



UNIVERSIDAD CÉSAR VALLEJO

FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD

ESCUELA PROFESIONAL DE ENFERMERÍA

**“ADHERENCIA AL TRATAMIENTO EN PACIENTES HIPERTENSOS
QUE ACUDEN AL PUESTO DE SALUD LOS QUECHUAS -
INDEPENDENCIA, 2018”**

**TESIS PARA OBTENER EL TITULO PROFESIONAL DE:
LICENCIADA EN ENFERMERÍA**

AUTORA:

Candiotte Susanibar, Gisela Patricia

ASESORA:

Mg. Rivero Alvarez Rosario

LÍNEA DE INVESTIGACIÓN:

Enfermedades no Transmisibles

LIMA – PERÚ

2018

Página de Jurado



UNIVERSIDAD CÉSAR VALLEJO

"Año del Diálogo y Reconciliación Nacional"

DICTAMEN DE SUSTENTACIÓN DE DESARROLLO DE PROYECTO DE INVESTIGACIÓN N°182-2018-UCV-LIMA NORTE/EP-ENFERMERÍA.

El Presidente y los miembros del Jurado Evaluador, designados con Resolución Directoral N°796-2018-UCV-Lima Norte/EP-ENFERMERÍA de la Escuela Profesional de Enfermería acuerdan:

PRIMERO.- Aprobar por: **UNANIMIDAD**

El Desarrollo de Proyecto de Investigación presentada por él (la) estudiante:

CANDIOTE SUSANIBAR GISELLA

Con el Tema denominado:

**AUTOMANEJO EN ADULTOS MAYORES CON DIABETES MELLITUS TIPO II SERVICIO DE MEDICINA
CENTRO DE SALUD ENRIQUE MILLA OCHOA LIMA 2018.**

SEGUNDO.- Al culminar la sustentación, él (la) estudiante **CANDIOTE SUSANIBAR GISELLA**, obtuvo el siguiente calificativo:

NÚMERO	LETRAS	CONDICIÓN
15	QUINCE	APROBADO

Presidente : Mgr. Lucy Tani Becerra Medina

Secretario : Mgr. Aquilina Marcilla Felix

Vocal : Mgr. Rosario Rivero Alvarez

Los Olivos, 10 de diciembre de 2018



Mgr. Zora María De Los Angeles Riojas Yance
Coordinadora de la Escuela Profesional de Enfermería
Lima Norte

DEDICATORIA

A mis padres, mi padre Urbano y mi madre Isabel por el gran apoyo incondicional y por ser el principal motivo para cumplir mis objetivos, por último, a todas las personas que confiaron en mí y me apoyaron en este camino.

AGRADECIMIENTO

Manifiesto mi profundo agradecimiento en especial a la Mg. Rosario Rivero por el gran apoyo y la confianza que me brindó durante el desarrollo del presente trabajo de investigación, por guiar mis ideas y ampliar mis conocimientos para la elaboración de mi investigación. A la Universidad César Vallejo, mi Alma Máter, por mi formación durante estos años. También agradezco a todas aquellas personas que fueron partícipes e hicieron posible esta investigación.

DECLARACIÓN DE AUTENTICIDAD

Yo Gisela Patricia Candiote Susanibar, estudiante de la Escuela de Enfermería, a efecto de cumplir con las disposiciones actuales consideradas en el Reglamento de Grados y Títulos de la Universidad Cesar Vallejo, de la Facultad de Ciencias Médicas, declaro bajo juramento que todos los datos, información y documentación que acompaña al presente trabajo académico titulado: "Adherencia al tratamiento en pacientes hipertensos que acuden al Puesto de Salud Los Quechuas - Independencia, 2018", es auténtica y veraz.

Por tal motivo, acepto la responsabilidad que corresponda ante cualquier falsedad, ocultamiento u omisión tanto en los documentos como de información proporcionada por lo cual me someto a lo dispuesto en las normas académicas de la Universidad Cesar Vallejo.

Lima, diciembre del 2018



GISELA PATRICIA CANDIOTE SUSANIBAR
DNI: 71526087

RESUMEN

El incumplimiento por parte de los pacientes hipertensos al tratamiento médico incrementa el riesgo de muerte, siendo considerado un fenómeno complejo con muchas variables. La presente investigación tuvo como **OBJETIVO GENERAL:** Determinar el nivel de adherencia al tratamiento en pacientes hipertensos que acuden al Puesto de Salud Los Quechuas– Independencia, Lima - 2018. **MATERIA Y METODO:** el tipo de investigación fue básica, de nivel descriptivo, de enfoque cuantitativo; de diseño no experimental, de corte transversal. La población y muestra estuvo formada por 57 pacientes y el muestreo fue de tipo no probabilístico. La técnica empleada para recolectar información fue la encuesta y los instrumentos de recolección de datos fue el cuestionario que fue debidamente validado a través de juicios de expertos y determinado su confiabilidad a través del estadístico de fiabilidad (Alfa de Cronbach). **RESULTADO:** El mayor porcentaje de pacientes con diagnóstico de hipertensión arterial muestran un nivel de adherencia al tratamiento: medio 76% (39), bajo 8%(5) y alto 16%(10). La adherencia al tratamiento fue de nivel medio en el mayor porcentaje de pacientes con diagnóstico de hipertensión en la dimensión dieta 63% (36) y control de presión arterial 49% (28). Sin embargo, fue de nivel alto en las dimensiones tratamiento farmacológico 61% (35) y ejercicio 49% (28). **CONCLUSION:** La adherencia al tratamiento terapéutico en pacientes hipertensos está en el nivel medio con 77%, en la dimensión dieta está en el nivel medio con 63%, en la dimensión presión arterial está en el nivel medio con 49%, en la dimensión tratamiento farmacológico está en el nivel alto con 61%, en la dimensión ejercicios está en el nivel alto con 49%.

Palabras clave: Adherencia al tratamiento, hipertensión

ABSTRAC

Noncompliance by hypertensive patients with medical treatment increases the risk of death, being considered a complex phenomenon with many variables. The present investigation had like **GENERAL OBJECTIVE:** To determine the level of adherence to the treatment in hypertensive patients that go to the Seat of Health The Quechuas-Independence, Lima - 2018. **MATTER AND METHOD:** the type of investigation was basic, of descriptive level, of approach quantitative; of non-experimental, cross-sectional design. The population and sample consisted of 57 patients and the sampling was non-probabilistic. The technique used to collect information was the survey and the data collection instruments was the questionnaire that was duly validated through expert judgments and determined its reliability through the reliability statistics (Cronbach's Alpha). **RESULTS:** The highest percentage of patients diagnosed with hypertension showed a level of adherence to treatment: medium 76% (39), low 8% (5) and high 16% (10). Adherence to treatment was mid-level in the highest percentage of patients diagnosed with hypertension in the 63% diet dimension (36) and 49% blood pressure control (28). However, it was of high level in the pharmacological treatment dimensions 61% (35) and exercise 49% (28). **CONCLUSION:** The adherence to therapeutic treatment in hypertensive patients is in the middle level with 77%, in the diet dimension it is in the middle level with 63%, in the dimension blood pressure is in the middle level with 49%, in the treatment dimension pharmacological is at the high level with 61%, in the exercises dimension it is at the high level with 49%.

Key words: Adherence to treatment, hypertension

ÍNDICE

RESUMEN.....	5
1.1. REALIDAD PROBLEMÁTICA.....	8
1.2.- TRABAJOS PREVIOS	10
1.3. MARCO TEÓRICO.....	15
1.4. FORMULACIÓN DEL PROBLEMA	23
1.6. OBJETIVOS	24
1.6.1.- OBJETIVOS ESPECÍFICOS	24
II. MÉTODO.....	24
2.1 EL TIPO DE INVESTIGACIÓN	24
2.2 DISEÑO DE INVESTIGACIÓN	24
2.3 TIEMPO DE INVESTIGACIÓN	25
2.4 ENFOQUE DE LA INVESTIGACIÓN	25
2.5 VARIABLES, OPERACIONALIZACIÓN	26
2.4.- POBLACIÓN Y MUESTRA	27
2.5.- TÉCNICAS E INSTRUMENTOS DE RECOLECCIÓN DE DATOS, VALIDEZ.....	28
2.5.1.- VALIDEZ	29
2.6.- MÉTODOS DE ANÁLISIS DE DATOS	31
2.7.- ASPECTOS ÉTICOS	31
I. RESULTADOS.....	65
RESULTADO GENERAL	65
RESULTADOS ESPECIFICOS	66
REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS	72

1.1. REALIDAD PROBLEMÁTICA

Según la Organización Mundial de la Salud¹, uno de los factores de riesgo clave de las enfermedades cardiovasculares es la hipertensión arterial elevada, esta patología afecta actualmente a mil millones de personas en el mundo, y puede provocar infartos de miocardio, accidentes cerebrovasculares, daño y estrechamiento en las arterias, aneurisma, insuficiencia cardíaca, retinopatía e insuficiencia renal crónica; se calcula que la hipertensión es la causa por la que mueren anualmente nueve millones de seres humanos. La hipertensión arterial es una enfermedad letal, silenciosa y con sintomatología a veces invisible, que trae como consecuencia el daño progresivo de diversos órganos del cuerpo, así como el esfuerzo adicional por parte del corazón para bombear sangre a través de los vasos sanguíneos¹

La hipertensión arterial causa 9,4 millones de muertes en el mundo y conlleva una importante carga de morbilidad o años de vida ajustados por discapacidad del 7%. Es decir que, el 7% los años de vida sana que millones de personas han perdido en el mundo se atribuyen a la hipertensión. El porcentaje de pacientes con hipertensión arterial que cumplen su régimen terapéutico según la OMS es sólo del 27%, 43% y 51% en Gambia, China y los Estados Unidos de América. El porcentaje de pacientes tratados que tienen un buen control de la tensión arterial es sólo del 30%, 7% y 4,5% en los EE.UU., el Reino Unido y Venezuela, respectivamente¹.

En Sudán, sólo el 18% de los pacientes que no cumplen bien el tratamiento logran un buen control de la tensión arterial, mientras que en el caso de los que lo cumplen, ese porcentaje es del 96%. El incumplimiento del tratamiento es la principal causa de que no se obtengan todos los beneficios que los medicamentos pueden proporcionar a los pacientes, está en el origen de complicaciones médicas y psicosociales de la enfermedad, reduce la calidad de vida de los pacientes, aumenta la probabilidad de aparición de resistencia a los fármacos y desperdicia recursos asistenciales¹.

Esta enfermedad crónica afecta al 40 % de la población adulta y su gran problemática es la falta de adherencia al tratamiento farmacológico y no farmacológico, esta realidad hace que muchos pacientes no logren tener un buen control de la tensión arterial y aumenten el riesgo de sufrir eventos cardiovasculares adversos, deteriorando en gran medida su calidad de vida².

En la hipertensión arterial se habla hasta más del 50 % de no adherencia, entre las causas principales que dificultan el control de la tensión arterial está la no adherencia al tratamiento. De acuerdo a la OMS, el incumplimiento del tratamiento es la principal causa de que no se obtengan los beneficios que estos pudieran proporcionar, está en el origen de las complicaciones de la enfermedad, reduce la calidad de vida, aumenta la resistencia a los fármacos y desperdicia recursos asistenciales³.

Un estudio sobre la adherencia al tratamiento antihipertensivo en Bogotá reveló que sólo el 31,4% son adherentes. Dentro de los factores relacionados con la no adherencia al tratamiento según la OMS, se encuentran, las comorbilidades, la polifarmacia, la falta de control de la presión arterial, la ausencia de apoyo familiar, entre otros².

Según los datos aportados por el Departamento de Farmacoeconomía de Pfizer que la mala adherencia es responsable de entre el 5 y 10% de los ingresos hospitalarios, de 2,5 millones de urgencias médicas y 125.000 fallecimientos al año en Estados Unidos. Los medicamentos son uno de los principales recursos terapéuticos para cuidar la salud. Sin embargo, sus beneficios pueden verse alterados por la falta de cumplimiento. De hecho, la no adherencia se traduce en un empeoramiento de la enfermedad, en un incremento de la morbi-mortalidad, en la disminución de la calidad de vida y en la necesidad de administrar otros tratamientos.

En España, la hipertensión sigue la misma tendencia mundial de crecimiento, un 40% de la población entre 35 y 64 años presenta hipertensión arterial, y a partir de los 65 años más del 65% de las personas. Debido a su elevada prevalencia, ocupa el primer puesto en la lista de problemas de salud en las consultas de Atención Primaria. Con respecto a los factores de riesgo cardiovasculares, en España sigue aumentando el número de personas que tiene una baja adherencia al tratamiento terapéutico con un 53,7% y cuatro de cada diez personas presentan un alto riesgo que presentar complicaciones de salud³.

Según el Instituto Nacional de Estadística e Informática (INEI)², en la población de más de 15 años en el Perú, existe un 14,8% con hipertensión arterial; siendo los hombres más afectados 18,5% que las mujeres 11,6%. La prevalencia de hipertensión arterial es mayor en Lima Metropolitana 18,2%, seguido por la Costa sin Lima Metropolitana 15,5%. La menor prevalencia se registró en la Selva 11,7% y en la Sierra 12,0%⁴.

En los hospitales de EsSalud en Trujillo y en Lima en el Hospital Nacional Edgardo Rebagliati, se hallaron tasas de adherencia entre 54 y 63%. Sin embargo la diferencia podría deberse a que en EsSalud reciben sus medicinas gratuitamente mientras que en los hospitales del Minsa no todos los medicamentos son subvencionados. Sin embargo, de acuerdo a lo observado, los costos de fármacos genéricos en Minsa no parecería ser el único factor negativo relacionado con la adherencia ya que oscilan de dos a cinco soles mensuales en promedio, están presentes otros factores adicionales como el grado de instrucción, el tipo de familia, procedencia y otros factores que hacen que el problema de la adherencia sea básicamente multifactorial.³

Al interactuar con los pacientes hipertensos ellos expresaron lo siguiente: “Srta: En ocasiones me olvido de tomar mi medicamento de la noche”, “Mi familia come alimentos envasados que tienen mucha sal”, “No puedo adaptarme a comer con poca sal”, “no tengo un tensiómetro para medir mi presión”, “No me doy cuenta cuando mi presión está alta”, “Sólo si me duele la cabeza tomo mi medicamento”, “Si me siento bien yo dejo de tomar mis pastillas”, “No puedo dejar de comer comida sin condimentos y salados”.

1.2.- TRABAJOS PREVIOS

1.2.1.- ANTECEDENTES NACIONALES

Apaza G.(2013), en Tacna-Perú realizó a cabo un estudio cuyo objetivo fue determinar la asociación entre la adherencia al tratamiento antihipertensivo y el control de la hipertensión arterial en los pacientes del Programa de Hipertensión Arterial del Policlínico Metropolitano de EsSalud - Red. Se realizó un estudio correlacional, prospectivo y observacional. La muestra estuvo conformada por 517 pacientes mayores de 18 años, se utilizó el Test de Morinsky-Green-Levine. Se obtuvo 57,1% fueron del sexo femenino, 80,3% tenían más de 60 años, 38,9% tenía 5 años o menos en el programa, 68% presentaron mala adherencia, 40% tenían presión arterial no controlada. Se halló asociación entre el sexo femenino y control de la HTA ($p=0,019$), además de mayor riesgo de HTA no controlada en pacientes mal adherentes ($OR=1,93$). Concluyendo que la mala adherencia al tratamiento antihipertensivo se asocia significativamente al no control de la HTA⁴.

Ocampo P. (2015), llevó a cabo un estudio cuyo objetivo fue determinar el grado de adherencia al tratamiento farmacológico de pacientes hipertensos y los factores

influyentes para la no adherencia. Se utilizó un modelo de seguimiento Farmacoterapéutico domiciliario se abordaron 204 pacientes de las provincias de Trujillo y Santa (84 y 120 respectivamente) entre noviembre de 2010 y enero de 2011. Para determinar el grado de cumplimiento se utilizaron tres test normalizados: test de Haynes - Sackett, test de Morisky - Green - Lavine y el test de Recuento de Tabletas. Para determinar los factores que influyen sobre la no adherencia se utilizó un test de 20 preguntas agrupadas en 5 dimensiones reportados como los más influyentes. Los resultados muestran un alto nivel de coincidencia de pacientes no adherentes en los tres instrumentos tanto en Trujillo como Santa (60.83 y 79.76% respectivamente). El entorno social (27.47% y 22.72%) y la percepción del trato del personal de salud (20.7% y 20.53%) fueron las dimensiones que influenciaron más negativamente. Individualmente los factores más resaltantes fueron la automedicación (13.53% y 8.61%) y la inasistencia a citas programadas (12.88 y 7.59%). El autor concluye que los pacientes hipertensos de Trujillo y Santa son incumplidores al tratamiento médico y los factores negativos más influyentes⁵.

Limaylla M.(2016), realizó un estudio siendo el objetivo evaluar la mejora de la adherencia al tratamiento farmacológico en pacientes adultos mayores con hipertensión arterial del Centro de Atención Primaria III Huaycan-EsSalud. El diseño de investigación fue cuasiexperimental, observacional, prospectivo y longitudinal. La muestra fue de 22 pacientes bajo tratamiento no menor de tres meses. Se realizaron entrevistas, encuestas y visitas domiciliarias; se brindó educación sanitaria y orientación farmacéutica del tratamiento. Los resultados muestran que al inicio, 4,5% de adherentes al tratamiento y al término del estudio 40,9% a través del test de Morisky-Green. En el análisis estadístico, de los resultados del cumplimiento terapéutico (test de Morisky-Green) y del grado de conocimiento sobre la enfermedad (test de Batalla) al inicio y final, se encontró para cada uno, cambio estadísticamente significativo ($p < 0,05$). Concluyendo que el servicio brindado alcanzó impacto alto en el nivel de satisfacción de los 22 pacientes⁷.

Alza J.(2016), realizó un estudio cuyo objetivo fue determinar la prevalencia y los factores asociados a baja adherencia terapéutica en adultos con hipertensión arterial. El estudio fue de tipo observacional, prospectivo, analítico, seccional cruzado. La muestra estuvo constituida por 380 pacientes del Programa de Enfermedades Crónicas no Transmisibles del Hospital I Luis Albrecht ESSALUD con Hipertensión Arterial, divididos en grupos

con y sin adherencia terapéutica según Test de Morisky-Green-Levine. Los resultados evidencian la prevalencia de baja adherencia terapéutica. El género femenino fue factor de riesgo de baja adherencia terapéutica. El bajo nivel educativo y el no estar casado no fue factor de riesgo significativo. La falta de apoyo familiar es factor de riesgo, el empleo de 2 o más medicamentos no fue factor de riesgo significativo. La menor edad está asociada a baja adherencia terapéutica. Concluyendo que existe una alta prevalencia de baja adherencia terapéutica en adultos con hipertensión arterial. El género femenino, la falta de apoyo familiar, y la menor edad son factores de riesgo para la baja adherencia terapéutica⁹.

Garro B. (2017), llevó a cabo un estudio cuyo objetivo fue determinar la relación entre los factores de riesgo y la adherencia al tratamiento antihipertensivo en adultos socios del Club Regatas Lima durante el semestre del 2017. La metodología utilizada fue el diseño descriptivo correlacional, puesto que relaciona dos o más variables observadas en la realidad, de tipo cuantitativa; la muestra de estudio estuvo conformada por 50 adultos socios del Club Regatas. Para la recolección de datos se utilizó como técnica la encuesta y como instrumento el cuestionario, la cual obtuvo una confiabilidad alta de 0,836 y 0,850 en al Alfa de Cronbach. Los resultados obtenidos muestran que el 32% de los pacientes presentan un nivel alto de factores de riesgo, el 42% presentan un nivel medio y un 26% un nivel bajo, también se evidencia que el 32% de los pacientes presentan un nivel alto de adherencia al tratamiento antihipertensivo, el 44% presentan un nivel medio y un 24% un nivel bajo. Concluyendo que la variable factores de riesgo está relacionada directa y positivamente con la variable adherencia al tratamiento antihipertensivo⁵.

1.2.2.- ANTECEDENTES INTERNACIONALES

Martín L. et al (2015), ha realizado un estudio en Cuba cuyo objetivo fue evaluar los niveles de adherencia al tratamiento en personas hipertensas en áreas de salud del nivel primario de atención y describir el comportamiento de sus componentes en esas áreas. El estudio fue descriptivo, transversal, se seleccionaron áreas de salud de municipios de las provincias La Habana, Cienfuegos y Granma. Se aplicó el cuestionario "Martín_Bayarre_Grau" para evaluar los niveles de adherencia y describir sus componentes: implicación personal, relación profesional-paciente y cumplimiento del tratamiento, a partir de los puntajes obtenidos en los ítems del cuestionario. Los resultados

muestran que en los territorios predominó la adherencia total con aproximadamente el 50 %, seguida de la parcial. La no adherencia obtuvo los valores inferiores. El componente implicación personal presentó valores altos y bajos, mientras que el relacional valores intermedios. El componente cumplimiento del tratamiento obtuvo valores altos, intermedios y bajos. Se concluye que la adherencia total en los hipertensos es insuficiente con respecto a lo esperado; la logran aproximadamente la mitad de las personas incluidas en el estudio. Tributan a los niveles de adherencia encontrados, la implicación del paciente y el cumplimiento de las indicaciones en especial las medicamentosas¹⁰.

Chacón J. et al (2015), en Chile han llevado a cabo un estudio cuyo objetivo fue evaluar el control de la PA y adherencia en hipertensos seguidos en el Programa de Salud Cardiovascular y su asociación con factores clínicos, socioeconómicos y psicosociales. Fue un estudio transversal, la muestra fue randomizada de 1.794 hipertensos seguidos por 1 año en PSCV en Región Metropolitana. Se evaluó la asociación de edad, sexo, educación, ingreso familiar, Rx, diabetes, obesidad, tabaquismo, consumo problemático de alcohol y actividad física con el control de la PA (<140/90 mmHg) y adherencia. Resultados: PA controlada se comprobó en 56,5% y adherencia en 37,3% sin documentarse asociación entre ambas. Factores asociados a PA no controlada y no adherencia fueron: edad, bajo ingreso familiar, inadecuada relación médico-paciente y alto nivel de estrés emocional/ depresión. Rx múltiple y obesidad se asociaron a PA no controlada; sexo masculino y baja educación a no adherencia. Concluyendo que el control de la PA 56,5% fue similar a resultados de países desarrollados y supera ampliamente cifras de la Encuesta Nacional de Salud 2010 16,9% . Estos resultados y la falta de asociación entre el control de la PA y la adherencia, sugieren la favorable influencia de otros factores posiblemente relacionados al PSCV¹¹.

Aid J.(2015), ha publicado un estudio cuyo objetivo fue determinar la adherencia al tratamiento antihipertensivo y factores asociados al cumplimiento terapéutico Metodología: estudio observacional, descriptivo, prospectivo realizado en pacientes que acudieron a consultorio de Clínica Médica en la Clínica Periférica Campo Vía del Instituto de Previsión Social, en la ciudad de Capiatá, en julio del 2014. Se utilizó el test de Morisky-Green-Levine y una encuesta. Los resultados evidencian que sólo 39,7% se catalogaron como cumplidores. Estos se caracterizaron por menor tiempo de evolución de la hipertensión arterial, mayor grado de conocimiento sobre la enfermedad, nivel de

instrucción superior al primario, menor número de comorbilidades y menor consumo de otros medicamentos. Concluyendo que la adherencia al tratamiento antihipertensivo fue 39,7%¹².

López S, Chávez R. (2016), han realizado un estudio cuyo objetivo fue caracterizar la adherencia al tratamiento antihipertensivo de los pacientes mayores de 60 años del Consultorio 16, Policlínico "26 de Julio", Municipio Playa, La Habana. El estudio fue descriptiva de corte transversal en 245 hipertensos mayores de 60 años con tratamiento farmacológico. Las variables estudiadas fueron edad, sexo biológico, grado de escolaridad, tratamiento prescrito, adherencia al tratamiento, y motivo de la no adherencia. Resultados: la adherencia al tratamiento fue de 58.3%. Los pacientes con nivel universitario de escolaridad tuvieron 74% de adherencia. El esquema terapéutico diario de un único medicamento tuvo la mayor adherencia terapéutica con 73.8%. La mayor adherencia se encontró en los pacientes que tomaban medicamentos de dosis única diaria: Atenolol 92.3%, Amlodipino 88,9% o Enalapril 88,1%. Entre los motivos más frecuentes de no adherencia al tratamiento se encontraron olvidar las dosis 40% y sentirse bien 38.2%. Concluyendo que la adherencia a la terapéutica de los pacientes hipertensos mayores de 60 años es baja. Es causado por diversos factores, principalmente el olvido de las tomas de los medicamentos, la polifarmacia y la poca percepción del riesgo para la salud que significa el control inadecuado de la Hipertensión Arterial¹³.

Díaz M, Matéu L.(2014), publicaron un estudio cuyo objetivo fue evaluar la adherencia al tratamiento con antipertensivos. Se realizó un estudio observacional y descriptivo. La muestra estuvo constituida por pacientes de un área de salud del municipio San Miguel del Padrón en La Habana, Cuba. La adherencia se midió empleando el test de Morinsky-Green- Levine, la frecuencia de adquisición del medicamento en farmacia y el control de la presión arterial. Las variables estudiadas fueron edad, sexo, tipo de terapia y adherencia. Los resultados muestran que predominaron los pacientes hipertensos del género femenino, del grupo correspondiente a las edades de 70 a 79 años, que emplean la politerapia principalmente. Resultaron adherentes y controlados solo el 30,4 % de los casos estudiados. Concluyendo que se evidencia la necesidad de continuar la labor educativa del paciente hipertenso en esta comunidad, principalmente acerca de la importancia de la adherencia al tratamiento en la hipertensión arterial¹⁴.

1.3. MARCO TEÓRICO

1.3.1. TEORÍAS SOBRE LA ADHERENCIA

Los modelos teóricos que se han empleado frecuentemente en los estudios sobre adherencia son el modelo de Creencias de Salud y la Teoría de Autoeficacia de la Teoría Cognitiva Social.

EL MODELO CONDUCTUAL

Skinner en el modelo conductual de la adherencia a los tratamientos se basa en los principios del condicionamiento operante de Skinner. La clave está en el refuerzo contingente a cualquier respuesta que impulse al organismo a adoptar el comportamiento deseado. Rara vez utilizan el castigo para disminuir el comportamiento de incumplimiento ya que de la misma manera que el reforzamiento reafirma el comportamiento, los de efecto castigo son limitados y difíciles de predecir. Los defensores del modelo conductual utilizan: señales: recordatorios de las citas, llamadas telefónicas desde la consultas, premios: extrínsecos (dinero, regalos) e intrínsecos (mejora de la salud), contratos: pueden ser verbales aunque en la mayor parte de los casos son escritos¹⁴.

MODELO DE CREENCIAS SOBRE LA SALUD

El modelo de creencias sobre la salud sostiene que cuatro creencias interactivas influyen en el cumplimiento de los comportamientos relacionados con la salud. Estas creencias que presentan un efecto acumulativo a la hora de aumentar o disminuir los comportamientos de adherencia son:

La susceptibilidad percibida a las consecuencias negativas a la falta de cumplimiento. La gravedad percibida de esas consecuencias.

La relación percibida entre coste y beneficio que presentan los comportamientos de adherencia.

Las barreras percibidas para incorporar comportamientos de adherencia en el estilo de vida personal.

TEORÍA DEL AUTOCUIDADO – DOROTEA OREM.

Los niveles de adherencia al tratamiento de la hipertensión, como a cualquier otra enfermedad requieren de la participación proactiva del paciente y esto está relacionado básicamente a la Teoría de Dorotea Orem del autocuidado. En este contexto el concepto básico desarrollado por Orem del autocuidado se define como el conjunto de acciones intencionadas que realiza la persona para controlar los factores internos o externos, que pueden comprometer su vida y desarrollo posterior¹⁶.

El autocuidado por tanto, es una conducta que realiza o debería realizar la persona para sí misma, consiste en la práctica de las actividades que las personas maduras, o que están madurando, inician y llevan a cabo en determinados períodos de tiempo, por su propia parte y con el interés de mantener un funcionamiento vivo y sano, continuar además, con el desarrollo personal y el bienestar mediante la satisfacción de requisitos para las regulaciones funcional y del desarrollo¹⁶.

En el marco de lo descrito debemos de manifestar que el autocuidado es la responsabilidad que tiene cada individuo para el fomento, conservación y cuidado de su propia salud. Por lo que se hace necesaria la individualización de los cuidados y la implicación de los pacientes en el propio plan de cuidados, y otorga protagonismo al sistema de preferencias del sujeto y al enfoque de la corresponsabilidad del paciente en el cumplimiento de su tratamiento en este caso de la hipertensión. Por otro lado supone trabajar con aspectos relacionados con la motivación y cambio de comportamiento, y hacer de la educación para la salud la herramienta principal de trabajo¹⁶.

ADHERENCIA TERAPÉUTICA

En un principio se hablaba de cumplimiento terapéutico, término que explica el hecho de que un paciente siga las recomendaciones oportunas, sin tener una función participativa y reciproca con el prescripto⁴. Esta visión del paciente como agente pasivo y externo a la decisión sobre su propio tratamiento ha sido muy criticada, y por ello se han planteado otros términos que propone una función activa para el paciente, y no lo presentan como único responsable de cumplir o no con su tratamiento, es decir, no lo culpabilizan única y exclusivamente al paciente, sino que entienden la naturaleza multifactorial que influye sobre las personas y su tratamiento farmacológico y no farmacológico¹⁸.

La Organización Mundial de la Salud define la adherencia como el grado en que la conducta de un paciente, en relación con la toma de medicación, el seguimiento de una dieta o la modificación en los hábitos de vida, se ajusta a las recomendaciones acordadas con el profesional sanitario. European Society for Patient Adherence, Compliance and Persistence, define: «Es el proceso en el que el paciente toma la medicación como se le ha prescrito»¹³.

Por adherencia terapéutica se puede entender como la respuesta afirmativa y positiva del paciente a la prescripción médica hasta su finalización. Se define como “una conducta compleja que consta de una combinación de aspectos propiamente comportamentales, unidos a otros relacionales y volitivos que conducen a la participación y comprensión del tratamiento por parte del paciente y del plan para su cumplimiento, de manera conjunta con el profesional de la salud, y la consiguiente respuesta modulada por una búsqueda activa y consciente de recursos para lograr el resultado esperado”²¹.

El concepto de adherencia hace mención a una variedad de conductas, las que transitan desde formar parte en un programa de tratamiento y continuar con él, hasta desarrollar conductas de salud, evitar conductas de riesgo, y acudir a las citas con los profesionales de salud ²². Existen diferentes formas o puntos de vista a la hora de entender como los pacientes adoptan el tratamiento que el profesional les recomienda, antes se hablaba de cumplimiento terapéutico, término que explica el hecho de que un paciente siga las recomendaciones oportunas, sin tener una función participativa y recíproca¹⁸.

Esta visión del paciente como agente pasivo y externo a la decisión sobre su propio tratamiento ha sido muy criticada, es por ello que se han planteado otros términos que proponen una función activa para el paciente, y que no le presentan como único responsable de cumplir o no con su tratamiento. Un término que se ha propuesto en esta línea, ha sido el de adherencia terapéutica que según la Organización Mundial de la Salud² indica que es el grado en que el comportamiento de una persona para tomar el medicamento, seguir un régimen alimentario y ejecutar cambios del modo de vida que corresponden con las recomendaciones acordadas con el profesional encargado¹⁸.

La hipertensión pertenece al grupo de enfermedades crónicas que comparten similares características en cuanto a complejidad, durabilidad de sus tratamientos y la falta de adherencia a estos. Según indica “la mitad de los pacientes tratados con hipertensión abandonan por completo la atención a partir del primer año de diagnóstico, y de los que

permanecen bajo supervisión médica solo el 50% toma al menos 80% de sus medicaciones prescritas⁹.

ADHERENCIA AL TRATAMIENTO SEGÚN DIMENSION DIETA

El JNC-VII⁽¹²⁾ recomienda la adopción de la denominada dieta DASH (Enfoques Dietéticos para Detener la Hipertensión la cual hace hincapié en comer frutas, vegetales, cereales integrales, aves, pescado y lácteos con bajo contenido de grasa. Es un plan de comidas que consiste en una dieta rica en frutas y vegetales (9 a 12 porciones por día), productos lácteos bajos en grasas (2 a 3 porciones por día). Consume mucho potasio, ya que puede ayudar a prevenir y a controlar la presión arterial alta. Come menos grasa saturada y grasa trans, reducida en grasa saturada (≤ 7 % del total de las calorías) y en grasa total menor igual al 25% del total de las calorías¹³.

Restricción de la sal

La restricción de sodio dietético es ampliamente aceptada como medio eficaz para disminuir la presión arterial. Estudios epidemiológicos de diversas poblaciones señalan una menor prevalencia de hipertensión arterial en aquellos que consumen menos Un nivel más bajo de sodio — 1 500 mg de sodio por día.

Las personas que en general son sanas pueden tener como meta consumir 2 300 mg por día, o menos. Mientras que puedes reducir la cantidad de sal que consumes si dejas de usar el salero, también deberías prestar atención a la cantidad de sal que contienen los alimentos procesados que comes, como las sopas enlatadas o las cenas congeladas.

La restricción moderada de sodio ha probado su eficacia antihipertensiva⁽⁹⁾. En una restricción moderada la dieta no debe contener más de 5 g de cloruro de sodio por día ,2 g de sodio. Esto se consigue suprimiendo el agregado de sal a los alimentos y eliminando aquellos con alto contenido, como por ejemplo: embutidos, ingredientes para copetín, quesos, fiambres, aceitunas, pan, productos enlatados, grandes cantidades de leche y derivados.

ADHERENCIA AL TRATAMIENTO SEGÚN DIMENSION CONTROL DE LA PRESIÓN ARTERIAL

La medición continua, precisa y oportuna de la presión arterial puede evitar la enfermedad cardiovascular y el riesgo a sufrir un accidente cerebro vascular. El esfigmomanómetro o tensiómetro que usa paciente o el personal de salud debe ser de marca registrada y alta calidad, considerando que la hipertensión es una enfermedad silenciosa, a fin de no incurrir en errores que pueden tener consecuencias fatales. Las enfermeras deben enseñarles a los pacientes a medir su presión arterial, quienes deben aprender a localizar la arteria braquial, o la arteria radial dependiendo del aparato que use. Es necesario medir dos veces al día la presión arterial. Si el paciente no tuviera un aparato propio para medir la presión, la enfermera debe aconsejarle que acuda a un centro de salud, a una farmacia cercana y que se mida por lo menos una vez cada día²⁷.

La vigilancia de la presión arterial en el hogar ayuda a los pacientes a su observación, como el funcionamiento de los medicamentos, alerta sobre complicaciones potenciales. El control de la presión arterial en el hogar no reemplaza las visitas al médico, y los tensiómetros para el hogar pueden tener algunas limitaciones. Aunque los resultados al tomar la presión sean normales, no se debe dejar de tomar o cambiar la medicación y/o dieta sin consulta previa del doctor.

La auto medición de la TA está especialmente indicada en personas con importante ansiedad en la consulta cuando se toma la TA y que hace que las cifras sean más altas de las reales “Bata Blanca”, personas con variaciones importantes de las cifras de la TA a lo largo del día para ajustar el tratamiento según las cifras de TA¹⁴.

ADHERENCIA AL TRATAMIENTO SEGÚN DIMENSION TRATAMIENTO FARMACOLOGICO

El objetivo del tratamiento es reducir la morbimortalidad cardiovascular, a través de la normalización de la presión arterial y el control de otros factores de riesgo cardiovasculares, sin causar demás enfermedades físicas, psíquicas o sociales. La normalización de la PA se puede alcanzar mediante cambios en el estilo de vida y en otros casos con tratamiento farmacológico, siendo necesario e importante el cumplimiento del paciente y de su ámbito familiar²⁴. Siendo obligatorio para el paciente seguir estrictamente el tratamiento farmacológico según las recomendaciones del médico hasta

su finalización, es decir las dosis correctas en las horas indicadas; caso contrario existe el riesgo de complicarse el estado de salud con peligro de muerte.

ADHERENCIA AL TRATAMIENTO SEGÚN DIMENSION EJERCICIO

Diversos estudios de investigación afirman que el incremento de la actividad física es inversamente proporcional con el riesgo de sufrir enfermedades cardiovasculares, y en caso de sufrir hipertensión arterial ayudan a una reducción de peso; que es beneficioso para el tratamiento de esta enfermedad Caminar²⁵. Este efecto beneficioso del ejercicio puede explicarse, en parte, por la disminución de la PA en reposo que puede observarse después de la práctica regular y reiterada de ejercicios aeróbicos²⁶. Muchos especialistas refieren que ejercicios aeróbicos como caminar, correr, nadar, bailar, realizados entre 30 a 60 minutos diarios, tres a cinco veces por semana reducen los valores de tensión arterial en pacientes hipertensos; los cuales deben tener las recomendaciones del médico tratante¹⁴.

CLASIFICACIÓN DE ADHERENCIA AL TRATAMIENTO

Adherencia alta: La Organización Mundial de la Salud define una alta adherencia al tratamiento como el cumplimiento del mismo; es decir, tomar la medicación de acuerdo con la dosificación del programa prescrito; y la persistencia, tomar la medicación a lo largo del tiempo.

Adherencia media: El paciente se adhiere al tratamiento en algunos momentos y tiene un cumplimiento esporádico. El paciente incumple de forma ocasional que es más habitual en los ancianos que olvidan tomas o toman dosis menores por miedo a efectos adversos. En otros casos el paciente deja el tratamiento durante períodos de tiempo en los que se encuentra bien, pero lo restaura cuando aparecen síntomas, similar al concepto vacaciones terapéuticas. El cumplimiento de bata blanca, se refiere Si el paciente solo se adhiere cuando está cercana una visita médica. Esta actitud, junto con la anterior, se da en enfermedades crónicas como la hipertensión.

Adherencia Baja: Si el abandono del tratamiento es de forma indefinida. La no adherencia se traduce en un empeoramiento de la enfermedad, en un incremento de la morbi-mortalidad, en la disminución de la calidad de vida y en la necesidad de administrar otros tratamientos, además de aumentar el consumo de recursos sociosanitarios. La falta

de adherencia es muy frecuente y reduce, o incluso puede anular completamente, la eficacia de muchos tratamientos. Hay factores muy diversos que influyen en la falta de adherencia: el tipo del tratamiento, las características del paciente, la clase de enfermedad, el ámbito donde se realiza la terapéutica, etc. Los ancianos constituyen un grupo poblacional especialmente expuesto a los factores que facilitan la falta de adherencia por lo que merece la pena extremar el cuidado con ellos a la hora de prescribir un tratamiento.

Gravedad de la enfermedad: en general las personas que padecen una enfermedad grave no presentan una mayor disposición a buscar un tratamiento médico o de seguir las prescripciones médicas que otra con una enfermedad leve.

El carácter desagradable de los efectos secundarios: cabe suponer que un medicamento sin efectos secundarios o con escasos efectos secundarios favorece un mayor cumplimiento, pero lo cierto es que las pruebas que apoyan esta postura no son concluyentes.

La duración del tratamiento: en general, cuanto mayor es el tiempo en que la gente debe someterse a tratamiento o a regímenes preventivos, mayores probabilidades tiene de dejarlo.

La complejidad del tratamiento: en general, cuanto mayor es la variedad de la medicación que una persona debe tomar, mayor es la probabilidad de que no lo haga de la forma prescrita.

1.3.2 FUNCION DE ENFERMERIA EN PACIENTES CON HIPERTENSIÓN

En la enfermedad hipertensiva no podría ser de otro modo, ya que esta implica la participación de diversos profesionales de salud entre ellos los de enfermería, de hecho se ha demostrado que la atención y el seguimiento de los pacientes hipertensos por un equipo multidisciplinar puede permitir una reducción de las cifras de presión arterial, y por otro lado también permite aumentar la tasa de control de la presión arterial, por ello la atención en equipo se presenta como la forma más eficiente de afrontar el tratamiento y seguimiento de los pacientes hipertensos, y como técnica para mejorar la adherencia terapéutica al tratamiento antihipertensivo.^{17,18}

Dentro del equipo multidisciplinar, las funciones que cada profesional realiza deben ser autónomas pero interdependientes entre sí, por ejemplo los cuidados de enfermería deben

seguir el proceso de enfermería, que incluye las 5 etapas interrelacionadas (valoración de necesidades, definición de diagnósticos, elaboración de un plan de cuidados en colaboración con el paciente, ejecución y evaluación)³. De hecho dentro del proceso de enfermería se emplea un resultado de enfermería denominado “conducta terapéutica: enfermedad o lesión que se emplea para evaluar la adherencia al tratamiento farmacológico y no farmacológico de los pacientes. En un estudio se validó este resultado como herramienta para la evaluación de la adherencia terapéutica¹⁸.

La enfermería desarrolla sus funciones tanto en la fase preventiva de la hipertensión como en el diagnóstico, control y seguimiento de la enfermedad, primero en la fase preventiva y de seguimiento de la enfermedad hipertensiva, la enfermería desarrolla todas aquellas actividades relacionadas con la educación para la salud, como son la promoción de la salud y la prevención de la enfermedad, siendo estas tanto a nivel grupal como individual y en todas las etapas de la vida, desde la infancia hasta la vejez⁴.

Dentro de las actividades de educación para la salud que la enfermería desarrolla, se contempla la modificación de los hábitos de vida relacionados con un aumento del riesgo cardiovascular porque estas actividades vendrían a formar parte del tratamiento no farmacológico de la hipertensión, como son la reducción de la ingesta de sal, llevar una vida activa, reducir la obesidad, tener un consumo adecuado de frutas y verduras, y eliminar el consumo de alcohol y tabaco¹⁶.

1.3.3 HIPERTENSIÓN

La Organización Mundial de Salud indica que la hipertensión se define como una tensión sistólica igual o superior a 140 mm Hg y una tensión diastólica igual o superior a 90 mm Hg⁶. Los niveles normales de ambas, sistólica y diastólica, son particularmente importantes para el funcionamiento eficiente de órganos vitales como el corazón, el cerebro o los riñones, y para la salud y el bienestar en general¹⁷.

“La hipertensión arterial (HTA) del adulto (≥ 18 años), es una enfermedad crónica asintomática caracterizada por una elevación de presión arterial sistólica (PAS) mayor o igual a 140 mmHg y una presión arterial diastólica (PAD) mayor o igual a 90 mmHg, considerado problema de salud pública y un factor de riesgo cardiovascular”²³.

La Organización Mundial de la Salud ⁶, define la hipertensión esencial como la presión arterial anormalmente elevada no asociada con enfermedades que cursan secundariamente con hipertensión o a un trastorno monogénico hipertensivo¹⁷.

1.4. FORMULACIÓN DEL PROBLEMA

¿Cuál es el nivel de adherencia al tratamiento que tienen las personas con hipertensión arterial que acuden al Puesto de Salud Los Quechuas, 2018?

1.5. JUSTIFICACIÓN

En los últimos años se ha demostrado que la educación para los pacientes con Hipertensión arterial constituye la piedra angular en el tratamiento de dicha enfermedad. Los riesgos que implica actualmente no controlar los niveles de presión arterial en los pacientes hipertensos; los bajos niveles de control, hace que se incremente el riesgo de desenlaces fatales por accidentes cerebro vasculares y/o complicaciones que desmejoran el nivel de vida de los pacientes, afecten otros órganos o generen incapacidades temporales o permanentes. A pesar de los importantes esfuerzos institucionales realizados por la entidad para garantizar el acceso de los pacientes a los tratamientos farmacológicos y terapias de apoyo y acompañamiento, las medidas de control de las cifras tensionales no han sido las esperadas, por lo tanto conocer los factores que podrían estar generando dichos resultados es de necesidad primaria para poder adoptar medidas correctivas que nos permitan reorientar nuestros servicios logrando niveles de control de la presión arterial adecuados.

El estudio tiene relevancia debido a la alta prevalencia de la hipertensión arterial en la población general, tiene relevancia cognitiva, porque la información publicada sobre el control de la hipertensión arterial es limitada y existe la necesidad de conocer la adherencia al tratamiento. Por todas estas consideraciones, el tema propuesto es importante y se justifica, ya que servirá como base útil para el conocimiento de la adherencia al tratamiento en los pacientes con hipertensión arterial, por lo tanto conocer el nivel de adherencia al tratamiento farmacológico y no farmacológico nos dará una visión sobre otro grupo de factores que pudieran estar influyendo en los resultados encontrados. Así mismo el proyecto busca generar información útil para que la institución y otras similares puedan ajustar sus programas de control de HTA, masificando los

beneficios en la consecución de altos niveles de adherencia, mejorando la calidad de vida de los pacientes que son atendidos en el Puesto de Salud Los Quechuas

1.6. OBJETIVOS

1.6.1. Objetivo General

Determinar el nivel de adherencia al tratamiento en pacientes hipertensos que acuden al Puesto de Salud Los Quechuas– Independencia, Lima - 2018.

1.6.1.- OBJETIVOS ESPECÍFICOS

- Identificar la adherencia al tratamiento en pacientes hipertensos que acuden al Puesto de Salud, según la dimensión dieta.
- Identificar la adherencia al tratamiento en pacientes hipertensos que acuden al Puesto de Salud, según la dimensión control de la presión arterial.
- Identificar la adherencia al tratamiento en pacientes hipertensos que acuden al Puesto de Salud, según la dimensión tratamiento farmacológico.
- Identificar la adherencia al tratamiento en pacientes hipertensos que acuden al Puesto de Salud, según la dimensión ejercicio.

II. MÉTODO

2.1 EL TIPO DE INVESTIGACIÓN

Hernández, Fernández, y Baptista. El tipo de la investigación fue descriptivo porque se va explicar los rangos característicos de la muestra observada después de haber obtenido los resultados. ¹⁹

2.2 DISEÑO DE INVESTIGACIÓN

Hernández, Fernández, y Baptista. El diseño empleado en el presente estudio fue no experimental debido a que los datos obtenidos no fueron manipulados de tal manera que no hubo injerencia en las variables, es por ello que se observa el fenómeno tal cual en su contexto para ser sometidos a análisis estadístico. ¹⁹

2.3 TIEMPO DE INVESTIGACIÓN

Hernández, Fernández, y Baptista. El tiempo de la investigación realizada fue de corte transversal, debido a que los datos fueron recogidos en un único momento de la investigación con la intención de que no puedan variar los resultados debido a las diferentes características de la muestra de estudio. ¹⁹

2.4 ENFOQUE DE LA INVESTIGACIÓN

Hernández, Fernández, y Baptista .El enfoque empleado fue cuantitativo debido a que mediante un instrumento se utiliza la recogida de datos de una población de tal manera que se pueda comprobar los objetivos planteados mediante un procesamiento estadístico con la intención de poder establecer los niveles de adherencia del tratamiento, no tomando en cuenta la subjetividad del investigador de tal manera que los resultados llegaran a generalizarse y en consecuencia se caracteriza la realidad. ¹⁹.

2.5 VARIABLES, OPERACIONALIZACIÓN

Tabla 1. Operacionalización de variables

Variable de Estudio	Definición Conceptual	Definición Operacional	Dimensiones	Indicadores	Valores
ADHERENCIA AL TRATAMIENTO EN PACIENTES HIPERTENSOS	La OMS define la adherencia al tratamiento como el cumplimiento del mismo; es decir, tomar la medicación de acuerdo con la dosificación del programa prescrito; y la persistencia, tomar la medicación, seguir un régimen alimentario y ejecutar cambios en el estilo de vida, que corresponde con las recomendaciones acordadas de un prestador de asistencia sanitaria, a lo largo del tiempo.	Para poder evaluar la variable adherencia al tratamiento se utilizara un cuestionario, que cuenta con 13 preguntas de 5 opciones cada una (siempre, casi siempre, a veces, nunca y casi nunca) en los cuales la puntuación es de 1 a 5, según las dimensiones dieta, control de la presión arterial, medicamentos y ejercicio cuyo valor final. Entre: 13 – 65 <ul style="list-style-type: none"> • De 48 a 65 puntos: alta adherencia al tratamiento. • De 31 a 48 puntos: moderada adherencia al tratamiento. • De 13 a 30 a puntos: baja adherencia al tratamiento 	Dieta	1. Cumplimiento de la dieta. 2. Restricción de la ingesta de sal 3. Importancia de una alimentación saludable	Ordinal
			Control de la presión arterial	1. Asistencia a consultas de seguimiento programadas. 2. Control periódico de la presión arterial. 3. Conocimiento de los valores de la presión arterial.	
			Tratamiento farmacológico	1. Cumplimiento del tratamiento a pesar de no reportar signos ni síntomas 2. Manejo adecuado del horario.	
			Ejercicio	1. Cumplimiento de ejercicios físicos indicados	

2.4.- POBLACIÓN Y MUESTRA

2.4.1.- POBLACIÓN

La población está constituida por 54 pacientes que acuden al consultorio externo. en el Puesto de Salud Los Quechuas- Independencia 2018.

2.4.2.- MUESTRA

Unidad de análisis: Paciente varón o mujer que acuden al Puesto de Salud Los Quechuas con diagnóstico de hipertensión arterial que asisten al consultorio externo de medicina en el año 2018.

Tamaño de la muestra: El tamaño de la muestra fue 54 pacientes, entre varones y mujeres que acuden al Puesto de Salud Los Quechuas al consultorio externo de medicina y cumplieron con los criterios de selección debido a que tienen el diagnóstico de hipertensión.

Tipo de muestreo:

No probabilístico por conveniencia por ser muy baja la cantidad de pacientes que cumplen con los criterios de selección, no fue necesario aplicar una fórmula.

2.4.2.1 CRITERIOS DE SELECCIÓN

- Hombres y mujeres con historia clínica en el Puesto de Salud Los Quechuas.
- Hombres y mujeres con más de 18 años.
- Pacientes con diagnóstico de hipertensión arterial.
- Pacientes que firmaron el consentimiento informado y respondieron completamente la encuesta sobre adherencia al tratamiento terapéutico.

2.4.2.2.- CRITERIOS DE EXCLUSIÓN

- Pacientes del programa de enfermedad crónicas no transmisibles que tuvieron hipertensión arterial secundaria a causa de medicamentos o patologías que provocan un incremento de la presión arterial,
- Pacientes con trastornos psiquiátricos o con problemas físicos que impidan la comprensión de las preguntas o el llenado de la encuesta.
- Pacientes que se negaron a participar del estudio o no firmaron el consentimiento informado.

- Pacientes varones y mujeres que no cuenten con historia clínica completa.

2.5.- TÉCNICAS E INSTRUMENTOS DE RECOLECCIÓN DE DATOS, VALIDEZ

La técnica a utilizar será la encuesta y el instrumento el cuestionario estructurado.

Instrumentos de recolección de datos: Encuesta sobre adherencia al tratamiento terapéutico (Anexo 1)

Autorizaciones: Inicialmente se procederá a solicitar autorización del Director General del Puesto de Salud Los Quechuas el Dr. Elías Izquierdo Esquivel luego se procederá a solicitar autorización del consultorio externo programa de enfermedad crónicas no transmisibles para el ingreso, al profesional correspondiente, la cual se indicará que se está tratando de aplicar la encuesta sobre adherencia al tratamiento terapéutico, el tiempo estimado de la recolección de la información será de 10 minutos.

- Proceso de selección: Se aplicarán los criterios de selección en los participantes que los cumplan, estos serán identificados por los recolectores de datos
- Proceso de consentimiento informado: El proceso será oral, explicando a cada participante los objetivos del estudio y la metodología a emplear.
- Registro de información: se entregará a cada participante el formulario, el cual será validado previamente. Estará dividido en dos secciones: la primera se enfocará en los datos sociodemográficos, el cual incluyen edad, sexo, grado de instrucción, estado civil; la segunda constará sobre la baja adherencia al tratamiento. Después se esperará 10 minutos para la recolección del formulario.
- Despedida: Posteriormente a la recolección de la información se procederá a agradecer a los participantes por el apoyo.
- Revisión de documentos: Se cotejará que cada uno de los ítems previstos en los formularios se encuentren adecuadamente registrados, al finalizar su revisión se constatará con la firma del recolector de datos.

- El puntaje total de la prueba es de 65 puntos
- Los ítem por cada dimensión son
Dieta: 1, 2, 3,4
Control de la presión arterial: 5, 6,7
Tratamiento farmacológico: 8, 9, 10,11

Ejercicios: 12,13

- Puntaje total por cada dimensión

Dieta: 20

Control de la presión arterial: 15

Tratamiento farmacológico: 20

Ejercicios: 10

- Puntaje por pregunta: 5 puntos por cada pregunta

2.5.1.- VALIDEZ

La validación de la encuesta se realizó por 5 profesionales que dieron su aprobación para la realización de la encuesta dando sus cifras con el puntaje promedio respectivo:

Fuente: Elaboración propia del instrumento

2.5.2.- CONFIABILIDAD

Prueba Piloto

- La encuesta “Adherencia al tratamiento terapéutico en pacientes hipertensos que acuden al Puesto de Salud LOS QUECHUAS, 2018”; contó con 13 ítems, y la cantidad de pacientes a ser encuestados fueron 15. (Ver Anexo 4).
- Utilizando la Formula de Varianza de los Items:

Figura 1. Formula Coeficiente de Alfa de Cronbach

$$\alpha = \frac{K}{K-1} \left[1 - \frac{\sum S_i^2}{S_T^2} \right]$$

Donde:

K = Numero de ítems

S_{2i} = Sumatoria de varianzas de los ítems

S_{2T} = Varianza de la suma de los ítem

α = Coeficiente de Alfa de Cronbach

- Haciendo uso del SPSS hallamos la siguiente tabla. El cual indica las varianzas de los 13 ítems y asimismo la varianza de la suma de los ítems.
- Con la ayuda del Excel obtenemos la siguiente tabla 4:

Tabla 2. Tabla con datos para hallar Coeficiente de Cronbach

Estadísticos descriptivos		
ITEM	N	Varianza
Item1	15	0.524
Item2	15	0.781
Item3	15	0.457
Item4	15	0.667
Item5	15	0.838
Item6	15	0.267
Item7	15	0.952
Item8	15	0.524
Item9	15	0.743
Item10	15	1.210
Item11	15	0.400
Item12	15	1.124
Item13	15	0.638
Sumatoria de Varianzas de los ítems		9.124
Varianza de la suma de los ítems		26.743
N válido (por lista)	15	

- Reemplazando datos en la fórmula para hallar el Coeficiente de Alfa de Cronbach obtenemos:

$$\alpha = 13 / (13-1) * (1 - (9.124/26.743))$$

$$\alpha = 0.714$$

Por tanto el alfa de Cronbach fue de 0.714

Tabla 3. Interpretación de la magnitud del coeficiente de confiabilidad de un instrumento

Rangos	Magnitud
0,81 a 1,00	Muy Alta
0,61 a 0,80	Alta
0,41 a 0,60	Moderada
0,21 a 0,40	Baja
0,01 a 0,20	Muy Baja

Fuente: Tomado de Ruiz Bolívar¹⁹

De acuerdo a los resultados el análisis de confiabilidad es 0.714 se determinan que el instrumento de medición es de consistencia interna con magnitud Alta.

2.6.- MÉTODOS DE ANÁLISIS DE DATOS

Tabulación: se realizará el proceso de ingreso de datos de los formularios de recolección hacia la base de datos en el programa estadístico SPSS 23, cada vez que se ingrese un formulario los digitadores colocarán su nombre, firma y fecha en cada formulario, la numeración correlativa empezará con 001 y así sucesivamente en la sección Código ID.

Archivo de documentos. Finalmente, una vez registrada de información se procederá a archivar cada uno de los formularios en archivadores. Para todas las variables se aplicará tablas y gráficos. En las variables cualitativas se aplicará gráficos unidimensionales de barras simples y sectores. En las variables cuantitativas se aplicará gráficos unidimensionales de histograma.

2.6.1.- ANÁLISIS DE DATOS

Para todas las variables se aplicará estadísticas descriptivas. En las variables cualitativas se aplicará distribución de frecuencias y en las variables cuantitativas se aplicará medidas de tendencia central como la media, la moda, mediana y medidas de dispersión como la desviación estándar.

2.7.- ASPECTOS ÉTICOS

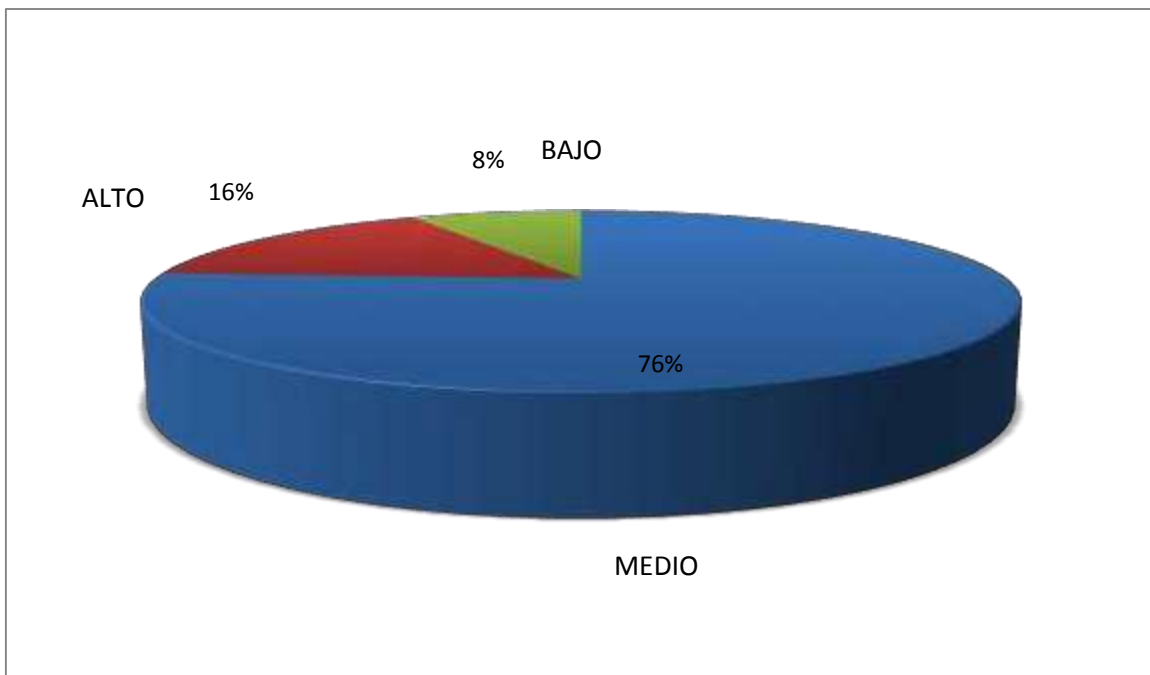
Para garantizar el principio de autonomía se procederá a indicar a cada participante los objetivos del estudio y solamente se trabajará con aquellos participantes que aceptan ingresar al estudio previo consentimiento oral del mismo. En todo momento no se

procederá a registrar la información como los nombres y apellidos de los participantes del estudio, sino se trabajarán mediante registro ID de cada uno de los participantes con la finalidad de garantizar la confidencialidad de la información. Además los datos que proporcionen los participantes en las encuestas no serán alteradas por ningún medio, preservando la veracidad de su contenido.

I. RESULTADOS

RESULTADO GENERAL

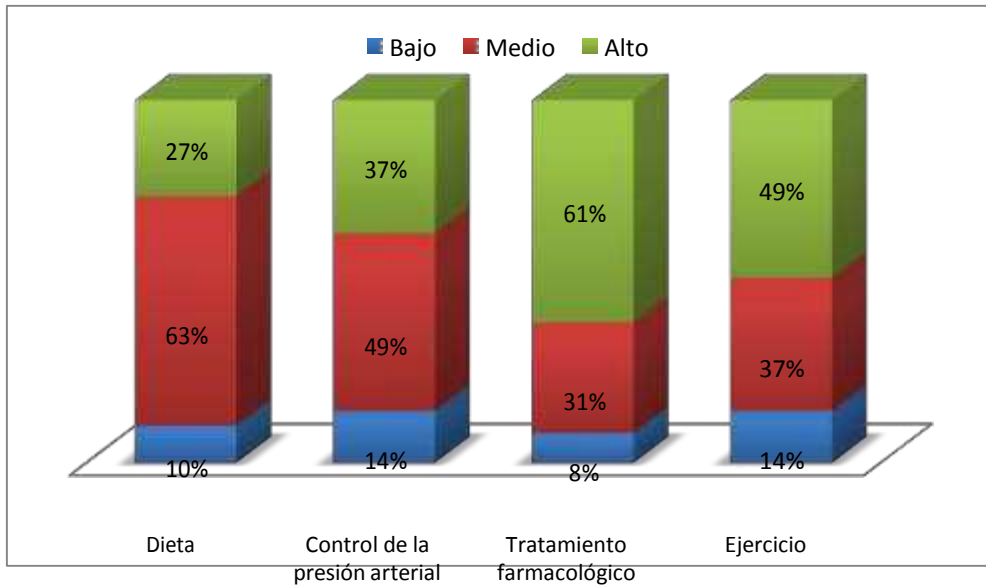
Gráfico 2. Nivel de Adherencia al tratamiento de los pacientes afectados con hipertensión que acuden al Puesto de Salud Los Quechuas - Independencia, 2018



El mayor porcentaje de paciente con diagnóstico de hipertensión arterial muestran un nivel medio de adherencia 76% (39), bajo 8%(5) y alto 16%(10)

RESULTADOS ESPECIFICOS

Gráfico 3. Nivel de Adherencia al tratamiento de pacientes afectados con hipertensión que acuden al Puesto de Salud Los Quechuas - Independencia, 2018, según las dimensiones dieta, control de la presión arterial, tratamiento farmacológico y ejercicios.



La adherencia al tratamiento fue de nivel medio en el mayor porcentaje de pacientes con diagnóstico de hipertensión en la dimensión dieta 63% (36) y control de presión arterial 49% (28). Sin embargo, fue de nivel alto en las dimensiones tratamiento farmacológico 61% (35) y ejercicio 49% (28).

V. DISCUSIÓN

La adherencia al tratamiento terapéutico en pacientes con diagnóstico de hipertensión arterial es esencial porque por ser considerada una enfermedad silenciosa conlleva a serias complicaciones cardiovasculares, renales, oculares, afectando su calidad de vida. Los estilos de vida saludables en base a la poca ingesta de sal, la correcta y continua medición de la presión arterial, los ejercicios y la toma estricta de los medicamentos antihipertensivos pueden servir para retardar e impedir la mortalidad por esta patología.

En este estudio; en cuanto al nivel de adherencia al tratamiento terapéutico en pacientes hipertensos se encontró que el 76% se encuentra en un nivel medio de adherencia al tratamiento, un 16 % alto y el 8% nivel bajo. Estos resultados no concuerdan con los resultados de la investigación que realizó Garro⁵, quien realizó una investigación sobre la adherencia al tratamiento al encontrar que el porcentaje es menor 44% aunque presentando un nivel medio de adherencia al tratamiento.

No obstante, Alza⁹ en su investigación respecto a la adherencia terapéutica encontró un nivel bajo 12% de adherencia al tratamiento señalando también que el género femenino, el bajo nivel educativo y el no estar casado eran factores de riesgo para el nivel bajo encontrado, este resultado es apoyado por López y Chávez¹³ quienes reportaron que la adherencia al tratamiento terapéutica de los pacientes hipertensos es bajo 13%. La hipertensión arterial como enfermedad no transmisible y más prevalente a pesar que se ha desarrollado un arsenal terapéutico de eficacia demostrada, no se alcanzan los logros esperados, ante ello la principal causa de los altos resultados sobre la falta de adherencia está vinculado al deficiente autocuidado de los pacientes que presentan esta enfermedad crónica; por ello, una adherencia al tratamiento adecuado puede prevenir infartos de miocardio, accidentes cerebrovasculares, aneurisma, insuficiencia cardíaca, retinopatía e insuficiencia renal crónica. Por tanto al obtener el nivel de adherencia medio, los pacientes en este estudio se adhieren al tratamiento solo en algunos momentos y su cumplimiento es esporádico llegando a olvidarse que tienen que tomar sus dosis de medicamentos o en otros casos por miedo a los efectos adversos que les pueda ocasionar,

incluso dejando el tratamiento por periodos en los que se encuentra bien pero los restaura cuando vuelven los síntomas.

Respecto al nivel de adherencia al tratamiento terapéutico en pacientes hipertensos en relación con la dimensión dieta se encontró que el 63 % se encuentra en un nivel medio, un 26 % alto y el 10% bajo con respecto a la dieta. No se encontraron investigaciones que corroboren dichos resultados; cabe mencionar que la teoría menciona respecto a la dimensión dieta establece el consumo de ciertos productos que tienen efecto cardioprotector y a la vez reduce las cifras de presión arterial, ante lo mencionado se tomó en cuenta que debido a que los pacientes de la muestra de la investigación no estuvieron cumpliendo las indicaciones dadas, por ello es que se obtuvieron dichos resultados. Así mismo, la teoría de Dorotea Orem señala que toda adherencia al tratamiento de la hipertensión como a cualquier otra enfermedad requiere de la participación proactiva del paciente y esto tiene que ver con el autocuidado respecto a las acciones intencionadas que realiza la persona para controlar los factores internos o externos, también consiste en la práctica de las actividades de las personas maduras inician o llevan su tratamiento en determinados periodos por su propia cuenta; por ello cabe señalar entonces que uno de los factores que no cumplieron los participantes de la muestra de estudio fue el establecimiento de la dieta que se les asignó para mejorar su adherencia al tratamiento terapéutico.

Respecto al nivel de adherencia al tratamiento terapéutico en pacientes con diagnóstico de hipertensión en relación con la dimensión control de la presión arterial se encontró que el 49 % se encuentra en un nivel medio de adherencia al tratamiento, un 37 % alto y el 14% bajo. Estos resultados, son parecidos con la investigación que realizó Apaza⁶ sobre la asociación entre la adherencia al tratamiento antihipertensivo y el control de la hipertensión arterial, pues 40 % de los pacientes fueron adherentes al tratamiento. Así mismo en una investigación que realizó la OMS¹ determinó que uno de los factores de la no adherencia al tratamiento era la falta de control de la presión arterial entre otros factores; por ello se puede inferir que la dimensión control de la presión arterial es un componente importante para contribuir a la adherencia al tratamiento; no obstante no se cumple en su totalidad o está en un nivel medio de adherencia al tratamiento; la OMS¹ respecto a la adherencia terapéutica indica que es el grado de comportamiento de una

persona para cumplir con el tratamiento y ejecutar cambios del modo de vida corresponden con las recomendaciones acordadas con el profesional encargado y no solamente el paciente es considerado un agente pasivo.

Respecto al nivel de adherencia al tratamiento terapéutico en pacientes hipertensos en relación con la dimensión tratamiento farmacológico se encontró que el 61 % de la muestra encuestada se encuentra en un nivel alto de adherencia al tratamiento, un 31 % nivel medio y el 8, % nivel bajo. Estos resultados concuerdan con la investigación que realizó Limaylla⁹ sobre la adherencia al tratamiento farmacológico en pacientes adultos mayores al encontrar que la adherencia subió de 3% a 41% concluyendo el investigador que la educación alcanza un impacto alto en el nivel de satisfacción; similar resultado a lo de la presente investigación. Así mismo está comprobado que el 96% de los pacientes son aquellos que cumplen su tratamiento farmacológico. Sin embargo el incumplimiento llega a ser la principal causa de que no se obtengan todos los beneficios que los medicamentos pueden proporcionar a los pacientes llegando incluso a reducir la calidad de vida y aumentar la probabilidad de la aparición de resistencia a los fármacos y también desperdiciar recursos asistenciales. Otro de los factores más influyentes conocidos y presentes en todos los pacientes es la naturaleza asintomática de la enfermedad lo que va a conllevar a determinar la actitud de los pacientes hacia el tratamiento farmacológico.

Respecto al nivel de adherencia al tratamiento terapéutico en pacientes hipertensos en relación con la dimensión ejercicio se encontró que el 49 % se encuentra en un nivel alto de adherencia al tratamiento, 37 % medio y el 14% nivel bajo de adherencia. Estos resultados concuerdan con la investigación de Martín²¹ quien realizó un estudio en Cuba de adherencia al tratamiento en personas hipertensas en áreas de salud del nivel primario de atención y cuyos resultados fueron de 46 % de nivel alto de adherencia; así mismo se observó que el componente implicación personal tiene que ver con las estrategias que utiliza el paciente en las que se encuentra los ejercicios presentando valores altos, estos datos son similares a los de la investigación presentada; y, esto es sustentado al señalar que los factores exógenos son determinantes para el cumplimiento del tratamiento entre los que están factores psicosociales como el estrés, la actividad física y la vida sedentaria que bien llevados contribuyen a mejorar la adherencia al

tratamiento terapéutico, y esto se da como cumplimiento cuando es llevado de la mano de la autoeficacia que hace referencia a la confianza que depositan las personas en su propia capacidad para asumir comportamientos necesarios con el objetivo de obtener los resultados deseados tal como se obtuvo en la investigación puesto que los pacientes cumplen de manera eficiente con las indicaciones de realizar la rutina de ejercicios que se les asignó como parte del tratamiento de adherencia.

VI. Conclusiones

El nivel de adherencia al tratamiento en pacientes con diagnóstico de hipertensión fue medio

El nivel de adherencia al tratamiento en pacientes con diagnóstico de hipertensión en la dimensión dieta fue medio

El nivel de adherencia al tratamiento en pacientes con diagnóstico de hipertensión en la dimensión presión arterial fue medio.

El nivel de adherencia al tratamiento en pacientes con diagnóstico de hipertensión en la dimensión tratamiento farmacológico fue alto.

El nivel de adherencia al tratamiento en pacientes con diagnóstico de hipertensión en la dimensión ejercicios fue alto.

VII. Recomendaciones

La jefatura de enfermería debe diseñar estrategias para obtener un porcentaje elevado nivel de alto de adherencia al tratamiento en los pacientes con diagnóstico de hipertensión arterial, en base a consejería personalizada, un programa educativo, talleres vivenciales, trípticos, paneles en el centro de salud.

Es necesario involucrar a la familia para que en conjunto adopten nuevos estilos de vida, y que creen estrategias para el consumo de la dieta con poca sal o sin sal y para la toma oportuna y continua de medicamentos.

Es conveniente replicar este estudio en otros centros de salud, en muestras más grandes y con muestreo aleatorio a fin de que se puedan generalizar los hallazgos.

Establecer un plan rutinario y practicar ejercicio físico, como caminar a buen ritmo, durante una hora diaria de forma regular con la intención de que el paciente adquiriera los hábitos de vida saludable.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. OMS. 2016. <http://www.who.int/mediacentre/news/releases/2003/pr54/es/> OMS 2016 – GINEBRA.
2. OMS. 2014. Información general sobre la hipertensión en el mundo [Internet]. Ginebra, Suiza: Organización Mundial de la Salud; 2014 p. 40
3. Sociedad Española de Hipertensión, Liga Española para la Lucha contra la Hipertensión Arterial. Día Mundial de la Hipertensión, 17 de mayo de 2016 [Internet]. 2016 [citado 27 de mayo de 2016]. Recuperado a partir de: <http://www.seh-lelha.org/> 6. Instituto Nacional de Estadística. Encuesta Nacional de Salud 2013-2014. Madrid: Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad; 2013 mar p. 53.
4. Acosta, M. D. (2015). Conocimientos, creencias y prácticas en pacientes hipertensos, relacionados con sus adherencia terapéutica. *Rev Cubana Enfermer*, 9(2), 34-38.
5. Garro B. Factores de riesgo y la adherencia al tratamiento antihipertensivo en adultos socios del Club Regatas Lima durante el semestre del 2017. <http://repositorio.uigv.edu.pe/handle/20.500.11818/1994>.
6. Apaza, G. Adherencia al tratamiento antihipertensivo y el control de la hipertensión arterial en los pacientes del Programa de Hipertensión Arterial del Policlínico Metropolitano de EsSalud - Red Tacna Febrero 2013. <http://200.37.105.196:8080/handle/unjbg/223>.
7. Limaylla, M. Adherencia al tratamiento farmacológico en pacientes adultos mayores con hipertensión arterial del Centro de Atención Primaria III Huaycan-EsSalud. 2015. <http://cybertesis.unmsm.edu.pe/handle/cybertesis/5273>.
8. Ocampo, P. Factores influyentes sobre el estado de la adherencia al tratamiento farmacológico de pacientes hipertensos. 2013. <http://dspace.unitru.edu.pe/handle/UNITRU/5532>.

9. Alza, J. Factores Asociados A La Adherencia Terapéutica En Adultos Con Hipertensión Arterial Del Hospital I Luis Albrecht ESSAL. Trujillo-Perú: Universidad Privada Antenor Orrego. 2015. <http://repositorio.upao.edu.pe/handle/upaorep/2251>.
10. Martín Alfonso Libertad, Bayarre Veá Héctor, Corugedo Rodríguez María del Carmen, Vento Iznaga Félix, La Rosa Matos Yadmila, Orbay Araña María de la Concepción. Adherencia al tratamiento en hipertensos atendidos en áreas de salud de tres provincias cubanas. Rev Cubana Salud Pública [Internet]. 2015 Mar [citado 2018 Mayo 15] ; 41(1): . Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0864-34662015000100004&lng=es.
11. Chacón J. et al. Evaluación del control de la presión arterial y la adherencia terapéutica en hipertensos seguidos en el Programa de Salud Cardiovascular (PSCV). 2015. <https://scielo.conicyt.cl/pdf/rchcardiol/v34n1/art02.pdf>.
12. Aid, J. Adherencia al tratamiento antihipertensivo en pacientes ambulatorios de un hospital urbano. 2015. <https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=5678108>.
13. López Vázquez Santiago A, Chávez Vega Raúl. Adherencia al tratamiento antihipertensivo en pacientes mayores de 60 años. Rev haban cienc méd [Internet]. 2016 Feb [citado 2018 Mayo 15] ; 15(1): Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1729-519X2016000100006&lng=es.
14. Díaz Molina Milena, Herrera Preval Yoanna, Matéu López Liliana. Adherencia al tratamiento antihipertensivo en pacientes del municipio San Miguel del Padrón. Rev Cubana Farm [Internet]. 2014 Dic [citado 2018 Mayo 15] ; 48(4): 588-597. Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-75152014000400008&lng=es.

15. Bramley T., Gerbino P., Nightengale B. Relationship of blood pressure control to adherence with antihypertensive monotherapy in 13 managed care organizations. *J Manag Care Pharm.* 2006; 12(3):239-245.
16. Solar Liana Alicia, González Reguera Maricela, Paz Gómez Noelvis, Romero Borges Karelia. La teoría Déficit de autocuidado: Dorothea Orem punto de partida para calidad en la atención. *Rev. Med. Electron.* [Internet]. 2014 Dic [citado 2018 Mayo 14]; 36(6): 835-845. Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1684-18242014000600004&lng=es.
17. Granados, G. R. (2010). Creencias en síntomas y adherencia al tratamiento farmacológico en pacientes con hipertensión. *International Journal of Clinical and Health Psychology*, 7(3), 697-707.
18. Granados, G. y. (2007). Creencias relacionadas con la hipertensión y adherencia a los diferentes componentes del tratamiento. *Rev Científicas de América Latina*, 3(7), 393-403.
19. Roberto Hernández Sampieri; Carlos Fernández Collado y Pilar Baptista Luci. *Metodología de la Investigación*.
20. Ruíz Bolívar C. *Actitud hacia el aprendizaje de la investigación: Conceptualización y medición - Educación y Ciencias Humanas*, 2002.
21. Martín Alfonso L. Acerca del concepto de adherencia terapéutica. *Rev Cubana Salud Pública*. 2004;30(4).
22. Núñez de Villavicencio C. *Psicología y Salud*. La Habana: Editorial Ciencias Médicas; 2001.

23. JNC – 8 informe. Directriz basada en la evidencia para el Manejo de la HTA en adultos. 2014. Disponible en: <http://www.consejomedicolp.org.ar/wp-content/uploads/2013/07/JNC-8-2014.pdf>

ANEXO 1
ENCUESTA

“Adherencia al tratamiento en pacientes hipertensos que acuden al puesto de salud LOS QUECHUAS, 2018”

BUENOS DÍAS:

La presente encuesta tiene por finalidad académica recabar datos acerca de la “Adherencia al tratamiento terapéutico en pacientes hipertensos que acuden al Centro de Salud LOS QUECHUAS, 2018”. Agradecemos anticipadamente la veracidad de sus respuestas, las cuales serán confidenciales y anónimas. Muchas gracias por su colaboración

INSTRUCCIONES:

Lea atentamente las preguntas que a continuación se le formulan y responda con sinceridad.

Fecha ___/___/___

Código ID: _____

I. Datos sociodemográficos:

1.	Edad	años
2.	Sexo	<input type="checkbox"/> Masculino <input type="checkbox"/> Femenino
3.	Estado civil	<input type="checkbox"/> Soltero <input type="checkbox"/> Casado <input type="checkbox"/> Conviviente <input type="checkbox"/> Divorciado/separado <input type="checkbox"/> Viudo
4.	Grado de instrucción	<input type="checkbox"/> Secundaria <input type="checkbox"/> Técnico superior <input type="checkbox"/> Universidad

II. Adherencia al Tratamiento:

DIMENSION	AFIRMACIONES	Siempre	Casi siempre	A veces	Casi nunca	Nunca
Dieta	1. Como sólo aquellos alimentos que el médico me permite. 2. Los alimentos que consumo están bajos de sal 3. Consumo frutas y verduras 4. Si tengo que seguir una dieta rigurosa, lo cumplo.					

Control de la presión arterial	<p>5. Asiste a las consultas de seguimiento programadas</p> <p>6. Controla su presión arterial regularmente</p> <p>7. Sabe cuál es la presión normal y la presión alta</p>					
Tratamiento farmacológico	<p>8. No se olvida de tomar alguna vez los medicamentos para la hipertensión.</p> <p>9. Toma los medicamentos a la hora indicada</p> <p>10. No deja tomar la medicación hasta terminar tratamiento a pesar de sentir mejoría.</p> <p>11. Si alguna vez los medicamentos le sientan mal, avisa inmediatamente al médico a fin de no cortar el tratamiento.</p>					
Ejercicio	<p>12. Realiza ejercicios físicos por lo menos 03 veces a la semana</p> <p>13. Si el tratamiento exige hacer ejercicio continuo, lo hago</p>					

ANEXO 4

DATOS OBTENIDOS EN LA PRUEBA PILOTO

ID: Código paciente, Item: pregunta de la encuesta

ID	Item1	Item2	Item3	Item4	Item5	Item6	Item7	Item8	Item9	Item10	Item11	Item12	Item13
1	5	5	3	5	2	5	4	3	5	5	3	4	3
2	4	4	4	4	5	5	5	5	5	5	5	5	4
3	5	4	5	5	4	4	4	4	4	4	5	5	5
4	4	4	4	4	5	5	5	5	5	5	4	4	4
5	3	4	5	5	4	4	4	5	4	4	5	5	5
6	5	5	4	5	5	5	5	4	5	5	4	4	4
7	4	3	5	3	4	5	2	5	4	3	5	2	5
8	5	5	4	5	5	4	5	4	5	4	4	5	3
9	5	4	4	4	4	5	5	4	2	2	4	3	5
10	4	3	5	3	3	4	3	5	3	3	5	2	4
11	5	4	4	5	4	5	5	5	4	4	4	4	5
12	4	5	4	4	5	4	5	4	5	5	4	4	5
13	4	3	5	3	4	5	3	5	4	3	5	3	4
14	5	4	4	5	5	4	5	4	4	5	5	5	5
15	3	2	3	5	3	4	5	3	4	2	4	3	3

ANEXO 5

VISTA VARIABLES SPSS

*ADHERENCIA.sav [ConjuntoDatos1] - IBM SPSS Statistics Editor de datos

Archivo Editar Ver Datos Transformar Analizar Gráficos Utilidades Ampliaciones Ventana Ayuda

	Nombre	Tipo	Anchura	Decimales	Etiqueta	Valores	Perdidos	Columnas	Alineación	Medida	Rol
1	ID	Numérico	2	0	ID	Ninguno	Ninguno	4	Derecha	Escala	Entrada
2	EDAD	Numérico	2	0	EDAD (años)	Ninguno	Ninguno	6	Derecha	Escala	Entrada
3	SEXO	Cadena	1	0	SEXO	{1, M}...	Ninguno	5	Izquierda	Nominal	Entrada
4	EC	Numérico	1	0	ESTADO CIVIL	{1, soltero}...	Ninguno	6	Derecha	Nominal	Entrada
5	GradInst	Numérico	1	0	Grado Inst.	{1, secunda...	Ninguno	9	Derecha	Nominal	Entrada
6	P1	Numérico	1	0	Dieta 1	{1, nunca}...	Ninguno	4	Derecha	Nominal	Entrada
7	P2	Numérico	1	0	Dieta 2	{1, nunca}...	Ninguno	4	Derecha	Nominal	Entrada
8	P3	Numérico	1	0	Dieta 3	{1, nunca}...	Ninguno	4	Derecha	Nominal	Entrada
9	P4	Numérico	1	0	Dieta 4	{1, nunca}...	Ninguno	4	Derecha	Nominal	Entrada
10	P5	Numérico	1	0	Control 5	{1, nunca}...	Ninguno	4	Derecha	Nominal	Entrada
11	P6	Numérico	1	0	Control 6	{1, nunca}...	Ninguno	4	Derecha	Nominal	Entrada
12	P7	Numérico	1	0	Control 7	{1, nunca}...	Ninguno	4	Derecha	Nominal	Entrada
13	P8	Numérico	1	0	Tratamiento 8	{1, nunca}...	Ninguno	4	Derecha	Nominal	Entrada
14	P9	Numérico	1	0	Tratamiento 9	{1, nunca}...	Ninguno	4	Derecha	Nominal	Entrada
15	P10	Numérico	1	0	Tratamiento 10	{1, nunca}...	Ninguno	5	Derecha	Nominal	Entrada
16	P11	Numérico	1	0	Tratamiento 11	{1, nunca}...	Ninguno	5	Derecha	Nominal	Entrada
17	P12	Numérico	1	0	Ejercicio 12	{1, nunca}...	Ninguno	5	Derecha	Nominal	Entrada
18	P13	Numérico	1	0	Ejercicio 13	{1, nunca}...	Ninguno	5	Derecha	Nominal	Entrada
19	TOTAL	Numérico	1	0	Total Puntaje	Ninguno	Ninguno	10	Derecha	Escala	Entrada
20	Totales	Numérico	1	0	Total Recodific...	{1, BAJO}...	Ninguno	10	Derecha	Ordinal	Entrada
21											

Resultado (Documento) - IBM SPSS Statistics Viewer

Archivo Editar Ver Datos Transformar Insertar Formato Analizar Gráficos Utilidades Aplicaciones Ventana Ayuda

Resultado

- Registro
 - Descriptivos
 - Título
 - Notas
 - Conjunto de datos
 - Estadísticos desc.
 - Registro
 - Fiabilidad
 - Título
 - Notas
 - Escala ALL VARIABLES
 - Título
 - Resumen de
 - Estadísticas

```

RELIABILITY
/VARIABLES=Item1 Item2 Item3 Item4 Item5 Item6 Item7 Item8 Item9 Item10 Item11 Item12 Item13
/SCALE('ALL VARIABLES') ALL
/MODEL=ALPHA.

```

Fiabilidad

Escala: ALL VARIABLES

Resumen de procesamiento de casos

		N	%
Casos	Válidos	15	100,0
	Excluidos ^a	0	0
Total		15	100,0

^a La eliminación por lista se basa en todas las variables del procesamiento.

Estadísticas de fiabilidad

Alfa de	Fiabilidad
Cronbach	Elementos
.714	13

Anexo 5 Autorización de publicación de tesis en repositorio institucional

	AUTORIZACIÓN DE PUBLICACIÓN DE TESIS EN REPOSITORIO INSTITUCIONAL UCV	Código : F08-PP-PR-02.02 Versión : 09 Fecha : 23-03-2018 Página : 1 de 3
--	--	---

Yo Gisela Patricia Candiote Susanibar, identificado con DNI N° 71526087 , egresado de la Escuela Profesional de Enfermería de la Universidad César Vallejo, autorizo (X) , No autorizo () la divulgación y comunicación pública de mi trabajo de investigación titulado “ADHERENCIA AL TRATAMIENTO EN PACIENTES HIPERTENSOS QUE ACUDEN AL PUESTO DE SALUD LOS QUECHUAS - INDEPENDENCIA, 2018” en el Repositorio Institucional de la UCV (<http://repositorio.ucv.edu.pe/>), según lo estipulado en el Decreto Legislativo 822, Ley sobre Derecho de Autor, Art. 23 y Art. 33

Fundamentación en caso de no autorización:

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

FIRMA

DNI: 71526087

FECHA: 19/11/18

Elaboró	Dirección de Investigación	Revisó	Representante de la Dirección / Vicerrectorado de Investigación y Calidad	Aprobó	Rectorado
---------	----------------------------	--------	--	--------	-----------



ACTA DE APROBACIÓN DE ORIGINALIDAD DE TESIS

Código : F06-PP-PR-02.02
Versión : 09
Fecha : 23-03-2018
Página : 1 de 1

Yo, Rosario Quero Sivarre
docente de la Facultad... Ciencias Médicas... y Escuela
Profesional... de la Universidad César Vallejo... (precisar filial
o sede), revisor (a) de la tesis titulada

Adherencia al tratamiento en pacientes hipertensos
que acuden al Hospital de Salud, en Guachan 2018

del (de la) estudiante Gisela Patricia Candota Susanibar
constato que la investigación tiene un índice de similitud de
2.9% verificable en el reporte de originalidad del programa Turnitin.

El/la suscrito (a) analizó dicho reporte y concluyó que cada una de las coincidencias
detectadas no constituyen plagio. A mi leal saber y entender la tesis cumple con todas las
normas para el uso de citas y referencias establecidas por la Universidad César Vallejo.

Lugar y fecha 18, Guachan 2018

[Handwritten signature]

Firma

Nombres y apellidos del (de la) docente

DNI: 06140844

Table with 6 columns: Elaboró, Dirección de investigación, Revisó, Representante de la Dirección / Vicerectorado de Investigación y Calidad, Aprobó, Rectorado



FORMULARIO DE AUTORIZACIÓN PARA LA PUBLICACIÓN ELECTRÓNICA DE LAS TESIS

1. DATOS PERSONALES

Apellidos y Nombres: (solo los datos del que autoriza)

Candiote Susanibar Gisela Patricia
D.N.I. : 71526087
Domicilio : Jr. San Pedro 261
Teléfono : Fijo : Móvil : 966 386 199
E-mail : g.patriciacs@hotmail.com

2. IDENTIFICACIÓN DE LA TESIS

Modalidad:

Tesis de Pregrado

Facultad : Ciencias Medicas

Escuela : Ent.c.v.m.e.v.i.a

Carrera : Enfermería

Título : Licenciado en Enfermería

Tesis de Post Grado

Maestría

Doctorado

Grado :

Mención :

3. DATOS DE LA TESIS

Autor (es) Apellidos y Nombres:

Gisela Patricia Candiote
Susanibar

Título de la tesis:

"Adherencia al tratamiento en pacientes hipertensos que residen al Puesto de Salud Los Quechuas, 2018"

Año de publicación : 2018

4. AUTORIZACIÓN DE PUBLICACIÓN DE LA TESIS EN VERSIÓN ELECTRÓNICA:

A través del presente documento,

Si autorizo a publicar en texto completo mi tesis.

No autorizo a publicar en texto completo mi tesis.

Firma :

Fecha : 19/12/18



UNIVERSIDAD CÉSAR VALLEJO

AUTORIZACIÓN DE LA VERSIÓN FINAL DEL TRABAJO DE INVESTIGACIÓN

CONSTE POR EL PRESENTE EL VISTO BUENO QUE OTORGA EL ENCARGADO DE INVESTIGACIÓN DE

La Escuela de Enfermería

A LA VERSIÓN FINAL DEL TRABAJO DE INVESTIGACIÓN QUE PRESENTA:

Candiotte Susanibar Gisela Patricia

INFORME TITULADO:

"Adherencia al tratamiento en pacientes hipertensos que viven al Puesto de Salud los Quechuas - Independencia, 2018"

PARA OBTENER EL TÍTULO O GRADO DE:

Licenciada en Enfermería

SUSTENTADO EN FECHA: 10-12-2018

NOTA O MENCION: 15



FIRMA DEL ENCARGADO DE INVESTIGACIÓN



Estudio de retroalimentación - Google Chrome

https://ev.turnitin.com/app/carta/en_us/?s=&lang=en_us&student_user=1&o=1042411224&u=1081776407

feedback studio Tesis de Gisela Candiotti - 20112018

UCV
UNIVERSIDAD
CÉSAR VALLEJO

UNIVERSIDAD CÉSAR VALLEJO
FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD
ESCUELA ACADÉMICO PROFESIONAL DE ENFERMERÍA
*ADHERENCIA AL TRATAMIENTO EN PACIENTES HIPERTENSOS
QUE ACUDEN AL PUNTO DE SALUD LOS QUICHAS -
INDEPENDENCIA, 2018*

TESIS PARA OPTAR EL GRADO DE LICENCIADA EN ENFERMERÍA

Presentado por:
CANDIOTTI SUSANIBAR, GISELA PATRICIA

Asesor:
RIVERO ROSARIO

Línea de investigación:
ENFERMEDADES NO TRANSMISIBLES

Resumen del partido

29%

1	www.fac.org.ar <small>Fuente de Internet</small>	2% >
2	www.mayoclinic.org <small>Fuente de Internet</small>	2% >
3	www.sefh.es <small>Fuente de Internet</small>	1% >
4	alicia.concytec.gob.pe <small>Fuente de Internet</small>	1% >
5	tesis.unjbg.edu.pe/8080 <small>Fuente de Internet</small>	1% >
6	Presentado a la Univer... <small>Papel de estudiante</small>	1% >
7	bibliotecadigital.udu.ed... <small>Fuente de Internet</small>	1% >

Página: 1 de 47 Número de palabras: 10894 Informe de solo texto Alta resolución En