



UNIVERSIDAD CÉSAR VALLEJO

ESCUELA DE POSGRADO

**PROGRAMA ACADÉMICO DE MAESTRÍA EN GESTIÓN
DE LOS SERVICIOS DE LA SALUD**

Autocuidado y adherencia farmacológica en pacientes con hipertensión arterial de un centro de salud de Santa Lucía, 2022

TESIS PARA OBTENER EL GRADO ACADÉMICO DE:
Maestra en Gestión de los Servicios de la Salud

AUTORA:

Vera Solis, Rode Gabriela (orcid.org/0000-0003-4664-738X)

ASESOR:

Dr. Castillo Hidalgo, Efren Gabriel (orcid.org/0000-0002-0247-8724)

LÍNEA DE INVESTIGACIÓN:

Calidad de las Prestaciones Asistenciales y Gestión del Riesgo en Salud

LÍNEA DE RESPONSABILIDAD SOCIAL UNIVERSITARIA:

Promoción de la salud, nutrición y salud alimentaria

PIURA – PERÚ

2023

Dedicatoria

A Dios, mis padres y mi amado hijo.

Agradecimiento

Agradezco el amor y el ejemplo de mis padres.

A mi querido tutor por sus enseñanzas, motivación, paciencia, fomentando el constante espíritu investigativo.

Índice de contenidos

Dedicatoria.....	ii
Agradecimiento	iii
Índice de contenidos	iv
Índice de tablas	v
Índice de gráficos y figuras.....	vi
Resumen	vii
Abstract.....	viii
I. INTRODUCCIÓN.....	1
II. MARCO TEÓRICO	5
III. METODOLOGÍA.....	15
3.1. Tipo y diseño de investigación.....	15
3.2. Variables y operacionalización	15
3.3. Población, muestra y muestreo	16
3.4. Técnicas e instrumentos de recolección de Datos.....	17
3.5. Procedimiento.	18
3.6. Método de análisis de datos.....	19
3.7. Criterios éticos.	19
IV. RESULTADOS	21
V. DISCUSIÓN.....	25
VI. CONCLUSIONES	30
VII. RECOMENDACIONES.....	31
REFERENCIAS	32
ANEXOS.....	38

Índice de tablas

Tabla 1.	<i>Coeficiente Rho Spearman entre Autocuidado y adherencia farmacológica en Pacientes con Hipertensión arterial de un Centro de Salud de Santa Lucía</i>	21
Tabla 2.	Comparación del autocuidado según sexo en pacientes con HTA	22
Tabla 3.	Comparación de la adherencia farmacológica según sexo en pacientes con HTA	22
Tabla 4.	Estadísticos descriptivos de Autocuidado y adherencia farmacológica en pacientes con HTA	23
Tabla 5.	Prueba de normalidad de Autocuidado y adherencia farmacológica en Pacientes con Hipertensión arterial de un Centro de Salud de Santa Lucía	45

Índice de gráficos y figuras

Figura 1. Diseño de Investigación	15
Figura 2. Niveles de autocuidado en pacientes con HTA de un centro de Salud de Santa Lucía	23
Figura 3. Niveles de adherencia farmacológica en pacientes con HTA de un centro de Salud de Santa Lucía	24

Resumen

La investigación tuvo como objetivo determinar la relación entre autocuidado y adherencia farmacológica en pacientes con hipertensión arterial de un centro de salud de Santa Lucía. El estudio se desarrolló bajo el enfoque cuantitativo y diseño trasversal, correlacional. Se trabajó con una muestra probabilística de 128 pacientes con diagnóstico de hipertensión arterial. La recolección de datos se realizó mediante la encuesta, la escala de apreciación de Agencia de Autocuidado y la escala de adherencia a la medicación de Morisky; instrumentos que fueron validados para fines del estudio. El análisis de datos se realizó mediante Jamovi v.2.75 y SPSS v26. Los hallazgos evidencian una relación estadísticamente significativa directa con tamaño del efecto pequeño entre autocuidado y adherencia farmacológica ($Rho=.20$; $p<0.05$). En el análisis descriptivo, se identificó una prevalencia del nivel medio en autocuidado y del nivel bajo en adherencia farmacológica. Se concluyó que el autocuidado y adherencia farmacológica se relacionan entre si e inciden en el bienestar de los pacientes con hipertensión arterial de un centro de salud de Santa Lucía.

Palabras clave: Autocuidado, Cumplimiento y Adherencia al Tratamiento, Hipertensión

Abstract

The objective of the research was to determine the relationship between self-care and pharmacological adherence in patients with arterial hypertension from a health center in Santa Lucía. The study was developed under the quantitative approach and cross-sectional, correlational design. The census technique was applied to 103 patients with a diagnosis of arterial hypertension. Data collection was carried out through the survey and the Self-Care Agency Appreciation Scale and the Morisky Medication Adherence Scale, instruments that were validated for the purposes of the study. Data analysis was performed using Jamovi v.2.75 and SPSS v26. The findings show a statistically significant direct relationship between self-care and pharmacological adherence ($Rho=.20$; $p<0.05$). In the descriptive analysis, a prevalence of the medium level in self-care and the low level in pharmacological adherence was identified. It was concluded that self-care and pharmacological adherence are related and affect the well-being of patients with arterial hypertension at a health center in Santa Lucía.

Keywords: Self-care, Compliance and Adherence to Treatment, Hypertension

I. INTRODUCCIÓN

La hipertensión arterial (HTA) es una enfermedad crónica caracterizada por el incremento persistente de presión arterial sistólica (PAS) mayor o igual a 120 mm Hg. y una presión arterial diastólica (PAD) mayor o igual a 80 mm Hg (National High Blood Pressure Education Program, 2004). La HTA es uno de los principales motivos de atención médica y constituye un problema de salud pública, dado que es una de las tres primeras causas de morbilidad mundial. Además, constituye la primera causa de muerte por enfermedades no transmisibles a nivel mundial y trae diversas complicaciones en la calidad de vida de la persona que lo padece y se asocia a otras enfermedades crónicas (Burnier & Egan, 2019; Organización Mundial de la Salud, 2013).

En tal sentido, la HTA se asocia a diferentes enfermedades como la retinopatía, la insuficiencia renal, insuficiencia cardíaca, arritmias, cardiopatía isquémica, y por ende constituye un factor de riesgo cardiovascular relevante; cuyo deterioro de la salud se asocia a Incapacidad y por ende trae serias repercusiones a nivel familiar, laboral, socioeconómico e incide en el sistema sanitario (Leyva-Jiménez et al., 2011). La HTA es muy frecuente a nivel mundial con una incidencia del 20 al 30% de población comprendida entre los 18 y 65 años de edad, cuya prevalencia se incrementa con la edad, y en personas mayores a 65 años se encuentra entre el 30 al 50 % de la población adulta mayor (Segura de la Morena et al., 2002).

La HTA constituye una de las principales causas de muerte en Ecuador, y según OMS (2012) de cada 100000 personas, 1373 presentan HTA; lo cual se incrementa con la edad, de modo que de 1 de cada 5 ecuatorianos comprendidos entre 18 a 69 años presenta HTA, mientras que el 45% no conoce que presenta tal enfermedad, en tanto que el 12.6% que conoce la enfermedad, no toma los medicamentos, y el 16.2 % no logra los objetivos terapéuticos, lo cual incrementa el riesgo de sufrir eventos cardiovasculares y por ende deterioro de su salud y mayor probabilidad de muerte.

El incremento de la incidencia y complicaciones de la HTA, está asociado a los estilos de vida, el compromiso con su propio cuidado, y la adherencia al tratamiento farmacológico y no farmacológico, de modo que incida en la

adaptación y bienestar del paciente (Solórzano et al., 2020). La HTA por lo general es asintomática y mayormente sus complicaciones se atribuye a falta de adherencia farmacológica y no farmacológica, dado que el paciente no valora su situación de salud, no tiene la disposición emocional para afrontar un tratamiento de larga data, abandona la medicación (Garcés et al., 2020).

En tal sentido, para el control de la HTA es necesario seguir un tratamiento farmacológico, así como hacer cambios en su estilo de vida como dieta saludable, alimentación baja en sodio, incremento de la actividad física y ejercicio, reducir peso corporal, manejo del estrés, ocio recreativo, suspender consumo de tabaco y bebidas alcohólicas. Además, asistir a sus controles de manera periódica, identificar y comunicar de modo oportuna y periódica, entre otras actividades (Angarita, 2014). De tal modo que el abordaje higiénico farmacológico es relevante para reducir la morbimortalidad, y en atención a ello se han implementado estrategias preventivo promocionales con la finalidad de fortalecer la motivación hacia la vida, incentivar el autocuidado, promover la educación del paciente y estilos de vida saludable (Paredo Rosado et al., 2005)

El autocuidado es un factor relevante en la salud y preservación de la vida en personas con HTA, de tal modo que el paciente asume una serie de prescripciones médicas para mantener índices adecuados de tensión arterial, con el objetivo de gozar de bienestar y calidad de vida, y por ende prevenir efectos adversos, deterioro de la salud y la muerte (Cruz Medina y Martínez Oñate, 2019). La capacidad de autocuidado son aquellas conductas gestionadas por la misma persona hacia sí mismo y el entorno, dirigidas hacia el bienestar y salud, así como regular y evitar situaciones de riesgo y peligro para el paciente (Leyva-Jiménez et al., 2011).

La adherencia terapéutica es el apego y compromiso del paciente para seguir y cumplir eficazmente el tratamiento, y constituye un factor relevante en el abordaje del paciente con HTA para el mantenimiento de calidad de vida. (Holguín et al., 2006). La adherencia farmacológica es el grado de apego del paciente hacia la toma de medicamentos, ajusta su estilo de vida y sigue las recomendaciones del médico (OPS, 2011)

Por lo expresado en los párrafos anteriores, el autocuidado y la adherencia farmacológica son factores que inciden en la calidad de vida y bienestar de las personas con HTA, cuyo estudio y comprensión ayuda al desarrollo de estrategias preventivas para el abordaje integral del paciente. En la revisión de estudios se ha identificado que las variables han sido analizadas predominantemente en pacientes con diabetes mellitus, estudios en ámbito internacional y son escasos las investigaciones que analicen la relación entre las variables en pacientes con HTA, las cuales han sido realizada previo a la pandemia COVID-19, y dado que la llegada de la pandemia generó cambios significativos en el estilo de vida de las personas, aunado al incremento significativo por el estrés psicológico ante el temor de contagiarse y contagiar a sus familiares, el distanciamiento interpersonal, y los cambios en el sistema sanitario. Por ende, constituye un vacío en el sistema de conocimiento y requiere investigación.

La problemática de la hipertensión arterial se presenta en diferentes lugares del Ecuador. Así, en un centro de Salud de Santa Lucía, ubicado en el Cantón del mismo nombre, que pertenece a la provincia de Guayas, se observa alta incidencia de pacientes con hipertensión arterial, especialmente mayores de 30 años, los cuales asisten en forma irregular a evaluación médica, control y monitoreo, sin embargo son frecuentes los ingresos a emergencia ya sea por crisis hipertensivas, o complicaciones asociadas ante el deterioro de salud del paciente al no desarrollar un cuidado y tratamiento adecuado.

Por lo anteriormente expresado se formula el siguiente problema de investigación: ¿Cuál es la relación de autocuidado y adherencia farmacológica en pacientes con hipertensión arterial de un centro de salud de Santa Lucía, 2022?

La presente investigación constituye un aporte teórico en el abordaje multidisciplinario de la hipertensión arterial, y en especial en la comprensión del afrontamiento del paciente con enfermedad crónica como la HTA, de modo que los hallazgos constituyen evidencias empíricas para caracterizar como influye el autocuidado en la adherencia farmacológica en pacientes con hipertensión arterial, más aún cuando son escasos los estudios que correlacionan dichas variables y constituye un vacío en el conocimiento. Además, la investigación

tiene relevancia práctica dado que los resultados sirven de base de modo que personal directivo de red asistencial diseñe estrategias orientadas al abordaje holístico y multidisciplinario de los pacientes con hipertensión arterial, más aún que el cuidado de sí mismo, y el apego hacia la prescripción médica son factores que inciden en la adaptación y bienestar del paciente.

Así también la investigación es socialmente relevante, dado que analiza variables que inciden en el bienestar de los pacientes y afrontamiento de la hipertensión arterial, la cual suele ser muy frecuente en población adulta superior a los 40 años, de tal modo que su comprensión ayuda al desarrollo de estrategias preventivo promocionales para mejora de la calidad de vida de los pacientes con HTA. En lo referido a la relevancia metodológica, la investigación aporta con evidencias de validez de contenido y confiabilidad de los instrumentos de recolección de datos, de modo que contribuya a la garantía métrica y puedan ser empleados posteriormente en la medición de las variables de estudio ya sea para fines investigativos o dentro de la práctica profesional.

En tal sentido se ha formulado como objetivo general: Determinar la influencia del autocuidado y adherencia farmacológica en pacientes con hipertensión arterial de un centro de salud de Santa Lucía, 2022.

Los objetivos específicos del estudio son los siguientes: Determinar si el autocuidado difiere entre varones y mujeres; determinar si la adherencia farmacológica difiere entre varones y mujeres; identificar el nivel de autocuidado en pacientes con HTA, Identificar el nivel de Adherencia farmacológica en pacientes con HTA.

En tal sentido se ha formulado las siguientes hipótesis general:

H_i: Existe relación directa entre autocuidado y adherencia farmacológica en pacientes con hipertensión arterial de un centro de salud de Santa Lucía, 2022.

H₀: No existe relación directa entre autocuidado y adherencia farmacológica en pacientes con hipertensión arterial de un centro de salud de Santa Lucía, 2022

II. MARCO TEÓRICO

En este capítulo analizaremos los trabajos previos al trabajo de investigación realizados en ámbito internacional, nacional y local; así como las bases teóricas del estudio.

En lo relacionado a trabajos previos, a nivel internacional, Alvarado-Guzmán y Aguilar (2020) cuya investigación analiza la relación entre la adherencia terapéutica (AT) y el autocuidado con la calidad de vida del paciente con cardiopatía isquémica en pacientes de México, investigación transversal y la muestra estuvo conformada por 101 pacientes de ambos sexos. Para el recojo de datos utilizaron varios cuestionarios entre los cuales el cuestionario SF-36; Self-Care Agency Scale, The Morisky Medication Adherence Scale (MMAS-8), datos sociodemográficos. Los hallazgos evidencian que, en Adherencia farmacológica predomina el nivel bajo (65%) y medio (35%), en tanto que, en autocuidado prevalece el nivel bueno (69%) y regular (30%)

Martínez de Murga et al., (2020) cuya investigación analiza la adherencia farmacológica en pacientes hipertensos de un Hospital de La Habana (Cuba); estudio transversal observacional y trabajaron con una muestra de 198 con diagnóstico de hipertensión arterial. Para la recolección de datos aplicaron la encuesta y ficha de datos sociodemográficos. Los hallazgos evidenciaron que el 43.9% de pacientes presenta adherencia farmacológica; de los cuales las mujeres (28.2%) presentan mayor incidencia que los varones. Además, los pacientes presentan mayor adherencia a la monoterapia (34.8%) y monodosis (27.7%); y del 71.7 % de pacientes controlados, el 41.9% tienen adherencia farmacológica.

Sánchez-Migallón (2020) realizó un estudio con la finalidad de evaluar el control de la enfermedad de pacientes diabéticos según edad y sexo en pacientes atención primaria de Manzanares (España); estudio observacional, transversal. Trabajó con una muestra de 1515 pacientes con DM2. Los hallazgos reflejan que el control glucídico no difiere según sexo, pero sí existen diferencias en el control lipídico, y la aplicación de hipoglucemiantes, estatinas y antihipertensivos.

Conte et al. (2020) realizaron un estudio que analiza la adherencia farmacológica en población adulta y en pacientes hipertensos usuarios de centros de atención primaria de Panamá; estudio transversal observacional y

trabajaron con una muestra de 1200 personas. Para la recolección de datos aplicaron el test de Morisky, Green y test de conocimiento del paciente acerca de la enfermedad. Los hallazgos evidencian que el 51% de encuestados en algún momento ha olvidado tomar medicamento, y el 40% de pacientes hipertensos indicó que ha dejado el tratamiento farmacológico, a pesar de conocer acerca de la enfermedad.

Herazo y Caballero (2019) evaluaron el nivel de autocuidado de personas con HTA de una entidad pública de Córdoba (Colombia), estudio trasversal observacional, y trabajaron con una muestra de 368 adultos con HTA. Para el recojo de datos aplicaron el Inventario del autocuidado de la hipertensión. Los hallazgos evidenciaron un bajo índice en gestión ($M=45$; $DE=11$) y mantenimiento del autocuidado ($M=57$; $DE=11$). Además, identificaron bajo cuidado en la dieta y en la identificación de síntomas. Concluyeron que el índice de autocuidado en los pacientes con hipertensión es debajo de la media (<70)

Martínez Fajardo et al. (2019) realizaron una investigación con el objetivo de identificar la adherencia terapéutica en pacientes con hipertensión arterial (HTA) de un consultorio de medicina familiar de México, estudio observacional con una muestra de 70 pacientes con HTA. Para el recojo de datos aplicaron la ficha de datos y encuesta acerca de conocimiento de la enfermedad y adherencia terapéutica. Los hallazgos evidencian que el 88,6 % tiene adherencia terapéutica. Además, se identificó relación significativa entre conocimiento de la enfermedad y adherencia terapéutica.

Fernández Silva y López Andrade (2018) analizaron el autocuidado y adherencia al tratamiento antirretroviral en pacientes de un hospital del sur de Chile; investigación trasversal correlacional, y trabajó con una muestra 105 pacientes. Aplicaron la encuesta conformada por perfil sociodemográfico-clínico, capacidad de autocuidado, Adherencia al tratamiento farmacológico. Los resultados evidenciaron una alta capacidad de autocuidado 87,6%, y no adherencia a tratamiento en el 76,2%. Además, identificaron que no existe asociación entre la adherencia y capacidad de autocuidado ($p= 0,148$).

Cabrera Cedeño et al. (2018) realizaron un estudio con el objetivo de analizar la asociación entre autocuidado y la adherencia al tratamiento farmacológico y no farmacológico en personal directivo con factores de riesgo cardiovascular modificable; estudio trasversal observacional y trabajaron con

una muestra de 41 funcionarios. Para el recojo aplicaron escalas de valoración de autocuidado y factores de adherencia terapéutica. Los hallazgos evidencian que no existe relación entre autocuidado y adherencia al tratamiento en la muestra de estudio. Además, los factores de riesgo más frecuentes fueron dislipidemias (56%), hipertensión (55%), y obesidad (34%); el 100 % de la muestra tiene alto autocuidado, y una prevalencia de riesgo de no adherencia (51%) y adherencia al tratamiento (46%)

Olivieria y Trujillo (2017) cuyo estudio la relación entre el autocuidado y la adherencia terapéutica en Pacientes de un hospital de Carabobo (Venezuela), estudio observacional correlacional y trabajaron con una muestra de 100 pacientes con diabetes. Los hallazgos evidenciaron una relación positiva entre el autocuidado y la tasa de adherencia al tratamiento, así como el buen cumplimiento de la alimentación y medidas de automonitoreo de glicemia. Además, una tasa de adherencia a la medicación de $76,86\% \pm 32,1$ en la población de estudio.

Luna-Breceda et al. (2017) analizó el nivel de adherencia terapéutica en pacientes con hipertensión arterial de un hospital de Guadalajara; investigación transversal observacional y aplicaron la escala de Morisky-Green-Levine (mgl) y *Brief Medication Questionnaire*. La muestra fueron 348 pacientes con HTA. Los resultados evidenciaron si bien existe una prevalencia de adecuada adherencia terapéutica (52.01%). Además, se observó mayor incumplimiento terapéutico (52.30%)

Olivella Fernández et al., (2016) analizó el autocuidado y de adherencia terapéutica en pacientes con enfermedades coronarias (EC) de un hospital de Ibagué (Colombia), estudio transversal descriptivo y trabajó con una muestra conformada por 55 pacientes con EC. Para el recojo de datos aplicaron la Escala Europea de Autocuidado (ajustada) y el Instrumento de Adherencia. Los hallazgos evidenciaron que el 65,45% está en riesgo de no adherencia y el 30,9% está en ventaja de adherencia; mientras que en autocuidado prevalece el regular autocuidado, seguido del buen cuidado (30.3 %) y bajo autocuidado (7,27%)

Rossaneis et al., (2012) analizó el autocuidado de los pies y estilo de vida según sexo en personas diabéticos del sur de Brasil, estudio transversal y trabajaron con una muestra de 1515 personas con diabetes. Los hallazgos

evidenciaron una prevalencia del bajo autocuidado y diferencias significativas del autocuidado y estilo de vida entre varones y mujeres, siendo estas últimas las que presentan mayores pujantes

A nivel nacional, Corral Zambrano (2022) analizó la asociación entre estilos de vida y adherencia al tratamiento en pacientes con DM2 de un establecimiento de salud de Manabí, estudio trasversal correlacional y trabajó con una muestra de 40 pacientes con DM2. Para el recojo de datos aplicó 2 escalas con evidencia de validez y confiabilidad. La evidencia empírica identificó una relación positiva entre las variables de estudio ($Rho=.448$; $p<.01$). Además, se identificó una prevalencia del nivel regular (82.5%) y alto (12.505) en adherencia terapéutica en la muestra de estudio

Solórzano et al. (2020), cuya investigación describe la práctica de autocuidado en pacientes con diabetes mellitus tipo 2 de establecimiento médico de Manabí; investigación trasversal observacional y prospectivo y trabajaron con una muestra de 355 pacientes. Para el recojo de datos aplicaron cuestionarios validados. Los hallazgos evidenciaron que el 7% no practica ejercicios, ni descansa, mientras que el 5% no puede dormir lo suficiente, y el 5% busca información acerca del cuidado de la enfermedad, mientras que el 4% busca cambiar sus hábitos no saludables.

Cruz Medina y Martínez Oñate (2019) analizaron la asociación entre el conocimiento y práctica de autocuidado de pacientes hipertensos de Manabí. La muestra fueron 138 pacientes con HTA. Para el recojo de datos aplicaron cuestionarios. Los hallazgos evidenciaron una correlación inversa entre las variables ($r=-.331$; $p<.01$)

En la revisión teórica del autocuidado se ha identificado diferentes planteamientos teóricos, y se ha asumido el modelo teórico de Dorothea Orem, que plantea que el autocuidado son comportamientos aprendidos en determinadas condiciones vitales orientados hacia sí mismo y al contexto con la finalidad de controlar factores que afectan su funcionamiento, salud y bienestar del individuo. Además, plantea que en el autocuidado confluyen tres elementos indispensables: autocuidado universal, autocuidado del desarrollo y autocuidado de desviación de la salud (Naranjo Hernández et al., 2017)

El **autocuidado universal** son los cuidados genéricos de todo individuo para llevar una vida saludable y buena relación consigo mismo, con los demás y

entorno y ecosistema, y esta referido a hábitos saludables en alimentación, sueño, actividad física, recreación, integración y vida social, como también lo relacionado a relaciones familiares, interpersonales, cuidados del entorno, aire, agua. etc.

Por otro lado, el **autocuidado del desarrollo** son las acciones voluntarias e intencionales del individuo con la finalidad de fomentar condiciones favorables para la salud, bienestar y desarrollo, de tal modo que se prevenga o mitiga situaciones desfavorables o mitigue las consecuencias de dichas condiciones a lo largo del ciclo vital del ser humano (Espino et al., 2013).

El autocuidado **en desviación de la salud** son las prácticas de cuidado de sí mismo que desarrolla un paciente con enfermedad crónica o algún tipo de discapacidad, o se encuentra en proceso de recuperación por algún tipo de enfermedad o lesiones (Naranjo-Hernández, 2019). El autocuidado involucra de manera complementaria a la familia y soporte social del individuo, cuando hay desequilibrio entre la capacidad de cuidado y las necesidades del autocuidado debido a enfermedad o lesión (Prado Solar et al., 2014)

En tal sentido, de acuerdo al modelo teórico de Orem, las personas con enfermedades crónicas para mantener un estado saludable necesitan de manera continuada de determinados cuidados como también abordaje multidisciplinario oportuno y eficaz; requiere información acerca del estado de su enfermedad, los riesgos, limitaciones y evolución de la enfermedad, así como orientación acerca de la necesidad de cambios en su estilo de vida que permita un buen ajuste y funcionamiento personal, como también aceptar y convivir con la enfermedad, lo cual implica tomar conciencia y afrontar los efectos secundarios del tratamiento médico, y asumir los cambios en su estado de salud (Salcedo-Álvarez et al., 2017).

Además, los pacientes con enfermedades crónicas necesitan de determinados cuidados de la salud como buscar atención médica oportuna, periódica y eficaz; realizarse periódicamente exámenes clínicos con la finalidad de conocer su estado y evolución, como también acciones terapéuticas y de rehabilitación prescritas por médico tratante dirigidas a la prevención y manejo de determinadas patologías (Ramal-Moreno & Ricapa-Guerrero, 2020; Higuera-Dagovett & Garzón, 2019).

En la revisión teórica se identifican diferentes conceptualizaciones del autocuidado que proceden de diferentes disciplinas científicas (Van De Velde et al., 2019). El autocuidado ha sido ampliamente estudiado desde el enfoque teórico del déficit del autocuidado de Orem y da relevancia a los factores físicos biológicos (Cancio-Bello et al., 2020). Orem define al autocuidado como es la intervención dinámica del individuo con su propia salud para evaluar y controlar factores externos e internos con el propósito de desarrollar gestión de sí mismo, pondera acerca de sus demandas y limitaciones, así como valora acerca de sus capacidades para realizar de prácticas de cuidado de acuerdo a las exigencias y requerimientos de su estado de salud (Prado Solar et al., 2014).

Desde un enfoque similar, el autocuidado es una práctica aprendida, voluntaria e intencional que integra sistema de valores, creencias y hábitos con el objetivo de mantener bienestar, salud y vida; y cuando no puede desarrollar los cuidados por sí mismo por dolencias, limitaciones o incapacidad, se torna dependiente de cuidados (Higuera-Dagovett & Garzón, 2019).

La capacidad del autocuidado del individuo se basa en la evaluación y reflexión de su comportamiento relacionado a su salud, compromiso sostenido con su salud y bienestar y control de factores internas y externas que puedan afectan su estado de salud, de modo que pueda identificar las conductas saludables que debe desarrollar y mantener, como también las conductas que debe evitar (Velandia-Arias & Rivera-Álvarez, 2009).

Desde una concepción de la psicología de la salud, el autocuidado es un comportamiento influenciado por factores psicológicos del individuo como madurez, emocional, autoestima, motivación por su bienestar, disciplina y constancia, como también conciencia de su estado de salud; de tal modo que desarrolla un patrón de comportamientos, actividades y estrategias durante un periodo continuado de tiempo orientado hacia el cuidado de si mismo y bienestar para un adecuado ajuste y funcionamiento personal (Prado Solar et al., 2014; Vega et al., 2015)

En tal sentido Sillas y Jordán (2011) plantean que el autocuidado son un conjunto de comportamientos orientados en desarrollar y fortalecer las conductas saludables, como también cambiar las no saludables en saludables, lo cual implica tener conocimiento acerca de su estado de salud, informarse acerca de los cuidados de salud, situaciones de riesgo, como también motivación

para el bienestar, y cambio de determinados factores ambientales que puedan afectar la conducta saludable (Sillas & Jordán, 2011)

En la revisión de las dimensiones del autocuidado, Achury et al., (2009) plantean un modelo de evaluación del autocuidado en personas con HTA basado en los planteamientos de Orem y lo sistematizada en las siguientes dimensiones:

La Capacidades fundamentales y disposición del autocuidado se refieren a procesos cognitivos básicos del paciente como sensopercepción, conciencia, memoria que le permita procesar la información acerca de su estado de salud y cuidados.

El Componente de poder, conformado por destrezas del paciente que orientan al paciente a desarrollar acciones y estrategias de cuidarse como autoestima, motivación por la salud y bienestar, flexibilidad y capacidad adaptativa e integración con sistema familiar y grupo social.

La Capacidad de operacionalizar está referido a la iniciativa del paciente en el cuidado de si mismo, que implican indagar y explorar situaciones favorables en si y en el entorno, como también tomar decisiones, estrategias y cambios en sus hábitos para desarrollar bienestar y mejor afrontamiento de la enfermedad.

En lo referente a la adherencia farmacológica, se han identificado diferentes acepciones. La OMS conceptualiza a la adherencia desde una perspectiva amplia referida al nivel de apego de la conducta del paciente a las prescripciones terapéuticas del médico e incluye un abanico de comportamientos desde la toma de medicamentos, dosis, como también cuidados, modificación de hábitos, controles entre otros aspectos (López San Román, 2006).

Desde una concepción enfocada al cumplimiento farmacológico, la adherencia ha sido definida como el grado de involucramiento y seguimiento del paciente de manera persistente la toma de medicamentos respecto a la dosis, pauta posológica, periodo de tiempo de medicación, duración del tratamiento (Cramer et al., 2008; Dilla et al., 2009). Desde esta última concepción, se define a la adherencia como el grado de cumplimiento y seguimiento de las prescripciones terapéuticas del médico y constituye un factor primordial en la eficacia del tratamiento, especialmente en pacientes con enfermedades crónicas que, conlleva un proceso de adaptación psicológica y manejo del duelo afectivo (Pérez, 2015).

Al respecto Haynes et al. hicieron una diferenciación entre adherencia y cumplimiento farmacológico, y plantea que en la adherencia existe la voluntad, compromiso, y cooperación activa del paciente respecto a las recomendaciones del profesional médico, así como toma decisiones en la modificación de hábitos saludables y evita situaciones que afectan su bienestar. En tanto que la aceptación cumplimiento está referido a sumisión, obediencia, y pasividad en el marco de una interacción protección paternalista en la relación médico paciente (Dilla et al., 2009).

La adherencia farmacológica se desarrolla en tres momentos: La iniciación, que corresponde luego del diagnóstico y de la prescripción médica, el paciente se administra la primera dosis farmacológica. La implementación constituye al seguimiento del paciente a su tratamiento, de modo tal que el paciente ha incorporado el tratamiento en su rutina, e implica la administración de las dosis, número de dosis y horarios en se administra la medicación. Por último, la discontinuación, que puede deberse que el paciente ha abandonado el tratamiento o ha concluido, en especial en enfermedades leves (Hernández et al., 2018)

La OMS plantea que la adherencia farmacológica es un proceso multifactorial que incide en el bienestar del paciente, y está influenciado por factores socioeconómicos que inciden en la adquisición de medicamentos y acceso al sistema sanitario; el Sistema de salud, que implica atención de calidad, eficaz y oportuna, la relación con los profesionales sanitarios, dotación de medicamentos, etc.; la enfermedad, ya sea por la duración, evolución y complejidad de la enfermedad, severidad de los síntomas; el tratamiento y el Paciente (Haile et al., 2020)

La adherencia farmacológica es un factor importante en la recuperación del paciente con enfermedades crónicas como la hipertensión arterial. Este tipo de pacientes, con el paso del tiempo suele reducir la adherencia farmacológica y está asociado a diversos factores, como factores propios del paciente como la personalidad, la edad, la motivación hacia el tratamiento, el estado emocional, el soporte familiar del paciente, como también la condición socioeconómica, el grado de instrucción y la información que maneja acerca de la enfermedad (Smits et al., 2020).

La interacción médico paciente es un factor importante en la adherencia terapéutica, donde incide aspectos comunicacionales verbales y no verbales. Implica un trato cálido, empático y oportuno, que genere confianza y seguridad por parte del profesional médico, de tal modo que brinde información acerca del estado de salud y de la enfermedad de manera clara y comprensible utilizando términos acordes al nivel de instrucción del paciente, como también motivación y aliento ante momentos de padecimiento y tristeza por parte del paciente. Sin embargo, un trato descortés, poco empático donde se visibiliza la asimetría médico paciente constituye un factor que afecta la adherencia y abandono del tratamiento (Dilla et al., 2009).

Otro factor que incide en la adherencia farmacológica del paciente es la dosis, que se manifiesta de dos formas. La primera en la cual el paciente percibe que el tratamiento esta siendo poco efectivo y se incrementa de dosis sin consultar al médico, o, por el contrario, ha tenido una evolución favorable y por ende la sintomatología ha disminuido, y el paciente reduce las dosis del tratamiento farmacológico (Belachew & Netere, 2022). Otro factor que incide en la adherencia es la vía de administración, siendo la vía intramuscular y endovenosa la de mayor adherencia, debido que asistencia y monitoreo por el profesional de la salud (Niemand et al., 2012).

Además, el número de dosis, la duración y efectos adversos incide en la adherencia. El número de dosis que recibe el paciente incide en la adherencia farmacológica, y se ha identificado que pacientes que recibe monodosis tienen tasas de adherencia más elevado que pacientes que reciben multidosis, dado que el paciente suele olvidarse o comete error de medicación, más aun cuando recibe otros medicamentos (Pérez, 2015).

La adherencia farmacológica varía según el tiempo, y en enfermedades crónicas que requiere un tratamiento continuo a lo largo del tiempo, y cambios en el estilo de vida, tiene mayores probabilidades de disminuir (Lachaine et al., 2013). Los efectos adversos que generan malestar reducen la adherencia farmacológica dado que los síntomas que experimente inciden en la baja adherencia y abandono del tratamiento (Haile et al., 2020).

La baja adherencia farmacológica afecta la recuperación del paciente, presentando un mayor deterioro en su salud, incrementa la morbilidad y mortalidad, así como disminuye significativamente la eficacia terapéutica.

Además, tiene consecuencias económicas en el sistema sanitario porque genera un aumento del coste de la atención asistencial, por el incremento de hospitalizaciones, visitas domiciliarias, atenciones en urgencias y emergencias, como también pruebas diagnósticas, fármacos, entre otros.

III. METODOLOGÍA

3.1. Tipo y diseño de investigación

3.1.1. Tipo de Investigación

La investigación se desarrolló bajo el enfoque cuantitativo dado que aplica la medición del objeto de estudio y el tratamiento estadístico para verificar las hipótesis del estudio y dar respuestas al problema científico (Hernández-Sampieri & Mendoza Torres, 2018). Según el propósito del estudio, la investigación es básica su porque busca evidencia empírica para el desarrollo teórico del abordaje del paciente con HTA (Arias Gonzáles & Covinos Gallardo, 2021).

3.1.2. Diseño de investigación

En el estudio se ha aplicado un diseño de investigación observacional porque recopila información acerca de las variables sin que se aplique estrategia manipulativa. Según el corte temporal, se realizó una investigación transversal o transeccional dado que la recolección de los datos se realizó en un único momento. Según el nivel de análisis se aplicó un diseño correlacional porque busca medir la covariación de las puntuaciones de los atributos estudios (Hernández-Sampieri & Mendoza Torres, 2018)

El esquema de investigación es el siguiente:

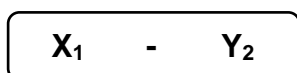


Figura 1. Diseño de Investigación

Dónde:

X₁ : Medición del autocuidado

- : Relación entre las variables

Y₂ : Medición de la adherencia farmacológica

3.2. Variables y operacionalización

Variable1: Autocuidado

Definición conceptual: *El autocuidado son los comportamientos intencionados y aprendidos del paciente en atender, regular, tomar decisiones y resolver*

problemas, orientado hacia el logro de bienestar y mantenimiento de estado de salud, como también evitar o mitigar la aparición de situaciones adversas

Definición operacional: El autocuidado será medido mediante las puntuaciones obtenidas en el cuestionario Capacidad de Agencia de Autocuidado mediante 17 preguntas tipo likert

Dimensiones: Capacidades fundamentales, Componentes de poder y Capacidad para operacionalizar

Escala de medición: Ordinal

Variable 2: Adherencia farmacológica

Definición Conceptual: Es el patrón de comportamientos de una persona con diagnóstico de una enfermedad crónica enfocados a seguir en forma puntual y eficaz la administración de fármacos (Garcés et al., 2020)

Definición operacional: La adherencia farmacológica será medido por la suma de las puntuaciones obtenidas en la escala Morisky de adherencia a la medicación (MMAS-8) mediante 7 reactivos dicotómicos y un reactivo tipo escala Likert

Escala de medición: Ordinal

3.3. Población, muestra y muestreo

3.3.1. Población

La población es el universo de individuos que integran un organización donde se aplica la investigación (Hernández-Sampieri & Mendoza Torres, 2018). La población estuvo conformada por 192 pacientes con el diagnóstico de hipertensión de un centro de Salud de Santa Lucía

Los criterios de inclusión de la muestra de estudio son los siguientes: Pacientes con HT que acuden a un Centro de Salud de Santa Lucía en el periodo de recolección, que otorgan consentimiento informado y desarrollen el 100% de preguntas de los cuestionarios

Los criterios de exclusión: Aquellos pacientes que se encuentren hospitalizados, que reciben tratamiento psiquiátrico y no respondan al 100 % de reactivos de instrumentos de recolección.

3.3.2. Muestra

La muestra es la sub división de la población elegidos de modo relevante y representativo a quienes se les administra los instrumentos de recojo de datos (Hernández-Sampieri & Mendoza Torres, 2018). Para el cálculo de la muestra se estimó con la fórmula para poblaciones finitas con un nivel de confianza del 95% y error de medición del 5%, cuya muestra estará conformada por 128 pacientes con diagnóstico de HTA.

3.3.3. Muestreo

Para seleccionar la muestra se aplicó un muestreo probabilístico simple, dado que todos los sujetos tienen la misma probabilidad de ser incluidos en la muestra de estudio, para lo cual se trabajó con la estrategia de lotería. (Hernández-Sampieri & Mendoza Torres, 2018)

3.3.4. Unidad de análisis:

Pacientes con diagnóstico de hipertensión a un Centro de Salud de Santa Lucía

3.4. Técnicas e instrumentos de recolección de Datos

En el estudio se trabajó con la técnica de la encuesta para el recojo de datos, que es una técnica de investigación cuantitativa caracterizada por una muestra estandarizada de preguntas que permite hacer inferencias acerca del objeto de estudio en la muestra de estudio (Gil Pascual, 2016)

Para la medición del autocuidado se aplicó el cuestionario de Capacidad de Agencia de Autocuidado (CAA) en Pacientes con Hipertensión Arterial diseñado y validado por Achury et al., (2009) basado en el modelo teórico de Orem, es un autoreporte conformado por 17 ítems tipo escala likert de nunca (1) a siempre (5). Explora las dimensiones: capacidades fundamentales, componentes de poder y capacidad para operacionalizar.

Para medir adherencia Farmacológica se administró la escala de *la medicación de Morisky (MMAS-8)* que explora comportamientos de adherencia a la ingesta de medicamentos en pacientes con HTA y se puede aplicar en forma individual y grupal a población adulta. Está compuesta por 8 ítems, de los cuales las 7 primeras preguntas son dicotómicas y una de tipo escala. Respecto a las

propiedades métricas del instrumento, Morisky et al., (2008) identificaron índice aceptable de fiabilidad por consistencia interna ($\alpha = 0,83$). Además, asociación significativa con el control de la presión arterial. Además, se identificó la sensibilidad de la escala aplicando un punto de corte de <6 , permite identificar pacientes con problemas de control de presión arterial en 93% y especificidad del 53%. La escala de *la medicación de Morisky (MMAS-8)*. La escala permite *identificar* el grado de adherencia según el total (<6 = Baja adherencia; 6-7= Moderada adherencia y 8= Alta adherencia)

Para fines del estudio se determinó la evidencia de validez de contenido por juicio de expertos el cuestionario Capacidad de Agencia de Autocuidado (CAA) en Pacientes con Hipertensión Arterial y la escala de *la medicación de Morisky (MMAS-8)*, mediante la ponderación de 3 jueces en claridad, relevancia y coherencia, cuyos resultados serán procesados mediante índice de acuerdo de Aiken. La evidencia de la confiabilidad se determinó mediante aplicación a una muestra piloto y se aplicó el coeficiente Omega M Donald para determinar el nivel de fiabilidad, encontrándose altos valores de fiabilidad.

3.5. Procedimiento

La investigación se realizó de la siguiente manera:

- Se solicitó la autorización para el recojo de datos con fines de investigación ante la dirección ejecutiva de un centro de Salud de Santa Lucía.
- Luego se coordinó con los responsables de la estrategia sanitaria de Control de la HTA para la aplicación en los pacientes que acuden al control sanitario.
- Se realizó la validación de los instrumentos de recojo de datos por juicio de expertos con formado por 3 jueces, y la confiabilidad del instrumento.
- Se aplicó de manera presencial los instrumentos de recojo de datos a los pacientes con HTA que acuden Al Centro de Salud de Santa Lucía.
- Luego de aplicar los instrumentos, se procedió a verificar la calidad de los bases de datos tabular los datos y mediante el programa SPSS se realizará el tratamiento estadístico de los datos.

3.6. Método de análisis de datos

Para el procesamiento de datos y análisis estadístico se trabajó con el SPSS v.26.0), Microsoft Excel 2019 y Jamovi

Primero se realizará la evidencia de validez de contenido utilizando el índice de acuerdo de Aiken, aceptándose superiores a .80. Luego se estimó la confiabilidad mediante el Coeficiente Omega Mc Donald aplicando el Programa Jamovi.

Posteriormente se elaborará la base de datos mediante aplicativo Excel. El análisis descriptivo se realizará mediante frecuencias, porcentajes y estadística de tendencia central como media y mediana.

Para el análisis correlacional, se importará la base de datos al Programa SPSS v26, y se realizará la sumatoria de las puntuaciones por dimensiones y escala global, y se procederá a la prueba de bondad de ajuste mediante análisis inferencial del coeficiente Kolgomorov Smirnov y debido las puntuaciones son significativas y por tanto no cumple el criterio de normalidad y se realizó el análisis correlacional con el coeficiente correlación de Rangos de Spearman. Para verificar de hipótesis se utilizó el análisis inferencial a un nivel de confianza del 95% y nivel de significación al 0.05. Para establecer la dirección de la relación tuvo en cuenta el signo del valor correlacional.

Para identificar el grado de la relación se aplicó el tamaño del efecto de Cohen, que establece relaciones de tamaño del efecto pequeña ($.1 < .3$), relaciones de tamaño del efecto mediano ($>.3 < .5$) y relaciones de tamaño del efecto grande ($>.5$)

3.7. Criterios éticos.

En la presente investigación se tomó en cuenta los principios éticos determinados en el Informe Belmont (Como se citó en Delclós, 2018), que se detallan a continuación:

El **Respeto a la persona**, que consiste que en el estudio se otorgó un trato cordial, con empatía y sensibilidad por su estado de salud y vulnerabilidad, teniendo en cuenta sus diferencias individuales y respetando costumbres, dialecto fonético y semántico, nivel de instrucción. Además, se le brindará información acerca de la investigación, finalidad, y riesgos para obtener el

consentimiento informado de los participantes en el estudio. Así también, se reservará la identidad del participante, cuyos instrumentos serán llenados en forma anónima

El principio de **Beneficencia, No Maleficencia** que se refiere al principio ético en la generar condiciones en la investigación para generar bienestar y garantizar la integridad en las unidades de análisis, reduciendo los riesgos de daño en los participantes, de modo que se maximice los beneficios y disminuya los riesgos.

El **principio de Justicia** consiste en brindar un trato justo e igualitario a los participantes, de modo que a todos los participantes se les brindó las instrucciones y las condiciones de aplicación, sin discriminación ni trato preferencial

Además, se respetará la propiedad intelectual mediante el reconocimiento de la autoría de la información presentada mediante las citas y referencias aplicando las normas APA 7° edición.

IV. RESULTADOS

Análisis correlacional

Tabla 1. *Coefficiente Rho Spearman entre Autocuidado y adherencia farmacológica en Pacientes con Hipertensión arterial de un Centro de Salud de Santa Lucía*

		Autocuidado
Adherencia farmacológica	Rho Spearman	.20*
	p	.024
	d	Pequeño
	N	128

Nota: Rho: Coeficiente de correlación de Spearman; d: Tamaño del efecto de Cohen; *Se rechaza la H_0 a un nivel de significación de .05

Interpretación

En la tabla 1, en el análisis inferencial de la relación entre *Autocuidado y adherencia farmacológica en Pacientes con Hipertensión arterial de un Centro de Salud de Santa Lucía*, se evidenció que el p-valor $< \alpha$ (0.05). Por tanto, la evidencia estadística rechaza la hipótesis nula y se asume la aceptación la hipótesis de trabajo, que plantea que existe relación directa, estadísticamente significativa y tamaño del efecto pequeño entre Autocuidado y Adherencia farmacológica. Lo cual significa que a mayor cuidado que asume el paciente con HTA, mayor apego y cumplimiento de las prescripciones farmacológicas.

Análisis comparativo

Tabla 2. Comparación del autocuidado según sexo en pacientes con HTA

	Varón	Mujer	U	p
	M (DE)	M (DE)		
Autocuidado	45.74 (.936)	49.04 (.949)	2281.5	.105

Nota: M: Media; DE: Desviación estándar; U: Mann de Whitney; p: probabilidad de error

En la tabla 2 se observa que en el análisis inferencial de la comparación del autocuidado entre varón y mujer se obtiene un p-valor > 0.05, lo cual significa que se acepta la H_0 que plantea que no existen diferencias estadísticamente significativas

Tabla 3. Comparación de la adherencia farmacológica según sexo en pacientes con HTA

	Varón	Mujer	U	p
	M (DE)	M (DE)		
Adherencia farmacológica	3.58 (.267)	4.89 (.949)	2736.5	<.001**

Nota: M: Media; DE: Desviación estándar; U: Mann de Whitney; p: probabilidad de error

**Se rechaza la H_0 a un nivel de significancia de .01. Se acepta la Hipótesis de Trabajo

En la tabla 3 se observa que en el análisis inferencial de la comparación de la adherencia farmacológica entre varón y mujer se obtiene un p-valor > 0.05, lo cual significa que se rechaza la H_0 , lo cual significa que existen diferencias estadísticamente significativas, identificándose que las mujeres (M:4.89) tienen una media mayor que los varones (M: 3.58).

Análisis descriptivo

Tabla 4. Estadísticos descriptivos de Autocuidado y adherencia farmacológica en pacientes con HTA

	M (DE)	IC 95%		Xmin-	XMax
		Li	Ls		
Autocuidado	47.75 (7.88)	46.4	49.1	30	77
Capacidades fundamentales	10.42 (1.95)	10.1	10.8	3	15
Componentes Poder	10,77 (2.785)	10.3	11.2	4	20
Operacionalizar	26,56 (4.798)	25.7	27.4	16	44
Adherencia farmacológica	4,38 (1.99)	4.1	5.0	0	9

Nota: M: Media; DE: Desviación estándar; IC: Intervalo de confianza;

En la tabla 4 se observa los estadísticos descriptivos de autocuidado y adherencia farmacológica; identificándose que las puntuaciones promedio autocuidado y sus dimensiones se ubican en un nivel medio, en tanto que las puntuaciones de adherencia farmacológica se ubican en el nivel bajo.

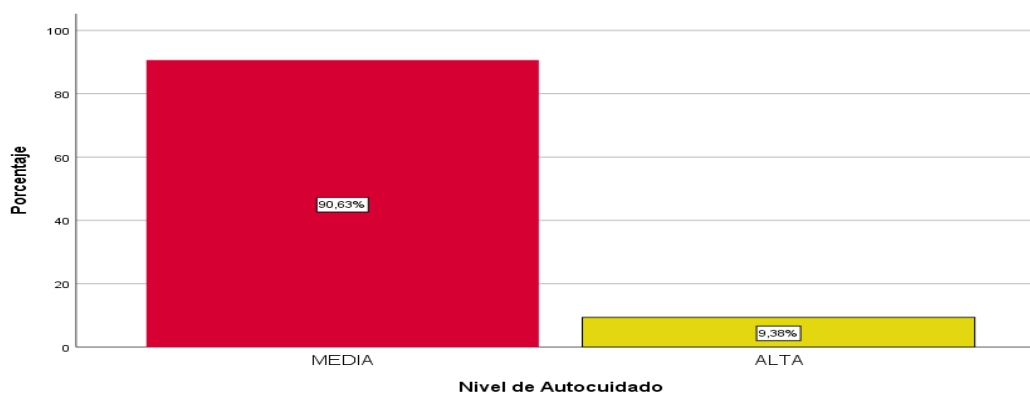


Figura 2. Niveles de autocuidado en pacientes con HTA de un centro de Salud de Santa Lucía

En la figura 2 se observa la distribución de Niveles de autocuidado en pacientes con HTA de un centro de Salud de Santa Lucía, se observa una prevalencia de nivel Medio (90.63 %) y en menor incidencia el nivel Alto (9.38%). En este sentido la mayoría de pacientes con HTA desarrollan cuidados en alimentación, actividad física, recreación, vida social, de tal modo que les permita gozar de vida saludable, atenuar el malestar de la enfermedad y reducir el riesgo de complicaciones posteriores en su salud

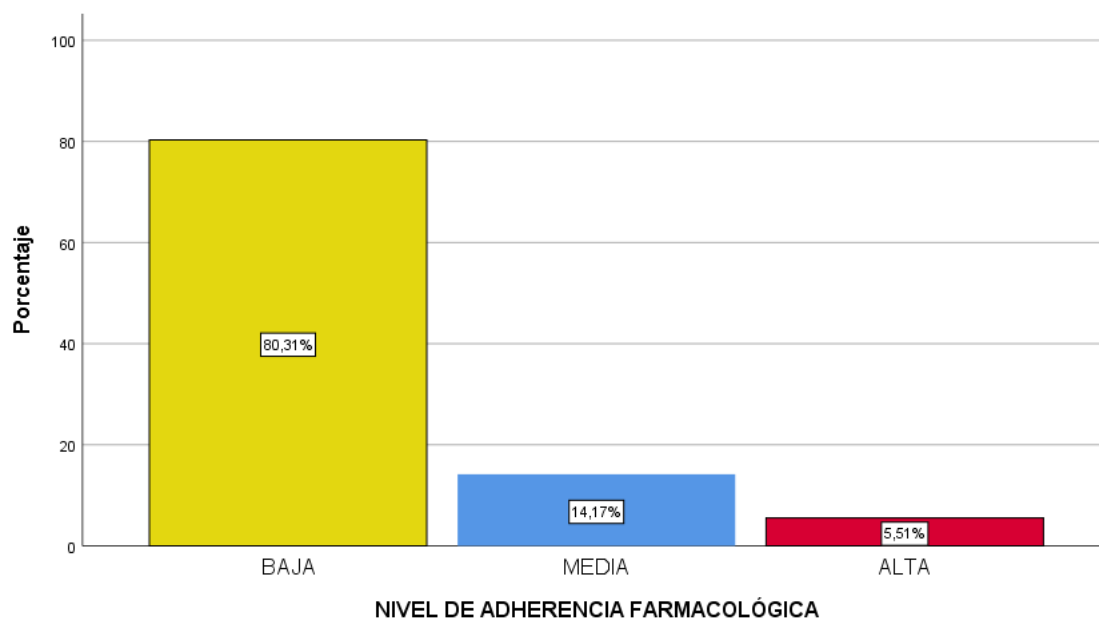


Figura 3. Niveles de adherencia farmacológica en pacientes con HTA de un centro de Salud de Santa Lucía

En la figura 3 respecto a la distribución de niveles adherencia farmacológica en pacientes con HTA de un centro de Salud de Santa Lucía, se identifica una prevalencia de baja adherencia farmacológica (80.31%) y en menor incidencia nivel medio (14.17%) y alta adherencia (5.51%). Estos resultados evidencian que la gran mayoría de pacientes con HTA presenta descuido, desorden y olvido en la toma de medicamentos, dosis y duración, lo cual constituye un factor de riesgo para el abandono al tratamiento, e incrementa la probabilidad de complicaciones en su salud.

V. DISCUSIÓN

La presente investigación tuvo como finalidad determinar la relación entre autocuidado y adherencia farmacológica en pacientes con hipertensión arterial de un centro de salud de Santa Lucía. Para ello se aplicó el cuestionario Capacidad de Agencia de Autocuidado (CAA) y la escala de la medicación de Morisky a una muestra probabilística de 128 pacientes con HTA. La evidencia estadística corrobora la Hipótesis alterna, identificándose una relación estadísticamente significativa y directa entre autocuidado y adherencia farmacológica en la muestra de estudio.

En el contraste con los trabajos previos, se observa que estos hallazgos coinciden con los resultados de Guzmán y Aguilar (2020) en pacientes con cardiopatía isquémica de un hospital de México, y con los resultados de la investigación de Olivieria y Trujillo (2017) realizado en pacientes de un hospital de Carabobo (Venezuela); estudios en las cuales identificaron una relación directa entre autocuidado y adherencia farmacológica; y si bien fueron realizado en diferentes poblaciones clínicas, los hallazgos fueron similares.

Sin embargo, los resultados difieren del estudio de Fernández Silva y López Andrade (2018) realizado en pacientes seropositivos de un hospital del sur de Chile, y con los resultados de la investigación de Cabrera Cedeño et al. (2018) aplicado a personal directivo con factores de riesgo cardiovascular modificable; investigaciones cuyos hallazgos identificaron que no existe relación estadísticamente significativa entre las variables de estudio. Lo cual evidencia la complejidad del fenómeno en relación al abordaje de una enfermedad crónica. Uno de los factores que se puede hipotetizar respecto a las diferencias de los hallazgos está referido a la muestra de estudio; en el caso de López Andrade (2018), trabajaron en pacientes seropositivos, en el que incide la elaboración del duelo afectivo relacionado al diagnóstico de una enfermedad socialmente estigmatizada, y la recepción del diagnóstico conlleva a cambios significativos en la vida del individuo (Radusky y Mikulic, 2018)

En tal sentido, para comprender estos hallazgos desde el modelo teórico de Orem, que plantea que el ser humano con alguna dolencia, malestar y/o discapacidad sobreviniente a la enfermedad presenta la necesidad de autocuidado en desviación de la salud, de tal modo que desarrolla comportamientos saludables, así como cuidados genéricos y específicos

relacionados con la dolencia y enfermedad (Naranjo-Hernández, 2019). Al respecto, ante la percepción de dolencia y limitación surge la necesidad del paciente de información acerca de la enfermedad y su evolución, tomar conciencia y afrontar los efectos secundarios del tratamiento médico como también gestión de estilo de vida saludable como factor relevante para gozar de calidad de vida y funcionalidad personal (Salcedo-Álvarez et al., 2017).

Al respecto, la relación entre autocuidado y adherencia farmacológica corrobora el postulado que la gestión del cuidado de sí mismo es un factor que incide en el involucramiento y cumplimiento consistente del paciente respecto a las prescripciones farmacológicas dadas por el profesional médico e implica la toma de medicamentos siguiendo la dosis, la pauta posológica, periodicidad, duración, entre otros factores (Cramer et al., 2008; Dilla et al., 2009).

Sin embargo, el proceso de afrontamiento a la enfermedad es un proceso complejo donde interactúan factores personales del paciente, factores relacionados con la enfermedad, como también factores relacionados con el sistema sanitario (Smits et al., 2020). De tal modo que ello conlleva a un abordaje multidisciplinario, que implica atenciones y evaluaciones médicas periódicas, como social, nutricional, psicológica, etc. orientado hacia una calidad de atención con visión holística del ser humano.

Estos resultados conllevan a una reflexión acerca del abordaje del paciente con HTA respecto a la necesidad de orientación y acompañamiento del paciente acerca de la enfermedad y respectivos cuidados (Salcedo-Álvarez et al., 2017). Además, de la evaluación y medición periódica de factores personales que inciden en el bienestar del paciente como evaluación del estado emocional, medición del autocuidado, estilos de vida, así como de la adherencia terapéutica y farmacológica. Dicho abordaje requiere acompañamiento psicoemocional desde la comunicación del diagnóstico, manejo del duelo y toma de conciencia de la enfermedad y las limitaciones de la misma, gestión de los cambios emocionales a lo largo de la enfermedad y fortalecimiento de la autoestima, y motivación del autocuidado y adherencia al tratamiento (Pelechano, 2012).

Desde la práctica investigativa surge la necesidad de desarrollar estudios orientados hacia el diseño y validación de programas de fortalecimiento del autocuidado en pacientes con enfermedades crónicas en general y en particular con HTA; además de estudios de nivel explicativo que analicen la incidencia de

los factores personales y relacionados al sistema sanitario en el comportamiento de salud del paciente con HTA.

En la investigación se formuló como objetivo específico 1 determinar si el autocuidado difiere según sexo en pacientes con HTA de un centro de salud de Santa Lucía. Los resultados del estudio reflejan que no existe diferencias significativas del autocuidado entre varones y mujeres. En el contraste del hallazgo con los antecedentes, se observó escasos estudios que analicen el autocuidado según género. Estos hallazgos difieren con los resultados del estudio de Rossaneis et al., (2016), quienes identificaron que el autocuidado de los pies y estilo de vida difiere según género en pacientes con DM2 del sur de Brasil. Al respecto en el estudio contrastado se observa que fue realizada en pacientes con DM2 y el autocuidado está enfocado en los pies, y el factor estético puede incidir en las diferencias entre varones y mujeres.

Desde una comprensión teórica, los resultados del estudio permiten identificar que el género no incide en el autocuidado del paciente con HTA, y si bien es un fenómeno complejo y multidimensional, el autocuidado está relacionado primordialmente conocimiento acerca de su estado de salud, a la conciencia de enfermedad, la necesidad de cuidado, así como la motivación hacia la recuperación para gozar de bienestar y adecuado funcionamiento personal, social y laboral lo cual lo conlleva hacia la búsqueda de ayuda y atenciones médicas, como también los cambios en su estilo de vida y de determinados factores ambientales que puedan afectar la conducta saludable (Higuera-Dagovett & Garzón, 2019; Ramal-Moreno & Ricapa-Guerrero, 2020; Sillas & Jordán, 2011)

Así también se formuló como objetivo específico 2 determinar si la adherencia farmacológica difiere según sexo en pacientes con HTA de un centro de salud de Santa Lucía. Los resultados del estudio reflejan que existe diferencias significativas en la adherencia farmacológica (AF) según sexo, siendo las mujeres las que presentan mayor AF. Estos resultados coinciden con los resultados del estudio de Sánchez-Migallón (2020) quien analizó el control y tratamiento de la diabetes mellitus tipo 2, y con el estudio de Martínez de Murga et al., (2020) quien observó que las mujeres desarrollan mayor adherencia terapéutica que los varones en pacientes con HTA de La Habana.

La adherencia farmacológica es un factor predictor de la recuperación y bienestar del paciente con algún tipo de enfermedad y está referido al grado de cumplimiento y seguimiento del paciente hacia las prescripciones terapéuticas del médico (Pérez, 2015). La AF en pacientes con enfermedades crónicas puede variar en el tiempo por la interacción de una variedad de factores personales como la edad, el soporte familiar, estado emocional, y de acuerdo a los hallazgos del estudio, el género es un factor a tener en cuenta, siendo las mujeres las que desarrollan mayor rigurosidad en seguir las prescripciones médicas, lo cual genera la necesidad de continuar realizando estudios para desarrollar una comprensión más clara del problema analizado, ya sea en la identificación de factores que inciden en el autocuidado, como en la instrumentalización del autocuidado como estrategia sanitaria de fortalecimiento de la calidad de vida del paciente con HTA.

Además, en la investigación se formuló como objetivo 3 identificar los niveles prevalentes de autocuidado en pacientes con HTA de un Centro de salud de Santa Lucía. Como análisis previo se realizó la exploración de estadísticos descriptivos de autocuidado, identificándose que las puntuaciones promedio de autocuidado se encuentran ubicados en el nivel medio. En la distribución de Niveles de autocuidado *en pacientes con HTA* se observa una prevalencia de nivel Medio (90.63 %) y en menor incidencia el nivel Alto (9.38%). Estos hallazgos coinciden con los resultados del estudio de Alvarado-Guzmán y Aguilar (2020), quienes identificaron prevalencia del nivel bueno (69%) y regular (30%) en pacientes con cardiopatía isquémica en pacientes de México; y discrepan con los hallazgos del estudio Fernández Silva y López Andrade (2018), quienes identificaron una alta capacidad de autocuidado 87,6% en pacientes de un hospital del sur de Chile; y del estudio de Cabrera Cedeño et al. (2018) que identificó que el 100% de pacientes desarrollaron alto autocuidado.

Al respecto en lo concerniente a las similitudes y diferencias respecto a la distribución de niveles depende de varios factores, dentro de los cuales las características de la muestra de estudio, el tiempo y estadio de la enfermedad como también las características personales del paciente; más aun que el autocuidado del paciente con alguna enfermedad crónica denominada por Orem como cuidado en desviación de la salud se valora como una necesidad del paciente para mantener condición saludable, como también atenuar y aplazar

las consecuencias adversas de la enfermedad e involucra soporte personal y social del ser humano (Naranjo-Hernández, 2019; Prado Solar et al., 2014); de tal modo que la estrategia sanitaria incluya al soporte familiar.

Por último, como objetivo 4 se planteó identificar los niveles prevalentes de adherencia farmacológica en pacientes que las puntuaciones promedio de autocuidado se encuentran ubicados en el nivel bajo; y en la distribución de Niveles, se identificó una prevalencia de baja adherencia farmacológica (80.31%) y en menor incidencia nivel medio y alto. Estos hallazgos coinciden con Los hallazgos del estudio de Alvarado-Guzmán y Aguilar (2020), Conte et al. (2020), Fernández Silva y López Andrade (2018), Luna-Breceda et al. (2017) y Olivella Fernández et al., (2016), quienes identificaron una prevalencia de baja adherencia terapéutica.

En tal sentido, similitudes de los hallazgos está enfocadas a las características clínicas del estudio, teniendo en cuenta que la adherencia farmacológica del paciente con enfermedad crónica puede variar en el tiempo, y requiere medidas periódicas, como también un abordaje multidisciplinaria, desde lo preventivo promocional, como también desde el abordaje oportuno y eficaz.

En el referido a alcances y limitaciones del estudio, se ha logrado medir la relación entre autocuidado y adherencia farmacológica en pacientes con hipertensión arterial ante instrumentos con rigurosidad metodológica y evidencia estadística para corroborar la Hipótesis de estudio. Sin embargo, como limitación del estudio está referido al corte temporal trasversal cuyos hallazgos están referidos únicamente al momento de recolección de datos; además, se ha empleado la técnica de encuesta cuyas respuestas brindadas son en la modalidad de autoinforme, y esta contextualizada a la población de estudio y no se puede generalizarse a otras poblaciones, sino que constituye referencia para posteriores estudios.

VI. CONCLUSIONES

En la investigación se ha arribado a las siguientes conclusiones:

1. Se ha determinado que existe estadísticamente significativa y directa con tamaño del efecto pequeño entre Autocuidado y Adherencia farmacológica *en pacientes con Hipertensión arterial de un centro de Salud de Santa Lucía.*
2. *Se ha identificado que No existen diferencias estadísticamente significativas en el autocuidado según sexo.*
3. Existen diferencias significativas de la adherencia farmacológica según sexo, y las *mujeres con HTA que tienen mayor adherencia farmacológica que los varones.*
4. Se ha identificado una prevalencia del nivel medio (90.63%) y en menor frecuencia del nivel alto (9.38%) del autocuidado en *pacientes con HTA de un centro de Salud de Santa Lucía*
5. Se ha identificado *una prevalencia de baja adherencia farmacológica (80.31%) y en menor incidencia nivel medio (14.17%) y alta adherencia (5.51%) en la muestra de estudio.*

VII. RECOMENDACIONES

1. Se recomienda a la comunidad científica replicar la investigación en otras poblaciones clínicas y desarrollar estudios explicativos que analicen factores relacionados al sistema sanitario y empatía de profesional de la salud su incidencia en el afrontamiento de la enfermedad.
2. Se recomienda se desarrollen estudios orientados al diseño y validación de programas de fortalecimiento del autocuidado y adherencia farmacológica en pacientes con enfermedades crónicas.
3. Se recomienda a la entidad sanitaria realice mediciones periódicas del autocuidado y adherencia farmacológica en pacientes con hipertensión arterial y demás enfermedades crónicas, de tal modo que dichas mediciones se incorporen como parte del protocolo de atención, y se puedan desarrollar estrategias oportunas y eficaces.
4. Se recomienda al centro de salud y profesional responsable del abordaje de pacientes con hipertensión arterial se diseñen e implementen programas de fortalecimiento y acompañamiento psicoemocional para mejorar la autonomía y adherencia farmacológica.
5. Se recomienda al sistema sanitario referido al fortalecimiento de competencias en el abordaje de pacientes con HTA

REFERENCIAS

- Achury, D. M., Sepúlveda, G. J., Rodríguez, S. M., Achury, D. M., Sepúlveda, G. J., & Rodríguez, S. M. (2009). Instrumento para evaluar la capacidad de agencia de autocuidado en pacientes con hipertensión arterial 1. *Investigación En Enfermería*, 11(2), 9–25.
- Alvarado-Guzmán, M. S., & Aguilar, J. A. A. (2020). Relación Entre La Adherencia Terapéutica Y El Autocuidado Con La Calidad De Vida En Pacientes Con Cardiopatía Isquémica. *Revista Mexicana de Enfermería Cardiológica*, 28(3), 82–91. <http://www.revistamexicanadeenfermeriacardiologica.com.mx/index.php/RevMexEnferCardiol/article/view/180#.YSqADecEPyw.mendeley>
- Angarita, O. M. V. (2014). Selfcare agency in hypertensive users of a university hospital in Cucuta (Colombia). *Salud Uninorte*, 30(2), 133–145. <https://doi.org/10.14482/sun.30.2.5416>
- Arias Gonzáles, J. L., & Covinos Gallardo, M. (2021). *Diseño y metodología de la investigación* (E. Consulting (ed.); 1°).
- Belachew, E. A., & Netere, A. K. (2022). Adherence to Inhaled Corticosteroid Therapy and Its Clinical Impact on Asthma Control in Adults Living with Asthma in Northwestern Ethiopian Hospitals. *Patient Preference and Adherence*, 16, 1321–1332.
- Burnier, M., & Egan, B. M. (2019). Adherence in Hypertension: A Review of Prevalence, Risk Factors, Impact, and Management. *Circulation Research*, 124(7), 1124–1140. <https://doi.org/10.1161/CIRCRESAHA.118.313220>
- Cabrera Cedeño, M. A., Gómez González, K. A., Rodríguez Marín, J. E., & Valencia Rico, C. L. (2018). AUTOCUIDADO Y ADHERENCIA AL TRATAMIENTO EN FUNCIONARIOS UNIVERSITARIOS CON FACTORES DE RIESGO CARDIOVASCULAR MODIFICABLES. *Revsta Mexicana de Enfermería Cardiológica*, 26(60), 36–44.
- Cancio-Bello, C., Lorenzo, A., & Alarcó, G. (2020). Vista de Autocuidado_ una aproximación teórica al concepto. *Informes Psicológicos*, 20(2), 119–138. <http://dx.doi.org/10.18566/infpsic.v20n2a9>
- Conte, E., Morales, Y., Niño, C., Zamorano, C., Benavides, M., Donato, M., Llorach, C., Gómez, B., Toro, J., Conte, E., Morales, Y., Niño, C., Zamorano, C., Benavides, M., Donato, M., Llorach, C., Gómez, B., & Toro, J. (2020). La

- adherencia a los medicamentos en pacientes hipertensos y en muestra de la población general. *Revista de La OFIL*, 30(4), 313–323. https://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1699-714X2020000400009&lng=es&nrm=iso&tlng=en%0Ahttps://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_abstract&pid=S1699-714X2020000400009&lng=es&nrm=iso&tlng=en
- Corral Zambrano, G. J. (2022). Estilos de vida y adherencia terapéutica en pacientes con Diabetes Mellitus 2 de un centro de salud de Chone, 2022 [Universidad Cesar Vallejo]. In *Universidad César Vallejo*. <https://hdl.handle.net/20.500.12692/76522>
- Cramer, J. A., Roy, A., Burrell, A., Fairchild, C. J., Fuldeore, M. J., Ollendorf, D. A., & Wong, P. K. (2008). Medication Compliance and Persistence: Terminology and Definitions. *Value in Health*, 11(1), 44–47. <https://doi.org/10.1111/j.1524-4733.2007.00213.x>
- Cruz Medina, A., & Martínez Oñate, S. (2019). Conocimiento y práctica en el autocuidado de pacientes hipertensos. *Revista Arbitrada Interdisciplinaria de Ciencias de La Salud. Salud y Vida*, 3(6), 786. <https://doi.org/10.35381/s.v.v3i6.435>
- Delclós, J. (2018). Ética en la investigación científica. In *CÓMO ELABORAR UN PROYECTO EN CIENCIAS DE LA SALUD* (pp. 14–18).
- Dilla, T., Valladares, A., Liza, L., & Sacrista, A. (2009). Adherencia y persistencia terapéutica: causas, consecuencias y estrategias de mejora. *Atención Primaria*, 41(6), 342–348. <https://doi.org/10.1016/j.aprim.2008.09.031>
- Education, P. N. H. B. P. (2004). *Prevention, Detection, Evaluation, and Treatment of High Blood Pressure*.
- Espino, P. M., Paula, M., & Espino, M. (2013). Aplicación del modelo de Dorothea Orem ante un caso de una persona con dolor neoplásico. *Gerokomos*, 24(4), 168–177.
- Fernández Silva, C. A., & López Andrade, C. I. (2018). *Carlos Alberto Fernández-Silva Clara Ivonne López-Andrade 1*. 8(3), 7–17.
- Garcés, J. P., Quillupangui, S. M., Delgado, E. P., Sarmiento, S. A., Samaniego, X. S., García, G. A., Zapata, C. P., Chuqui, S. E., Pañi, D. P., Peralta, D. E., & Pañi, J. C. (2020). Adherencia al tratamiento de la hipertensión arterial en adultos mayores. *Revista Latinoamericana de Hipertension*, 15(5), 322–329.

<http://doi.org/10.5281/zenodo.4484355>

- Gil Pascual, J. A. (2016). *Técnicas e instrumentos para la recogida de información* (Universidad Nacional de Educación a Distancia (ed.)).
- Haile, H. F., Takele, A. M., & Abdi, A. G. (2020).agnitude of Medication Administration Error and Associated Factors Among Nurses Working in Madda Walabu University Goba Referral Hospital, Bale Zone Oromia Region, Southeast Ethiopia. *Research Square*, 23(2), 43–47.
- Herazo Cogollo, J. G., & Caballero Ramos, M. M. (2019). *Autocuidado En Personas Adultas Con Hipertensión Arterial Montería, 2019*. https://repositorio.unicordoba.edu.co/bitstream/handle/ucordoba/2594/herazo_cogollo_juliana_-_caballero_ramos_maylen.pdf?sequence=1&isAllowed=y
- Hernández-Sampieri, R., & Mendoza Torres, C. P. (2018). *Metodología de la investigación: las rutas cuantitativa, cualitativa y mixta*, (M.-H. Interamericana (ed.)).
- Hernández, I., Sarmiento, N., Gonzalez, I., Galarza, S., Bastida, A. De, Terán, S., & Terán, E. (2018). Adherencia al tratamiento en los pacientes de consulta externa de los centros de salud de Quito Adherence to treatment in outpatient patients of health centers in Quito. *Revista Metro Ciencia*, 26(1), 7–11.
- Higuera-Dagovett, E., & Garzón, D. I. (2019). Posturas de autocuidado, relaciones y significado de la hipertensión arterial. *Revista Cunaba de Medicina General*, 35(2), 1–13.
- Holguín, L. Correa, D. Arrivallaga, M. Cáceres, D. Varela, M. (2006). Adherencia al tratamiento de hipertensión arterial: efectividad de un programa de intervención biopsicosocial. *Univ. Psychol. Bogotá (Colombia)*, 5(3), 535–547.
- Lachaine, J., Yen, L., Beauchemin, C., & Hodgkins, P. (2013). Medication adherence and persistence in the treatment of Canadian ulcerative colitis patients : analyses with the RAMQ database. *MC Gastroenterology*, 13(23), 1–8.
- Leyva-Jiménez, R., Venegas-Escobedo, O. E., & Medel-Delgado, A. G. (2011). La capacidad de autocuidado en el control del paciente hipertenso. *Revista de Investigacion Clinica*, 63(4), 376–381.
- López San Román, A. (2006). ¿ Adhesión al tratamiento , adherencia al

- tratamiento o cumplimiento del tratamiento ? Impacto de la tuberculosis en Madrid : análisis de parámetros clínicos y epidemiológicos en un Hospital General durante 2002. *Revista Clínica Española*, 206(8), 414. <https://doi.org/10.1157/13090520>
- Luna-Breceda, U., del Rocío Haro-Vázquez, S., Uriostegui-Espíritu, L. C., de Jesús Barajas-Gómez, T., & Rosas-Navarro, D. A. (2017). Nivel de adherencia terapéutica en pacientes con hipertensión arterial: experiencia en una unidad de medicina familiar de Zapopan Jalisco, México. *Atención Familiar*, 24(3), 116–120. <https://doi.org/10.1016/j.af.2017.07.004>
- Martínez de Murga, G., Sujo, M., & Estévez, A. (2020). Adherencia farmacológica en pacientes hipertensos. *Revista Cubana de Medicina General Integral*, 36(1), 1–13. <http://revmgi.sld.cu/index.php/mgi/article/view/982/320>
- Martínez Fajardo, E. J., García Valdez, R., & Álvarez Villaseñor, A. S. (2019). Adherencia al tratamiento farmacológico en pacientes con hipertensión arterial de un consultorio auxiliar. *Medicina General y de Familia*, 8(2), 56–61. <https://doi.org/10.24038/mgyf.2019.018>
- Morisky, D. E., Ang, A., Krousel-wood, M., & Ward, H. J. (2008). *Predictive Validity of a Medication Adherence Measure in an Outpatient Setting*. 10(5).
- Naranjo-Hernández, Y. (2019). Modelos metaparadigmáticos de Dorothea Elizabeth Orem. *Archivo Médico de Camagüey*, 26(6), 814–825.
- Naranjo Hernández, Y., Concepción Pacheco, J. A., & Rodríguez Larreynaga, M. (2017). La teoría Déficit de autocuidado: Dorothea Elizabeth Orem. *Gaceta Médica Espirituana*, 19(3).
- Niemand, A. M., Benalia, H., Voltz, R., Ph, D., Simon, S. T., & Sc, M. (2012). Acceptability and Preferences of Six Different Routes of Drug Application for Acute Breathlessness : A Comparison Study between the United Kingdom and Germany. *Journal of Palliative Medicine*, 15(12), 1374–1381. <https://doi.org/10.1089/jpm.2012.0249>
- Olivella Fernández, M. C., Bastidas Sánchez, C. V., & Bonilla Ibáñez, C. P. (2016). Comportamientos de autocuidado y adherencia terapéutica en personas con enfermedad coronaria que reciben atención en una institución hospitalaria de Ibagué, Colombia. *Investigación En Enfermería: Imagen y Desarrollo*, 18(2), 13. <https://doi.org/10.11144/javeriana.ie18-2.caat>
- Olivieria, V., & Trujillo, S. (2017). Autocuidado y Adherencia al Tratamiento en

- pacientes con Diabetes Mellitus del Servicio de Medicina Interna del Hospital Universitario Dr. Ángel Larralde. *Med Interna (Caracas) Volumen 32 (4)*, 33(1), 24–34. <https://docs.bvsalud.org/biblioref/2019/08/1009256/413-795-1-sm.pdf>
- Organización Mundial de la Salud. (2013). *Información general sobre la hipertension en el mundo*. <https://doi.org/WHO/DCO/WHD/2013.2>
- Paredo Rosado, P., Gómez López, H. R., Sánchez Nuncio, A., Navarrete Sánchez, M. E., & García Ruiz. (2005). Impacto de una estrategia educativa activa participativa en el control de la hipertensión arterial. *Revista Médica Del IMSS*, 43(2), 125–129. <http://www.medigraphic.com/pdfs/imss/im-2005/im052e.pdf>
- Pérez, J. H. (2015). Adherencia al tratamiento farmacológico. *Medicina Respiratoria*, 8(1), 47–52.
- Prado Solar, A. L., González Reguera, M., Paz Gómez, N., & Romero Borges, K. (2014). La teoría Déficit de autocuidado : Dorothea Orem punto de partida para calidad en la atención. *Revista Médica Electrónica*, 36(6), 835–845.
- Ramal-Moreno, J. S., & Ricapa-Guerrero, M. (2020). Abordaje de problemas crónicos en atención primaria mediante el modelo tareas orientadas a los procesos de cuidado (TOPIC). *Revista Médica Herediana*, 31, 193–200. <https://doi.org/10.20453/rmh.v31i3.381>
- Rossaneis, M. A., Haddad, M. D. C. F. L., Mathias, T. A. D. F., & Marcon, S. S. (2016). Diferencias entre mujeres y hombres diabéticos en el autocuidado de los pies y estilo de vida. *Revista Latino-Americana de Enfermagem*, 24.
- Salcedo-Álvarez, R. A., Jiménez-Mendoza, A., & González-Caamaño, B. C. (2017). Plan domiciliario de autocuidado para adultos mayores con DM2 aplicando la taxonomía NANDA-NOC-NIC. *Revista de Enfermería*, 25(4), 1–13.
- Sánchez-Migallón, P. D. (2020). Diferencias por edad y sexo en el control y tratamiento de la diabetes mellitus tipo 2 en un centro de salud. *Medicina general*, 9(6), 3.
- Segura de la Morena, J., Campo Sien, C., & Ruilope Urioste, L. M. (2002). Factores que influyen en la hipertensión arterial refractaria. *Hipertensión y Riesgo Vascular*, 19(4), 163–171. [https://doi.org/10.1016/s1889-1837\(02\)71260-9](https://doi.org/10.1016/s1889-1837(02)71260-9)

- Sillas, D. E., & Jordán, M. L. (2011). Autocuidado, Elemento Esencial en la Práctica de Enfermería. *Práctica Clínica*, 19(2), 67–69.
- Smits, D., Brigis, G., Pavare, J., Urtane, I., Kovalovs, S., & Barengo, N. C. (2020). Factors related to poor adherence in Latvian asthma patients. *Allergy, Asthma & Clinical Immunology*, 16(16), 1–7. <https://doi.org/10.1186/s13223-020-0414-6>
- Solórzano, F. V., Humberto, J., García, F., Vanessa, A., Morillo, S., Alexander, J., & Párraga, S. (2020). Self-care practice in patients with type 2 diabetes mellitus. *Revista Sinapsis*, 1, 1–5.
- Van De Velde, D., Freya, D. Z., Satink, T., Costa, U., Janquart, S., Senn, D., & De Vriendt, P. (2019). Delineating the concept of self-management in chronic conditions : a concept analysis. *BMJ Open*, 9. <https://doi.org/10.1136/bmjopen-2018-027775>
- Vega, O. M., Suárez, J., & Acosta, S. (2015). Agencia de autocuidado en pacientes hipertensos del Hospital Erasmo Meoz Self care agency in patients with hypertension do Hospital Erasmo Meoz. *Revista Colombiana de Enfermería*, 10(10), 45–56.
- Velandia-Arias, A., & Rivera-Álvarez, L. N. (2009). Agencia de Autocuidado y Adherencia al Tratamiento en Personas con Factores de Riesgo Cardiovascular. *Revista de Salud Pública*, 11(4), 538–548. <https://doi.org/10.1590/s0124-00642009000400005>

ANEXOS

Anexo 1. Matriz de Operacionalización de variables

Variable	Definición Conceptual	Definición Operacional	Dimensiones	Indicadores	Ítems	Escala De Medición
<i>Autocuidado</i>	<i>Son los comportamientos intencionados y aprendidos del paciente en atender, regular, tomar decisiones y resolver problemas, orientado hacia el logro de bienestar y mantenimiento de estado de salud, como también evitar o mitigar la aparición de situaciones adversas</i>	El autocuidado será medido mediante las puntuaciones obtenidas en el cuestionario Capacidad de Agencia de Autocuidado mediante 17 preguntas tipo likert	Capacidades fundamentales	Percepción Memoria orientación	1-3	Ordinal
			Componentes de poder	Motivación Adquisición de conocimientos Habilidad para ordenar acciones de autocuidado capacidad de integración del autocuidado	4-7	
			Capacidad para operacionalizar	Toma de decisiones Construcción de las acciones para lograr el manejo de su enfermedad	8-17	

Variable	Definición Conceptual	Definición Operacional	Dimensiones	Indicadores	Ítems	Escala De Medición
Adherencia farmacológica	Es el patrón de comportamientos de una persona con diagnóstico de una enfermedad crónica enfocados a seguir en forma puntual y eficaz la administración de fármacos (Garcés et al., 2020)	La adherencia farmacológica será medido por la suma de las puntuaciones obtenidas en la escala Morisky de adherencia a la medicación (MMAS-8) mediante 7 reactivos dicotómicos y un reactivo tipo escala Likert	Unidimensional	Frecuencia con la que toma medicamentos. Cumple con la hora indicada de la medicación Dejar de tomar el medicamento ya sea porque se siente mejor o porque siente que le hace daño	1-8	Nominal

Anexo 2. Matriz de Consistencia

PROBLEMA	OBJETIVOS	HIPÓTESIS	VARIABLES	DIMENSIONES	MÉTODO
Problema General ¿Cuál es la relación de autocuidado y adherencia farmacológica en pacientes con hipertensión arterial de un centro de salud de Santa Lucía, 2022?	Objetivo General Determinar la relación entre autocuidado y adherencia farmacológica en pacientes con hipertensión arterial de un centro de salud de Santa Lucía, 2022.	Hipótesis General Hi: Existe relación estadísticamente significativa entre autocuidado y adherencia farmacológica en pacientes con hipertensión arterial de un centro de salud de Santa Lucía, 2022.	Autocuidado	Capacidades fundamentales Componentes de poder Capacidad para operacionalizar	Tipo de Investigación: Básica Diseño de Investigación: No experimental, transversal, correlacional Población: 30 pacientes con hipertensión arterial Muestra: 192 pacientes con TB-MDR Muestreo: Probabilístico Técnicas: Encuesta Instrumentos: Cuestionarios
	Objetivos Específicos	Hipótesis Específicas			
	Determinar si el autocuidado difiere entre varones y mujeres en pacientes con hipertensión arterial de un centro de salud de Santa Lucía, 2022.	El autocuidado difiere significativamente entre varones y mujeres en pacientes con hipertensión arterial de un centro de salud de Santa Lucía, 2022.	Adherencia farmacológica	Unidimensional	
	Determinar si la adherencia farmacológica difiere entre varones y mujeres en pacientes con hipertensión arterial de un centro de salud de Santa Lucía, 2022.	La adherencia farmacológica difiere entre varones y mujeres en pacientes con hipertensión arterial de un centro de salud de Santa Lucía, 2022.			
	Describir los niveles de autocuidado en pacientes con hipertensión arterial de un centro de salud de Santa Lucía				
	Describir los niveles de adherencia farmacológica en pacientes con hipertensión arterial de un centro de salud de Santa Lucía				

Anexo 3. Instrumentos de recolección de datos

Questionario sobre la capacidad de agencia de autocuidado en el paciente hipertenso

Edad: (años)	Sexo:	Varón ()	Mujer ()	Ocupación:	
Estado civil	Soltero ()	Casado ()	Viudo ()	Divorciado ()	Conviviente ()
Escolaridad:	Primaria ()	Secundaria ()	Técnica ()	Superior Universitaria ()	
Vive con	Solo ()	Pareja ()	Hijo/a ()	Padre/Madre ()	
Cuidador	Pareja ()	Hijo/a ()	Otro ()	Padre/Madre ()	
Red de apoyo	Hospital ()	Amigos ()	Religión ()	Grupo social ()	
Recibe tratamiento psiquiátrico	SI ()	NO ()			

instrucciones

Este cuestionario va orientado a evaluar e identificar la capacidad de autocuidado en pacientes con hipertensión arterial. Responde con la mayor honestidad acerca de las afirmaciones

N°	AFIRMACIONES	Nunca	Casi nunca	A veces	Casi siempre	Siempre
		1	2	3	4	5
1.	Siento que mi estado de ánimo me permite cuidarme					
2.	Cuando duermo 6-8 horas diarias, me siento descansado					
3.	Invierto tiempo en mi propio cuidado					
4.	Considero importante realizar ejercicio					
5.	Busco información y orientación sobre el manejo de mi enfermedad					
6.	Conozco las reacciones desfavorables de los medicamentos que tomo para controlar la presión arterial					
7.	Cuando me recetan un nuevo medicamento, pido al médico me informe acerca de la correcta administración					
8.	La cantidad máxima de sal que puedo consumir en los alimentos son 2 cucharaditas					
9.	Reemplazo mi tratamiento por terapias alternativas					
10.	Considero que el profesional de enfermería me escucha y aclara mis inquietudes					
11.	Conozco las complicaciones derivadas de la enfermedad					
12.	Conozco las complicaciones derivadas de la enfermedad					
13.	Camino diariamente como mínimo 30 minutos					
14.	Realizo cambios según las necesidades para mantener la					

	salud y manejar adecuadamente la enfermedad					
15	Evalúo si las medidas que he tomado en el manejo de mi enfermedad permiten garantizar mi bienestar y el de mi familia					
16.	Consumo en mi dieta comidas ricas en verduras, frutas, fibra y baja en grasas					
17.	Siento que mi enfermedad ha generado dificultades en el desarrollo adecuado de mi vida sexual					

Escala de Adherencia a la Medicación de Morisky 8 ítems (MMAS-8)

Edad: (años) **Sexo:** Varón () Mujer () **Ocupación:**

INSTRUCCIONES

A continuación, se presentan una lista de preguntas. En las primeras siete preguntas marque con un aspa en Si, si está de acuerdo si está en desacuerdo. En la pregunta 8 marque en la opción que más se adecúe a su realidad. Recuerde respuesta en forma sincera las preguntas del cuestionario

		Si	no			
1.	¿Se le olvida alguna vez tomar la medicina para su hipertensión arterial?					
2.	A algunas personas se les pasa tomarse sus medicinas por otras razones y noun simple olvido. Si recuerda las últimas dos semanas, ¿hubo algún día en el que se le olvidó tomar la medicina para su hipertensión arterial?					
3.	¿Alguna vez ha reducido la dosis o directamente dejado de tomar la medicina sin decírselo a su médico porque se sentía peor al tomarla?					
4.	Cuando viaja o está fuera del hogar, ¿se le olvida llevar la medicina para su hipertensión arterial alguna vez?					
5.	¿Tomó la medicina para su hipertensión arterial ayer?					
6.	Cuando siente que su hipertensión arterial está bajo control, ¿deja a veces de tomar su medicina?					
7.	Tomar medicamentos cada día puede ser un problema para muchas personas. ¿Se siente alguna vez presionado por seguir el tratamiento médico para su hipertensión arterial?					
N	AFIRMACIONES	Nunca	Casi nunca	A veces	Casi siempre	Siempre
8.	¿Con qué frecuencia tiene dificultades para recordar tomar todas sus medicinas?					

Anexo 4

SENTIMIENTO INFORMADO PARA PARTICIPANTES DE INVESTIGACIÓN

I. Área Informativa

El propósito del formato de consentimiento es proveer a los participantes en esta investigación con una clara explicación de la naturaleza de la misma, así como de su rol en ella como participantes. La presente investigación es conducida por Vera Solis, Rode Gabriela, estudiante de la Maestría en Gestión de los Servicios de la Salud de la Universidad César Vallejo- Filial Piura

La finalidad del estudio es determinar la relación entre Autocuidado y adherencia farmacológica en pacientes con hipertensión arterial de un centro de salud de Santa Lucía, 2022. Si usted accede a participar en este estudio, se le pedirá responder unas preguntas y completar dos cuestionarios. Esto tomará aproximadamente 10 minutos de su tiempo. La participación en este estudio es estrictamente voluntaria y no se otorga bonificación económica por su participación. La información que se recoja es confidencial y no se usará para ningún otro propósito fuera de los de esta investigación. Sus respuestas al cuestionario serán codificadas usando un número de identificación y por lo tanto, serán anónimas. Si tiene alguna duda sobre este proyecto, puede hacer preguntas en cualquier momento durante su participación en él. Igualmente, puede retirarse del proyecto en cualquier momento sin que eso lo perjudique en ninguna forma. Si alguna de las preguntas durante la prueba le parece incómodas, tiene usted el derecho de hacérselo saber al investigador o de no responderlas. Desde ya le agradecemos su participación. Acepto participar voluntariamente en esta investigación.

II. Área Declarativa

He sido informado (a) de que la finalidad del estudio es determinar la relación entre Autocuidado y adherencia farmacológica en pacientes con hipertensión arterial de un centro de salud de Santa Lucía, 2022. Me han indicado también que la participación es voluntaria y no recibiré bonificación económica por la participación y tendré que responder cuestionarios lo cual tomará aproximadamente 10 minutos. Reconozco que la información que yo provea en el curso de esta investigación es estrictamente confidencial y no será usada para ningún otro propósito fuera de los de este estudio sin mi consentimiento. He sido informada de que puedo hacer preguntas sobre el proyecto en cualquier momento y que puedo retirarme del mismo cuando así lo decida, sin que esto acarree perjuicio alguno para mi persona. De tener preguntas sobre mi participación en este estudio, puedo contactar a Vera Solis, Rode Gabriela. Entiendo que una copia de este formato de consentimiento me será entregada, y que puedo pedir información sobre los resultados de este estudio cuando éste haya concluido.

Santa Lucía, _____

Firma del Participante

Seudónimo del participante: _____

Cédula de Identidad N° _____

Anexo 5

Análisis Inferencial

Tabla 5. Prueba de normalidad de Autocuidado y adherencia farmacológica en Pacientes con Hipertensión arterial de un Centro de Salud de Santa Lucía

	K-S		
	Estadístico	gl	p
Autocuidado	,123	128	<.001
Capacidades fundamentales	,156	128	<.001
Componentes de Poder	,170	128	<.001
Capacidad para Operacionalizar	,142	128	<.001
Adherencia Farmacológica	,088	128	.016

Nota: K-S: Kolmogorov-Smirnov; gl: Grados de libertad; p: Probabilidad de error.

Prueba de Hipótesis:

H₀: Los datos siguen una distribución normal

Criterios de decisión estadística

p-valor > $\alpha(0.05)$; se acepta la H₀

p-valor < $\alpha(0.05)$; se rechaza la H₀.

Decisión estadística: Se rechaza la H₀

Interpretación

En la tabla 1 referido al análisis inferencial de la prueba de normalidad del coeficiente K-S, se evidenció que los puntajes obtenidos en autocuidado y adherencia farmacológica, se obtuvo un p-valor < $\alpha(0.05)$, lo cual significa que se rechaza la H₀, que plantea la normalidad de las puntuaciones;. En tal sentido corresponde aplicar el estadígrafo no paramétrico de Rho Spearman para medir la correlación entre las variables de estudio.



UNIVERSIDAD CÉSAR VALLEJO

ESCUELA DE POSGRADO

MAESTRÍA EN GESTIÓN DE LOS SERVICIOS DE LA SALUD

Declaratoria de Autenticidad del Asesor

Yo, CASTILLO HIDALGO EFREN GABRIEL, docente de la ESCUELA DE POSGRADO MAESTRÍA EN GESTIÓN DE LOS SERVICIOS DE LA SALUD de la UNIVERSIDAD CÉSAR VALLEJO SAC - PIURA, asesor de Tesis titulada: "Autocuidado y adherencia farmacológica en pacientes con hipertensión arterial de un centro de salud de Santa Lucía, 2022

", cuyo autor es VERA SOLIS RODE GABRIELA, constato que la investigación tiene un índice de similitud de 22.00%, verificable en el reporte de originalidad del programa Turnitin, el cual ha sido realizado sin filtros, ni exclusiones.

He revisado dicho reporte y concluyo 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.

En tal sentido, asumo la responsabilidad que corresponda ante cualquier falsedad, ocultamiento u omisión tanto de los documentos como de información aportada, por lo cual me someto a lo dispuesto en las normas académicas vigentes de la Universidad César Vallejo.

PIURA, 15 de Enero del 2023

Apellidos y Nombres del Asesor:	Firma
CASTILLO HIDALGO EFREN GABRIEL DNI: 00328631 ORCID: 0000-0002-0247-8724	Firmado electrónicamente por: CHIDALGOEG el 16- 01-2023 21:59:03

Código documento Trilce: TRI - 0520808