



UNIVERSIDAD ACADEMIA HUMANISMO CRISTIANO
CARRERA DE ENFERMERÍA

Factores sociodemográficos asociados a la adherencia al tratamiento antihipertensivo en adultos mayores

Autoras/ es: Seguel Pozas, Jacob Bilhan
Inzunza Rodríguez, Martín Tomás
Profesor/a guía: Linares Flores, Cristian Antonio

Seminario de Grado para optar al grado de Licenciado/a en Enfermería

Santiago, año 2025

PRESENTACIÓN DEL PROBLEMA	3
PREGUNTA DE INVESTIGACIÓN	4
OBJETIVO GENERAL	4
OBJETIVOS ESPECÍFICOS	4
MARCO TEORICO	5
PRESENTACIÓN Y ANÁLISIS DE RESULTADOS	7
DISCUSIÓN	12
CONCLUSIÓN	14
BIBLIOGRAFÍA	15
ANEXOS	17

Presentación del Problema

La Hipertensión Arterial (HTA) es una de las enfermedades crónicas no transmisibles con mayor prevalencia en Chile y el mundo, siendo uno de los principales factores de riesgo cardiovascular. En la población de adultos mayores (AM), el manejo de la HTA es fundamental, pero presenta un desafío constante: la falta de adherencia al tratamiento. Las fuentes ya nos declaran al señalar que "la falta de adherencia al tratamiento es la principal causa de que no se obtengan los beneficios que los medicamentos pueden proporcionar al paciente" (Ortega et al., 2018).

El tratamiento de una enfermedad, refiriéndonos aquí a los medicamentos y el cambio de estilo de vida, tanto en lo que es la alimentación, actividad física, educación, siempre ha sido la primera acción para realizar a la hora de encontrarnos con una enfermedad ya sea la hipertensión arterial u otras patologías que prevalecen en la población chilena. En cuanto a esto la labor de enfermería se enfoca en la educación, seguimiento y un control constante con el usuario para lograr una adherencia efectiva en su proceso manteniendo los parámetros de salud estables y así prevenir futuras complicaciones, si una de estas partes falla, el usuario se verá afectado por completo en su salud, encontrando también problemas a largo y corto plazo en su deterioro de calidad de vida y las mismas hospitalizaciones provenientes de la misma problemática no tratada.

Hipertensión arterial en Chile

"En Chile, según la Encuesta Nacional de Salud 2016-2017, la prevalencia de HTA es de 27.3%, con diferencias significativas según las variables de análisis". (División De Prevención Y Control De Enfermedades, n.d.). En este grupo etario, la baja adherencia terapéutica representa un problema crítico. En Temuco, se encontró que un 58,8 % de adultos mayores presentaba baja adherencia farmacológica, asociada a limitaciones en la alfabetización en salud (Saavedra et al., 2020). En Cuba, un 62 % de adultos mayores hipertensos no eran adherentes, siendo las principales causas el olvido (48,4 %), la falta de disponibilidad de medicamentos (25,8 %) y el abandono tras alivio de síntomas (16,1 %) (Burgal-Cintra et al., 2021). Por lo que desde ya encontramos que hay múltiples variables a la hora de tener una adherencia correcta por lo que la importancia de esta problemática es de gran importancia.

Esta problemática, además de comprometer la efectividad clínica, conlleva repercusiones sociales al incrementar las complicaciones cardiovasculares, las hospitalizaciones y los costos del sistema sanitario, acentuando inequidades en el acceso y la continuidad de la

atención. Para ello, se adoptó un enfoque mixto que permitirá cuantificar la magnitud del problema y a la vez, explorar las experiencias y percepciones de los adultos mayores, integrando evidencias objetivas y subjetivas en un diagnóstico más completo. Finalmente, la encuesta se realizó a una población de adultos mayores que en total fueron 16, se les comunicó de forma online con los encuestados para que puedan realizar la encuesta vía online, toda esta investigación fue dentro de un período de 16 semanas contando desde inicio de segundo semestre del año 2025.

Las dificultades que se presentaron para nuestra investigación fue el tiempo acotado para poder hacer una investigación de carácter más amplia con posibilidad de tener más encuestados, la dificultad para encontrar una institución de salud, por lo que hicimos todo online gracias a un grupo de adultos mayores que estuvo dispuesto a participar.

PREGUNTA DE INVESTIGACIÓN

¿Cómo influyen los factores sociodemográficos en la poca adherencia al tratamiento de la hipertensión arterial en la población de adultos mayores en la región metropolitana?

Objetivo general

Analizar los factores sociodemográficos que influyen en la adherencia al tratamiento de la hipertensión arterial en adultos mayores.

Objetivos específicos

- Identificar los factores sociodemográficos y clínicos asociados a la adherencia terapéutica en adultos mayores con HTA.
- Explorar las experiencias, percepciones y barreras que presentan los adultos mayores respecto a su tratamiento antihipertensivo.
- Comparar y analizar los datos de carácter cuantitativos y cualitativos obtenidos en la encuesta
- Entender por qué se genera poca adherencia en la relación de los factores que encontremos en las respuestas de los usuarios.

MARCO TEORICO

Hipertensión arterial (HTA)

La presión arterial mide la fuerza que ejerce la sangre contra las paredes de las arterias cuando el corazón bombea. La hipertensión, o presión arterial alta, es un factor de riesgo grave para diversas afecciones, como enfermedades cardíacas, accidentes cerebrovasculares, insuficiencia renal y problemas oculares (*Presión Arterial Alta En Adultos – Hipertensión: MedlinePlus Enciclopedia Médica, s. f.*).

Como enfermedad cardiovascular crónica, la hipertensión requiere un tratamiento adecuado, lo cual es fundamental en la labor de los enfermeros. El enfoque debe centrarse en el cuidado integral del paciente, no solo a través del tratamiento médico, sino también mediante la educación, un aspecto esencial en la enfermería.

La hipertensión es un factor de riesgo cardiovascular prevalente, especialmente en países de ingresos bajos y medianos esto lo podemos ver en la cita “La adherencia se asocia a factores como la falta de recursos o estar afiliado al sistema público, la postergación del cuidado, cambios del envejecimiento y polifarmacia, creando barreras que limitan la adherencia, como el olvido o falta de recursos para pagar la medicación.” (*Brugere et al., 2020, P.114*).. Informes de la OMS y el Banco Mundial destacan que enfermedades crónicas como la hipertensión son un obstáculo para lograr un buen estado de salud (*Mello et al., 2023*). Esta prevalencia resalta la importancia de un tratamiento constante Para prevenir complicaciones futuras, especialmente en la población adulta mayor. En Chile, la desigualdad en el acceso a tratamientos adecuados aumenta la prevalencia de la hipertensión, lo que genera disparidades en los cuidados y un mayor riesgo para quienes no reciben el tratamiento necesario.

Rango etario

El envejecimiento no solo implica la pérdida total de funciones, sino también un deterioro en la capacidad funcional del cuerpo, lo que afecta tanto a enfermedades crónicas como la diabetes mellitus y la hipertensión arterial. A medida que avanza la edad, las funciones cognitivas, como la velocidad de pensamiento, la toma de decisiones y la capacidad de atención, tienden a disminuir, lo que dificulta la adherencia al tratamiento. “Existe riesgo de no adherencia cuanto mayor es el número de fármacos prescritos, en los tratamientos cada 8 horas y no significativo en las tomas únicas” (*S & S, s. f.*)

Esto puede manifestarse en olvidos o confusión sobre los medicamentos que deben tomarse, lo que lleva a que el paciente no siga las indicaciones por temor a tomar el

medicamento equivocado. Además, el deterioro cognitivo afecta la capacidad de comprender tanto los tratamientos médicos como las recomendaciones sobre alimentación y estilo de vida.

Este deterioro cognitivo puede agravar patologías como la hipertensión arterial, como se observa en la literatura médica, que menciona que el apoyo social en el manejo de tratamientos se reduce debido a eventos como la mudanza de los hijos o el fallecimiento del cónyuge. Un grupo social es crucial para el bienestar y estabilidad del adulto mayor, y cuando sus capacidades cognitivas disminuyen, el acompañamiento se vuelve esencial para garantizar la adherencia al tratamiento y brindar soporte social. Como señala Aristóteles, el ser humano es un ser social por naturaleza, y la interacción con otros es vital para su bienestar.

Accesibilidad de recursos

El impacto del nivel socioeconómico en los adultos mayores es significativo, especialmente en la adherencia al tratamiento farmacológico. Según Bello Escamilla y Montoya Cáceres (2017), los adultos mayores que han cursado y aprobado estudios básicos tienen un riesgo 2,15 veces mayor de no adherirse a su tratamiento “La adherencia se asocia a factores como la falta de recursos o estar afiliado al sistema público, la postergación del cuidado, cambios del envejecimiento y polifarmacia, creando barreras que limitan la adherencia, como el olvido o falta de recursos para pagar la medicación.” (*Brugere et al., 2020, P.114*). Esta dificultad es aún más relevante en enfermedades crónicas como la hipertensión arterial, que requieren un manejo farmacológico riguroso. Un nivel educativo más alto facilita una mejor comprensión de las pautas de medicación, lo que mejora la adherencia. Los adultos mayores con estudios básicos enfrentan barreras educativas, por lo que se sugiere utilizar materiales educativos simples y accesibles, como folletos visuales o grabaciones de audio. Además, la cultura de salud y el autocuidado juegan un papel clave. En el artículo de Guerrero Castañeda et al. (2020) destacan que la forma en que cada individuo percibe la salud y busca mantenerla varía según sus condiciones personales, ambiente social y cosmovisión, lo que influye en su adherencia al tratamiento y la búsqueda de una “salud ideal”.

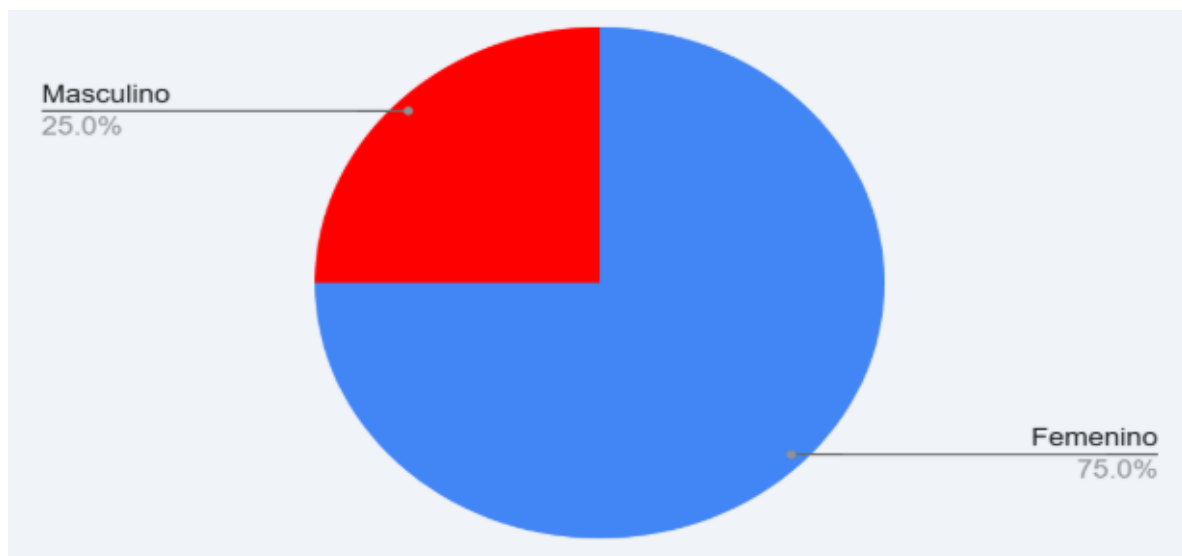
Presentación y análisis de resultados

Habiendo establecido el problema de la baja adherencia, nuestra pregunta y los objetivos de la investigación, el siguiente paso fue contrastar la teoría con la realidad. Para ello, se diseñó y aplicó un cuestionario de elaboración propia dirigido a nuestra población objetivo de estudio, que eran los adultos mayores con hipertensión arterial.

Esta recolección de datos se realizó a través de encuestas online donde se obtuvo un total de 16 muestras.

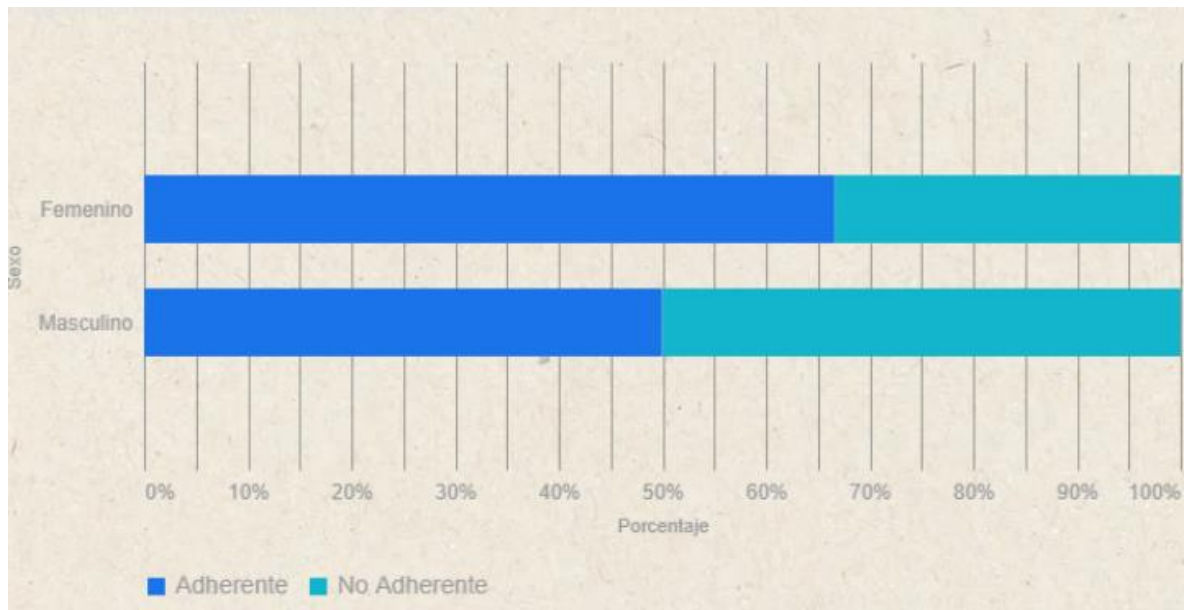
En primer lugar, se procederá a la caracterización sociodemográfica de la muestra (perfil etario, género e institucional), En segundo lugar, se cuantificará la variable dependiente el nivel de adherencia para dimensionar la magnitud del problema en el grupo estudiado, además del análisis correlacional que cruzan la adherencia con los factores sociodemográficos (red de apoyo, edad).

(Gráfico 1: distribución por sexo)



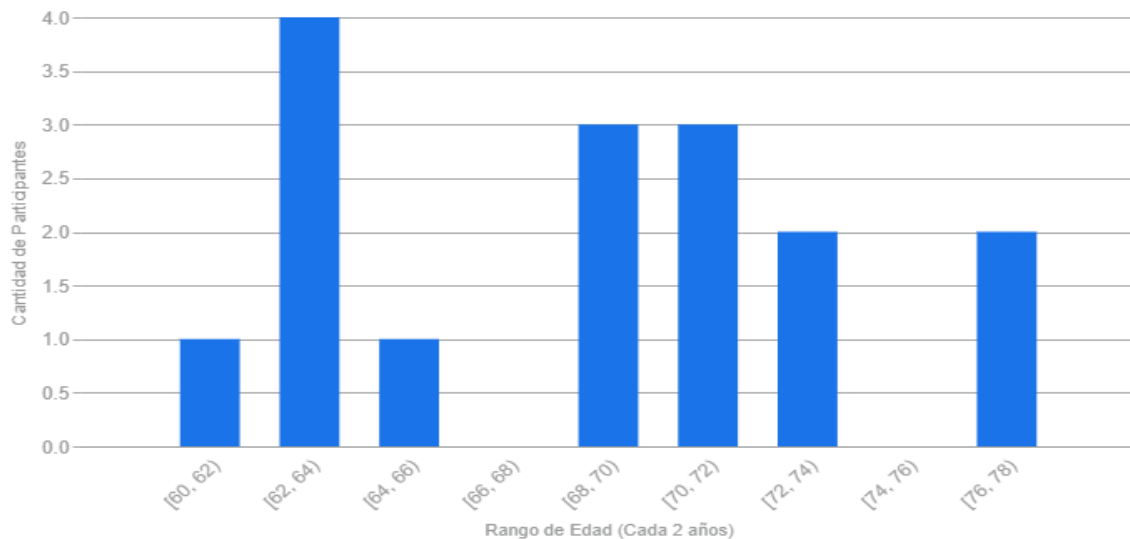
Este gráfico nos muestra la caracterización básica de las 16 personas que respondieron. Vemos que hay una mayoría clara de mujeres con un “75%” versus hombres que hubo un “25%”. La participación femenina en programas de salud suele ser mayor. No obstante, la baja representación masculina que es del 25% limita la posibilidad de realizar comparaciones de adherencia por género.

(Grafico 2: adherencia según sexo)



Al comparar por sexo, observamos que 8 mujeres estarían adheridas mientras que 4 no se encontrarían con adherencia, en cuanto a los hombres encontraríamos que 2 estarían adherentes y otros 2 en no adherencia, destacando que estadísticamente el sexo femenino tendría una mejor adherencia a comparación con el sexo masculino.

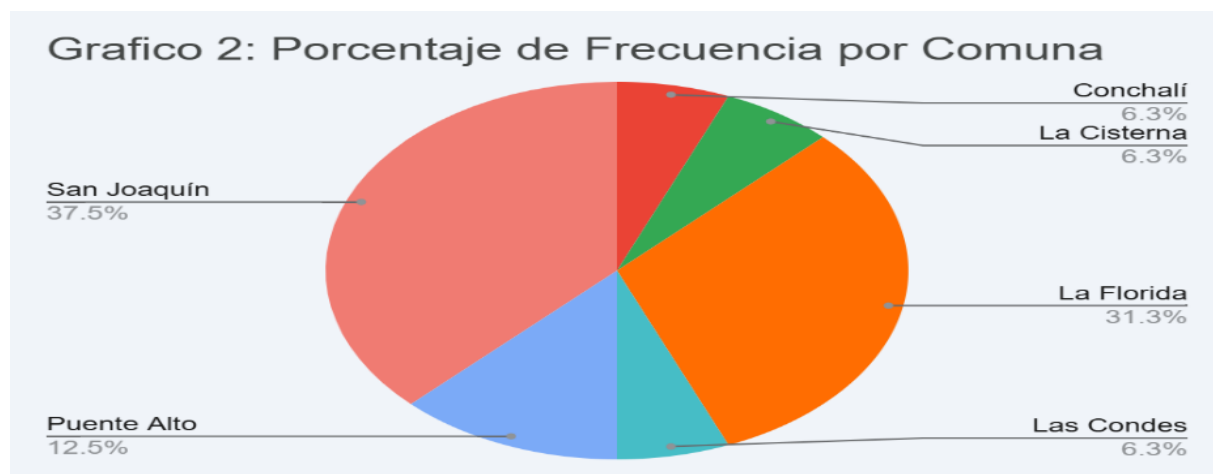
(Grafico 3: Distribución de edad, agrupada cada 2 años)



La edad promedio de la muestra fue de 68.1 años, con un rango entre 60 y 76 años. Este hallazgo es central, pues sitúa a la muestra firmemente en el "Rango etario" que definimos

como de interés. La literatura revisada ya en el marco teórico (S & S, s.f.) sugiere que el avance de la edad se asocia a factores (deterioro cognitivo, polifarmacia) que dificultan la adherencia. Este gráfico nos muestra una división de la muestra en dos subgrupos (9 participantes en la década de los 60 y 7 en la de los 70).

(Gráfico 4: Porcentaje de Frecuencia por comuna)



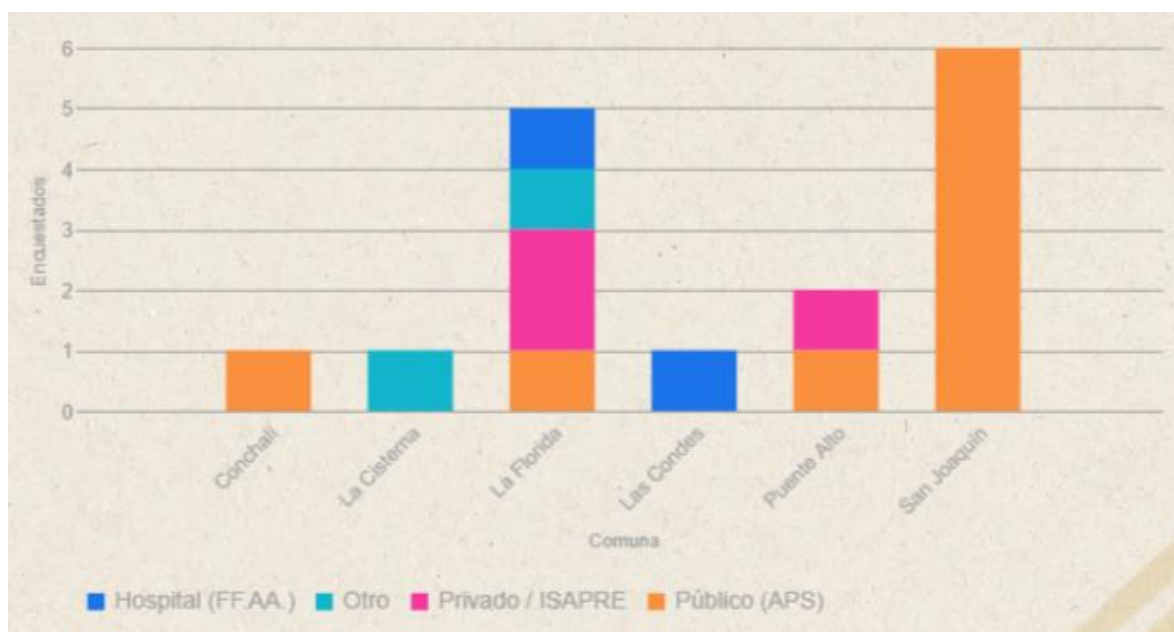
Los participantes provienen de diversas comunas de la Región Metropolitana. Sin embargo, encontramos que la mayor concentración de la muestra en las comunas de San Joaquín y (37.5%) y La Florida (31.3%)

(Tabla 1: Frecuencia de institución de salud)

Tipo de Institución	Frecuencia (N)	Porcentaje
CESFAM / CECOSF / Consultorio (Público APS)	10	62.5%
Privado / ISAPRE	3	18.8%
Hospital (FF.AA. / CAPREDENA)	2	12.5%
Otro / No especificado	1	6.2%
Total	16	100.0%

La siguiente tabla número 1 detalla la frecuencia de asistentes al sistema público (CESFAM/APS), privado (ISAPRE) y otros sistemas (FF.AA.), mostrando la composición de nuestra muestra y conocer si asisten al sistema público o privada.

(Gráfico 5: distribución de encuestados por comuna e institución pública o privada)



El gráfico de barras revela la distribución de los participantes según su comuna de residencia y el tipo de servicio de salud a la que asisten, basándose en un total de 14 encuestados. La categoría dominante es la de Público (APS) (Atención Primaria de Salud), que representa la mayor parte de la muestra con 7 personas, de las cuales 5 residen solo en la comuna de San Joaquín. La comuna de La Florida muestra la mayor variedad al distribuir sus 5 participantes entre los sistemas Público (APS), Privado/ISAPRE, Otro, y Hospital (FF.AA.). otras comunas como Conchalí, La Cisterna y Las Condes tienen solo 1 encuestado, teniendo variedad en las muestras hacia servicios como Hospital (FF.AA.), Otro y Privado/ISAPRE.

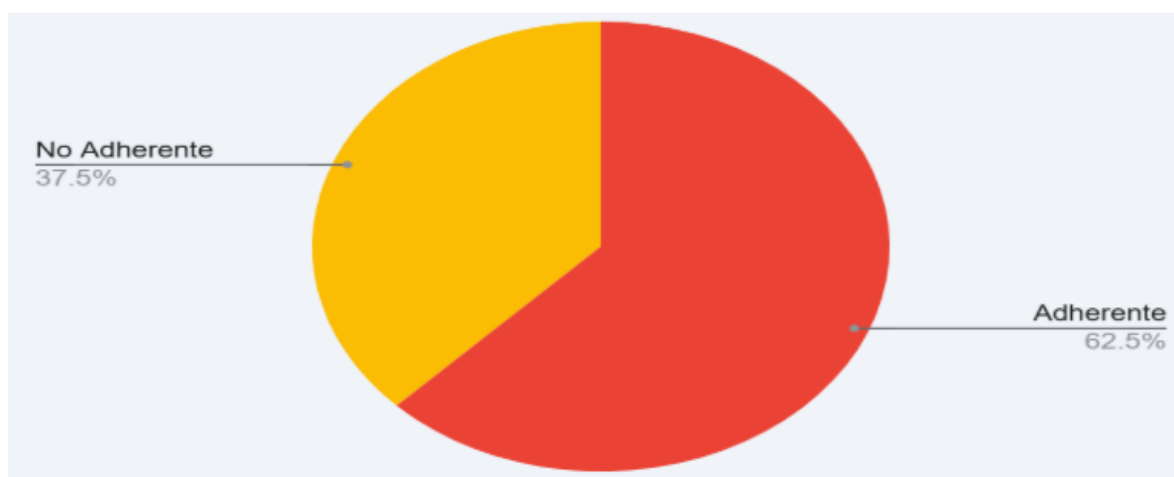
Las próximas gráficas y tablas están enfocadas en la presencia de la adherencia en el usuario, las hicimos en base a una clasificación donde un participante quedaba como "No Adherente" si reportaba cualquiera de las siguientes conductas:

- Asistir "algunas veces" o "nunca" a sus controles.
- Seguir las indicaciones médicas "pocas veces" o "nunca".
- Haber abandonado el centro de salud por decisión propia.

(Tabla 2: niveles de adherencia mediante las redes de apoyo)

Nivel de Adherencia	Recibe Ayuda: NO (14)	Recibe Ayuda: SÍ (2)
Adherente	10	0
No Adherente	4	2

(Grafico 6: Distribución de nivel de adherencia)



Se encontró que un 37.5% de la muestra que es un total de 6 usuarios, calificaron como "No Adherentes". Si bien esta cifra es menor en comparación a otras muestras más grandes a la reportada en algunos estudios de la literatura, como por ejemplo la de (Saavedra et al., 2020), sigue representando a más de un tercio de la muestra, demostrando que el problema es real y significativo en el grupo estudiado. Este cruce revela el primer hallazgo primordial del estudio, que gira en base a las redes de apoyo que tengan los usuarios y si estos mismos estuviesen con una adherencia correcta o no en su tratamiento, pero los datos nos hablan de que hay usuarios que, aunque tengan ayuda.

(Tabla 3: Nivel de adherencia mediante edad)

Nivel de Adherencia	Grupo 60-69 años (9)	Grupo 70-79 años (7)
Adherente	5	5
No Adherente	4	2

Este es uno de los datos paradójico de la investigación ya que, en nuestro marco teórico, según otras investigaciones se sugería que, a mayor edad, mayor dificultad de adherencia (S & S, s.f.). Pero en los datos recopilados nos mostraron lo contrario, porque el grupo etario más joven (60-69 años) presentó una tasa de no adherencia más alta de un (44.4%) que el grupo mayor (28.5%). La hipótesis que concluimos es que el grupo de 60-69 años aún puede estar en una fase de negación de la enfermedad o laboralmente activo y que mantenga su tratamiento un segundo plano, mientras que el grupo mayor de 70 ya ha internalizado la cronicidad de su patología.

Discusión

En cuanto a la accesibilidad de los usuarios: El marco teórico identificó fuertemente los factores como la ("falta de recursos") y el nivel educativo como barreras clave para la adherencia (Brugere et al., 2020). El hecho de que el 100% de la muestra reportara 0% de problemas en acceso a fármacos y 0% en comprensión es una divergencia clara entre estos datos. Esto se puede atribuir a un sesgo de deseabilidad social. Sin embargo, el dato respecto a las instituciones nos da una nueva perspectiva que es la "falta de recursos", que es una barrera clave en el sistema público. El hecho de que el 37.5% de nuestra muestra pertenezca a sistemas privados (ISAPRE) o de FF.AA. (CAPREDENA) puede explicar en parte la baja percepción de barreras de acceso, ya que estos sistemas que son de carácter privado suelen tener mejor disponibilidad de fármacos.

En nuestro marco teórico, se planteó que un "grupo social es crucial para el bienestar" y se esperaba que el apoyo familiar fuese un factor protector. Los datos muestran que entre los que no reciben ayuda hay 4 que no estarían adheridos correctamente en su tratamiento, lo cual era esperable debido a las faltas de redes de apoyo, pero también encontramos que entre los participantes que, si reciben ayuda, fueron clasificados como no adherentes. La interpretación preliminar no es que la ayuda cause la no adherencia, sino que hay una variable detrás de esta misma que puede ser la cantidad de ayuda que pueda tener la persona o la disposición de los que estén detrás de la misma, lo cual al verlo de una mirada de enfermería nos preocupa que a pesar de contar con redes de apoyo se puedan encontrar estas situaciones.

Ahora en cuanto al grupo etario de 60-69 años, si bien cumple el criterio cronológico de "adulto mayor", puede encontrarse en una etapa psicosocial diferente, ya que según nuestros datos y tabla que hicimos, es mayor la cantidad de usuarios no adherentes en diferencia con la de 70-79 años. Es posible que este grupo aún mantenga roles laborales

activos, lo que interfiere directamente con la logística del tratamiento (horarios de medicación, asistencia a controles en horario hábil). Sumado a esto, podrían estar en una fase de negación o subestimación de la severidad de la HTA, una patología a menudo asintomática, percibiéndose a sí mismos como "demasiado jóvenes" para tener una condición tan crónica.

Por el contrario, el grupo de 70-79 años, con un promedio de diagnóstico probablemente más antiguo, podría haber superado la fase de negación.

En esta etapa, es más probable que hayan internalizado la cronicidad de su condición. Su rutina diaria, ahora más alejada de las obligaciones laborales, puede estructurarse más fácilmente en torno al autocuidado y el régimen terapéutico.

Opiniones de los encuestados

1. Barrera Dominante: Disponibilidad de horas y acceso

La categoría con mayor saturación (6 menciones) no se relacionó con aspectos clínicos ni financieros, sino con la **gestión de la demanda**. Los usuarios describen el proceso de obtención de horas médicas como un obstáculo estructural ("trabas", "demora"). Para el paciente adulto mayor, la dificultad para concretar una hora de control o renovación de receta se traduce en una interrupción forzada del tratamiento.

2. Barrera Secundaria: Necesidad de especialistas y recursos

En segundo lugar (4 menciones), los usuarios expresaron la necesidad de contar con "más especialistas y recursos". El usuario hipertenso percibe que la atención recibida en el centro de salud puede ser insuficiente para la complejidad de su patología, anhelando la visión del subespecialista (cardiólogo/internista). Esta percepción puede disminuir la adherencia al control regular con el equipo de cabecera, ya que el paciente siente que dicha atención "no es suficiente".

3. Barrera Terciaria: Calidad del trato y Educación

Aunque con menor frecuencia (3 menciones), la calidad del trato y la educación surgieron como factores condicionantes. Los relatos vinculan la adherencia a la empatía del profesional y a la claridad de la información recibida sobre la enfermedad y los fármacos. Esto subraya que la adherencia se construye sobre un vínculo de confianza; cuando el paciente percibe un trato deshumanizado o recibe indicaciones que no comprende (baja alfabetización en salud), la probabilidad de seguir el tratamiento disminuye drásticamente.

Conclusión

La presente investigación, aunque basada en una muestra piloto de 16 adultos mayores con Hipertensión Arterial (HTA), nos ha ayudado para identificar las carencias y diferencias de la población objetivo respecto a los factores sociodemográficos, presentes tales como: el rango etario, sexo, institución pública o privada y las mismas redes de apoyo que pueda tener el usuario, causando una afectación directa en la adherencia.

Asimismo las redes de apoyo nos dieron una información a destacar, ya que nos encontramos con usuarios que contaban con el apoyo pero que aun así no tenían una adherencia correcta a su tratamiento por lo que es una gran causalidad a poder seguir desarrollando ya que uno pensaría que mientras más apoyo uno pueda tener mejor es el beneficio para la persona pero nuestros hallazgos fueron lo contrario y recibir ayuda familiar se asoció con la no adherencia (actuando como un marcador de fragilidad), demostrando que el rol futuro de enfermería debe incluir la evaluación de la idoneidad y la capacitación de los cuidadores, cercanos o familiares que acaben siendo la red de apoyo para una persona y saber que si le está entregando una ayuda en lo que sería ahora una mejora en su adherencia al tratamiento.

Repasando cada información que logramos obtener creemos que es necesario pasar a un modelo que realmente acompañe al paciente según su realidad social. En la práctica, esto significa que cuando hagamos un control, no nos limitemos solo a tomar la presión o revisar los exámenes. Tenemos que ser capaces de "detectar a tiempo" al adulto mayor de 60 a 69 años que al menos por nuestros datos se encontraría con una mala adherencia y disminuirla. Con este grupo, la solución no es regalarles un pastillero, sino sentarse o tomarse un momento para conocer más de la persona en lo posible y encontrar las brechas sociodemográficas que puedan estar afectando.

Si vimos que los usuarios reclaman por las "trabas" y la falta de horas, nosotros tenemos que actuar como un puente y promover la adherencia en los usuarios.

solo si entendemos la adherencia como algo que depende de la vida que lleva el paciente (sus tiempos, sus preocupaciones) y no solo de su voluntad, podremos mejorar estas cifras. El desafío para nosotros es dejar de etiquetar al paciente como "irresponsable" cuando no cumple, y empezar a verlo como una persona que quizás tiene una vida complicada y que necesita de nuestra ayuda para poder ordenarse y cuidarse mejor.

Bibliografía

- Bello Escamilla, N. S., & Montoya Cáceres, M. A. (2017). Factores socioeconómicos y adherencia al tratamiento farmacológico en adultos mayores. *Revista de Enfermería del Instituto Mexicano del Seguro Social*, 25(4), 263-270.
- Briones, A., Wong, L., Flores, D., Guzman, M., Castellanos, M., & Albavera, C. (2022). Falta de adherencia farmacológica y factores asociados en pacientes mexicanos con diabetes mellitus tipo 2. *Revista médica de Chile*, 150(8), 1105-1113. <http://dx.doi.org/10.4067/S0034-98872022000801105>
 - Brugere, D., Galarce, D., Gallegos, I., Hazín, C., & Rojas, J. (2020). Nivel de adherencia farmacológica en adultos mayores de 60 años con patología HTA-DM: Una revisión bibliográfica. *Revista Confluencia*, 3(2), 114–119.
 - Burgal-Cintra, C. J., Pérez-Bichor, A., & Ortega-López, I. L. (2021). Caracterización de la adherencia terapéutica en adultos mayores hipertensos. *Revista médica electrónica*, 43(6), 1606–1616.
 - Bustamante, M., Rojas, D., Rojo, J., Soto, C., & Zagal, M. (2021). Factores relacionados con la adherencia al tratamiento farmacológico en adultos mayores de un centro de salud familiar de la VI región. *Centro de investigación del cuidado, Universidad Católica del Maule*.
 - División de Prevención y Control de Enfermedades. (s.f.). DIPRECE. Ministerio de Salud, Gobierno de Chile. Recuperado el 27 de octubre de 2025, de <https://diprece.minsal.cl/>
 - Juan, O. C. J., Diana, S. H., et al. (s.f.). Adherencia terapéutica: un problema de atención médica. [Manuscrito no publicado o documento de origen no identificado].
 - Lagos, M. E., Salazar, A., & Sáez, K. (2018). Perfil de usuarios con diabetes e hipertensión arterial y su relación con indicadores de resultado clínicos. *Revista Chilena de Cardiología*, 37(3), 161-169.
 - Martín-Baeza, L. F. S., & Leiva-Caro, J. A. (2020). Relación entre salud cognitiva y adherencia farmacológica en adultos mayores con diabetes mellitus tipo 2. *Gerokomos*, 31(1), 15–19.
 - MedlinePlus. (s. f.). Presión arterial alta en adultos - hipertensión. Enciclopedia médica MedlinePlus. Recuperado el 27 de octubre de 2025, de <https://medlineplus.gov/spanish/ency/article/000468.htm>
 - Ortega, J. J., Sanches, D., Rodríguez, O. A., & Ortega, J. M. (2018, septiembre). Adherencia terapéutica: un problema de atención médica.

- Recalde Mello, L., Argüello Batista, V., Acosta, J., Aldana, G., Almirón, A., Álvarez, K., Álvarez, V., Aquino, M., Arrúa, A., Artecona, M., Ayala, V., Azuaga, K., Balbuena, V., & Bareiro, B. (2023). Adherencia al tratamiento y nivel de conocimiento en adultos con hipertensión arterial, Asunción 2022. *Revista virtual de la Sociedad Paraguaya de Medicina Interna*, 10(1), 11–19.
- S, G. V., & S, G. V. (s. f.). Factores de riesgo de no adherencia al tratamiento en pacientes mayores de un núcleo rural.
- Saavedra, C. S. F., Hernández, T. F. O., Delgado, V. F., Sanhueza, P., & Candia, J. (2020). Alfabetización en salud y adherencia farmacológica en adultos mayores con enfermedades crónicas, de la ciudad de Temuco. *Revista Médica de Chile*, 148(5), 653-656
- *Observatorio del envejecimiento*. (s/f). Observatorioenvejecimiento.uc.cl. Recuperado el 28 de noviembre de 2025.
- Colegio de Enfermeras de Chile A.G. (2020). Código de Ética del Colegio de Enfermeras de Chile. Santiago, Chile.

Anexos

Aplicación metodológica

Se optó por consolidar un enfoque mayormente cuantitativo, centrado en un diseño descriptivo-correlacional de corte transversal ya que este ajuste permitió focalizar los esfuerzos en la medición de los factores sociodemográficos y su relación con la adherencia, respondiendo así al objetivo general de nuestra pregunta de investigación, aun así, al ser un enfoque mixto, con las respuestas descriptivas de la muestra también se puede relacionar calidad del servicio con su adherencia.

La población objetivo se mantuvo coherente con lo declarado: adultos mayores de 60 años con diagnóstico de HTA. La técnica de recolección fue la encuesta, aplicada mediante un muestreo no probabilístico por conveniencia de manera online. Se logró obtener una muestra piloto de un total de (16) participantes que cumplieron con los criterios de inclusión, reclutados mediante la difusión de un cuestionario digital.

El instrumento utilizado fue un cuestionario de elaboración propia. Este se diseñó para medir las variables sociodemográficas centrales de nuestro marco teórico, tales como el Rango Etario (medido en años), el Sexo, la Comuna de residencia y el Tipo de Institución de salud (Público/Privado/Otro), este último como un indicador indirecto del perfil socioeconómico. Para lograr una variable dependiente, la adherencia terapéutica, Para la formulación de estas preguntas, se tomaron como base conceptual las dimensiones clave de escalas validadas internacionalmente, como la prueba de Morisky-Green, adaptando sus constructos (ej. seguimiento riguroso de indicaciones, olvido o abandono voluntario del tratamiento) a preguntas cerradas que permitieran clasificar al participante como "Adherente" o "No Adherente".

Consideraciones éticas

Se utilizó el consentimiento informado digital (Pregunta 1 de la encuesta), donde se detallaba el objetivo del estudio, el uso de los datos ("estrictamente educativo e informativo") y la garantía de anonimato. Todos los 16 participantes aceptaron este consentimiento antes de proceder. Finalmente, los datos recolectados fueron procesados en Microsoft Excel, donde se realizó una limpieza ética, con tal de asegurarnos de que ningún participante respondiera con algún dato extra que rompiera con su anonimato, para luego ser analizados mediante estadística descriptiva (frecuencias, porcentajes, promedios), para posteriormente pasarlos a tablas o gráficos, como los mostrados anteriormente. Además de guiarnos por el código de ética del colegio de enfermeras.

Respuesta de los usuarios mediante a la calidad de la atención

Categoría Emergente	Frecuencia (N)	Citas Textuales Representativas (Respuestas de los Usuarios)
1. Disponibilidad de Horas y Acceso	6	<ul style="list-style-type: none"> • <i>"Que entreguen hora de atención cuando se pida en lugar de poner trabas."</i> • <i>"Mayor frecuencia de disponibilidad de horas de atención."</i> • <i>"Que no se demoren tanto en dar hora."</i> • <i>"Más facilidad para dar las horas médicas, encuentro que son muy distante de un control a otro."</i> • <i>"Tener más horas médicas."</i> • <i>"Que sean responsables en los horarios de atención."</i>
2. Necesidad de Especialistas y Recursos	4	<ul style="list-style-type: none"> • <i>"Quizás conseguir horas con especialistas sin tener que ver primero un médico de medicina general..."</i> • <i>"Mayores recursos y médicos especialistas."</i> • <i>"Especialistas."</i> • <i>"Mejor y mayor cantidad de profesionales..."</i>
3. Calidad del Trato y Educación	3	<ul style="list-style-type: none"> • <i>"A veces no todo el personal es amable."</i> • <i>"Mejorar la empatía."</i> • <i>"Tienen que informar a la gente... enseñar cuáles son las complicaciones... también informar cuáles son las contraindicaciones."</i>
4. Responsabilidad Individual y Satisfacción	3	<ul style="list-style-type: none"> • <i>"No [tengo recomendaciones], solo es responsabilidad propia el cuidarse."</i> • <i>"He tenido muy buena experiencia con mi centro de salud."</i> • <i>"Todo está bien hasta ahora."</i>

TOTAL	16	<i>100% de la Muestra</i>
--------------	-----------	---------------------------