(Referencia)	
	Inadecuado	1	(0,72-1,38)	0,989	0,93	(0,63-1,39)	0,758
Relaciones interpersonales	Adecuado	1	(Referencia)		1	(Referencia)	
	Inadecuado	1,74	(1,22-2,49)	0,002	1,58	(1,05-2,36)	0,026
Manejo del estrés	Adecuado	1	(Referencia)		1	(Referencia)	
	Inadecuado	1,71	(1,22-2,38)	0,002	1,22	(0,84-1,78)	0,285
Responsabilidad en salud	Adecuado	1	(Referencia)		1	(Referencia)	
	Inadecuado	2,03	(1,42-2,89)	0,000	1,54	(1,02-2,30)	0,036

RPc, razón de prevalencia crudo para análisis de regresión de Poisson con varianza robusta

RPa, razón de prevalencia ajustado para análisis de regresión de Poisson con varianza robusta para todas las variables incluidas. \* Significación estadística p <0.05

La hipertensión arterial es una de las principales causas de muerte en diferentes países del mundo, el presente trabajo constituye un avance en el conocimiento de la realidad problemática. El estilo de vida está relacionado con la adherencia al tratamiento antihipertensivo en las dimensiones nutrición, relaciones interpersonales y responsabilidad con la salud. Lo que constituye un riesgo para mejorar la adherencia al tratamiento antihipertensivo. En un estudio realizado en Bogotá conformado por 242 participantes de la Fundación Hospital San Carlos reportaron que el 68.6% son no adherentes y 81.6% tenían hipertensión arterial. Respecto a la edad 28.10% adultos y 71.90% adultos mayores<sup>17</sup>. Similar resultado se evidenció en la región del Biobío en Chile donde se realizó un estudio con 300 pacientes hipertensos adultos mayores, ingresados al Programa Cardiovascular de Atención Primaria de Cabrero y se identificó que el 62,1% clasifican como no adherentes al tratamiento antihipertensivo<sup>18</sup>. De la misma manera en un estudio realizado en La Habana, Cuba en pacientes mayores de 60 años la no adherencia fue de 41.6%<sup>19</sup>. En el presente estudio, el promedio de edad de los pacientes no adherentes es 74.2 años, evidenciando que generalmente a mayor edad, se presenta menor adherencia al tratamiento antihipertensivo.

En el presente estudio se encontró mayor adherencia al tratamiento antihipertensivo en mujeres con 53.8%. Similar situación se encontró en Ecuador donde se observó mayor prevalencia de adherencia en mujeres que en hombres con una relación 2:1<sup>20</sup>. Los resultados del estudio RENATA-2 que se llevó a cabo en 25 ciudades de la República Argentina, evidencian que la Presión Arterial Sistólica aumentó con la edad en hombres y mujeres, pero fue significativamente mayor en los hombres. La prevalencia de HTA aumentó con la edad, 77,4% en  $\geq 65$  años, siendo mayor en hombres que en mujeres<sup>21</sup>.

En Cumbe, Ecuador, el estatus marital ha sido relacionado con la presencia de hipertensión arterial, debido a que sus resultados indicaron que el ser casado fue un importante predictor de esta patología vascular. Se reportó que el 70.1% tienen algún tipo de hipertensión arterial (pre HTA, HTA conocida y nuevos diagnósticos de HTA)<sup>22</sup>. No obstante en un estudio realizado en Katmandú, Nepal con 587 participantes, donde se evidenció una mayor prevalencia de HTA en separados y viudos con 50%<sup>23</sup>. En el presente estudio casados y convivientes con hipertensión arterial no tienen adherencia al tratamiento antihipertensivo (52.7%), lo que indica que el estado civil está relacionado con la presencia de HTA.

El estado civil y los resultados relacionados con la salud y las enfermedades crónicas entre los adultos mayores en India sugiere que, para las mujeres, la viudez (a diferencia de estar casado) puede ser un factor de riesgo para la autoevaluación salud, malestar psicológico y capacidad cognitiva reducida, además de ser diagnosticado con hipertensión<sup>24</sup>.

Estudios demuestran que la adherencia es en realidad mejor en pacientes de 65 a 80 años en comparación con pacientes

hipertensos más jóvenes (<50 años). Sin embargo, en pacientes de avanzada edad (>80 años) sí aumenta la prevalencia de incumplimiento. En este grupo de pacientes, existen factores de riesgo específicos para la no adherencia como la capacidad cognitiva, la depresión y las creencias de salud, además de los factores de riesgo clásicos para la no adherencia<sup>25</sup>. En la ciudad de México se elaboró un análisis, con la participación de 322 hipertensos, de entre 20 y 69 años, donde el 59% del total fueron parcialmente adherentes<sup>26</sup>.

En el Centro de Salud Familiar en Chile se demostró que el paciente es adherente al tratamiento antihipertensivo cuando tiene autoeficacia en el manejo y control de su enfermedad y cuando presenta bajos niveles de stress y cuenta con adecuadas estrategias de afrontamiento<sup>27</sup>. En un trabajo realizado a 2577 personas con HTA en Irán, se mostró que la prevalencia de un buen estilo de vida entre los pacientes con HTA controlada es significativamente mayor que aquellos que no controlaron su hipertensión. Adicionalmente, se encontró que no hay diferencia significativa en el caso de controlar hipertensión y adherencia a un estilo de vida saludable<sup>28</sup>. En el presente estudio se encontró que las dimensiones nutrición, relaciones interpersonales y responsabilidad con la salud del estilo de vida, tienen relación con la adherencia al tratamiento antihipertensivo.

Por otra parte, en una investigación en China, de 488 participantes hipertensos se reveló que la adherencia al tratamiento entre los pacientes hipertensos fue deficiente<sup>29</sup>. De igual manera, los resultados obtenidos en un anterior estudio en Irán con población muestran de 280 personas muestran que el cumplimiento de los antihipertensivos no es satisfactorio entre los pacientes hipertensos, además de que la mitad de los pacientes tenían presión arterial descontrolada que estaba en relación directa con la mala adherencia a los medicamentos. La buena adherencia a los antihipertensivos es un factor clave para lograr un control adecuado de la PA en pacientes hipertensos<sup>30</sup>.

La adherencia subóptima, que incluye no iniciar la farmacoterapia, tomar los medicamentos con la frecuencia prescrita y persistir en la terapia a largo plazo, es un factor bien reconocido que contribuye al mal control de la presión arterial en la hipertensión. El equipo de atención médica puede tomar varias medidas para mejorar la adherencia del paciente a través de la toma de decisiones sobre el manejo, asegurando que los pacientes comprendan la gravedad y las consecuencias de su enfermedad y los beneficios del tratamiento y el control, facilitando el autocontrol de la PA con relevo y asesoramiento, prescripción de medicamentos económicos y efectivos, y seguimiento frecuente de pacientes con hipertensión no controlada<sup>31</sup>.

Respecto a la relación entre la adherencia al tratamiento y las escalas de calidad de vida, en todos los casos las correlaciones fueron estadísticamente significativas, de manera que, a mayor adherencia, mayor calidad de vida<sup>32</sup>. De la misma manera, en el Municipio de Santa Clara en Cuba, se evidenció que los factores de riesgo que más afectan a la comunidad de los hipertensos son el tabaquismo seguido por la obesidad y el sedentarismo<sup>33</sup>.

La adherencia es un problema generalizado en condiciones crónicas como la hipertensión. La adherencia y la modificación del estilo de vida son una medida inseparable y, como tal, se debe aumentar la conciencia pública sobre la modificación del estilo de vida y se debe enfatizar la importancia de la adherencia<sup>34</sup>, por lo que se debe educar a la población especialmente a las personas en los entornos rurales y pueblos en desarrollo, mejorando su conciencia pública del problema.

El presente estudio tiene un significado para la salud pública, dado que la HTA es una de las enfermedades silenciosas que traen diferentes complicaciones. Los resultados evidencian que aún existen altas cifras con respecto a la no adherencia al tratamiento antihipertensivo. La baja adherencia al tratamiento antihipertensivo y la alta prevalencia de HTA refleja la necesidad urgente de tomar acciones sobre la población en riesgo, fortaleciendo el sector de atención primaria de salud para tener cambios positivos en la atención de salud.

## Conclusiones

Los pacientes hipertensos del estudio fueron en su mayoría varones y la edad promedio fue de 72,73 años. A su vez, el sexo femenino y los que viven en una relación de pareja demostraron ser más adherentes al tratamiento antihipertensivo y se evidencian que la mayoría de los pobladores que presentan un estilo de vida adecuado evidenciaron ser adherentes al tratamiento antihipertensivo. Por último, en relación con las variables, las únicas que tuvieron relación significativa con la adherencia al tratamiento antihipertensivo fueron las dimensiones nutrición, relaciones interpersonales y responsabilidad en salud de los estilos de vida. No se encontró relación estadística significativa entre adherencia al tratamiento antihipertensivo y actividad física y manejo del stress.

## Referencias

1. Instituto Nacional de Estadística e Informática. Perú: Enfermedades No Transmisibles y Transmisibles. 2019. Disponible en: [https://www.inei.gob.pe/media/MenuRecursivo/publicaciones\\_digitales/Est/Lib1657/libro.pdf](https://www.inei.gob.pe/media/MenuRecursivo/publicaciones_digitales/Est/Lib1657/libro.pdf)
2. Instituto nacional de estadística e Informática. Produciendo estadísticas para el desarrollo del Perú. Lima; 2018. Disponible en: <http://m.inei.gob.pe/media/MenuRecursivo/noticias/nota-de-prensa-no-089-2018-inei.pdf>
3. Ruiz E. Factores de riesgo cardiovascular en mayores de 80 años. *Horiz Med (Barcelona)*. 2015;15(3):26–33. Disponible en: <http://www.scielo.org.pe/pdf/hm/v15n3/a05v15n3.pdf>
4. Bravo P, Dois A. Conflicto decisional en personas con diabetes mellitus e hipertensión arterial usuarias del nivel primario de atención de salud de Chile. *Rev Med Chile*. 2018;146:1–8. Disponible en: <https://scielo.conicyt.cl/pdf/rmc/v146n11/0717-6163-rmc-146-11-1286.pdf>
5. Herrera P, Pacheco J, Valenzuela G, Málaga G. Self-knowledge, adherence to treatment, and control of arterial hypertension in Peru: A narrative review. *Rev Peru Med Exp Salud Publica*. 2017;34(3):497–504. Disponible en: <http://www.scielo.org.pe/pdf/rins/v34n3/a17v34n3.pdf>
6. Instituto Nacional de Estadística - Chile. Síntesis resultados Censo 2017. 2018. Disponible en: <https://www.censo2017.cl/descargas/home/sintesis-de-resultados-censo2017.pdf>
7. Valencia F, Mendoza S, Luengo L. Evaluación de la escala Morisky de adherencia a la medicación (mmas-8) en adultos mayores de un centro de atención primaria en Chile. *Rev Peru Med Exp Salud Publica*. 2017;34(2):245–9. Disponible en: <https://www.scielo.org/article/rpmesp/2017.v34n2/245-249/>
8. Pomares Avalos A. Adherencia terapéutica en pacientes con hipertensión arterial. *Rev Finlay*. 2017;7(2):81–8. Disponible en: <http://www.revfinlay.sld.cu/index.php/finlay/article/view/476/1574>
9. Rojas Z, Morales S. Adherencia farmacológica al tratamiento antihipertensivo: ¿un reto o una realidad? *Rev Colomb Enfermería*. 2015;9(9):133–41. Disponible en: <https://revistacolombianadeenfermeria.unbosque.edu.co/article/view/573/166>
10. González R, Milián R. Estilos de vida, hipertensión arterial y obesidad en adolescentes. *Rev Cubana Pediatr*. 2015;87(3):273–84. Disponible en: <http://scielo.sld.cu/pdf/pep/v87n3/pep03315.pdf>
11. Calderón Dávila M, Ginez Muñico M. Estilo de vida y su relación con el riesgo de desarrollar Diabetes Mellitus tipo 2 en adultos del Asentamiento Humano San Francisco de Ñaña, 2019. [Lima] Tesis de pre grado. Universidad Peruana Unión; 2019. Disponible en: [https://repositorio.upeu.edu.pe/bitstream/handle/UPEU/1636/Miguel\\_Tesis\\_Licenciatura\\_2019.pdf?sequence=1&isAllowed=y](https://repositorio.upeu.edu.pe/bitstream/handle/UPEU/1636/Miguel_Tesis_Licenciatura_2019.pdf?sequence=1&isAllowed=y)
12. Ministerio de Salud. Encuesta Nacional de Salud ENS Chile 2009-2010. Vol. 1, Gobierno de Chile. Chile; 2010. 778 p.
13. Antúnez F. Estilos de vida y su relación con los niveles de tensión arterial en personas con diagnóstico de Hipertensión Arterial del Hospital Santa Isabel, El Porvenir - Trujillo, 2017. Tesis de pre grado. Universidad Cesar Vallejo; 2017. Disponible en: [http://repositorio.ucv.edu.pe/bitstream/handle/20.500.12692/25439/antunez\\_rf.pdf?sequence=1&isAllowed=y](http://repositorio.ucv.edu.pe/bitstream/handle/20.500.12692/25439/antunez_rf.pdf?sequence=1&isAllowed=y)
14. Espinoza M. Validación de un cuestionario para medir el estilo de vida de los estudiantes Universitarios en el marco de la teoría de Nola Pender (EVEU). *Rev Torreón Univ*. 2019;7(19):38–49. Disponible en: <https://doi.org/10.5377/torreon.v7i19.7909>
15. Pagès N, Valverde M. Métodos para medir la adherencia terapéutica. *Ars Pharm*. 2018;59(3):163–72. Disponible en: <http://scielo.iscii.es/pdf/ars/v59n3/2340-9894-ars-59-03-163.pdf>
16. Lozada L. Determinantes sociodemográficos y culturales asociados a la relación entre el funcionamiento familiar y la adherencia al tratamiento de la diabetes. Hospital Provincial Docente Belén de Lambayeque, 2017. Escuela de Posgrado de la Universidad Cesar Vallejo; 2017. Tesis de maestría. Disponible en: [http://repositorio.ucv.edu.pe/bitstream/handle/20.500.12692/17741/lozada\\_rl.pdf?sequence=1&isAllowed=y](http://repositorio.ucv.edu.pe/bitstream/handle/20.500.12692/17741/lozada_rl.pdf?sequence=1&isAllowed=y)
17. Guarín G, Pinilla A. Adherencia al tratamiento antihipertensivo y su relación con la calidad de vida en pacientes de dos hospitales de Bogotá, D.C. 2013-2014. *Rev Fac Med*. 2016;64(4):651–7. Disponible en: <http://www.scielo.org.co/pdf/rfmun/v64n4/0120-0011-rfmun-64-04-00651>
18. Valencia Monsalvez F. Evaluation of Morisky medication adherence scale (MMAS-8) in older adults of a primary health care center in Chile. *Rev Peru Med Exp Salud Publica*. 2017;34(2):245–9. Disponible en: <http://www.scielo.org.pe/pdf/rins/v34n2/a12v34n2.pdf>
19. López S, Chávez R. Adherencia al tratamiento antihipertensivo en pacientes mayores de 60 años. *Rev Habanera Ciencias Médicas*. 2016;15(1):40–50. Disponible en: <http://scielo.sld.cu/pdf/rhcm/v15n1/rhcm06116.pdf>

20. Orellana D, Chacón K, Quizhpi J, Álvarez M. Estudio Transversal: Prevalencia de Hipertensión Arterial, Falta de Adherencia al Tratamiento y Factores Asociados en Pacientes de los Hospitales José Carrasco Arteaga y Vicente Corral Moscoso. *Rev Médica HJCA*. 2016;8(3):252–8. Disponible en: <http://revistamedicahjca.iess.gob.ec/ojs/index.php/HJCA/article/view/245/231>
21. Delucchi A, Majul C, Vicario A, Cerezo G, Fábregues G. Registro Nacional de Hipertensión Arterial. Características epidemiológicas de la hipertensión arterial en Argentina. *Estudio RENATA 2*. *Rev Fed Arg Cardiol*. 2017;46(2):91–5. Disponible en: [http://www.corazoncerebro.com.ar/wp-content/uploads/2017/12/2017\\_RENATA\\_2.pdf](http://www.corazoncerebro.com.ar/wp-content/uploads/2017/12/2017_RENATA_2.pdf)
22. Rina M, Valmore M, Lozada J, Palacios J, Torres MG, Carvajal J, et al. Hipertensión arterial y su comportamiento epidemiológico en la población rural de Cumbe, Ecuador. *Rev Latinoam Hipertens*. 2017;12(5):154–63. Disponible en: [http://www.revhipertension.com/rh\\_12\\_5\\_2017/2hipertension\\_arterial.pdf](http://www.revhipertension.com/rh_12_5_2017/2hipertension_arterial.pdf)
23. Dhungana RR, Pandey AR, Bista B, Joshi S, Devkota S. Prevalence and Associated Factors of Hypertension: A Community-Based Cross-Sectional Study in Municipalities of Kathmandu, Nepal. *Rev Int Hipertens*. 2016;2016:10. Disponible en: <https://www.hindawi.com/journals/ijhy/2016/1656938/>
24. Perkins J, Lee H, James K, Oh J, Krishna A, Heo J, et al. Marital status, widowhood duration, gender and health outcomes: a cross-sectional study among older adults in India. *BMC Public Health*. 2016;2016:1–12. Disponible en: <https://link.springer.com/content/pdf/10.1186/s12889-016-3682-9.pdf>
25. Burnier M, Polychronopoulou E, Wuerzner G. Hypertension and Drug Adherence in the Elderly. *Front Cardiovasc Med*. 2020;7(49):1–9. Disponible en: <https://www.frontiersin.org/articles/10.3389/fcvm.2020.00049/full#h1>
26. Maldonado F, Vázquez V, Loera J, Ortega M. Prevalence of therapeutic adherence in hypertensive patients with the use of the martin-bayarre-grau questionnaire. *Aten Fam*. 2016;23(2):48–52. Disponible en: <https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S1405887116301134>
27. Mena F, Nazar G, Mendoza S. Antecedentes de adherencia a tratamiento en pacientes hipertensos de un centro de salud chileno. *Hacia la Promoción la Salud*. 2018;23(2):67–78. Disponible en: [http://vip.ucaldas.edu.co/promocionsalud/downloads/Revista23\(2\)\\_Completa.pdf#page=67](http://vip.ucaldas.edu.co/promocionsalud/downloads/Revista23(2)_Completa.pdf#page=67)
28. Akbarpour S, Khalili D, Zeraati H, Mansournia M, Ramezankhani A, Fotouhi A. Healthy lifestyle behaviors and control of hypertension among adult hypertensive patients. *Sci Rep*. 2018;8(8508):1–9. Disponible en: <https://www.nature.com/articles/s41598-018-26823-5.pdf>
29. Pan J, Wu L, Wang H, Lei T, Hu B, Xue X, et al. Determinants of hypertension treatment adherence among a Chinese population using the therapeutic adherence scale for hypertensive patients. *Medicine (Baltimore)*. 2019;98(27):e16116. Disponible en: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC6635171/pdf/medi-98-e16116.pdf>
30. Behnood-rod A, Rabbanifar O, Pourzargar P, Rai A, Saadat Z, Saadat H, et al. Adherence to Antihypertensive Medications in Iranian Patients. *Int J Hypertens*. 2016;2016(1508752):7. Disponible en: <https://www.hindawi.com/journals/ijhy/2016/1508752/>
31. Burnier M, Egan B. Adherence in Hypertension: A Review of Prevalence, Risk Factors, Impact, and Management. *Circ Res*. 2019;124(7):1124–40. Disponible en: <https://www.ahajournals.org/doi/epub/10.1161/CIRCRESAHA.118.313220>
32. Hirschberg S, Donatti S, Rijana I, Selan V. La relación entre adherencia terapéutica y calidad de vida en la hipertensión arterial. *Rev Latinoam Cienc Psicológica*. 2014;6(2):64–70. Disponible en: <https://www.redalyc.org/pdf/3331/333133045002.pdf>
33. Cruz C, García C. Características clínico-epidemiológicas de pacientes hipertensos en un Consultorio Médico de Santa Clara. *Rev científica Estud 2 Diciembre*. 2020;3(3):89. Disponible en: <http://www.revdosdic.sld.cu/index.php/revdosdic/article/view/89/64>
34. Uwaegbulem M. Lifestyle Modification and Adherence : An Inseparable Measure in Hypertension Control. *J Adv Med Med Res*. 2017;22(3):1–21. Disponible en: <https://www.iomcworld.org/open-access/adherence-to-healthy-lifestyle-among-hypertensive-patients-in-hararregion-eastern-ethiopia-2167-1079-1000308.pdf>