



Factores Determinantes de la No Adherencia al Tratamiento Farmacológico en Pacientes con Hipertensión Arterial o Diabetes Mellitus

Determining Factors of Non-Adherence to Pharmacological Treatment in Patients with Arterial Hypertension or Diabetes Mellitus

GERARDO J. PARRA JAIMES^{1*}, LESBIA MURO^{2**}

Resumen

Este estudio observacional de corte transversal tuvo como objetivo investigar la prevalencia y los factores socioeconómicos, psicológicos y clínicos que inciden en la adherencia al tratamiento farmacológico en pacientes con hipertensión arterial o diabetes mellitus en Caracas, Venezuela. Se llevó a cabo con una muestra de 411 participantes, seleccionados mediante muestreo aleatorio estratificado. La adherencia se evaluó utilizando la Prueba de Morisky-Green-Levine y el Cuestionario SMAQ. Los datos se recogieron a través de un cuestionario estructurado, aplicado de forma presencial y virtual. Los hallazgos principales revelaron que el 89,54% de los participantes fueron clasificados como no adherentes según la Prueba de Morisky-Green-Levine, y el 63,50% según el SMAQ. Entre los aspectos nuevos e importantes del estudio, se identificó que la menor adherencia se asociaba significativamente con una edad inferior a 50 años, la polimedición y una baja percepción de la gravedad de la enfermedad. Resulta crucial que, a pesar de que una gran mayoría (66,65%) percibía su enfermedad como grave, esta conciencia no siempre se traducía en una adherencia óptima al tratamiento. Además, se observó que la omisión de dosis era frecuente, especialmente durante los fines de semana (30% de los participantes olvidaron tomar la medicación durante el fin de semana según SMAQ).

Palabras clave: Adherencia, hipertensión arterial, diabetes mellitus, factores socioeconómicos, Morisky-Green-Levine, SMAQ

Abstract

This cross-sectional observational study aimed to investigate the prevalence and the socioeconomic, psychological, and clinical factors influencing adherence to pharmacological treatment among patients diagnosed with hypertension or diabetes mellitus in Caracas, Venezuela. The study was conducted with a sample of 411 participants selected through stratified random sampling. Adherence was assessed using the Morisky-Green-Levine Test and the SMAQ Questionnaire. Data was collected through a structured survey administered both in person and virtually. The main findings revealed that 89.54% of participants were classified as non-adherent according to the Morisky-Green-Levine Test, and 63.50% according to the SMAQ. Among the novel and relevant contributions of this study, lower adherence was significantly associated with being under 50 years of age, undergoing polypharmacy, and having a low perception of disease severity. Notably, although a large majority (66.65%) perceived their condition as severe, this awareness did not always translate into optimal treatment adherence. Additionally, missed doses were frequently reported, especially during weekends—30% of participants acknowledged forgetting to take their medication during the weekend, according to SMAQ data.

Keywords: Patient Compliance, Hypertension, Diabetes Mellitus, Socioeconomic Factors, Morisky-Green-Levine Test, SMAQ

*Mención Sanitario-Asistencial, Facultad de Farmacia, Universidad Central de Venezuela. **Coordinadora de la Mención Sanitario-Asistencial, Facultad de Farmacia, Universidad Central de Venezuela. Caracas-Venezuela. Correspondencia: parragerardo1493@gmail.com

Orcid: ¹[0009-0004-7615-4791](https://orcid.org/0009-0004-7615-4791)

²[0009-0005-5128-4079](https://orcid.org/0009-0005-5128-4079)

DOI: [10.54305/RFFUCV.2025.88.2.10](https://doi.org/10.54305/RFFUCV.2025.88.2.10)

Disponible: http://saber.ucv.ve/ojs/index.php/rev_ff

Recepción: 12/08/2025

Aprobación: 01/11/2025

Rev. Fac. Farmacia 88(2): 261-275. 2025

Introducción

Entre 1990 y 2019, la cantidad de personas con hipertensión arterial, definida como una presión arterial igual o superior a 140/90 mmHg o que usan tratamiento antihipertensivo, se duplicó a nivel mundial, pasando de 650 millones a 1.300 millones. La falta de un diagnóstico adecuado es un problema persistente, con casi la mitad de las personas afectadas sin saber que padecen esta condición, lo que aumenta significativamente el riesgo de enfermedades cardíacas, cerebrales y renales. En marzo de 2023, la Organización Mundial de la Salud (OMS) publicó estadísticas actualizadas que evidencian la magnitud del problema, donde se estima que hay 1.280 millones de adultos entre 30 y 79 años con hipertensión, el 46% de los afectados desconoce su diagnóstico, apenas el 42% ha sido diagnosticado y se encuentra bajo tratamiento médico, solo el 21% tiene la afección controlada. Además, la OMS está trabajando para reducir la prevalencia mundial de la hipertensión en un 25% para 2030 en comparación con los niveles de 2010, ya que es una causa principal de muerte prematura y está relacionada con enfermedades cardiovasculares y renales. Para lograrlo, se promueven políticas que incluyan la reducción del consumo de sal, una dieta saludable rica en frutas y verduras, el mantenimiento de un peso corporal saludable y la actividad física regular (OPS, 2023).

En Venezuela, el Observatorio de Riesgo en Salud de la Dirección de Medicina Comunitaria y Programas Sociales del Centro Médico Docente La Trinidad, realizó un estudio en Caracas, Maracaibo y Valencia, evaluando aproximadamente 900 personas. A partir de una combinación de preguntas y

estudios clínicos, los resultados mostraron que del total de hipertensos encontrados, 17% desconocían padecer esta condición, mientras que 32% afirmó no encontrarse bajo tratamiento médico, reflejando brechas significativas en el acceso al diagnóstico y seguimiento clínico. Por su parte, 50,7% de quienes sí declararon recibir tratamiento farmacológico persistían en rango de hipertensión arterial; es decir, no se encontraban efectivamente controlados (Santorufo, 2015). En 2019, el estudio EVESCAM reportó que la prevalencia de hipertensión en Venezuela alcanzaba el 60,4%, según los criterios de la *American Heart Association* (AHA) y el *American College of Cardiology* (ACC) establecidos en 2017 (González-Rivas y col., 2019). Este valor supera ampliamente las cifras mundiales, lo que evidencia un problema de salud pública de alto impacto en el país. La Organización Mundial de la Salud (OMS) ha publicado su primer informe sobre los efectos devastadores a escala mundial de la hipertensión arterial, que incluye además recomendaciones sobre cómo vencer a este asesino silencioso. Según el informe, aproximadamente cuatro de cada cinco personas con hipertensión arterial no reciben un tratamiento adecuado; con todo, si los países logran ampliar la cobertura, podrían evitarse 76 millones de muertes entre 2023 y 2050. La hipertensión arterial afecta a uno de cada tres adultos en todo el mundo. Esta afección, frecuente y mortal, causa accidentes cerebrovasculares, infartos de miocardio, insuficiencia cardíaca, daños renales y muchos otros problemas de salud.

diarias relacionadas directamente con la hipertensión no controlada (<https://www.who.int/es/news/item/19-09-2023-first-who-report-details-devastating-impact-of-hypertension-and-ways-to-stop-it>). Por último, según el más reciente Informe de la OMS sobre hipertensión, la prevalencia en la población adulta venezolana se ubica en 39% (40% en hombres y 39% en mujeres), superando el promedio global, lo que refuerza la necesidad de implementar estrategias integrales de prevención, diagnóstico oportuno, control terapéutico y educación comunitaria en salud cardiovascular (Espinosa García y col., 2012).

La diabetes es un problema de salud mundial en rápida expansión, con cifras que se cuadruplicaron entre 1990 y 2022, alcanzando los 828 millones de casos, y se espera que la tendencia continúe. Para abordar esto, es crucial el diagnóstico temprano, la adopción de un estilo de vida saludable y el acceso universal a tratamientos asequibles, lo que requiere una acción global y políticas efectivas, según la Federación Internacional de Diabetes y la Organización Panamericana de la Salud (OPS), quien reportó 589 millones de casos mundiales, y se proyecta que aumenten a 52 millones en Sudamérica y Centroamérica para 2050 (OMS, 2024). La diabetes es una enfermedad crónica grave y una de las principales causas de muerte a nivel mundial, responsable de más de dos millones de muertes en 2021 y de un 11% de los fallecimientos cardiovasculares a causa de la hiperglucemia, reafirmando su impacto multisistémico. El diagnóstico temprano, un estilo de vida saludable (ejercicio y dieta) y el acceso a tratamientos son cruciales para prevenir sus complicaciones, que incluyen daños a los ojos, riñones, corazón, nervios y vasos sanguíneos, aumentando el riesgo

de infartos, accidentes cerebrovasculares y amputaciones. En 2021, la diabetes y la nefropatía diabética fueron responsables de más de dos millones de muertes en todo el mundo (OMS, 2024).

El impacto de la diabetes en Venezuela comenzó a evidenciarse con fuerza desde mediados de los años 1990, cuando esta enfermedad pasó a ocupar de forma sostenida uno de los seis primeros puestos como causa de muerte nacional (Nieto-Martínez y col., 2018). Durante el periodo 1996–2007, representó el 5,6% de la mortalidad general, y la tasa de defunción por diabetes aumentó de 14,0 en 1990 a 28,5 por cada 100.000 habitantes en 2007. En 2010, se estimó que entre el 5,1% y el 6,0% de la población adulta padecía diabetes tipo 2, lo que correspondía aproximadamente a 1.470.500 – 1.730.000 personas. Según las cifras más recientes disponibles (2024), Venezuela cuenta con una población adulta estimada de 18.511.100 personas, de las cuales el 8,6% vive con diabetes, lo que equivale a 1.580.700 casos. Este incremento refleja una tendencia ascendente sostenida, en consonancia con el comportamiento epidemiológico global (International Diabetes Federation, 2025).

La OMS en el año 2003 definió la adherencia al tratamiento farmacológico como un constructo multidimensional que abarca el grado en que los pacientes cumplen con las recomendaciones de los profesionales de la salud en lo referente a la ingesta de medicamentos, la observancia de regímenes dietéticos específicos y la adopción de modificaciones en sus estilos de vida. Esta concepción integral trasciende la definición de que no es solo la toma de fármacos, reconociendo el papel activo y la participación informada del paciente en la

gestión de su propia salud (Dilla y col., 2009). La OMS subraya que una adherencia óptima constituye un factor determinante para la consecución de resultados terapéuticos exitosos, especialmente en el abordaje de enfermedades crónicas, donde el manejo a largo plazo y la constancia en el cumplimiento de las indicaciones médicas son cruciales para prevenir complicaciones y mejorar la calidad de vida.

En el contexto de la salud pública venezolana, la adherencia al tratamiento farmacológico se erige como un pilar fundamental en el manejo crónico de la hipertensión arterial (HTA) y la diabetes mellitus (DM), dos patologías que presentan una elevada prevalencia y generan un impacto significativo en la morbilidad, la mortalidad y los costos asociados a la atención sanitaria (Ministerio del Poder Popular para la Salud. (2023). *Anuario Estadístico de Salud 2022*. Caracas, Venezuela). La HTA, caracterizada por la elevación persistente de la presión arterial, y la DM, marcada por la hiperglucemia crónica debido a deficiencias en la secreción o acción de la insulina, son condiciones que requieren un abordaje terapéutico continuo y un compromiso activo por parte del paciente para lograr un control adecuado y minimizar el riesgo de complicaciones cardiovasculares, renales, neurológicas y oftalmológicas, entre otras.

A pesar de la existencia de guías clínicas basadas en la evidencia y la disponibilidad de una amplia gama de opciones terapéuticas farmacológicas y no farmacológicas, la no adherencia al tratamiento representa un desafío complejo y multifactorial que compromete seriamente la efectividad de las intervenciones médicas y dificulta el logro de un control metabólico óptimo en

los pacientes con HTA y DM en Venezuela (Haynes y col., 2008). Eso se destaca en un estudio reciente para determinar la adherencia al tratamiento farmacológico y no farmacológico de hipertensión arterial en pacientes entre 30 a 85 años que acudieron a la consulta externa en dos centros de salud del estado Mérida, en 2024. Se observó predominio de sexo femenino (64,86%), el nivel educativo de bachiller (32,43%), mientras que el 21,62% contaba con educación universitaria. Asimismo, el rango de edad con mayor predominio fue el comprendido entre 41-60 años, representado por el 51,35%. Esto indica que la no adherencia al tratamiento tanto farmacológico como no farmacológico en la hipertensión arterial representa un problema de salud pública, demostrando el poco éxito en el control de la hipertensión arterial, considerada como un factor de riesgo para el desarrollo de otras entidades como el síndrome coronario, la enfermedad cerebrovascular, entre otros. Igualmente, se asocia con aumento de ingreso hospitalario, costos sanitarios, morbimortalidad y compromete la calidad de vida de los pacientes (Rangel y Sosa, 2025). Esta falta de cumplimiento se manifiesta en diversas formas, incluyendo la omisión de dosis, la alteración de la frecuencia o el horario de la medicación, la interrupción prematura del tratamiento o la falta de seguimiento de las recomendaciones dietéticas y de actividad física. Las consecuencias de la no adherencia son significativas, ya que se asocian con un peor control de la enfermedad, un aumento en la incidencia de complicaciones agudas y crónicas, una mayor utilización de los servicios de salud y, en última instancia, pueden causar un incremento en la mortalidad (Rojano Rada y col., 2016; Enríquez González y col., 2022).

Los desafíos que plantea la alta prevalencia de estas enfermedades crónicas en nuestro país son importantes para profundizar en los factores que afectan el cumplimiento terapéutico. Analizar la adherencia al tratamiento farmacológico permite identificar barreras y oportunidades que afectan directamente a los resultados clínicos, la calidad de vida de los pacientes y la eficiencia de los planes y políticas de salud pública orientadas al control de la hipertensión arterial y la diabetes mellitus. Por ello se planteó como objetivo del presente estudio evaluar la prevalencia y los factores socioeconómicos, psicológicos y clínicos que influyen en la adherencia al tratamiento farmacológico en pacientes diagnosticados con hipertensión arterial y diabetes mellitus. Para eso se procedió a 1. Determinar la prevalencia de no adherencia al tratamiento farmacológico en una muestra representativa de pacientes con hipertensión arterial y diabetes mellitus; 2. Analizar la asociación de factores socioeconómicos y la adherencia al tratamiento farmacológico en las patologías indicadas; 3. Examinar la asociación entre variables demográficas y la adherencia al tratamiento farmacológico; 4. Analizar la asociación de factores psicológicos y clínicos en la adherencia al tratamiento farmacológico; 5. Determinar por regresión logística o análisis multivariado el peso diferencial de los factores socioeconómicos, demográficos, psicológicos y clínicos en la no adherencia al tratamiento farmacológico en pacientes con hipertensión arterial y diabetes mellitus.

Materiales y Métodos

DISEÑO DEL ESTUDIO

Se llevó a cabo un estudio observacional de corte transversal, adecuado para estimar

la prevalencia de la adherencia al tratamiento farmacológico en pacientes con hipertensión arterial y diabetes mellitus. Este diseño permitió identificar posibles asociaciones entre la falta de adherencia y diversos factores como el socioeconómico, el demográfico, el psicológico y el clínico, a través de la recopilación de datos en un momento determinado. La naturaleza no experimental del enfoque favoreció el análisis de patrones conductuales y contextuales vinculados al cumplimiento terapéutico.

La población estuvo conformada por pacientes diagnosticados con hipertensión arterial y/o con diabetes mellitus que se atienden en instituciones públicas y privadas de salud, que van a solicitar sus medicamentos en distintas farmacias públicas o privadas.

Criterios de Inclusión: Los pacientes fueron mayores de 18 años con diagnóstico confirmado de hipertensión arterial y/o con diabetes mellitus. Dichos pacientes debían tener al menos una prescripción del tratamiento farmacológico para su condición durante al menos 6 meses previos al estudio. La participación fue voluntaria luego de firmar el consentimiento informado del estudio, garantizando los principios éticos de confidencialidad.

Criterios de Exclusión: Se excluyeron aquellos pacientes que presentaran menos de 6 meses de tratamiento farmacológico, así como los que presentaran deterioro cognitivo o trastornos mentales que limitaran la comprensión y respuesta al cuestionario aplicado. También fueron excluidos quienes no pudieran comunicarse adecuadamente en idioma español y aquellos que se encontraban bajo diagnóstico de enfermedades terminales.

Se estimó un tamaño muestral de 400 participantes, basado en el cálculo para estudios de prevalencia, con los siguientes parámetros: una potencia estadística del 80%, un nivel de significancia del 5%, una prevalencia esperada de no adherencia del 50% y un margen de error aceptable del 5%.

La fórmula utilizada fue la correspondiente al cálculo de tamaño de muestra para estudios de prevalencia:

$$n = (Z^2 * P * (1-P)) / E^2$$

Donde:

n = tamaño de la muestra

Z = valor Z correspondiente al nivel de confianza deseado (1.96 para un nivel de confianza del 95%)

P = prevalencia estimada de no adherencia

E = margen de error deseado

Se realizó un muestreo aleatorio estratificado, diseñado para garantizar la representatividad de distintos grupos poblacionales que podrían influir en la adherencia terapéutica. Los estratos se establecieron según variables sociodemográficas relevantes, tales como: nivel educativo, nivel socioeconómico, nivel de ingresos y tipo de institución sanitaria donde recibe atención.

La adherencia al tratamiento farmacológico se evaluó utilizando una combinación de los siguientes instrumentos para obtener una visión más completa (Rodríguez Chamorro y col., 2008):

La Prueba de Morisky-Green-Levine (1986) (Escala de 4 ítems): Este cuestionario autoadministrado es ampliamente utilizado

por su simplicidad y validado para medir la adherencia a la medicación. Consta de cuatro preguntas dicotómicas ("sí" o "no") que exploran aspectos clave del comportamiento del paciente. Las respuestas afirmativas de la pregunta 1, 3 y 4 se contabiliza como un punto. La respuesta negativa de la pregunta 2 se contabiliza como un punto. En esta prueba se considera no adherente a quienes obtengan una puntuación igual o mayor a 1 punto.

Cuestionario SMAQ (Simplified Medication Adherence Questionnaire) (The Medication Adherence Questionnaire): Es un cuestionario breve y sencillo que evalúa el recuerdo de la toma de medicación y la modificación de la dosis por el paciente. Incluye seis preguntas que combinan respuestas dicotómicas y abiertas, evaluando no solo el olvido o la interrupción voluntaria del tratamiento, sino también la adherencia durante los fines de semana y la frecuencia de toma de la medicación en la última semana. Se considera que el paciente no es adherente si responde una o varias de las preguntas cualitativas de la siguiente forma: en la 1, sí; en la 2, no; en la 3, sí; y en la 4, sí. Tampoco es adherente si en la pregunta 5 responde C, D o E; o si en la pregunta 6 responde más de 2 días (Knobel y col., 2002).

Este cuestionario tiene la ventaja de que la pregunta 5 puede usarse como semicuantitativa ya que asigna un porcentaje de adherencia terapéutica a cada respuesta: A equivale a una adherencia del 95-100%; B, del 85-94%; C, del 65-84%; D, del 30-64%; y E, inferior al 30%. Se consideró paciente no adherente aquel que sea clasificado como no adherente en al menos uno de los instrumentos utilizados.

Recolección de Datos

INSTRUMENTO DE RECOLECCIÓN DE DATOS:

Se diseñó un cuestionario estructurado dividido en secciones que permitieron recopilar información relevante sobre los factores que influyen en la adherencia al tratamiento farmacológico. Las dimensiones incluidas fueron:

Variables socioeconómicas: Nivel educativo, Nivel de ingresos y lugar de residencia

Variables demográficas: Edad, sexo, estado civil y número de integrantes del hogar

Variables Psicológicas: Creencias sobre la enfermedad: como la percepción de gravedad, susceptibilidad, beneficios del tratamiento; religión, relación médico-paciente (satisfacción con la comunicación, confianza en el médico).

Variables Clínicas: Comorbilidades, tiempo del diagnóstico de hipertensión y diabetes, posología del tratamiento (cantidad de medicamentos y frecuencia de administración), efectos secundarios percibidos de la medicación.

Característica de aplicación y alcance geográfico: El cuestionario se aplicó de forma presencial (física) y virtual (formulario digital) para facilitar el acceso y adaptarse a las condiciones del entorno. Las encuestas fueron realizadas en distintas zonas del área metropolitana de Caracas, permitiendo una representación amplia de distintos estratos sociales.

Análisis de Datos

Para el procesamiento de los datos se emplearon medidas de tendencia central y medidas de dispersión, con el objetivo de caracterizar cuantitativamente las variables sociodemográficas, clínicas y psicológicas de los participantes. Los datos fueron organizados en tablas dinámicas y matrices de codificación elaboradas en Microsoft Excel, facilitando la sistematización y el cálculo automático.

Posteriormente, se realizaron pruebas de significancia estadística para explorar posibles asociaciones entre las variables independientes y el nivel de adherencia terapéutica. Se consideraron pruebas de correlación, Chi-Cuadrado y regresión simple o multivariada según la naturaleza de los datos. Para ello se utilizó el software EPIDAT versión 3.1, desarrollado por la Dirección General de Salud Pública de Galicia y la OPS. Se estableció un nivel de significancia estadística de $p < 0,05$, considerado como criterio para determinar la existencia de asociación significativa entre las variables analizadas.

Consideraciones Éticas

Se garantizó la confidencialidad absoluta y el anonimato de los datos proporcionados por los participantes, mediante estrategias que impiden la identificación directa o indirecta de los individuos. No se solicitó información personal sensible, y todos los registros fueron codificados para uso exclusivo en el análisis estadístico. Antes de su incorporación, cada participante

recibió información clara y suficiente sobre los objetivos, procedimientos y alcances del estudio. Se explicaron los aspectos relacionados con el manejo de datos, la protección de la privacidad y el uso responsable de la información. La participación fue voluntaria, formalizada mediante la firma de un consentimiento informado por escrito o la aceptación del mismo de manera virtual.

Resultados

La Tabla I indica que la muestra ($n=411$) presenta una distribución etaria centrada en adultos mayores, con una media de edad de 59,83 años y predominio de los grupos entre 50 y 79 años (73,96%). El género femenino predomina con un 63,02%. En cuanto al nivel educativo, el 60,83% posee formación superior (técnico, universitario o postgrado), mientras que el 39,17% tiene formación básica (primaria o secundaria). Respecto a los ingresos mensuales, el 39,42% prefirió no responder, y entre quienes lo hicieron, el 60,58% reporta ingresos iguales o inferiores a 300 USD.

El perfil clínico (Tabla II) está dominado por hipertensión arterial (73,24%), con 26,76% que también presenta diabetes mellitus, sola o combinada. Se observa comorbilidad frecuente como hipotiroidismo, migraña, gastritis, enfermedades cardiovasculares, en 17,52% de los casos. El régimen terapéutico es complejo en 35% de los participantes (3 o más fármacos diarios), y el 31,14% requiere administración tres veces al día. No se reportan efectos secundarios en el 92,2%.

Las percepciones personales (Tabla III) evidencian disonancia: aunque el 66,65%

Tabla I.
Características Demográficas y
Socioeconómicas

Edad	n= 411	Media 59,83 años
20 a 29 años	1	0,24%
30 a 39 años	4	0,97%
40 a 49 años	93	22,63%
50 a 59 años	104	25,30%
60 a 69 años	106	25,79%
70 a 79 años	94	22,87%
80 años y mas	9	2,19%
Género		
Femenino	259	63,02%
Masculino	152	36,98%
Nivel Educativo		
Primaria	60	14,60%
Secundaria	101	24,57%
Técnico/ Tecnológico	71	17,28%
Universitaria	166	40,39%
Postgrado	13	3,16%
Ingresos Mensuales		
$\leq \$300$ USD	150	36,49%
\$301-\$700 USD	90	21,90%
$> \$700$ USD	9	2,19%
Prefirió no responder	162	39,42%

Tabla II.
Variables Clínicas

Hipertensión Arterial	301	73,24%
Diabetes Mellitus	78	18,98%
Ambas	32	7,78%
Tiempo de Diagnóstico		
Hipertensión Arterial	1-35 años	(Media 17 años)
Diabetes Mellitus	1-30 años	(Media 11 años)
Co-Morbilidades Frecuentes		
Hipotiroidismo	22	5,35%
Migraña	13	3,16%
Gastritis	20	4,87%
Artritis/ Osteoporosis	8	1,95%
Enfermedades cardiovasculares	9	2,19%
Tratamiento		
1 -2 fármacos/ Dia	267	65%
3-4 fármacos/ Dia	136	33,09%
5 fármacos/ Dia	8	1,91%
Frecuencia 1-2 veces/ Dia	282	68,61%
Frecuencia 3 veces/ Dia	128	31,14%
Efectos Secundarios		
No Reporta	379	92,20%
Si Reporta	32	7,80%

percibe su enfermedad como grave o muy grave, el 19,95% considera poco o nada probable desarrollar complicaciones

como ACV, infarto o daño renal. Esta subestimación del riesgo puede afectar directamente la adherencia. A pesar de ello, el 83,94% confía en que su tratamiento ayuda bastante o muchísimo. Y la mayoría (65,69%) confía en el médico tratante (Tabla IV).

Tabla III.
Percepciones y Actitudes Propias

Gravedad Percibida de la Enfermedad		
Muy Grave	138	33,56%
Grave	136	33,09%
Moderadamente o Poco Grave	133	32,35%
Nada Grave	4	1%
Riesgo de Complicaciones (ACV, infartos, Daño renal)		
Muy Probable	114	27,74%
Probable	108	26,27%
Moderadamente Probable	107	26,03%
Poco o Nada Probable	82	19,95%
Confianza del Tratamiento		
Ayuda Muchísimo/ Bastante	345	83,94%
Ayuda Moderadamente	63	15,32%
Ayuda Poco	3	0,74%
Influencia de Creencia Religiosa		
Si, de forma positiva	191	46,47%
No Influyen	215	52,31%

Tabla IV.
Relación con el Médico

Satisfacción con el Médico		
Muy Satisfecho	136	33,09%
Satisfecho	142	34,55%
Moderadamente o Poco Satisfecho	133	32,36%
Confianza con el Médico		
Mucha/Bastante	270	65,69%
Moderada	127	30,90%
Poca	14	3,41%

La adherencia terapéutica muestra patrones preocupantes (Tabla V y VI). Según la prueba SMAQ, el 44,28% de los participantes olvidó tomar la medicación alguna vez, el 16,30% la ha suspendido al sentirse bien y el 10,22% omitió más de tres dosis en la última semana. Además, el 11,68% (suma de quienes omiten entre 6 y 30 dosis en tres meses) presenta adherencia críticamente baja. Según la escala Morisky-Green-Levine, el 89,54% fue clasificado como no adherente (Tabla V). Solo el 36,50% se considera adherente mediante el SMAQ (Tablas VI y VII).

El análisis de las correlaciones de los datos (Tabla VIII) muestra que, en la población evaluada, se observó que una menor adherencia al tratamiento está asociada con una edad menor a 50 años, la toma de 3 o más fármacos por día, una percepción de baja gravedad de la enfermedad y la limitada o baja confianza en el tratamiento o médico en el tratamiento/médico. Sin embargo, también se encontró que una mayor adherencia al tratamiento se asocia con la satisfacción de explicaciones

Tabla V.
Prueba de Moris-Green-Levine

	SI	NO
1. ¿Se olvida alguna vez de tomar sus medicamentos?	182 44,28%	229 55,72%
2. ¿Toma sus medicamentos a la hora indicada?	219 53,28%	192 46,72%
3. ¿Cuándo se encuentra bien ¿Deja alguna vez de tomar sus medicamentos?	67 16,30%	344 83,70%
4. Si alguna vez se siente mal ¿Deja de tomar sus medicamentos?	62 15,09	349 84,91%

médicas recibidas y con una percepción de alto riesgo de complicaciones de la enfermedad.

En relación al acceso a la salud, un 50% de los participantes usa el sistema de salud privado, un 36,5% usa el sistema público y el 14,5% combina ambo, sin embargo, no se observó diferencia significativa en la adherencia según el tipo de institución. En relación con el acceso a servicios de salud, el 60 % de los participantes manifestó utilizar instituciones privadas, el 30 % accede al sistema público, y el 10 % combina ambas modalidades. No obstante, no se identificaron diferencias significativas en los niveles de adherencia según el tipo de institución sanitaria, lo que apunta a la predominancia de factores individuales sobre los estructurales en este aspecto.

Además, entre los hallazgos significativos de esta investigación se obtuvo que la edad avanzada está correlacionada con una mayor adherencia al tratamiento ($\rho=0,42$;

Tabla VI.
Cuestionario Simple de Adherencia a la Medicación (SMAQ)

	SI	NO
1. ¿Alguna vez olvida tomar su medicación?	202 49,15%	209 50,85%
2. ¿Toma siempre sus medicamentos a la hora indicada?	217 52,80%	194 47,20%
3. ¿Alguna vez deja de tomar sus medicamentos Si se Siente mal?	64 15,57%	347 84,43%
4. ¿Olvidó tomar su medicación durante el fin de semana?	125 30,41%	286 69,59%
5. En la última semana, ¿cuántas veces no tomó alguna dosis?	Ninguna 1-2 veces Mas de 3 veces	239 (58,15%) 130 (31,63%) 42 (10,22%)
6. En los últimos tres meses, ¿cuántas veces no tomó alguna dosis?	Ninguna 1-2 veces 3-5 veces 6-30 veces	105 (25,55%) 258 (62,77%) 23 (5,60%) 25 (6,08%)

Tabla VII.
Comparación de Adherencia
Moris-Green-Levine Vs. SMAQ

	Adherente	No Adherente
Prueba de Moris- Green- Levine	43 10,46%	368 89,54%
SMAQ	150 36,50%	261 63,50%

$p<0,001$) y mayor percepción de gravedad ($\rho=0,19$, $p=0,032$). La polimedición reduce la adherencia al tratamiento independientemente de la confianza que el paciente tenga en el médico ($\rho=-0,38$, $p<0,001$). Finalmente, la percepción de la gravedad de la enfermedad influye más en la adherencia al tratamiento ($\rho=0,31$) que la confianza en el médico ($\rho=0,27$).

Discusión

La adherencia, definida como el cumplimiento del tratamiento por parte del paciente según las recomendaciones del profesional sanitario, se ve afectada por múltiples factores, incluyendo la edad del paciente y la complejidad del tratamiento prescrito. Los factores que influyen en la adherencia al tratamiento se agrupan en relacionados con el paciente (conocimientos, creencias, motivación), relacionados con el tratamiento (complejidad, efectos secundarios), relacionados con la enfermedad (gravedad, síntomas), relacionados con el equipo sanitario (comunicación, confianza) y relacionados con el sistema sociosanitario (costo, accesibilidad). Los hallazgos reflejan patrones documentados en enfermedades crónicas, donde la edad (particularmente la adolescencia) y la complejidad de los

Tabla VIII.
Correlación de Datos

Parámetros	ρ	p-valor	Interpretación
Edad vs. Adherencia	0,42	<0,001	Correlación positiva moderada
Polimedición vs. Adherencia	-0,38	<0,001	Correlación negativa moderada
Percepción gravedad vs. Adherencia	0,31	0,002	Correlación positiva débil
Confianza médica vs. Adherencia	0,27	0,008	Correlación positiva débil
Edad vs. Percepción gravedad	0,19	0,032	Correlación positiva débil
Polimedición vs. Confianza médica	-0,14	0,112	No significativa

tratamientos son barreras importantes para la adherencia terapéutica a medicamentos (Martínez-Domínguez y col., 2016). Al respecto, los estudios de Jin y col. (2018) y Polinski y col. (2016) destacan cómo la edad joven y la complejidad del régimen terapéutico actúan como barreras persistentes para la adherencia en pacientes con enfermedades crónicas. Los jóvenes con enfermedades crónicas enfrentan desafíos únicos debido a la adolescencia, un periodo de cambios biopsicosociales y de identidad, lo que complica aún más el manejo de su salud. Además, la complejidad de los regímenes de medicación puede ser un factor negativo en la adherencia; las dosis o instrucciones difíciles de seguir afectan negativamente la adherencia, subrayando la necesidad de simplificar el tratamiento y mejorar la comunicación entre pacientes y profesionales.

Entre factores relativos a conocimientos, creencias y percepciones, la falta de comprensión sobre la enfermedad y el tratamiento, así como las creencias

negativas sobre su efectividad, pueden reducir la adherencia. La motivación y autoeficacia, es decir, el nivel de interés y confianza del paciente en su capacidad para seguir el tratamiento, influyen directamente en su cumplimiento. Igualmente, factores psicológicos como el estrés, la ansiedad o la depresión pueden afectar negativamente la adherencia. Las dificultades de memoria son un factor común que puede llevar a la falta de cumplimiento (Orueta y

col., 2008). Al respecto, en el presente estudio se encontró que un 66,65% hay una desconexión entre la percepción de gravedad y el comportamiento terapéutico, lo que se percibía su enfermedad como grave, esta conciencia no siempre se traducía en una adherencia óptima al tratamiento, y aproximadamente el 16% abandona el tratamiento, lo que refleja una débil comprensión de riesgos a largo plazo, fenómeno descrito por Broadbent y col. (2011). Nuestros hallazgos describen la paradoja de un paciente que entiende la gravedad de su enfermedad, pero no logra seguir el tratamiento de manera consistente, un fenómeno común en la adherencia terapéutica. Esta falta de adherencia, a pesar de la conciencia del riesgo, se debe a una compleja interacción de factores: relacionados con el paciente (creencias, actitudes, expectativas), con la enfermedad (gravedad, cronicidad), con el tratamiento (complejidad, duración, efectos secundarios) y con el sistema de salud (falta de apoyo, capacitación del personal) (Pagès-Puigdemont y Valverde-Merino, 2025).

La falta de diferencias en adherencia por sistema de salud observada en el presente estudio contrasta con la literatura previa, como la de Kruk y col. (2018), que asocia una mejor adherencia con el sector privado, y sugiere que los hallazgos del estudio podrían deberse a diversos factores contextuales específicos, como las características de la población estudiada o la naturaleza del servicio de salud. El trabajo de Kruk y col. (2018) suele estar vinculado a la calidad de atención en sistemas de salud, especialmente en el contexto de la cobertura universal. Aunque el estudio no se centra exclusivamente en la adherencia terapéutica, sí aborda cómo la calidad percibida y la experiencia del paciente pueden influir en el uso sostenido de los servicios de salud, lo que incluye la adherencia a tratamientos. Sin embargo, Kruk y col., también advierten que el sector privado no siempre garantiza mejor calidad técnica y que la regulación y supervisión son esenciales para evitar prácticas inadecuadas. Además, el acceso al sector privado puede estar limitado por barreras económicas, lo que plantea desafíos de equidad.

La omisión de dosis durante los fines de semana de un 30%, refleja un fenómeno bien documentado en la literatura sobre adherencia: la interrupción de rutinas estructuradas, especialmente en contextos no laborales o fuera del entorno habitual. En la falta de adherencia terapéutica se destaca la alta tasa de omisión de dosis en fines de semana, que coincide con patrones de ruptura de rutinas reportados por Crawford y col. (2021). Aunque el estudio se centró en entornos clínicos con registros electrónicos de medicación, sus hallazgos son extrapolables a pacientes crónicos en seguimiento ambulatorio,

donde la rutina diaria juega un papel clave en la adherencia. Estos autores abordaron este patrón en el marco de omisiones de dosis críticas, señalando que los fines de semana presentan mayores tasas de incumplimiento debido a cambios en horarios de administración, a la reducción de supervisión profesional (en entornos hospitalarios), a la menor disponibilidad de personal o recursos y a la alteración de hábitos personales en pacientes ambulatorios.

Como se puede inferir de nuestros hallazgos, la adherencia terapéutica representa un desafío persistente en el sistema de salud venezolano, especialmente en el manejo de enfermedades crónicas como la hipertensión, diabetes y dislipidemias. A pesar del reconocimiento generalizado de la gravedad de estas patologías, múltiples estudios nacionales evidencian tasas preocupantes de abandono y omisión de tratamiento, influenciadas por factores socioeconómicos, rupturas de rutina, complejidad terapéutica y percepción limitada de riesgo a largo plazo.

La alta prevalencia de no adherencia pone de relieve la necesidad urgente de intervenciones multidimensionales. Estas deben incluir educación sanitaria, simplificación de esquemas terapéuticos, fortalecimiento del vínculo médico-paciente y políticas públicas que garanticen el acceso continuo a medicamentos esenciales. En el contexto venezolano, donde las limitaciones estructurales del sistema de salud se entrelazan con barreras individuales y comunitarias, mejorar la adherencia terapéutica no solo es una meta clínica, sino también un imperativo ético y social para reducir la carga de enfermedad y mejorar la calidad de vida de la población.

Conclusiones

Se evidenció una adherencia terapéutica subóptima, con puntos críticos centrados en la omisión de dosis (40 % semanal) y el abandono del tratamiento al sentirse bien (20 %).

Se identificaron tres factores asociados a una menor adherencia: edad inferior a 50 años, presencia de polimedición (≥ 3 fármacos diarios) y baja percepción de la gravedad de la condición clínica, con coeficientes de correlación superiores a 0,38.

Un hallazgo importante es que, aunque los pacientes reconocen la gravedad de la enfermedad, esta percepción no siempre se traduce en la adherencia al tratamiento, lo que sugiere la necesidad de reformular las estrategias educativas, transformando el conocimiento sobre el riesgo clínico en comportamientos adherentes, reforzando el vínculo entre información y continuidad en el tratamiento.

Se propone como líneas de acción prioritarias:

- Simplificar los esquemas terapéuticos para mejorar su cumplimiento.
- Crear recordatorios para la administración durante fines de semana.
- Reforzar la educación en adultos jóvenes,
- Mejorar la comunicación médico-paciente mediante explicaciones claras de beneficios y riesgos del tratamiento.

Entre las principales barreras identificadas destacan:

- Olvido frecuente de dosis, especialmente durante los fines de semana.
- Percepción baja del riesgo clínico en grupos jóvenes.
- Dificultades asociadas a la polimedición y sus implicaciones en la adherencia diaria.

Referencias Bibliográficas

- Broadbent E, Donkin L, Stroh JC. 2011. Illness and treatment perceptions are associated with adherence to medications, diet, and exercise in diabetic patients. *Diabetes Care* 34(2):338–340.
- Briceño-León R, et al. 2019. Social determinants of health and non-communicable diseases in Venezuela: a complex scenario. *Rev Panam Salud Pública* 43:e130.
- Crawford R, Jackson T, McDonald K. 2021. Time-critical dose omissions after electronic medication management implementation: A report from Victorian hospitals. Australian Commission on Safety and Quality in Health Care. Disponible en: <https://www.safetyandquality.gov.au/sites/default/files/2022-09/WPSD-2022-Time-critical-dose-omissions-after-eMM-VIC.pdf>
- Dilla T, Valladares A, Lizán L, Sacristán JA. 2009. Adherencia y persistencia terapéutica: causas, consecuencias y estrategias de mejora. *Aten Primaria* 41(6):342-8.
- Espinosa García J, Martell Claros N, Llerena Ruiz A, Fernández Bergés D. 2012. Cumplimiento farmacológico en el tratamiento de la hipertensión arterial. Revisión de los estudios publicados entre los años 1975 y 2011. *Semergen* 38:292-300.
- Enríquez González LX, Quevedo Valladares SF, Jervis Torres JR, Valdivieso Ordóñez N del C, Jaya Herrera DP, Muñoz Hualpa PN, Cango Cango CL. 2022. Adherencia al tratamiento farmacológico en pacientes hipertensos. *Revista Electrónica de Portales Médicos.com* XVII(1): 58.

- González-Rivas J, Mechanick J, Durán M, Ugel E, Marulanda M, Nieto-Martínez R. 2019. Re-Classifying Hypertension in the Venezuelan EVESCAM Database Using 2017 AHA/ACC Criteria: High Prevalence, Poor Control, and Urgent Call for Action. *Ann Glob Health* 2019;85(1):1-8.
- Haynes RB, Ackloo E, Sahota N, McDonald HP, Yao X. 2008. Interventions for enhancing medication adherence. *Cochrane Database Syst Rev* 2:CD000011.
- Jin J, Sklar G., Min Sen Oh V, Chuen Li S. 2018. Factors affecting therapeutic compliance: A review from the patient's perspective. *Therapeutics and Clinical Risk Management* 14: 1053-1064.
- Knobel H, Alonso J, Casado JL, Collazos J, González J, Ruiz I, Kindelan JM, Carmona A, Juega J, Ocampo A; GEEMA Study Group. 2002. Validation of a simplified medication adherence questionnaire in a large cohort of HIV-infected patients: the GEEMA Study. *AIDS* 16(4):605-13.
- Kruk ME, Gage AD, Arsenault, Jordan K, Leslie HH, Roder-Dewan S, Adeyi O, Barker P, Daelmans B, Doubova SV, English M, Elorrio EG, Guanais F, Gureje O, Hirschhorn, L. R, Jiang L, Kelley E, Lemango ET, Liljestrand J, Pate M. 2018. High-quality health systems in the Sustainable Development Goals era: Time for a revolution. *The Lancet Global Health* 6(11): e1196-e1252.
- Martínez-Domínguez GI, Martínez-Sánchez LM, Lopera-Valle JS, Vargas-Grisales N. 2016, La importancia de la adherencia terapéutica. *Revista Venezolana de Endocrinología y Metabolismo* 14(2):107-116.
- Ministerio del Poder Popular para la Salud. Anuario Estadístico de Salud 2022. Caracas: MPPS; 2023.
- Morisky DE, Green LW, Levine DM. 1986. Concurrent and predictive validity of a self-reported measure of medication adherence. *Med Care.* 24:67-74.
- Nieto-Martínez R, Mechanick JI, Brajkovich I, Ugel E, Risques A, Florez H, González-Rivas JP. 2018. Prevalence of diabetes in three regions of Venezuela. The VEMSOLS study results. *Prim Care Diabetes* 12(2):126-132.
- Orueta R, Toledoano P, Gómez-Calcerrada RM. 2008. Actualización en medicina de familia. Cumplimiento terapéutico. *SEMERGEN* 34(5):235-43.
- Organización Mundial de la Salud (OMS). 2003. Adherencia al tratamiento farmacológico: informe técnico. Ginebra: OMS.
- Organización Mundial de la Salud. Diabetes. Ginebra: OMS; 2024. Disponible en: (<https://news.un.org/es/story/2024/11/1534276#:~:text=Los%20casos%20de%20diabetes%20se%20cuadruplicaron%20a,1a%20Organizaci%C3%B3n%20Mundial%20de%20la%20Salud%20>)
- Organización Mundial de la Salud. Global report on hypertension: the race against a silent killer. Ginebra: OMS; 2023. Disponible en: <https://www.who.int/publications/i/item/9789240081062>
- Organización Mundial de la Salud. Hipertensión. Ginebra: OMS; 2024. Disponible en: <https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/diabetes#:~:text=En%202021%2C%20la%20diabetes%20y%20la%20nefropat%C3%ADA,11%25%20de%20los%20fallecimientos%20por%20causas%20cardiovasculares>
- Organización Mundial de la Salud. 2023. La OMS detalla, en un primer informe sobre la hipertensión arterial, los devastadores efectos de esta afección y maneras de ponerle coto. Washington, D.C.: OPS/OMS. Disponible en: <https://www.who.int/es/news/item/19-09-2023-first-who-report-details-devastating-impact-of-hypertension-and-ways-to-stop-it>
- Pagès-Puigdemont N, Valverde-Merino MI. 2018. Adherencia terapéutica: factores modificadores y estrategias de mejora. *Ars Pharm* 59(4): 251-258.
- Polinski JM, Kesselheim AS, Frolikis JP, Wescott P, Allen-Coleman C, Fischer MA. 2016. Patients' barriers to primary medication adherence: A qualitative study. *Health Education Research* 29(5):755-763.
- Rangel M, Sosa J. 2025. Adherencia al tratamiento farmacológico y no farmacológico de hipertensión arterial en dos centros de salud del estado Mérida, Venezuela, 2024. *GICOS* 10(1):91-105.
- Rodríguez Chamorro MA, García-Jiménez E, Amariles P, Rodríguez Chamorro A, Faus MJ. 2008. Revisión de tests de medición del cumplimiento terapéutico utilizados en la práctica clínica. *Atención Primaria* 40(8):413-8.
- Rojano Rada J, Storino Farina MA, Nouel A, Ayala M, Martínez K, López A, Pachano I. 2016. Adherencia al tratamiento en las enfermedades cardiovasculares: Realidad en Venezuela. *Avances Cardiol* 36(3):169-77.
- Santorufo JL. 2015. Venezuela reporta una de las prevalencias de hipertensión arterial más altas de Latinoamérica. Caracas: Centro Médico Docente La Trinidad. Disponible en: <https://www.cmdlt.edu.ve/venezuela-reporta-una-de-las-prevalencias-de-hipertension-arterial-mas-altas-de-latinoamerica/>