



**UNIVERSIDAD MICHOACANA
DE SAN NICOLÁS DE HIDALGO**



FACULTAD DE ENFERMERÍA

**Relación de conocimiento sobre hipertensión arterial y la
adherencia terapéutica en usuarios hipertensos**

TESIS PROFESIONAL

**Para obtener el grado de
Licenciada en enfermería**

Presenta

PLE. Liliana Hernández Gaona

Asesora

Dra. María Leticia Rubí García Valenzuela

Co-asesora

Dra. Ana Celia Anguiano Morán

Revisora

Dra. María Jazmín Valencia Guzmán

Morelia, Michoacán Febrero 2022

La Dra. en Enfermería María Leticia Rubí García Valenzuela Profesor e Investigador Titular “C” de la Facultad de Enfermería de la Universidad Michoacana de San Nicolás de Hidalgo, como asesora y la Dra. Ana Celia Anguiano Morán como co - asesora:

CERTIFICAN

Que han dirigido el trabajo de investigación tesis titulado: “Relación de conocimiento sobre hipertensión arterial y la adherencia terapéutica en usuarios hipertensos”, elaborado por la PLE. Liliana Hernández Gaona, y que será presentado como requisito para obtener el Título de Licenciada en Enfermería por la Facultad de Enfermería de la Universidad Michoacana de San Nicolás de Hidalgo.

Dra. María Leticia Rubí García Valenzuela

Profesor e Investigador Titular “C”

Facultad de Enfermería UMSNH

FIRMA_____

Dra. Ana Celia Anguiano Morán

Profesor e Investigador asociado
“C”

Facultad de Enfermería UMSNH

FIRMA_____

Dra. María Jazmín Valencia Guzmán

Profesor e Investigador Titular “A”

Facultad de Enfermería UMSNH

FIRMA_____

Directivos

MSP Julio César González Cabrera

Director

M. Cecilia Castro Calderón

Secretaria Académica

LE. Renato Hernández Campos

Secretario Administrativo

Mesa sinodal

Dra. María Leticia Rubí García Valenzuela
Presidente

Dra. Ana Celia Anguiano Morán
Vocal 1

Dra. María Jazmín Valencia Guzmán
Vocal 2

Agradecimientos

Agradezco a Dios por haberme dado salud, vida y fortaleza para culminar mi carrera, ser el apoyo y fortaleza en aquellos momentos de debilidad y dificultad para vencer los obstáculos que se nos presentan, además de brindarme la sabiduría necesaria para culminar con la presente investigación.

Agradezco a Dios por haber puesto en mi camino a todas aquellas personas que de una u otra manera me tendieron la mano durante todos mis años de estudio y por estar presentes en los momentos más difíciles de mi vida.

A mi asesora la Dra. María Leticia Rubí García Valenzuela. Sin usted y sus virtudes, su paciencia y conocimientos me guio hasta la finalización de este trabajo investigativo. Usted formó parte importante de esta historia con sus aportes profesionales que lo caracterizan. Gracias por ser una gran mentora, un ejemplo a seguir y un gran apoyo, más que asesora y es una excelente persona.

Agradezco a las enfermeras que estuvieron en mi formación a lo largo de este camino, que me apoyaron y me ayudaron a ser mejor enfermera cada día.

Finalmente, a mis familiares, compañeros y amigos que me supieron apoyar y animar en el transcurso de nuestra vida académica.

Dedicatorias

A Dios por haberme permitido llegar hasta este punto y haberme dado salud para lograr mis objetivos, además de su infinita bondad y amor. Por permitirme llegar a este momento tan especial en mi vida. Por los triunfos y los momentos difíciles que me han enseñado a valorarte cada día más.

A mis padres, por haber formado parte de cada una de mis victorias y haber sido mi fortaleza ante cualquier obstáculo, por darme la vida y por todo su sacrificio y apoyo incondicional para lograr alcanzar esta meta tan importante en mi vida, y que han dado su mayor esfuerzo por proveerme de un buen futuro y que con su aliento me han sabido reconfortar para continuar adelante sin rendirme, porque con su ejemplo y amor me enseñaron a ser cada día una mejor persona y luchar por mis objetivos.

A mi madre Alejandra. Por haberme apoyado en todo momento, por sus consejos, sus valores, por el amor que siempre me has brindado, por cultivar e inculcar ese sabio don de la humildad. Por la motivación constante que me ha permitido ser una persona de bien, pero más que nada, por su amor. ¡Gracias por darme la vida!

A mi padre Carlos. A quien le debo todo en la vida, le agradezco el cariño, la comprensión, la paciencia y el apoyo que me brindó para culminar mi carrera profesional. Por los ejemplos de perseverancia y constancia que lo caracterizan y que me ha inculcado siempre, por el valor mostrado para salir adelante y por su amor.

A mis hermanos, José Carlos y Dana que han sido mi inspiración para lograr terminar mi carrera universitaria y llegar a convertirme en un ejemplo a seguir para ellos. Los considero un gran ejemplo y una parte fundamental en mi crecimiento, gracias a la confianza que siempre nos hemos tenido; por el apoyo y amistad.

¡Gracias! ☺

Resumen

Introducción: La hipertensión arterial (HTA) es una enfermedad crónica que se caracteriza por cifras de presión sanguínea sobre los 140/90 mmHg. Esta patología es un factor de riesgo en el desarrollo de enfermedades cardiovasculares y cerebrovasculares, pudiendo conllevar a la muerte, por lo tanto, es necesario que las personas que la padezcan tengan suficiente conocimiento sobre la misma, ya que esto mejoraría su adherencia terapéutica. A pesar de las consecuencias negativas de la hipertensión arterial, la falta de conocimiento conduce al incumplimiento del tratamiento, lo que indica que el aumento del conocimiento ayuda a cambiar los malos estilos de vida, aumentando así la importancia de los factores de riesgo y el cumplimiento del tratamiento, y conduce a un mejor control de la presión arterial y mejora la calidad de vida. **Objetivo:** Evaluar la relación de conocimientos sobre hipertensión arterial y la adherencia terapéutica en usuarios hipertensos. **Metodología:** Estudio cuantitativo, no experimental, transversal y descriptivo. Muestra probabilística de 80 que asisten al centro de salud, seleccionados a conveniencia. **Instrumentos:** Test de evaluación de la adherencia terapéutica MBG, cuestionario integrado por doce preguntas, que se agrupan en 3 dimensiones; Cumplimiento del tratamiento: comprende los 5 primeros ítems del cuestionario. Implicación personal: incluye los siguientes 4 ítems del cuestionario. Relación profesional-paciente: incluye los 3 últimos ítems del cuestionario. Escala tipo Likert 0-4, que consta de cinco posibilidades que van desde nunca hasta siempre, puntuación total máxima de 48. Test de conocimiento sobre hipertensión CSH, cuestionario integrado por 25 preguntas. Escala tipo dicotómica. El puntaje total de 0-20, correctas (1 punto) e incorrectas (0 puntos) Cada pregunta tiene tres opciones: sí, no y no sé. **Resultados:** El mayor porcentaje en la población de estudio es del sexo femenino 57.5% con una edad media de 53.01 (DE=15.527), un 35% de tiempo con la enfermedad más de 2-3 años y 40.0% con un estado de enfermedad regular. El nivel de conocimiento 72.5% de los encuestados presento nivel bajo de conocimiento y un 61.3% una adherencia parcial, el 42.5% conocían que a partir de los valores 140/90 se considera a una persona como hipertensa, el 58.8% sabían que es una enfermedad para toda la vida, el personal de enfermería

58.8% realizan el seguimiento de la hipertensión, el 82.5% (66) le han explicado de lo que se trata esta enfermedad. El 88.8% consideran que es de vital importancia una adecuada dieta, el 78.8% que una dieta baja en grasa, rica en frutas y verduras es transcendental para disminuir las cifras tensionales y el 87.5%, el 67.5% creen que se puede controlar la hipertension solo con la medicación, el 90% toma el medicamento de la hipertensión, el 66.3% creen que no pueden incrementar o reducir la dosis de la medicación si aumenta o disminuye la cifra de presión arterial y el 60% sabe que no debe de dejar el tratamiento una vez controlada la presión arterial. En la adherencia terapéutica el 35 % siempre toman el medicamento en la hora establecida, el 48.8% siempre toman la dosis indicada, el 40.0% casi siempre cumplen con la dieta, el 36.3% asisten a consulta programada y el 28.7% casi siempre realizan las actividades físicas programas dentro de su dieta. Se encontró asociación entre bajo conocimiento de hipertension y adherencia parcial al tratamiento. **Conclusión:** De acuerdo a los resultados obtenidos, fue posible identificar que la adherencia al tratamiento de los pacientes hipertensos si se encuentra asociada con el conocimiento sobre hipertensión arterial. De aquí la importancia de que las personas diagnosticadas como hipertensas, tengan los conocimientos necesarios para el manejo de su padecimiento y el estilo de vida que debe observar para mantener el control de la hipertensión. Si los conocimientos se consolidan en la persona, será mayor y mejor su adherencia al tratamiento.

Palabras claves: Hipertensión arterial. Conocimiento. Adherencia terapéutica .

ABSTRACT

Introduction: Hypertension (HT) is a chronic disease characterized by blood pressure figures above 140/90 mmHg. This pathology is a risk factor in the development of cardiovascular and cerebrovascular diseases, which can lead to death, therefore, it is necessary that people who suffer from it have sufficient knowledge about it, since this would improve their therapeutic adherence. Despite the negative consequences of high blood pressure, lack of knowledge leads to noncompliance with treatment, indicating that increased knowledge helps change poor lifestyles, thus increasing the importance of risk factors and compliance. of treatment, and leads to better blood pressure control and improves quality of life.

Objective: To evaluate the relationship of knowledge about arterial hypertension and therapeutic adherence in hypertensive users. **Methodology:** Quantitative, non-experimental, cross-sectional and descriptive study. Probabilistic sample of 80 who attend the health center, selected at their convenience. **Instruments:** MBG therapeutic adherence evaluation test, a questionnaire made up of twelve questions, which are grouped into 3 dimensions; Compliance with treatment: includes the first 5 items of the questionnaire. Personal involvement: includes the following 4 items of the questionnaire. Professional-patient relationship: includes the last 3 items of the questionnaire. Likert scale 0-4, consisting of five possibilities ranging from never to always, maximum total score of 48. Knowledge test on hypertension CSH, questionnaire made up of 25 questions. Dichotomous type scale. The total score of 0-20, correct (1 point) and incorrect (0 points) Each question has three options: yes, no and I don't know. **Results:** The highest percentage in the study population is 57.5% female with a mean age of 53.01 (SD = 15.527), 35% of time with the disease more than 2-3 years and 40.0% with a regular disease state. The level of knowledge 72.5% of the respondents presented a low level of knowledge and 61.3% a partial adherence, 42.5% knew that from the values 140/90 a person is considered as hypertensive, 58.8% knew that it is a disease for life, nursing staff 58.8% monitor hypertension, 82.5% (66) have explained what this disease is about. The 88.8% consider that an adequate diet is vitally important, 78.8% that a low-fat diet, rich in

fruits and vegetables is transcendental to reduce blood pressure figures and 87.5%, 67.5% believe that hypertension can be controlled With the medication alone, 90% take the hypertension medication, 66.3% believe that they cannot increase or reduce the dose of the medication if the blood pressure figure increases or decreases, and 60% know that they should not stop treatment once blood pressure is controlled. In therapeutic adherence, 35% always take the medication at the established time, 48.8% always take the indicated dose, 40.0% almost always comply with the diet, 36.3% attend a scheduled consultation and 28.7% almost always perform the physical activities programs within your diet. An association was found between low knowledge of hypertension and partial adherence to treatment. **Conclusion:** According to the results obtained, it was possible to identify that adherence to treatment in hypertensive patients is associated with knowledge about arterial hypertension. Hence the importance of people diagnosed as hypertensive, having the necessary knowledge to manage their condition and the lifestyle that must be observed to maintain control of hypertension. If knowledge is consolidated in the person, their adherence to treatment will be greater and better.

Keywords: Blood hypertension. Knowledge. Therapeutic adherence

Índice

I.	Introducción.....	3
II.	Justificación.....	8
III.	Planteamiento del problema.....	12
IV.	Objetivos	15
4.1.	General	15
4.2.	Específicos	15
V.	Marco teórico	17
5.1.	hipertension arterial	18
5.1.1.	Concepto.....	21
5.1.2.	Generalidades	22
5.1.3.	Clasificación	23
5.2.	Filosofía de Dorothea Orem.....	25
5.2.1.	Generalidades	25
VI.	Material y métodos.....	31
6.1	Tipo y diseño de estudio	31
6.2	Limites de tiempo y espacio.....	31
6.3	Universo.....	31
6.4	Muestra.....	31
6.5	Variables.....	31
6.6	Criterios	32
6.6.1	Criterios de inclusión	32
6.6.2	Criterios de exclusión	32
6.6.3	Criterios de eliminación	32
6.7	Operalización de variables.....	32
6.8	Instrumentos	32
6.10	Procedimiento.....	34

6.11 Análisis estadístico	34
6.12 Recursos humanos	34
6.12.1 Humano.....	34
6.13 Consideraciones éticas y legales.....	35
VII. Resultados	40
VIII. Discusión.....	48
IX. Conclusión y sugerencia	51
X. Referencias bibliográficas	53
XI. Anexos	62
Anexo 1 Instrumento para medir las competencias clínicas de Enfermería.....	62
Anexo 2 Cuestionario para la evaluación de la adherencia terapéutica MBG ...	64
XII. Apéndices	66
Apéndice 1 Operacionalización de variable Adherencia terapéutica	66
Apéndice 2 Operacionalización de variable conocimiento sobre hipertensión arterial.....	67
Apéndice 3 Operacionalización de variables sociodemográficas	68
Apéndice 4 Cronograma de actividades	71
Apéndice 5 conocimiento informado	72
Apéndice 6 Hoja de colecta de datos.....	73
Parte I. Datos sociodemográficos	73

I. Introducción

La hipertensión arterial (HTA) es una enfermedad multifactorial con un aumento de su incidencia y prevalencia en los últimos años, por lo que se considera un problema de salud a nivel mundial. Se distribuye en todas las regiones del mundo, está relacionado con múltiples factores económicos, sociales, ambientales y étnicos. El aumento de la prevalencia mundial está asociado con diversos patrones que van desde una nutrición inadecuada hasta hábitos tóxicos y estilo de vida inadecuado (Pérez E, Soler y M, Morales L., 2021).

La hipertensión se presenta a nivel mundial como una de las principales causas de muerte y discapacidad. Como todas las enfermedades crónicas, requiere un tratamiento de por vida. El objetivo del tratamiento es disminuir la morbilidad y la mortalidad cardiovascular. Esto se logra normalizando la presión arterial y controlando otros factores de riesgo cardiovascular. En algunos casos la normalización de la presión arterial se obtiene solo modificando el estilo de vida, en otros es necesario indicar la terapia farmacológica, pero en ambas situaciones la educación del paciente es fundamental (Organización Panamericana de la Salud, 2020).

La HTA, definida como la elevación constante de la presión arterial (PA) y con valores superiores a 140/90 mmHg (Díez, 2016), es una de las enfermedades crónicas asintomáticas cuya prevalencia sigue siendo alta tanto a nivel nacional como mundial, ya que en 2015 se estimó que 691 millones de personas en el mundo la padecen, y también es considerada por la OMS como la primera causa de muerte a nivel mundial ya que genera la muerte de 7 millones de personas al año, esto porque constituye un importante factor de riesgo. en el desarrollo de enfermedades cardiovasculares y cerebrovasculares (Lira, 2015).

Existen algunas diferencias en la prevalencia de hipertensión arterial (HTA) entre mujeres y hombres. “La prevalencia de HTA en general es del 36.3%. Al distinguir sexos, se observa que es mayor en hombres (43.7%) que en mujeres (30.4%). Pero estos datos también varían con la edad y en mujeres mayores de 70 años la prevalencia es mayor que en hombres”, la PA aumenta con la edad en ambos sexos.

Antes de la menopausia, las mujeres tienen cifras de PA más bajas que los hombres (Sociedad argentina de hipertensión arterial, 2017).

Una de las grandes problemáticas de esta enfermedad crónica 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, deteriorando en gran medida su calidad de vida.

La Organización Mundial de la Salud (OMS) define a la adherencia terapéutica como “el grado en que el comportamiento de una persona para tomar el medicamento, seguir un régimen alimentario y ejecutar cambios del modo de vida se corresponde con las recomendaciones acordadas con un prestador de asistencia sanitaria (Bravo B, 2017).

La adherencia terapéutica es un comportamiento del paciente hacia la toma de medicación. La OMS la definió como «el grado en el que la conducta de una persona, en relación con la toma de medicación, el seguimiento de una dieta o la modificación de hábitos de vida, se corresponde con las recomendaciones acordadas con el profesional sanitario (OMS, 2021).

La OMS señala que la medición y la evaluación de la adherencia terapéutica es una necesidad, que permite la planificación de tratamientos efectivos, eficientes y de calidad. A pesar de que la no adherencia es una práctica común, es poco detectada por los profesionales de la salud. En los últimos años se ha observado un incremento de investigaciones que indagan acerca de este fenómeno, pero aún se requiere de estudios que permitan estimar los niveles de no adherencia en diferentes enfermedades y en grupos poblacionales específicos, en especial en los que requieren de tratamiento a largo plazo y los más vulnerables y que determinen su relación con el control integral de las enfermedades cardiovasculares (Pérez, 2020).

Esta falta de adherencia terapéutica debe ser considerada como un grave problema de salud pública dada su alta prevalencia, su relación directamente

proporcional con una peor evolución de la enfermedad y el incremento del riesgo de morbimortalidad. Todo ello repercute en la disminución de la calidad de vida del paciente y en el impacto económico que ello conlleva para el sistema sanitario. Estos costos sanitarios asociados a los pacientes con poca adherencia son considerablemente mayores por el aumento de las visitas a centros de salud, urgencias y hospitalizaciones (Pérez, 2020).

El autocuidado es definido como una conducta que existe en situaciones concretas de la vida, dirigidas por las personas hacia sí mismas o hacia su entorno, para regular los factores que afectan a su propio desarrollo y funcionamiento en beneficio de su vida, salud y bienestar. Es decir, es una actividad aprendida por los individuos y orientada hacia un objetivo. (Navarro y Castro, 2010).

A pesar de la evidencia disponible sobre las consecuencias negativas de la hipertensión, la mayoría de la población hipertensa carece de conocimientos suficientes sobre el tema o no le da la importancia necesaria, y esto también puede derivar en incumplimientos terapéuticos, por tanto, avances en cuanto al diagnóstico, intervenciones no farmacológicas y antihipertensivos aún no han logrado controlar satisfactoriamente las cifras de PA, encontrándose una prevalencia mundial de hipertensión arterial no controlada del 29% en hombres y del 25% en mujeres en 2014 (Rodríguez, Solís, Rogic, Yuani, y Reyes, 2017).

Diferentes estudios han demostrado que incrementar el conocimiento sobre la hipertensión contribuye a que los pacientes hipertensos modifiquen hábitos de vida poco saludables, sean conscientes de la importancia de este factor de riesgo y optimicen el cumplimiento terapéutico, favoreciendo un mejor control de la PA, menores costes sanitarios y una mayor y mejor calidad de vida (Pérez Y Rodríguez, 2015).

Debido a lo anterior, se plantea como objetivo general para esta investigación asociar los conocimientos de hipertensión arterial y la adherencia al tratamiento en pacientes hipertensos. Es así, entonces que surgió el interés por evaluar el nivel de conocimiento, adherencia terapéutica en usuarios hipertensos y la relación entre estas dos condiciones, para que en base a estos resultados se encuentren

alternativas o medidas útiles para que los profesionales de salud apliquen y de esta manera ayuden al correcto manejo de esta patología. Además, constituye una base para que futuras investigaciones implementen programas de promoción de salud en cuanto a conocimiento y adherencia terapéutica en pacientes hipertensos y así se logre concientizar sobre la importancia del tema a la población hipertensa, promoviendo a un correcto control de sus cifras de PA.

Esta investigación obtuvo que el nivel de conocimiento sobre HTA que poseían los participantes referentes a su conocimiento fue un conocimiento bajo, seguido de un nivel medio y con respecto su adherencia al tratamiento la mayoría de los pacientes presentaron una adherencia parcial seguida de una adherencia media. La adherencia al tratamiento de los pacientes hipertensos si se encuentra asociación con sus conocimientos sobre hipertensión arterial, que de manera general fueron regular.

Entonces, la razón por la que se encontró una asociación entre el conocimiento sobre la hipertensión y la adherencia al tratamiento se debe a que el paciente cumple con el tratamiento, no precisamente porque el conocimiento que posee es satisfactorio, sino porque lo ha adquirido de su entorno (amigos, salud personal, familiares) una percepción de amenaza y vulnerabilidad a los riesgos y complicaciones que esta enfermedad trae consigo, lo que los obliga a actuar.

Es importante mencionar que esta investigación fortalecerá el Cuerpo Académico Cuidado Integral en Condiciones Crónicas.

Capítulo I

II. Justificación

De acuerdo con la información general sobre la hipertensión en el mundo, las enfermedades cardiovasculares (ECV) son responsables de aproximadamente 17 millones de muertes por año, casi un tercio del total. Entre ellas, las complicaciones de la hipertensión causan anualmente 9,4 millones de muertes. La hipertensión arterial (HTA) es la causa de por lo menos el 45% de las muertes por cardiopatías (la mortalidad total por cardiopatía isquémica y el 51% de las muertes por accidente cerebrovascular) (Día mundial de la hipertension arterial, 2015).

Según la Organización mundial de la salud (OMS) las ECV son la principal causa de muerte en todo el mundo. Cada año mueren más personas por ECV que por cualquier otra causa. Se calcula que en 2015 murieron por esta causa 17,7 millones de personas, lo cual representa un 31% de todas las muertes registradas en el mundo. De estas muertes, 7,4 millones se debieron a la cardiopatía coronaria, y 6,7 millones, a los Accidentes cerebrovascular (AVC). Más de tres cuartas partes de las defunciones por ECV se producen en los países de ingresos bajos y medios. De los 17 millones de muertes de personas menores de 70 años atribuibles a enfermedades no transmisibles, un 82% corresponden a los países de ingresos bajos y medios y un 37% se deben a las ECV (OMS, 2017).

La Organización Panamericana de la Salud estima que durante los próximos diez años ocurrirán aproximadamente 20.7 millones de defunciones por enfermedades cardiovasculares en América, de las cuales 2.4 millones pueden ser atribuidas a la hipertensión arterial, componente importante del riesgo cardiovascular (OPS, 2020).

Cada año mueren alrededor de 17 millones de personas en el mundo por enfermedad cardiovascular; se estima que cada cuatro segundos ocurre un evento coronario y cada cinco segundos un evento vascular cerebral. Aproximadamente entre 1.5 a 5% de todos los hipertensos mueren cada año por causas directamente relacionadas a hipertensión arterial sistémica (NOM-030, 2009).

De acuerdo con la Norma Oficial Mexicana NOM-030-SSA2-2009. Las enfermedades cardiovasculares son las principales causas de muerte en el continente americano, además de ser una causa común de discapacidad, muerte prematura y altos costos para su prevención y control. Estas enfermedades afectan por igual a los diferentes grupos de población, independientemente de su nivel cultural o socioeconómico, por lo que su prevención y control representan un reto para la salud pública del país, debido a que constituyen un conjunto de enfermedades que resultan de estilos de vida no saludables (NOM-030, 2009)

La mayoría de las ECV pueden prevenirse actuando sobre factores de riesgo comportamentales, como el consumo de tabaco, las dietas malsanas y la obesidad, la inactividad física o el consumo nocivo de alcohol, utilizando estrategias que abarquen a toda la población. Para las personas con ECV o con alto riesgo cardiovascular (debido a la presencia de uno o más factores de riesgo, como la hipertensión arterial, la diabetes, la hiperlipidemia o alguna ECV ya confirmada), son fundamentales la detección precoz y el tratamiento temprano, por medio de servicios de orientación o la administración de fármacos, según corresponda (OMS, 2017).

Diferentes estudios han demostrado que aumentar los conocimientos sobre la HTA contribuye a que los pacientes hipertensos cambien los hábitos de vida poco saludables, sean conscientes de la importancia de este factor de riesgo y optimicen el cumplimiento terapéutico, favoreciendo a un mejor control de la PA, a menores costes sanitarios y una mayor y mejor calidad de vida (Rodríguez, 2017).

El tratamiento a seguir en la HTA, implica cambios en el estilo de vida acompañado de la toma o no de fármacos y debe ser permanente y ordenado debido a que se trata de una enfermedad crónica, por ello también un factor muy importante relacionado con el manejo de la hipertensión es la adherencia al tratamiento, ubicándose como una variable mediadora de gran importancia en el logro de los objetivos terapéuticos de esta enfermedad (Ortega, 2016).

En un estudio llamado relación en el grado de conocimiento sobre la hipertensión arterial y el control de la misma. Es un tipo de estudio descriptivo transversal; con el

objetivo de determinar la relación entre el grado de conocimiento de la enfermedad y el control de la misma del paciente que acude a la farmacia comunitaria, Describir el grado de adherencia al tratamiento farmacológico con antihipertensivos de los pacientes del estudio, Conocer el porcentaje de pacientes con hipertensión que mantiene un buen control de la enfermedad y Realizar educación sanitaria en pacientes hipertensos. La población diana fueron mujeres y hombres hipertensos mayores de 18 años capaces de realizar una encuesta. Realizado a 120 pacientes, 47,5% hombres y 52,5% mujeres. 113 en tratamiento farmacológico antihipertensivo. Un 1,66% no conoce la HTA, un 54,16% tiene un conocimiento básico, con un 35% de control de la HTA, un 42,50% tiene un conocimiento intermedio con un 26% de control de la enfermedad y un 1,66% tiene conocimientos avanzados. Según el test de Morisky-Green, un 64,60% es adherente y un 35,40% no lo es. En la primera semana hay un 65% de controlados frente al 35%. En la última semana el porcentaje de pacientes controlados se incrementa a un 79,16% y el de no controlados desciende a un 20,84%. Sin contar la farmacia comunitaria, un 54% afirma que su principal fuente de información sobre la enfermedad la ha obtenido en la consulta médica, y un 21% en la consulta de enfermería, un 7,51% de la familia, amigos, conocidos, un 12,72% de internet, TV, radio y un 4,05% considera no haber recibido información suficiente sobre la HTA. El estudio concluye que no existe relación entre el grado de conocimiento y el control de la HTA, y es mayor el grado de control a menor conocimiento de la enfermedad. Solo 1/5 desconoce las medidas higiénico-dietéticas para el control de la enfermedad. Un tercio de los pacientes (35,40%) no es adherente. El 65% de los pacientes tiene la HTA controlada al iniciar el estudio. Tras el seguimiento y la educación sanitaria del farmacéutico se consigue un aumento del 14,6% de pacientes con valores de PA controlada.

Como se puede apreciar en los datos anteriores, la población se encuentra en una situación de vulnerabilidad porque cada paciente hipertenso tiene un contexto genético, ambiental y de comorbilidad diferente y esto puede influir en los conocimientos que tiene sobre la enfermedad y el tratamiento. Por ello, la adherencia debe incluir la toma de los medicamentos prescritas por el médico

tratante, y cambio de estilos de vida saludables, que incluyen la práctica de actividad física regular, alimentación saludable, la disminución o abstinencia del consumo de alcohol y cigarrillos entre otras (Reyes, 2016).

Con el fin de prevenir el avance de la enfermedad mejorando la calidad de vida y reducir la mortalidad. Con esto debe incluir tratamiento no farmacológico, en alimentación saludable y actividad física, así como el manejo con medicación (farmacológico), acorde con el cuadro clínico, teniendo en cuenta el modo de acción, indicaciones y contraindicaciones, efectos adversos, interacciones medicamentosas, otras enfermedades que padece la persona y el coste económico (guía para pacientes, 2011).

III. Planteamiento del problema

La hipertensión arterial (HTA), también conocida como tensión arterial alta o elevada, es un problema de salud prioritario, pues cuanto más alta es la tensión, más esfuerzo tiene que realizar el corazón para bombear. La mayoría de las personas no muestra ningún síntoma. Algunas veces, la hipertensión causa síntomas como dolor de cabeza, dificultad respiratoria, vértigos, dolor torácico, palpitaciones del corazón y hemorragias nasales, pero no siempre. Si no se controla, la hipertensión puede provocar un infarto de miocardio, un ensanchamiento del corazón y, a la larga, una insuficiencia cardiaca (OMS, 2020).

En México el estimado poblacional para 2015 por el Consejo Nacional de Población (CONAPO) es de 121 millones de habitantes, de los cuales 76.4 millones tendrán 20 años o más y una prevalencia de 31 % de HTAS; el estimado global de población hipertensa para 2015 es de 23.7 millones y se estima una cifra similar de población prehipertensa. Se evalúa que anualmente son diagnosticados aproximadamente 450,000 casos nuevos; sin embargo, esta cifra puede duplicarse si tomamos en consideración que incluso 47.3% de las personas con hipertensión desconocen que padecen esta enfermedad (Rosas, 2016).

Según la Organización Mundial de la Salud (OMS), el límite para definir a una persona como hipertensa es de más de 140 mm Hg en la presión sistólica o una elevación ≥ 90 mm Hg en la diastólica, Sin embargo, se deben tener en cuenta algunas recomendaciones antes de catalogar a una persona como portadora de HTAS; confirmación del diagnóstico, cifras limítrofes y el monitoreo ambulatorio de la presión arterial es una alternativa útil para los casos limítrofes o con sospecha de HTAS (OMS, 2015).

Muchos pacientes hipertensos no están controlados debido al incumplimiento o intolerancia a los agentes antihipertensivos disponibles. Estudios recientes de monitorización de fármacos han demostrado que es el incumplimiento de la terapia hipotensiva en el 25 al 65% de los presuntos pacientes con hipertensión aparente resistente al tratamiento, la necesidad de controlar la presión arterial (PA) en estos pacientes de alto riesgo puede resolverse, en parte, mediante el desarrollo de

nuevos fármacos, dispositivos y procedimientos diseñados para tratar la hipertensión y sus comorbilidades, como la insuficiencia cardíaca (IC), la enfermedad renal crónica y la diabetes mellitus (Rosas, 2015).

A algunas personas les basta con modificar su modo de vida para controlar la tensión arterial, como abandonar el consumo de tabaco, adoptar una dieta saludable, hacer ejercicio con asiduidad y evitar el uso nocivo del alcohol. La reducción de la ingesta de sal también puede ayudar. A otras personas, estos cambios les resultan insuficientes y necesitan tomar medicamentos con prescripción médica. Los adultos pueden contribuir al tratamiento tomando la medicación prescrita, cambiando su modo de vida y vigilando su salud (OMS, 2015).

Uno de los factores que influye en el resultado preventivo de los tratamientos antihipertensivos es el incumplimiento de las indicaciones a largo plazo por parte de los pacientes y provoca una falta de cumplimiento que conduce a una respuesta terapéutica insuficiente. El comportamiento de una persona corresponde con las recomendaciones acordadas por un profesional de salud, en relación con la toma de medicación, el seguimiento de una dieta o la modificación de hábitos de vida (Bendersky, 2015, pág. 2).

Es importante la participación activa del paciente como la responsabilidad del profesional sanitario para crear un clima de diálogo que facilite la toma de decisiones compartidas, por tanto, la evaluación de la adherencia debe incluir no solo la toma de los medicamentos en los horarios y dosis prescritas por el médico tratante, sino también la asistencia a las citas de control en los servicios de salud, la realización de exámenes médicos y el logro de estilos de vida saludables, que incluyen la práctica de actividad física regular, alimentación saludable, la disminución o abstinencia del consumo de alcohol y cigarrillos entre otras (Reyes, 2016).

El objetivo del tratamiento es prevenir el avance de la enfermedad, prevenir complicaciones, mejorar la calidad de vida y reducir la mortalidad por esta causa. El plan de manejo debe incluir el establecimiento de los objetivos del tratamiento no farmacológico, en alimentación saludable y actividad física, así como el manejo con medicación (farmacológico). Con el fin de lograr una presión arterial menor de

140/90 mm de Hg; en el caso de las personas con diabetes la meta consiste en mantener una presión arterial menor de 130/85 mm de Hg (Guía para pacientes, 2011).

El tratamiento "farmacológico" debe ser individualizado y acorde con el cuadro clínico, teniendo en cuenta el modo de acción, indicaciones y contraindicaciones, efectos adversos, interacciones medicamentosas, otras enfermedades que padece la persona y el coste económico. La administración de medicamentos solo puede ser autorizada por su médico y solo debe utilizar las dosis indicadas por él. En la hipertensión arterial, etapas 1 y 2, el manejo inicial del paciente será de carácter "no farmacológico" durante los primeros doce y seis meses respectivamente. Este manejo incluye: alimentación saludable, reducción de la ingesta de sal, control de peso, control de los niveles de colesterol, disminución de la ingesta de alcohol, evitar o dejar el hábito de fumar y realizar una actividad física constante (guía para pacientes, 2011).

Se puede identificar que los pacientes hipertensos no tienen conocimientos sólidos y esto influye en la adherencia al tratamiento, por lo tanto, se quiere hacer este estudio con estos objetivos evaluar la relación de conocimientos sobre hipertensión arterial y la adherencia terapéutica en usuarios hipertensos.

Por lo anterior, se plantea la siguiente pregunta de investigación:

¿Cuál es la relación que existe entre el nivel de conocimiento sobre hipertensión arterial y la adherencia terapéutica en usuarios hipertensos.?

IV. Objetivos

4.1. General

Evaluar la relación de conocimientos sobre hipertensión arterial y la adherencia terapéutica en usuarios hipertensos.

4.2. Específicos

1. Describir las variables sociodemográficas con las características de los pacientes.
2. Identificar el nivel de conocimientos sobre hipertensión arterial según las características de los pacientes.
3. Identificar el nivel de adherencia terapéutica según las características de los pacientes.

Capítulo II

V. Marco teórico

La hipertensión arterial puede ser tratada y controlada. El tratamiento incluye cambios en el estilo de vida como bajar de peso, mantenerse físicamente activo, limitar el consumo de sal, evitar beber alcohol en exceso, ingerir suficiente potasio (frutas y verduras) y si es necesario tomar medicamentos. La mejor forma de evitar los peligros de la hipertensión consiste en prevenir la enfermedad (guía para pacientes, 2011).

Es importante tomar en cuenta que, en la prevención y tratamiento de las enfermedades, además del sustento médico, es indispensable el apoyo emocional y el desarrollo de habilidades sociales que le permitan encarar las situaciones que se le presenten día con día (guía para pacientes, 2011).

Algunos de los aspectos que influyen sobre la adherencia terapéutica, son: olvidos de las tomas de medicación, complejidad del esquema terapéutico, dificultad en cumplir el horario de toma de la medicación debido a que coincide con otras actividades diarias, abandono por una aparente mejoría clínica, falta de conocimiento sobre la enfermedad y el tratamiento y efectos secundarios de los medicamentos. Mientras más complejo sea un tratamiento más dificultades presentará en la adherencia del paciente (Herrera et al., 2017).

El beneficio principal de un cambio de alimentación es la rápida disminución de la presión arterial y el control de peso, por lo que el manejo efectivo de la hipertensión arterial no se puede conseguir sin una apropiada alimentación. La terapia nutricional es el elemento más importante en el tratamiento no farmacológico de los pacientes con hipertensión arterial, aunado al ejercicio, estas son las primeras intervenciones que se requieren para controlar la enfermedad (guía para pacientes, 2011).

Para lograr con éxito la implementación del plan individual de alimentación se requiere una amplia participación e información del paciente para modificar su comportamiento y seguimiento del mismo. La cantidad y tipo de comida deben tener relación con la estatura, el peso, género y la actividad física que desarrolla la persona (guía para pacientes, 2011).

5.1. hipertension arterial

Influencia del conocimiento sobre HTA en la adherencia al tratamiento

Algunos autores han sugerido que aspectos relacionados con el deficiente control de las cifras tensionales y la no adherencia al tratamiento, están asociados a una mayor prevalencia de hipertensión arterial (HTA) (Herrera, Pacheco, Valenzuela, & Málaga, 2017).

Se ha evidenciado que los pacientes toman las decisiones sobre sus medicamentos y estilos de vida basándose en su conocimiento sobre la patología y en su percepción sobre la necesidad de usar medicación, de tal manera que la adherencia al tratamiento puede mejorar y por ende las cifras tensionales que, en definitiva, generará una mejor calidad de vida, ya que se reducirán las complicaciones de la hipertensión, y habrá menores costos en salud (Plan de Adherencia al Tratamiento, 2016)

La adherencia implica ciertos comportamientos, entre los que se hallan: la incorporación o mantenimiento de hábitos de vida adecuados, modificación de determinadas costumbres que pueden convertirse en factores de riesgo y conducir a la progresión de la enfermedad, búsqueda de conocimientos y soluciones a situaciones que puedan obstaculizar el adecuado cumplimiento de los objetivos terapéuticos. Las conductas de adherencia al tratamiento para la hipertensión incluyen tomar medicamentos antihipertensivos según prescripción médica (horario, dosis, etc.), asistir a citas médicas, usar estrategias para manejar los efectos adversos de los medicamentos, buscar información relacionada con la enfermedad y el tratamiento, expresar y discutir dudas. y malestar con el médico, hacer ejercicio con regularidad, comer de manera saludable, manejar estados emocionales que influyen en los niveles de PA, reducir el consumo de alcohol y cigarrillos, buscar apoyo social, entre otros (Reyes et al., 2016).

La adherencia terapéutica es un fenómeno multifactorial determinado por la acción conjunta de cinco tipos de factores. Así, pueden influir todos, varios o solo alguno de ellos. Factores que intervienen en la adherencia terapéutica según la clasificación de la OMS:

- **Factores socioeconómicos:** Dentro de este grupo, destaca la importancia del soporte familiar y/o social del paciente. Aquellos pacientes que cuentan con un buen soporte emocional de su entorno o forman parte de una familia cohesionada tienen una mejor adherencia al tratamiento. Por el contrario, aquellas enfermedades altamente estigmatizadas por la sociedad (Puigdemont y Merino, 2020).
- **Factores relacionados con el sistema sanitario:** Uno de los factores más influyentes dentro de esta categoría es la relación entre el profesional sanitario y el paciente. La mala comunicación entre ambas partes, la falta de confianza hacia el profesional sanitario o la insatisfacción con la atención recibida pueden influir negativamente en la adherencia al tratamiento. También puede tener un impacto negativo si el paciente no ha recibido suficiente información sobre su tratamiento y / o patología, así como falta de accesibilidad a la asistencia sanitaria, largos tiempos de espera, horarios limitados, falta de suministro o falta de privacidad durante el procedimiento de atención médica (Puigdemont y Merino, 2020).
- **Factores relacionados con el tratamiento:** La aparición de efectos adversos o tratamientos con regímenes complejos también puede comprometer la adherencia terapéutica. Por otro lado, la necesidad de una determinada forma de administración (en ayunas, con una comida rica en grasas o separada de otros fármacos) puede empeorar la adherencia al tratamiento. Hay algunos aspectos de la propia formulación del fármaco que también pueden modificar la adherencia, como el tamaño de los comprimidos, el sabor de la formulación, la administración parenteral o la dificultad para abrir el envase. Otro factor muy importante es la duración del tratamiento. En este sentido, muchos estudios han demostrado que las duraciones prolongadas del tratamiento pueden afectar negativamente al cumplimiento (Puigdemont y Merino, 2020).
- **Factores relacionados con la patología:** La gravedad de la patología, su pronóstico o el impacto potencial en la calidad de vida también pueden cambiar el comportamiento terapéutico de los pacientes. De esta forma, la

ausencia de síntomas o mejoría clínica de la enfermedad puede convertirse en un obstáculo para corregir el cumplimiento terapéutico. Por el contrario, si los síntomas empeoran o la propia enfermedad provoca algún grado de discapacidad, generalmente tiene un efecto positivo en el cumplimiento terapéutico. Además, se ha observado que ciertos diagnósticos, como Los trastornos psiquiátricos, en sí mismos, constituyen barreras para el cumplimiento adecuado del tratamiento (Puigdemont y Merino, 2020).

→ **Factores relacionados con el paciente:** Uno de los más estudiados es la edad. En general, se ha observado que cuanto más joven es el paciente, menor es la adherencia al tratamiento. El género y el nivel educativo también pueden influir, pero los resultados son contradictorios. En cuanto al estado civil, algunos estudios apuntan a que el matrimonio o estar en sociedad son factores en el adecuado cumplimiento terapéutico. Por otro lado, los pacientes con deficiencias cognitivas o problemas de memoria o atención también pueden tener un menor nivel de adherencia de origen involuntario. Además, el olvido es una de las causas más comunes de fracaso del tratamiento (Puigdemont y Merino, 2020).

En cuanto al impacto del conocimiento del paciente sobre la enfermedad y el tratamiento en el cumplimiento, los estudios son bastante unánimes: falta de comprensión de la enfermedad y / o su tratamiento, malentendidos sobre la prescripción y las instrucciones del paciente. El desconocimiento de las posibles consecuencias del incumplimiento o los conceptos erróneos sobre la medicación se han descrito como barreras para corregir el cumplimiento terapéutico (Puigdemont y Merino, 2020).

Las creencias de los pacientes también están íntimamente relacionadas con la adherencia terapéutica. Por ejemplo, la negación de la enfermedad y la posibilidad de curación, tener unas expectativas poco realistas del beneficio del tratamiento, creer que el tratamiento puede ser tóxico o perjudicial o estar cansado de tomar medicación pueden afectar negativamente la adherencia (Puigdemont y Merino, 2020).

5.1.1. Concepto

Hipertensión arterial

La hipertensión arterial es una enfermedad crónica en la que aumenta la presión con la que el corazón bombea sangre a las arterias, para que circule por todo el cuerpo (IMSS, 2015).

Hipertensión Arterial Sistémica

Padecimiento multifactorial caracterizado por aumento sostenido de la Presión arterial sistólica, diastólica o ambas, en ausencia de enfermedad cardiovascular renal o diabetes $> 140/90$ mmHg, en caso de presentar enfermedad cardiovascular o diabetes $> 130/80$ mmHg y en caso de tener proteinuria mayor de 1.0 gr. e insuficiencia renal $> 125/75$ mmHg (NOM-030, 2009).

Hipertensión arterial

Es una condición clínica multifactorial que se caracteriza por elevados y sostenidos niveles de PA, esta patología se asocia frecuentemente a alteraciones funcionales y/o estructurales de órganos tales como el corazón, cerebro, riñones, ojos y vasos sanguíneos, con el consecuente aumento de riesgo para problemas cardiovasculares y cerebrovasculares que pueden ser o no fatales (Weschenfelder y Gue, 2014).

Adherencia terapéutica

Observación estricta de las indicaciones médicas, por parte del paciente, para el control de la Hipertensión Arterial Sistémica y prevención de las complicaciones vasculares y parenquimatosas, tanto mediante el tratamiento conductual, como medicamentoso (NOM-030, 2009).

Casos con diagnóstico conocido de hipertensión arterial en tratamiento

Conjunto de personas con diagnóstico conocido de Hipertensión Arterial Sistémica atendidos en el Sistema Nacional de Salud que cursan con Presión arterial controlada en respuesta al tratamiento o continúan sin control a pesar del tratamiento. (NOM-030, 2009).

Comunicación Educativa

Proceso basado en el desarrollo de esquemas novedosos y creativos de comunicación que se sustenta en técnicas de mercadotecnia social, que permiten la producción y difusión de mensajes gráficos y audiovisuales de alto impacto, con el fin de reforzar los conocimientos en salud y promover conductas saludables en la población (NOM-030, 2009).

Educación para la Salud

Proceso de enseñanza-aprendizaje que permite, mediante el intercambio y análisis de la información, desarrollar habilidades y cambiar actitudes con el propósito de inducir comportamientos para evitar el sobrepeso, la obesidad, el sedentarismo, el estrés, el tabaquismo y el consumo excesivo de alcohol, así como los factores del estilo de vida que promueven el desarrollo de la Hipertensión Arterial Sistémica y que se adquieren con una actitud contraria a cuidar la salud individual, familiar y colectiva (NOM-030, 2009).

5.1.2. Generalidades

El conocimiento sobre hipertensión de las personas afectadas, difiere en diversas poblaciones y en algunas de ellas aún sigue siendo bajo, a pesar de la problemática que constituye esta enfermedad. Un estudio realizado en Pakistán mostró que sólo el 10% sabía qué era la HTA, las cifras más bajas surgieron de la población con baja educación y sólo el 6% conocía las complicaciones que trae consigo la enfermedad (Shaikh, Yakta, Sadia, & Kumar, 2013).

La conducta de adhesión al tratamiento se ha relacionado con la autoeficacia (Actitud + Influencia social + Auto-eficacia), donde se propone que un paciente adherente debe tener una actitud positiva hacia el cumplimiento del tratamiento, una influencia social que le incite a la adherencia y una autoeficacia que le permita ser capaz de tomar la medicación como le ha sido prescrita. Se estima que la prevalencia de adherencia a la medicación en pacientes con HTA oscila entre 52% y 74% (Holguín, Correa, Arrivillaga, Cáceres, & Varela, 2014).

5.1.3. Clasificación

La HAS se clasifica, por cifras, de acuerdo a los siguientes criterios de la tabla 1:

Categoría	Sistólica mmHg.	Diastólica mmHg.
Optima	< 120	< 80
Presión arterial normal	120 a 129	80 a 84
Presión arterial normal alta	130 a 139	85 a 89
Hipertensión 1	140 a 159	90 a 99
Hipertensión 2	160 a 179	100 a 109
Hipertensión 3	> 180	> 110
Hipertensión sistólica aislada	> 140	< 90

(NOM-030, 2009)

Clasificación etiológica de la hipertensión arterial:

Primaria o Esencial: Se presenta en la mayor parte de los casos, no hay una causa orgánica identificable; entre otros mecanismos participan la herencia, alteraciones en el sistema nervioso simpático, el volumen sanguíneo, el gasto cardiaco, el sistema renina-angiotensina-aldosterona, la sensibilidad al sodio y la resistencia a la insulina (Reyes, 2016).

Secundaria: Se identifica una causa orgánica, que puede ser:

- **Renal:** glomerulopatías, tubulopatías y enfermedades intersticiales.
- **Vascular:** Coartación de la aorta, hipoplasia de la aorta, renovascular, trombosis de la vena renal, arteritis.
- **Endocrina:** Enfermedades de la tiroides o de la paratiroides, aldosteronismo primario, síndrome de Cushing, feocromocitoma.
- **Del Sistema Nervioso Central:** Tumores, encefalitis, apnea del sueño.
- **Físicas:** Quemaduras.
- **Inducidas por medicamentos:** Esteroides suprarrenales, antiinflamatorios no esteroideos, inhibidores de la ciclooxigenasa 2, anfetaminas,

simpaticomiméticos, anticonceptivos orales, ciclosporina, eritropoyetina, complementos dietéticos.

- **Inducidas por tóxicos:** Cocaína, orozuz (Regaliz), plomo.
- **Inducidas por el embarazo:** Incluye pre-eclampsia y eclampsia.

Tipos de no adherencia de acuerdo al período de seguimiento:

- **Incumplimiento parcial:** La adherencia al tratamiento por parte del paciente se genera solo en ciertos momentos.
- **Incumplimiento esporádico:** La falta de adherencia al tratamiento se da de forma eventual (es frecuente en ancianos por olvido de tomas de la medicación o porque toman dosis menores por temor a generar efectos secundarios).
- **Incumplimiento secuencial:** Cuando al sentir mejoría el paciente deja de seguir el tratamiento y lo retoma al momento de generar nuevamente ciertos síntomas o molestias.
- **Cumplimiento de bata blanca:** El paciente se adhiere al tratamiento solo cuando está próxima la visita médica programada. Esta actitud junto con la anterior se da en la hipertensión.
- **Incumplimiento completo:** Si el paciente abandona definitivamente el tratamiento.

(Reyes, 2016).

Otra manera de clasificar la falta de adherencia al tratamiento es:

Primaria: El paciente puede dejar u olvidarse la prescripción médica luego de la consulta, o llevar su prescripción, pero no retirar los medicamentos de farmacia.

Secundaria: comprende tomar dosis incorrectas, en horarios incorrectos, olvidarse de la toma de una o varias dosis o incrementar la frecuencia de toma de la medicación, suspender el tratamiento tempranamente, ya sea por dejarlo antes de la fecha indicada por el médico o porque el paciente no asiste a una nueva consulta para adquirir otra prescripción (Reyes, 2016).

5.2. Filosofía de Dorothea Orem

5.2.1. Generalidades

Dorothea Elizabeth Orem nació y se crio en Baltimore, Maryland en 1914. Inició su carrera enfermería en la Providence Hospital School of Nursing en Washington, DC, donde recibió un diploma en enfermería a principios de la década de 1930. En 1934 entró a la Universidad Católica de América, donde obtuvo en 1939 un Bachelor of sciences en Nursing Education, y en 1946 un Master of sciences in Nurse Education (Naranjo, 2017)

El primer libro publicado de Dorothea E. Orem fue Nursing Concepts of Practice en 1971. Mientras preparaba y revisaba Concept formalization in Nursing: Process and Product, Dorothea E. Orem fue editora de la NDCG (1973,1979). En 2004 se reeditó la segunda edición y fue distribuida por la International Orem Society for Nursing Science and Scholarship. Las siguientes ediciones de Nursing: concepts of Practice se publicaron en 1980, 1985, 1991, 1995, y 2001. Dorothea E. Orem se jubiló en 1984 y siguió trabajando, de forma individual o con sus colaboradores, en el desarrollo de la teoría enfermera del déficit de autocuidado. Falleció el 22 de junio de 2007, Savannah, Georgia, Estados Unidos (Najaro, 2017).

Esta teórica presenta su Teoría del déficit de autocuidado como una teoría general compuesta por tres teorías relacionadas entre sí: Teoría de autocuidado, teoría del déficit autocuidado y la teoría de los sistemas de Enfermería (Najaro, 2017).

La teoría del autocuidado

El autocuidado es un concepto introducido por Dorothea E Orem en 1969, el autocuidado es una actividad aprendida por los individuos, orientada hacia un objetivo. Es un comportamiento que existe en situaciones concretas de la vida, dirigido por las personas sobre sí mismas, hacia los demás o hacia el entorno, para regular los factores que afectan su propio desarrollo y funcionamiento en beneficio de su vida, salud o bienestar (Najaro, 2017).

La teoría establece los requisitos de autocuidado, que además de ser un componente principal del modelo forma parte de la valoración del paciente, el término requisito es utilizado en la teoría y es definido como la actividad que el individuo debe realizar para cuidar de sí mismo, Dorotea E Orem propone a este respecto tres tipos de requisitos:

- Requisito de autocuidado universal.
- Requisito de autocuidado del desarrollo
- Requisito de autocuidado de desviación de la salud.

Los requisitos de autocuidado de desviación de la salud, son la razón u objetivo de las acciones de autocuidado que realiza el paciente con incapacidad o enfermedad crónica (Marcos, 2013).

Factores condicionantes básicos: son los factores internos o externos a los individuos que afectan a sus capacidades para ocuparse de su autocuidado. También afectan al tipo y cantidad de autocuidado requerido, se denominan factores condicionantes básicos Dorotea E. Orem en 1993 identifica diez variables agrupadas dentro de este concepto: edad, sexo, estado redesarrollo estado de salud, orientación sociocultural, factores del sistema de cuidados de salud, factores del sistema familiar, patrón de vida ,factores ambientales, disponibilidad y adecuación de los recursos; pueden ser seleccionadas para los propósitos específicos de cada estudio en particular ya que de acuerdo a sus supuestos, deben estar relacionadas con el fenómeno de interés que se pretende investigar (Marcos, 2013).

Dorotea E Orem definió los siguientes conceptos meta paradigmáticos:

1. Persona
2. Salud
3. Enfermería

La teoría del déficit de autocuidado

La teoría general del déficit de autocuidado es una relación entre la demanda de autocuidado terapéutico y la acción de autocuidado de las propiedades humanas en las que las aptitudes desarrolladas para el autocuidado que constituyen la acción, no son operativas o adecuadas para conocer e identificar algunos o todos los componentes de la demanda de autocuidado terapéutico existente o previsto (Naranjo et al., 2017, pág. 3-6).

Dorothea E Orem usa la palabra agente de autocuidado para referirse a la persona que realmente proporciona los cuidados o realiza alguna acción específica. Cuando los individuos realizan su propio cuidado se les considera agentes de autocuidado (Naranjo et al., 2017, pág. 3-6).

El cuidar de uno mismo: es el proceso de autocuidado se inicia con la toma de conciencia del propio estado de salud. Esta toma de conciencia requiere en sí misma el pensamiento racional para aprovechar la experiencia personal, normas culturales y de conductas aprendidas, a fin de tomar una decisión sobre el estado de salud, en el cual debe de existir el deseo y el compromiso de continuar con el plan (Naranjo et al., 2017, pág. 3-6).

Limitaciones del cuidado: son las barreras o limitaciones para el autocuidado que son posible, cuando la persona carece de conocimientos suficientes sobre sí misma y quizás no tenga deseos de adquirirlos. Puede presentar dificultades para emitir juicios sobre su salud y saber cuándo es el momento de buscar ayuda y consejo de otros (Naranjo et al., 2017, pág. 3-6).

El aprendizaje del autocuidado: el aprendizaje del autocuidado y de su mantenimiento continuo son funciones humanas. Los requisitos centrales para el autocuidado con el aprendizaje y el uso del conocimiento para la realización de secuencias de acciones de autocuidado orientadas internas y externamente. Si una acción de autocuidado es interna o externa en su orientación puede determinarse mediante la observación, obteniendo datos subjetivos del agente de autocuidado o de ambas maneras (Naranjo et al., 2017, pág. 3-6).

Las formas de determinar y satisfacer las propias necesidades de aprendizaje de autocuidado, son aprendidas de acuerdo con las creencias, hábitos y prácticas que caracterizan culturalmente la vida del grupo al que pertenece el individuo (Naranjo et al., 2017, pág. 3-6).

Al estudiar la teoría de déficit de autocuidado coincidimos con Dorothea E Orem que es una relación entre las propiedades humanas de necesidad terapéutica de autocuidado y la actividad de autocuidado en la que las capacidades de autocuidado constituyentes desarrolladas de la actividad de autocuidado no son operativas o adecuadas para conocer y cubrir algunos o todos los componentes de la necesidad terapéutica de autocuidado existentes. Esta abarca a aquellos pacientes que requieren una total ayuda de la enfermera por su incapacidad total para realizar actividades de autocuidado, ejemplo:

1. Cuadripléjico. Pero también valora aquellas que pueden ser realizadas en conjunto enfermera-paciente.
2. El baño y aquellas actividades en que el paciente puede realizarlas y debe aprender a realizarlas siempre con alguna ayuda.
3. La atención a un paciente pos operado de una cardiopatía congénita.

Dorothea E Orem establece la existencia de tres tipos de sistema de enfermería:

Totalmente compensatorio: Se trata de que la enfermera se haga cargo de satisfacer los requisitos de autocuidado universal del paciente hasta que este pueda reanudar su propio cuidado o cuando haya aprendido a adaptarse a cualquier incapacidad (Naranjo et al., 2017, pág. 3-6).

Parcialmente compensatorio: La enfermera actúa con un papel compensatorio, pero el paciente está mucho más implicado en su propio cuidado en término de toma de decisiones y acción (Naranjo et al., 2017, pág. 3-6).

Apoyo educativo: Apropiado para el paciente que es capaz de realizar las acciones necesarias para el autocuidado y puede aprender a adaptarse a las nuevas situaciones, pero actualmente necesita ayuda de enfermería, a veces esto puede significar simplemente alertarlo (Naranjo et al., 2017, pág. 3-6).

El tipo de sistema dice del grado de participación del individuo para ejecutar su autocuidado, regular o rechazar el cuidado terapéutico. Una persona o grupo puede pasar de un sistema de enfermería a otro en cualquier circunstancia, o puede activar varios sistemas al mismo tiempo. (Naranjo et al., 2017, pág. 3-6).

La teoría de los sistemas de Enfermería

Dorothea E Orem establece la existencia de tres tipos de sistema de enfermería. Los elementos básicos que constituyen un sistema de enfermería son:

1. La Enfermera.
2. El paciente o grupo de personas.
3. Los acontecimientos ocurridos incluyendo, entre ellos, las interacciones con familiares y amigos.

(Naranjo et al., 2017, pág. 3-6).

Capítulo III

VI. Material y métodos

6.1 Tipo y diseño de estudio

Este fue un estudio con método cuantitativo y utilizo un diseño no experimental de acuerdo con la manipulación de las variables debido a que “no se interviene la variable independiente” (Pollit y Beck, 2019, P.297).

De acuerdo al tiempo este estudio fue transversal porque “los datos se obtendrán en un solo punto temporal” (Pollit y Beck, 2019 P.302).

De acuerdo a la clasificación de Grove y Burns (2018, p.448) este estudio utilizo un diseño descriptivo debido a que “proporcionara una imagen de una situación o fenómeno que se produce de forma natural”.

6.2 Limites de tiempo y espacio

Se llevó a cabo durante el periodo de agosto de 2020 a Julio 2021 en la ciudad de Morelia, Michoacán.

6.3 Universo

La población está compuesta por 300 habitantes de la unidad.

6.4 Muestra

La muestra será probabilística por conveniencia de 80 que asistieron al centro de salud (hipertensos), que se seleccionaran con un muestreo por conveniencia.

6.5 Variables

La variable dependiente de adherencia al tratamiento, la Organización mundial de la salud (OMS) define la adherencia 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” (OMS, pág. 2).

La variable independiente de conocimiento sobre Hipertensión arterial (HTA), se define como el proceso progresivo y gradual desarrollado por el hombre para aprehender su mundo y realizarse como individuo, y especie (Ramírez, 2009).

6.6 Criterios

Los criterios de inclusión y exclusión del estudio fueron los siguientes.

6.6.1 Criterios de inclusión

Se incluirán en el estudio a pacientes diagnosticados con HTA, adultos jóvenes y adultos mayores entre 25 a 80 años, de ambos sexos, que saben leer y escribir y no padecer deterioro cognitivo; que acepten participar en el estudio y firmar el consentimiento informado.

6.6.2 Criterios de exclusión

Se excluirán del estudio a las personas con deterioro cognitivo y que reciban algún tipo de terapia psiquiátrica o psicológica y a pacientes que no deseen ingresar al estudio.

6.6.3 Criterios de eliminación

Se eliminarán a los participantes que fallezcan y a los cuestionarios incompletos con menos del 80%.

6.7 Operalización de variables

Las variables del estudio se muestran en el **Apéndice 1**.

6.8 Instrumentos

La Cuestionario validado en el año 2013 por Dolores Estrada Reventos: Conocimientos sobre hipertensión (CSH). Con la finalidad de determinar el grado de conocimiento adquirido sobre HTA. Cada respuesta dada por el paciente se medirá mediante una escala tipo dicotómica. El cuestionario consta de 25 preguntas, dos de las cuales: ¿toma medicamentos para la hipertensión? y ¿le han explicado qué es la hipertensión? se consideran como variables de control por no constituir conocimientos de hipertensión, de manera que el puntaje total fue de 0-20 y las puntuaciones fueron asignadas como correctas (1 punto) e incorrectas (0 puntos) según la bibliografía revisada. Cada pregunta tuvo tres opciones: sí, no y no sé (Estrada D, 2013).

Puntaje en el cuestionario CSH de la tabla 1:

Categoría	Puntaje
Bajo	0-8
Medio	9-17
Alto	≥ 18

El cuestionario mide 7 dimensiones de conocimientos:

1. Hipertensión.
2. Riesgos de la hipertensión.
3. Factores de riesgo asociados con la hipertensión.
4. Dieta.
5. Medicación.
6. Modificaciones de estilos de vida.
7. Percepción de la enfermedad

Finalmente, el cuestionario validado MBG (Martín-Bayarre-Grau), con la finalidad de determinar el estado de adherencia al tratamiento de los pacientes hipertensos. Este cuestionario fue validado por Alfonso Libertad Martín en Cuba en el año 2008, consta de 12 preguntas, las mismas que están agrupadas en tres dimensiones:

Cumplimiento del tratamiento: grado de cumplimiento por parte del paciente de las indicaciones dadas por su médico, aquí el paciente se ubica en un rol pasivo con respecto a su tratamiento. Comprende los 5 primeros ítems del cuestionario.

Implicación personal: consiste en que el paciente por iniciativa propia busque técnicas o métodos que le ayuden a cumplir de manera adecuada su tratamiento farmacológico. Comprende los 4 siguientes ítems del cuestionario.

Relación profesional-paciente: consiste en el diálogo mutuo entre el profesional de salud y el paciente, de tal manera que se llegue a un acuerdo común

sobre el tratamiento a seguir y se planteen estrategias adecuadas para que se dé el cumplimiento del mismo. Comprende los 3 últimos ítems del cuestionario. Cada respuesta dada por el paciente se la medirá mediante una escala tipo Likert constituida por cinco posibilidades que van desde nunca hasta siempre y para la estimación del puntaje se designaron valores que van de 0 (Nunca), 1 (Casi nunca), 2 (A veces), 3 (Casi siempre) y 4 (Siempre), siendo 48 la puntuación máxima total; y en base a esto se consideraran a los pacientes con puntuaciones de 38 a 48 como Adheridos Totales, de 18 a 37 puntos como Adheridos Parciales y de 0 a 17 como No Adheridos (Martín, 2008).

6.9 Procedimiento.

Se elabora el protocolo con base en las etapas propuestas por Grove, Gray y Burns (2016).

La colecta de análisis estadístico para esta investigación los datos se procesaron en el programa SPSS versión 25 versión libre para un mes. (YouTube SPSS versión 25 descargar).

Las etapas del procedimiento para la investigación se muestran en el **apéndice 2**.

6.10 Análisis estadístico

La colecta de datos se procesó en la elaboración de una matriz de datos con el programa SPSS versión (la que tengamos) y se realizó el análisis estadístico con estadística descriptiva con medidas de tendencia central, frecuencia (f) y porcentajes (%). Los resultados se presentaron en tablas y gráficas y solo se dieron a conocer con fines académicos y como prueba piloto para la realización del proyecto de investigación.

6.11 Recursos humanos

6.11.1 Humano

En esta investigación participo el investigador principal y el asesor. El investigador principal fue el pasante en servicio social quien fue el responsable de

la elaboración del protocolo, de la aplicación del instrumento, capturo los datos, realizo el análisis estadístico, elaboración de tablas y figuras y el reporte final.

La asesora fue la responsable de guiar al investigador principal para la realización y terminación del protocolo a tiempo y en forma como lo indica la facultad de enfermería y contar con la acreditación necesaria para la liberación del servicio social.

6.12 Consideraciones éticas y legales

Esta investigación respetara los principios éticos de respeto por las personas, beneficencia y justicia (Grove y Gray, pág. 252) y lo establecido en el reglamento de la ley general de salud en materia de investigación para la salud (2014).

En esta investigación con personas como objeto de investigación, se deben seguir los estándares de respeto a la dignidad de las personas y protección de sus derechos y bienestar (Reglamento de la Ley General de Salud, 2014, pág. 5, Artículo 13).

Esta investigación se considerará sin riesgo porque “se realiza ninguna intervención o modificación intencionada en las variables fisiológicas, psicológicas y sociales de los individuos que participan en el estudio” y solo se realizarán menciones a través de instrumentos de lápiz y papel (Reglamento de la Ley General de Salud, 2014, pág. 6, Artículo 17, I).

El consentimiento informado se entiende como un acuerdo escrito mediante el cual los sujetos de investigación o sus representantes legales (en su caso) los autorizan a participar en la investigación, Comprender completamente la naturaleza del procedimiento y los riesgos que se deben tomar, y tener la capacidad de elegir libremente sin ningún tipo de coerción (Reglamento de la Ley General de Salud, 2014, pág. 7, Artículo 20).

Para que el consentimiento informado se considere existente, debe de tener los siguientes aspectos: justificación y objetivos, recibir respuesta a cualquier duda o aclaración, la libertad de retirar su consentimiento en cualquier momento y se

mantendrá su confidencialidad (artículo 21, I, VI, VII y VIII). La hoja de consentimiento informado se presentará en el **apéndice 1**.

Se deberá contar con el consentimiento por escrito del sujeto en quien se realizará la investigación, (Reglamento de la Ley General de Salud, 2014, p.7, Artículo 22).

El protocolo de investigación debe enviarse, para consideración y aprobación a un comité de ética de investigación (Declaración de Helsinki, 2014, p5, artículo 23).

Los derechos humanos que deben protegerse en la investigación comprenden los derechos a: 1) la autodeterminación; 2) la privacidad; 3) la confidencialidad; 4) la selección y el trato justos, y 5) la protección frente a las molestias y los daños (Grove 2016, p 2029).

El derecho a la autodeterminación se basa en el principio ético del respeto a las personas e indica que los seres humanos son capaces de decidir su propio destino. Las personas deben ser tratadas como seres autónomos que tienen libertad para dirigir sus vidas. como deseen, sin controles externos. Los investigadores tratan a los sujetos como seres autónomos en un estudio cuando: 1) informe sobre el estudio; 2) permitirles elegir si participar o no, y 3) permitirles retirarse en cualquier momento, sin penalizarlos (ANA, 2001; Banner y Zimmer, 2012; Greaney et al., 2012).

El derecho a la privacidad es la libertad que la gente tiene para determinar el momento, el alcance y las circunstancias generales en las que su información privada se compartirá o no con otros, incluidas las actitudes, creencias, comportamientos, opiniones y documentos. Una invasión de la privacidad ocurre cuando la información privada de alguien se comparte sin su conocimiento o en contra de su voluntad (Grove y Gray, pág. 237).

El derecho al anonimato y la confidencialidad, el sujeto de la investigación tiene derecho al anonimato y a asumir que los datos recopilados serán confidenciales. Existe un completo anonimato cuando no se puede vincular la

identidad del sujeto, ni siquiera para el investigador, con sus respuestas individuales (Grove, Burns y Gray, 2013).

La confidencialidad es el manejo seguro por parte de los investigadores de la información o los datos compartidos por un individuo para garantizar que los datos se mantendrán en privado para otros. La confidencialidad se basa en las siguientes premisas (ANA, 2001; Fowler, 2010):

1. Las personas pueden compartir información personal en la medida en que así lo deseen y tienen derecho a tener secretos.
2. Cada uno puede elegir con quién compartir información personal.
3. Los que aceptan la información de confianza tienen la obligación de mantener la confidencialidad.
4. Los profesionales, como los investigadores y los enfermeros, tienen el deber de mantener la confidencialidad, que va más allá de la lealtad normal.

Puede ocurrir una violación de la confidencialidad cuando un investigador, por accidente o acción directa, permite una persona no autorizada que tenga acceso a los datos brutos de un estudio, también puede ser violada al informar o publicar un estudio si la identidad de un participante se revela accidentalmente, infringiendo su derecho al anonimato. Además, cuando se publica un estudio, los resultados deben aparecer de forma que un participante o grupo de participantes no pueda ser identificado por sus respuestas (Eide y Kahn, 2008; Munhall, 2012).

El derecho a una selección y un trato justos se basa en el principio ético de la justicia. De acuerdo con este principio, las personas deben ser tratadas de manera justa y recibir lo que se les debe o comparable a otras personas en la misma situación. El informe de investigación debe demostrar que la selección de sujetos y su tratamiento durante el estudio fueron justos (Grove y Gray, pág. 242).

El derecho a la protección contra molestias y daños se fundamenta en el principio ético de la benevolencia, que establece que haz el bien y, sobre todo, no hagas daño. De acuerdo con este principio, los miembros de la sociedad deben

participar activamente en la prevención de molestias y daños y en la promoción del bien en el mundo que los rodea (ANA, 2001, APA, 2010).

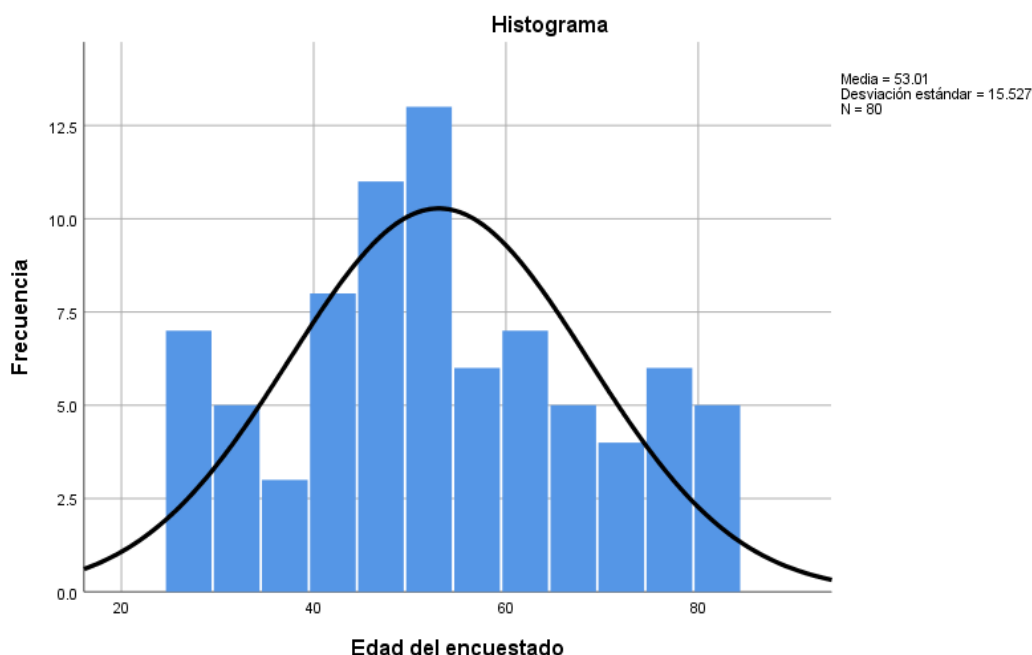
En investigación, las molestias y daños pueden ser físicos, emocionales, sociales o económicos, o cualquier combinación de estos cuatro (Weijer, 2000). Reynolds (1972) identificó cinco categorías de estudios según los niveles de malestar y de daños: sin efectos previstos, molestias temporales, niveles inusuales de molestias temporales, riesgo de lesión permanente y certeza de lesión permanente.

Capitulo IV

VII. Resultados

El objetivo de este trabajo fue evaluar la relación de conocimiento sobre hipertensión arterial y la adherencia terapéutica en usuarios hipertensos. En este apartado se presentan los resultados de acuerdo con los objetivos específicos del proyecto.

El estudio fue realizado con 80 pacientes hipertensos entre ellos fueron 46 Femenino (57.5%) y 34 masculino (42.5%) de entre 27 y 83 años con una edad media de 53.01 (DE=15.527). Se presenta en la gráfica #1.



El objetivo específico uno fue describir las variables sociodemográficas con las características de los pacientes. Se utilizó estadística descriptiva y los resultados se presentan en la tabla 1, donde se observa que el 57.5% son mujeres, 45.0% están casados, 33.8% son comerciantes, 72.5% de los participantes tienen un nivel socioeconómico medio, 37.5% tienen un nivel de estudios de preparatoria, 35.0% de tiempo con la enfermedad más de 2-3 años y 40.0% con un estado de enfermedad regular.

Variable	<i>f</i>	%
Sexo		
Femenino	46	57.5
Masculino	34	42.5
Estado civil		
Soltero	15	18.8
Casado	36	45.0
Divorciado	10	12.5
Viudo	19	23.8
Ocupación		
Ama de casa	14	17.5
Comerciante	27	33.8
Profesionista	18	22.5
Jubilado/pensionado	10	12.5
Ninguno	11	13.8
Nivel socioeconómico		
Alto	4	5.0
Medio	58	72.5
Bajo	18	22.5
Nivel de estudios		
Sin estudios	18	22.5
Primaria	12	15.0
Secundaria	20	25.0

	Preparatoria	30	37.5
Tiempo con la enfermedad			
	Menos de 1 año	16	20.0
	2-3 años	28	35.0
	4-6 años	14	17.5
	Más de 10 años	8	10.0
Estado de la enfermedad			
	Bueno	23	28.7
	Regular	32	40.0
	Incierto	24	30.0
	Malo	1	1.3
Total		80	100

Nota: datos obtenidos de colecta de datos sociodemográficos

El objetivo específico dos fue identificar el nivel de conocimientos sobre hipertensión arterial según las características de los pacientes y en la tabla CHS se observa que el 72.5% de los encuestados presento nivel bajo de conocimiento sobre hipertensión arterial, tabla 2.

Conocimiento sobre hipertension arterial (n:80)

Conocimiento	<i>f</i>	%
Bajo	58	72.5
Medio	22	27.5
Total	80	100

Nota: datos obtenidos de la encuesta CHS

El objetivo específico tres fue identificar el nivel de adherencia terapéutica según las características de los pacientes y se utilizó estadística descriptiva donde en la tabla de adherencia terapéutica (MBG) se observa que el 61.3% de los encuestados presento una adherencia parcial en usuarios hipertensos, tabla 3.

Adherencia terapéutica (n:80)

Adherencia	<i>f</i>	%
Adheridos totales	22	27.5
adheridos parciales	49	61.3
no adheridos	9	11.3
Total	80	100.0

Nota: datos obtenidos de la encuesta MBG

Conocimiento sobre hipertensión arterial

Los resultados revelaron que el 42.5% (34) conocen que a partir de los valores 140/90 se considera a una persona como hipertensa, el 58.8% (47) saben que es una enfermedad para toda la vida. Además, el personal de enfermería 58.8% (47) de los casos eran quienes habitualmente realizaban el seguimiento de la hipertensión a los pacientes y al 82.5% (66) le han explicado de lo que se trata esta enfermedad, detalles en la Tabla 4.

Conocimientos generales de hipertensión arterial

		<i>f</i>	%
1.¿A partir de qué valor se considera	130/85	21	26.3
una persona hipertensa?	140/90	34	42.5
	160/95	25	31.3

2.¿Es la hipertensión una enfermedad para toda la vida?	Si	47	58.8
	No	12	15.0
	no lo se	21	26.3
3.Habitualmente, ¿quién le hace la visita de seguimiento de la hipertensión?	El personal medico	5	6.3
	El personal de enfermería	47	58.8
	Ambos	28	35.0
4. ¿Le han explicado qué es la hipertensión?	Si	66	82.5
	No	9	11.3
	no lo se	5	6.3

En referencia a la dieta revelo que el 88.8% (71) consideran que es de vital importancia una adecuada dieta para una persona con hipertensión, el 78.8% (63) que una dieta baja en grasa, rica en frutas y verduras es transcendental para disminuir las cifras tensionales y el 87.5% (70) están de acuerdo con que es aconsejable reducir el consumo de sal en su dieta, tabla 5.

Conocimientos generales de hipertensión arterial en base a la dieta

		<i>f</i>	<i>%</i>
14.¿Cree que es importante la dieta para el hipertenso?	Si	71	88.8
	No	5	6.3
	no lo se	4	5.0
15.Una dieta pobre en grasas, abundante en frutas y verduras ¿es importante para disminuir la presión arterial?	Si	63	78.8
	No	5	6.3
	no lo se	12	15.0

16.¿Es aconsejable reducir el consumo de sal?	Si	70	87.5
	No	4	5.0
	no lo se	6	7.5

La sección de conocimiento dirigida hacia la medicación revelo que el 67.5% (54) tenía la idea errónea de que se puede controlar la hipertension solo con la medicación, el 90.0 (72) toma el medicamento de la hipertensión, el 66.3% (53) no creían que puede ya sea incrementar o reducir la dosis de la medicación si aumenta o disminuye la cifra de presión arterial y el 60.0% (48) sabe que no debe de dejar el tratamiento una vez controlada la presión arterial, tabla 6.

Conocimientos generales de hipertensión arterial en base a la medicación

		<i>f</i>	<i>%</i>
17.¿Cree que se puede controlar la hipertensión solo con medicación?	Si	19	23.8
	No	54	67.5
	no lo se	7	8.8
18.¿Toma medicación para la hipertensión?	Si	72	90.0
	No	7	8.8
	no lo se	1	1.3
19.¿Cree que Ud. puede aumentar o disminuir la dosis de la medicación si le sube o le baja la presión arterial?	Si	19	23.8
	No	53	66.3
	no lo se	8	10.0
20.¿Cree que Ud. puede dejar el tratamiento cuando tiene la presión arterial controlada?	Si	26	32.5
	No	48	60.0
	no lo se	6	7.5

Adherencia terapéutica

Los resultados obtenidos son que el 35% (28) siempre toman el medicamento en la hora establecida, el 48.8% (39) siempre toman la dosis indicada, el 40.0%(32)

casi siempre cumplen con la dieta, el 36.3%(29) asisten a consulta programada y el 28.7% (23) casi siempre realizan las actividades físicas programadas dentro de su dieta, tabla 7.

Adherencia terapéutica

		<i>f</i>	%
1.Toma los medicamentos en el horario establecido	Nunca	1	1.3
	Casi nunca	5	6.3
	A veces	18	22.5
	Casi siempre	28	35.0
	Siempre	28	35.0
2.Se toma todas las dosis indicadas.	Nunca	1	1.3
	Casi nunca	2	2.5
	A veces	12	15.0
	Casi siempre	26	32.5
	Siempre	39	48.8
3.Cumple las indicaciones relacionadas con la dieta	Nunca	2	2.5
	Casi nunca	5	6.3
	A veces	19	23.8
	Casi siempre	32	40.0
	Siempre	22	27.5
4.Asiste a las consultas de seguimiento programadas	Nunca	5	6.3
	Casi nunca	2	2.5
	A veces	22	27.5
	Casi siempre	29	36.3

	Siempre	22	27.5
5.Realiza los	Nunca	14	17.5
ejercicios físicos	Casi nunca	11	13.8
indicados	A veces	17	21.3
	Casi siempre	23	28.7
	Siempre	15	18.8

Tablas cruzadas

Para identificar el comportamiento de las variables estudiadas, se realizó un análisis en tablas cruzadas bivariadas, que incluyen aspectos de interés destacados en este estudio.

Se observa en relación con el conocimiento sobre hipertensión arterial y adherencia terapéutica del cual participan 80 pacientes el cual el nivel de conocimientos sobre HTA que adquieren los pacientes en su mayoría fue bajo, seguido de un nivel medio y con respecto a la adherencia al tratamiento la mayoría de los pacientes presentaron una adherencia parcial seguida de una adherencia media. La adherencia al tratamiento de los pacientes hipertensos no se encontró asociada con sus conocimientos sobre hipertensión arterial, que de manera general fueron regular, tabla 8.

Tabla cruzada de conocimiento sobre hipertension arterial, adherencia terapéutica

		Adherencia terapéutica			
		Adheridos	Adheridos	No	Total
		totales	parciales	adheridos	
Conocimiento sobre	Bajo				
hipertension arterial		21	32	5	58

	Medio	1	17	4	22
Total		22	49	9	80

VIII. Discusión

El propósito de este trabajo fue analizar el nivel de conocimiento sobre hipertensión arterial y su adherencia terapéutica. Es de interés fortalecer su conocimiento para intervenir precozmente en el tratamiento. La Organización Mundial de la Salud (OMS), recomienda que se adopte un estilo de vida saludable a lo largo de todo el ciclo vital, con el fin de preservar la vida, además del tratamiento farmacológico. Todos los pacientes se beneficiarían con una adecuada educación mejorando su nivel de conocimiento.

El 57.5% de la población estudiada fueron mujeres, coincidiendo con la investigación de Freire et al. en su estudio de epidemiología de la HTA en Venezuela, donde predominaba el sexo femenino (Freire, 2014). Otro estudio realizado en el municipio de San Miguel del Padrón en el 2016 aportó que la mayoría de los pacientes hipertensos pertenecieron al sexo femenino, con 68.0 % de su muestra. Estos resultados reflejan además lo indicado por la literatura sobre HTA, en donde se plantea que existe una mayor frecuencia de esta enfermedad en las mujeres a partir de los 50 años, por pérdida de estrógenos (responsables de la elevación del HDL-colesterol) y esto se corrobora ya que de acuerdo a datos del (INEC, 2010).

Al analizar de forma global los resultados de este estudio en cuanto a los conocimientos que poseían los pacientes sobre su enfermedad, exploró que, si hay asociación entre conocimientos de hipertensión y adherencia al tratamiento, se encontró que los pacientes con bajo conocimiento de hipertensión tienen probabilidad de desarrollar adherencia parcial al tratamiento que los pacientes con alto conocimiento. Estos resultados se asemejan a un estudio realizado por Da Silva Barreto, M. et al., en Brasil, se observó que el bajo conocimiento de hipertensión aumenta 1.3-2.1 veces la probabilidad de tener parcial adherencia al tratamiento (Da Silva, Almeida, & Silva, 2014). De igual manera, un estudio realizado por

Rodríguez et al. En el 2017 en Lima-Perú encontró asociación entre bajo conocimiento de hipertensión y adherencia parcial al tratamiento (Rodríguez, 2017).

Otro estudio realizado sobre 45 pacientes residentes en Bilbao-España, los conocimientos que poseían son escasos, prevaleciendo el desconocimiento, a pesar de los esfuerzos por transmitir la información sobre esta patología por parte del personal de salud, llevando así perjuicios que puede traer sobre su salud (Sainz, 2014).

La prevalencia identificada en este estudio fue parcial 61.3%, sin embargo, el 27.5% restante de los pacientes presentaron una adherencia total. Datos relacionados con la adherencia al tratamiento aplicando el test de MBG (Martín-Bayarre-Grau) en pacientes hipertensos atendidos en la ciudad de Manizales-Colombia, los resultados fueron lo contrario al nuestro, en donde el 51% fueron adherentes totales, 45.5% adherentes parciales y 3.5 % no adherentes. La alta adherencia al tratamiento generará una disminución significativa de las complicaciones y por ende de la morbilidad, por otro lado, los pacientes con una adherencia parcial, se encuentran en una fase contemplativa, donde no existe una plena conciencia de la enfermedad y sus riesgos (Castaño, Echeverri, Giraldo, Maldonado, & Melo, 2013).

En cuanto a los datos generales sobre HTA, un estudio realizado en Cuenca-Ecuador 2019 se obtuvo a diferencia de nuestro estudio que es el personal médico quien hace la visita de seguimiento, algo similar se obtuvo en un estudio realizado en Barcelona-España en el 2013, en el que el 69% de los pacientes afirman que el médico es quien hace el control de su PA (Estrada, Jiménez, Pujol, & de la Sierra, 2013). Además, en estudio realizado en el hospital Nacional Edgardo Rebagliati Martins de Lima-Perú, en el que el 70.5% de los pacientes hipertensos habían recibido información sobre lo que es la HTA (Rodríguez et al., 2017). El estudio realizado en el Centro de Atención del Adulto Mayor de Loreto-Perú, determinó que el 61.5% sabe que la PA es alta cuando los valores son $\geq 140/90$ mmHg y a su vez el 64% de los pacientes coinciden con la presente investigación en que la HTA tiene cura (Tafur, Vásquez, & Nonaka, 2017).

Con respecto a los resultados relacionados con la dieta, en nuestro estudio todos los pacientes estuvieron de acuerdo con que es aconsejable reducir el consumo de sal en su dieta, y además todos los participantes consideraron que una dieta baja en grasa, rica en frutas y verduras es transcendental para disminuir las cifras tensionales. Algo similar presentó un estudio realizado en Barcelona-España en el año 2013, en el que el 60% de los pacientes sabían los riesgos que conlleva la ingesta de alimentos no saludables, así como también un 87 % piensa que es aconsejable reducir el consumo de sal, para evitar el aumento de las cifras de PA (Estrada et al., 2013).

En lo que se refiere a la medicación nuestro estudio encontró que el 67.5% de los participantes saben que la hipertensión no se controla solo con medicación, resultado similar al obtenido en la investigación denominada “Conocimiento, actitudes y prácticas del paciente hipertenso de la ciudad de Florencia-Colombia”, en el que el 69.64% de sus encuestados afirman que no solo el tratamiento farmacológico es el adecuado para controlar sus cifras de PA (Gómez, Orozco, Suárez, Cuellar, & Betancourth, 2015). También se encontró que el 63.3% de los pacientes sabían que no se puede, ya sea incrementar o reducir la dosis de la medicación si aumenta o disminuye las cifras de PA, a diferencia del estudio realizado en el Centro de Atención del Adulto Mayor de Loreto-Perú, en el que el 88.5% desconoce que no se debe modificar la dosis de la medicación si sube o baja la presión sin consultar a su médico. (Tafur et al., 2017). Además, se encontró que el 60% de los encuestados conocían que no se puede dejar el tratamiento cuando tienen la PA controlada, este resultado es similar al estudio de Apaza Argollo G., en Perú, en el que se evidencia que el 87.2% de los pacientes consideran que no se debe dejar de tomar el medicamento a pesar de que la PA se normalice (Apaza, 2013). Por lo tanto, de acuerdo a estos estudios un buen conocimiento sobre la medicación antihipertensiva ayudará a que los pacientes cumplan correctamente con el régimen terapéutico y disminuya el riesgo de complicaciones.

Continuando con las características de adherencia al tratamiento un estudio realizado por Martín Alonso L., en las áreas de salud de tres provincias cubanas,

coincide con nuestro estudio con un alto promedio en cuanto al ítem: "Se toma todas las dosis indicadas", no siendo así con el ítem: "asiste a las consultas programadas" que presentó un promedio de casi nunca, lo cual dificultó el seguimiento de los pacientes y el control adecuado de sus cifras de PA (Martín et al., 2015). Otro estudio realizado por Mayra Córdova A et al., en Cuenca-Ecuador 2019 se obtuvo algo similar a nuestro estudio donde la mayoría afirma que se toma el medicamento con la dosis indicada y hora establecida, cumpliendo con la dieta indicada por el personal de salud, llevando un buen control y realización de actividad física (Córdova et al., 2019). Esto significa que los pacientes siguen estrictamente las recomendaciones del personal de salud, adquiriendo un rol pasivo en su tratamiento.

Por último, en la presente investigación si se encontró asociación entre las variables conocimiento sobre hipertensión y adherencia al tratamiento, similar a lo hallado en un estudio efectuado en Brasil en el año 2014, en donde las personas con poco conocimiento sobre HTA tenían 2.1 veces más la probabilidad de no adherirse al tratamiento antihipertensivo (Da Silva et al., 2014).

IX. Conclusión y sugerencia

Es necesario que el personal de salud (médicos y enfermeras) encargado del Club de hipertensos refuerce ciertos aspectos generales sobre la enfermedad (valores a partir del cual se considera hipertensión, los riesgos y medicación), para que de esta manera el nivel de conocimiento que ahora se encuentra en medio, pase hacia alto.

Derivado de los resultados del estudio se sugiere lo siguiente:

- 1) Aumentar el tiempo de consulta para instruir mejor al paciente, responder sus dudas de forma adecuada, ganar una mayor confianza con el paciente y lograr un mejor control de la enfermedad.
- 2) Usar la entrevista motivacional para educar a los pacientes y aumentar su adherencia al tratamiento.

- 3) Evaluar el nivel de conocimiento adquirido sobre los puntos antes mencionados aplicando instrumentos o métodos adecuados, siendo de ayuda el mismo aplicado en el presente estudio (CHS y MBG).
- 4) Se recomienda realizar un seguimiento personalizado a los pacientes de dicho club basado en el historial clínico (cifras de PA), para que de esta manera se colabore la puesta en práctica de los conocimientos teóricos adquiridos sobre la patología y la adherencia al tratamiento.

Es necesario que en nuestro país se implemente educación farmacéutica en todas las instituciones de salud, para mejorar el cumplimiento del régimen terapéutico en los pacientes con enfermedades crónicas

Este estudio constituye una base para que futuras investigaciones realicen una intervención educativa en hipertensión arterial, midan los conocimientos de hipertensión y adherencia al tratamiento antes y después de la intervención, y evalúen si esta es significativa.

X. Referencias bibliográficas

- Álvarez, E., Gómez, S., Muñoz, I., Navarrete, E., Riveros, M.E., Rueda, L., Salgado, P., Sepúlveda, R. y Valdebenito, A. (2010). *¿Qué es la ocupación?* Recuperado de: <http://www.coltochile.cl/terapia-ocupacional/que-es-la-terapia-ocupacional/que-es-la-ocupacion>
- American Nurses Association (2001). *Code of ethics for nurses with interpretive statements*. Washington, DC: Author.
- Antón, A., Digés, G., Martínez, P., Paniagua, L., Verónica, R., Molinero, A., y Gastelut, S. (2016). Relación entre el grado de conocimiento sobre la hipertensión arterial y control de la misma. *Farmacéuticos comunitarios, revista trimestral*, 8. Recuperado de: <https://www.farmacuticoscomunitarios.org/es/journal-article/relacion-entre-grado-conocimiento-sobre-hipertension-arterial-control-misma>
- Apaza, A. (2013). Adherencia al tratamiento y control de la hipertensión arterial en los pacientes del programa de hipertensión arterial de es salud red tacna. *Scielo*, 12(5), 5-14.
- Bendersky, M. (2015). Beneficios de la terapia con antihipertensivos de acción prolongada de una toma diaria. *Entrevistas a expertos*, 1-4. Recuperado de: https://www.siicsalud.com/pdf/ee_bendersky_71615.pdf
- Bravo BI. Adherencia al tratamiento en adultos hipertensos: propuesta de intervención integral [Internet]. Ecuador: *Universidad de Loja*; 2017 [citado 10 Ene 2020]. Recuperado de: <https://dspace.unl.edu.ec/jspui/bitstream/123456789/18161/1/TESIS DRA. BERTHA BRAVO.pdf>
- Castaño, J., Echeverri, C., Giraldo, J., Maldonado, Á., Y Melo, J. (2013). Adherencia al tratamiento de pacientes hipertensos atendidos en Assbasalud ESE, Manizales (Colombia). *Rev. Fac. Med.*, 60(3), 179-197.
- Córdova, M., Y Domínguez, M. (2019). Asociación del conocimiento sobre hipertensión arterial (HTA) y adherencia al tratamiento en pacientes del club

- de hipertensos del Centro de Salud No 1 del Distrito Chambo-Riobamba 06D01. *Facultad de Ciencias Químicas. Carrera de Bioquímica y Farmacia* (Cuenca-Ecuador). Recuperado de: <https://dspace.ucuenca.edu.ec/bitstream/123456789/31972/1/>
- Da Silva M, Oliveira A, Silva S. Conocimiento sobre hipertensión arterial y factores asociados a la no adhesión a la farmacoterapia. *Rev Latino-Am. Enfermagem*. 2014;22(3):491-8. <http://doi.org/b2fq>.
- Da Silva M, Oliveira A, Silva S. Conocimiento sobre hipertensión arterial y factores asociados a la no adhesión a la farmacoterapia. *Rev Latino-Am. Enfermagem*. 2014;22(3):491-8. <http://doi.org/b2fq>.
- Diálogos pfizer-pacientes (2009). *La adherencia al tratamiento: cumplimiento y constancia para mejorar la calidad de vida*. P. 2. Recuperado de: https://www.pfizer.es/docs/pdf/asociaciones_pacientes/2009/FOROpfizer_2009.pdf
- Diez, J. (2016). Hipertensión arterial. Aspectos fisiopatológicos. *Elsevier*, 13 (2), 80-84. Recuperado de: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-7523199600030000
- Eide P, Kahn D. Ethical issues in the qualitative researcher-participant relationship. *Nursing Ethics*. 2008;15(2):199–207.
- Estrada, D., Jimenez, L., Pujol, E., y De la Sierra, A. (2013). Nivel de conocimiento de los pacientes hipertensos integrados en un servicio de medicina sobre su hipertensión y el riesgo vascular. 22 (10).
- Freire, R. (2014). Programa educativo sobre hipertensión arterial a los pacientes que acuden al Club de hipertensos La Sabanita. Ciudad Bolívar-estado Bolívar. *Rev. Med.*, 129, 107-114.

- Goldemberg, J, L. (2017). Una propuesta de reconstrucción del sentido original del estado civil en el código civil chileno. *Revista de estudios históricos-jurídicos*, (39), 299-328. Recuperado de: <https://scielo.conicyt.cl/pdf/rehj/n39/0716-5455-rehj-39-00299.pdf>.
- Gómez, C., Orozco, B., Suárez, M., Cuellar, A., & Betancourth, D. (2015). Conocimiento, actitudes y prácticas del paciente hipertenso. *Revista Facultad de Salud*, 7(1), 32-38.
- Grove, S., Gray, J., & Burns N. (2016). Investigación en Enfermería. Desarrollo de la practica enfermera basada en la evidencia. *Elsevier*.
- Guía para pacientes. (2011). *Hipertensión arterial*. 2da. Edición. página 13. Recuperado de: <https://www.gob.mx/cms/uploads/attachment/file/18587/GuiaPacientesHTA.pdf>
- Hernández, J., Bear, M., Sánchez, P., García, P., y Weber, F. (2019). Nivel de conocimiento en hipertensión arterial en pacientes con esta enfermedad de la ciudad de México. *Medicina interna de México*; 36 (1): 1-14. Recuperado de: <https://www.medigraphic.com/pdfs/medintmex/mim-2020/mim201b.pdf>
- Herrera, P., Pacheco, J., Valenzuela, G., & Málaga, G. (2017). Autoconocimiento, adherencia al tratamiento y control de la hipertensión arterial en el Perú: una revisión narrativa. *Rev. Perú. med. exp. salud pública*, 34(3), 497-504. doi:10.17843/rpmesp.2017.343.2622
- Holguín, L., Correa, D., Arrivillaga, M., Cáceres, D., & Varela, M. (2014). Adherencia al tratamiento de hipertensión arterial: efectividad de un programa de intervención biopsicosocial. *Scielo Univ. Psychol.* Bogotá (Colombia) 5 (3): 535-547. Recuperado de: <http://www.scielo.org.co/pdf/rups/v5n3/v5n3a09.pdf>.
- IMSS, (2015). *Hipertension arterial*. Gobierno de México. Recuperado de: <http://www.imss.gob.mx/salud-en-linea/hipertension->

[arterial#:~:text=La%20hipertensi%C3%B3n%20arterial%20es%20una,circule%20por%20todo%20el%20cuerpo](#)

- Instituto Nacional de Estadísticas y Censos, [INEC]. (2010). *Ecuador en Cifras*. Recuperado el 3 de Junio de 2018, de Instituto Nacional de Estadísticas y Censos: www.ecuadorencifras.gob.ec/wp-content/descargas/.../chimborazo.
- Lira, M. (2015). Impacto de la Hipertensión Arterial como Factor de Riego Cardiovascular. *Revista médica clínica condes*, 26 (2), 156-163. Recuperado de: <https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S071686401500036X>
- Marcos, M.P., y Tizón, E. (2013). Aplicación del modelo de Dorothea Orem ante un caso de una persona con dolor neoplásico. *Rincón científico*24(4), 168-180. Recuperado de: http://scielo.isciii.es/pdf/geroko/v24n4/05_notas.pdf
- Martin, A., Bayarre, H., & Grau, J. (2008). Validación del cuestionario MBG (Martin-BayarreGrau) para evaluar la adherencia terapéutica en hipertensión arterial. *Scielo*. Recuperado de: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S086434662008000100012.
- Martín, L., Bayarre, H., Corugedo, M. d., Vento, F., & Orbay, M. d. (2015). Adherencia al tratamiento en hipertensos atendidos en áreas de salud de tres provincias cubanas. *Rev Cubana Salud Pública*, 41(1), 2-10.
- Munhall PL. Ethical considerations in qualitative research. In: Munhall PL, ed. *Nursing research: A qualitative perspective*. 5th ed. Sudbury, MA: Jones y Bartlett Learning; 2012:491–502.
- Naranjo, Y., Concepción, J.A, y Rodríguez, M. (2017). La teoría déficit de autocuidado: Dorothea Elizabeth Orem. *Revista Gaceta Médica Espirituana*,19(3), p.3. Recuperado de: <http://scielo.sld.cu/pdf/gme/v19n3/GME09317.pdf>

Navarro, Y. y Castro M. (2010). Modelo de Dorothea Orem aplicado a un grupo comunitario a través del proceso de enfermería. *Revista Enfermería Global*, 5(19), p.3-14. <http://scielo.isciii.es/pdf/eg/n19/clinica3.pdf>

Navarro, Y. y Castro M. (2010). Modelo de Dorothea Orem aplicado a un grupo comunitario a través del proceso de enfermería. *Revista Enfermería Global*, 5(19), p.3-14. <http://scielo.isciii.es/pdf/eg/n19/clinica3.pdf>

Norma oficial mexicana NOM-030-SSA2-2009, para la prevención, detección, diagnóstico, tratamiento y control de la hipertensión arterial sistémica. *Marco normativo*. Recuperado de: <https://www.cndh.org.mx/DocTR/2016/JUR/A70/01/JUR-20170331-NOR21.pdf>

Organización Mundial de la Salud (2021). Adherencia a los tratamientos a largo plazo. Pruebas para la acción. *Ginebra*. Recuperado de: <http://www.paho.org/Spanish/AD/DPC/NC/adherencia-largo-plazo.pdf>

Organización mundial de la salud, (2017). *Enfermedades cardiovasculares*. Recuperado de: [https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/cardiovascular-diseases-\(cvds\)#:~:text=Cada%20a%C3%B1o%20mueren%20m%C3%A1s%20personas,7%20millones%2C%20a%20los%20AVC.](https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/cardiovascular-diseases-(cvds)#:~:text=Cada%20a%C3%B1o%20mueren%20m%C3%A1s%20personas,7%20millones%2C%20a%20los%20AVC.)

Organización mundial de la salud. (2015). *Preguntas y respuestas de hipertensión arterial*. Recuperado de: <https://www.who.int/features/qa/82/es/#:~:text=Cuando%20la%20tensi%C3%B3n%20sist%C3%B3lica%20es,como%20el%20%22asesino%20silencioso%22.>

Organización mundial de la salud. (2019). *Hipertensión*. Recuperado de: <https://www.who.int/topics/hypertension/es/>.

Organización mundial de la salud. (2020). *Genero*. Recuperado de: <https://www.who.int/topics/gender/es/#:~:text=El%20g%C3%A9nero%20se%20refiere%20a,los%20hombres%20y%20las%20mujeres.>

Organización Panamericana de la Salud (2020). Hipertensión. Recuperado de:
<https://www.paho.org/es/temas/hipertension>

Organización Panamericana de la Salud. OPS/OMS pide dar más atención al control de la hipertensión [Internet]. *New York: OPS*; 2016 [citado 9 Sep 2020]. Recuperado de: https://www3.paho.org/hq/index.php?option=com_content&view=article&id=10957:2015-paho-urges-more-attention-to-blood-pressure-control&Itemid=1926&lang=es

Organización panamericana de salud (2015). Día mundial de la hipertensión. Recuperado de:
https://www.paho.org/hq/index.php?option=com_content&view=article&id=10951:2015-17-may-2015-world-hypertension-day-2015&Itemid=41466&lang=es#:~:text=Dia%20Mundial%20de%20la%20Hipertensi%C3%B3n,-La%20hipertensi%C3%B3n%2C%20principal

Ortega, R., Jiménez, A., Perea, M., Cuadrado, S y López-Sobaler, A. (2016). Pautas nutricionales en prevención y control de la hipertensión arterial. *Nutrición hospitalaria. Scielo*. <https://dx.doi.org/10.20960/nh.347>

Ortiz VD, Bandera RM, González GS, et al. Adherencia terapéutica y conocimientos sobre hipertensión arterial en una muestra de pacientes adultos. *MediSan*. 2019;23(04):632-643.

Pérez E, Soler y M, Morales L. Adherencia terapéutica y creencias sobre su salud en pacientes hipertensos. *MEDISAN* [revista en Internet]. 2021. Disponible en: https://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1029-30192016000100002&lng=es

Pérez J., y Gardey A. (2018). Definición de escolaridad. Recuperado de: <https://definicion.de/escolarizacion/>.

Pérez MD. Guías para diagnóstico y tratamiento de la hipertensión arterial en el siglo XXI. *Rev Cubana Med.Nov* 2020. Recuperado

de: https://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-75232013000400008&lng=es

Pérez, D., & Rodríguez, M. (2015). Nivel de conocimientos, sobre hipertensión arterial, de pacientes atendidos en un Centro de Diagnóstico Integral de Venezuela. *Correo científico médico*. Recuperado de: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S14381201500030003

Plan de Adherencia al Tratamiento (Uso responsable del medicamento), (2016). *Documento de consenso*. Recuperado de: <http://www.sepsiq.org/file/Noticias/PlandeAdherenciaalTratamiento-Farmaindustria.pdf>

Polit, D.P. y Beck, C.T. (2018). Investigación en Enfermería. *Fundamentos para el uso de la evidencia en la práctica de la enfermería*. Wolters Kluwer.

Prado, L., González, M., Paz, N., y Romero, k. (2014). La teoría Déficit de autocuidado: Dorothea Orem punto de partida para calidad en la atención. *Revista médica electrónica*. 36(6). 836-84 Recuperado de: <http://scielo.sld.cu/pdf/rme/v36n6/rme040614.pdf>

Puigdemont, P., y Merino, V, (2020). Adherencia terapéutica: factores modificadores y estrategias de mejora. *Ars Pharm* 59 (4) *Granada*. <http://dx.doi.org/10.30827/ars.v59i4.7357>

Ramírez, A. (2009). La teoría del conocimiento en investigación científica: una visión actual. *Anales de la facultad de medicina*. v.70 n.3. Scielo-Perú. Recuperado de: https://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0212-16112016001000013

Reglamento de la Ley General de Salud en Materia de Investigación para la Salud. (2014). *Titulo segundo de los Aspectos Éticos de la Investigación en Seres Humanos*. Recuperado de: http://www.diputados.gob.mx/LeyesBiblio/regley/Reg_LGS_MIS.pdf

Reglamento de la ley general de salud en materia de investigación para la salud, (2014). Cámara de diputados del h. *Congreso de la unión*. Recuperado de: http://www.diputados.gob.mx/LeyesBiblio/regley/Reg_LGS_MIS.pdf

Reglamento de la ley general de salud en materia de investigación para la salud, (2014). *Nuevo Reglamento publicado en el Diario Oficial de la Federación el 6 de enero de 1987*. Texto vigente Última reforma publicada DOF 02-04-2014, pág. 6-7. Recuperado de: http://www.diputados.gob.mx/LeyesBiblio/regley/Reg_LGS_MIS.pdf

Reyes, E., Trejo, R., Arguijo, S., Jiménez, A., & Castillo, A. (2016). Adherencia terapéutica: conceptos, determinantes y nuevas estrategias. *Rev Med Hondur*, 84, 125-132. Recuperado de: <http://www.bvs.hn/RMH/pdf/2016/pdf/Vol84-3-4-2016-14.pdf>

Rodríguez, J., Solis, R., Rogic, S., Román, Y., y Reyes, M. (2017). Asociación entre conocimiento de hipertensión arterial y adherencia al tratamiento en pacientes hipertensos del Hospital Nacional. Edgardo Rebagliati Martins de Lima, Perú. *Rev de la Facultad de Medicina*, 65(1), 55-60. doi:<https://doi.org/10.15446/revfacmed.v65n1.56773>.

Rodríguez, N. (2018). Envejecimiento: edad, salud y sociedad. *Revista horizonte sanitario* 17(2), pág. 88. Recuperado de: <http://www.scielo.org.mx/pdf/hs/v17n2/2007-7459-hs-17-02-00087.pdf>.

Romero, E., y Vera, R. (2013). Evaluación del nivel socioeconómico: presentación de una escala adaptada en una población de Lambayeque. *Revista cuerpo médico*, 6(1). 1-5. Recuperado de: https://sisbib.unmsm.edu.pe/bvrevistas/cuerpomedicohnaaa/v6n1_2013/pdf/a09v6n1.pdf.

Rosas, P., y Col, M. (2016). Consenso de Hipertensión Arterial Sistémica en México. *Revista Médica del Instituto Mexicano del Seguro Social*, 54 (1), pp. 6-51. *Instituto Mexicano del Seguro Social. Distrito Federal, México*. Recuperado de:

http://revistamedica.imss.gob.mx/sites/default/files/pdf_interactivo/rm2016-supl1-flippingbook.pdf

Sainz, J. (2014). Hipertensión arterial: estudio de conocimientos y adherencia terapéutica en población de Bilbao. *Rev. Fac. Med.*, 65(1), 55-60.

Salinas, E., & Nava, M. G. (2018). Adherencia terapéutica. *Medigraphic*. Recuperado de: <https://www.medigraphic.com/pdfs/actmed/am-2018/am183h.pdf>.

Shaikh, M., Yakta, D., Sadia, K., y Kumar, R. (2013). Hypertension Knowledge, Attitude and Practice in Adult Hypertensive Patients at LUMHS. *J Liaquat Univ Med Health Scielo*. Recuperado de: <https://www.bibliomed.org/?mno=205151>.

Sociedad argentina de hipertension arterial, (2017). Advierten que los valores normales de presión arterial en las mujeres y los hombres no son los mismos, y además esta diferencia cambia con la edad. Recuperado de: <http://www.saha.org.ar/prensa/detalle/advierten-que-los-valores-normales-de-presion-arterial-en-las-mujeres-y-los-hombres-no-son-los-mismos-y-ademas-estadiferencia#:~:text=%E2%80%9CLa%20prevalencia%20de%20HTA%20en,hombres%>

Tafur, C., Vásquez, L., & Nonaka, M. (2017). Nivel de Conocimiento y Práctica de Autocuidado del Adulto Mayor Hipertenso, del Centro de Atención del Adulto Mayor del Hospital Regional de Loreto, Iquitos-2017. *Iquitos, Loreto, Perú*. Recuperado el 22 de noviembre de 2018, de <http://unapiquitos.edu.pe/handle/UNAP/4871>.

Weijer C. The ethical analysis of risk. *The Journal of Law, Medicine & Ethics: A Journal of the American Society of Law, Medicine & Ethics*. 2000;28(4):344–361.

Weschenfelder, D., & Gue, J. (2014). Hipertensión arterial: principales factores de riesgo modificables en la estrategia salud de la familia. *Enferm. glob.*, 11(26), 344-353. doi:10.4321/S1695-61412012000200022. Recuperado de: http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_abstract&pid=S1695-

XI. Anexos

Anexo 1 Instrumento para medir las competencias clínicas de Enfermería.

Cuestionario CHS (Conocimientos sobre hipertensión) (Estrada D, 2013)

Estimado paciente, le solicito su colaboración para estudiar cómo se comporta el cumplimiento de las indicaciones para pacientes con hipertensión arterial. Solo necesita responder las preguntas a continuación. Te garantizamos la mayor discreción con los datos que puedas facilitarnos, los cuales son de gran valor para este estudio.

Hipertensión			
1. ¿A partir de qué valor se considera una persona hipertensa?	130/85	140/90	160/95
2. ¿Es la hipertensión una enfermedad para toda la vida?	Si	No	No lo se
3. Habitualmente, ¿quién le hace la visita de seguimiento de la hipertensión?	El personal médico	El personal de enfermería	Ambos
4. ¿Le han explicado qué es la hipertensión?	Si	No	No lo se
Riesgos de la hipertensión			
5. ¿Tener la presión arterial elevada puede producir problemas a los ojos?	Si	No	No lo se
6. ¿Tener la presión arterial elevada puede producir problemas al corazón?	Si	No	No lo se
7. ¿Tener la presión arterial elevada puede producir problemas de artrosis?	Si	No	No lo se
8. ¿Tener la presión arterial elevada puede producir problemas al cerebro?	Si	No	No lo se
9. ¿Tener la presión arterial elevada puede producir problemas a los riñones?	Si	No	No lo se
Factores de riesgo asociado a la hipertensión			
10. Un/a hipertenso/a con diabetes ¿tiene más riesgo de sufrir una enfermedad del corazón?	Si	No	No lo se

11. Un/a hipertenso/a con obesidad ¿tiene más riesgo de sufrir una enfermedad del corazón?	Si	No	No lo se
12. Un/a hipertenso/a fumador/a ¿tiene más riesgo de sufrir una enfermedad del corazón?	Si	No	No lo se
13. Un/a hipertenso/a con colesterol alto ¿tiene más riesgo de sufrir una enfermedad del corazón?	Si	No	No lo se
Dieta			
14. ¿Cree que es importante la dieta para el hipertenso?	Si	No	No lo se
15. Una dieta pobre en grasas, abundante en frutas y verduras ¿es importante para disminuir la presión arterial?	Si	No	No lo se
16. ¿Es aconsejable reducir el consumo de sal?	Si	No	No lo se
Medicación			
17. ¿Cree que se puede controlar la hipertensión solo con medicación?	Si	No	No lo se
18. ¿Toma medicación para la hipertensión?	Si	No	No lo se
19. ¿Cree que Ud. puede aumentar o disminuir la dosis de la medicación si le sube o le baja la presión arterial?	Si	No	No lo se
20. ¿Cree que Ud. puede dejar el tratamiento cuando tiene la presión arterial controlada?	Si	No	No lo se
Modificaciones de estilos de vida			
21. ¿Cree que perder peso en personas obesas puede ayudar a bajar la presión arterial?	Si	No	No lo se
22. ¿Cree que caminar cada día 1/2 -1 h, puede reducir el riesgo de sufrir una enfermedad del corazón?	Si	No	No lo se
23. ¿Cree que si se toma la vida con tranquilidad puede favorecer el control de la hipertensión?	Si	No	No lo se
Percepción de la enfermedad			
24. ¿Piensa que el apoyo de la familia/amigos puede ayudarle?	Si	No	No lo se
25. ¿Piensa que el médico/a, enfermera/o y farmacéutico/a pueden ayudarle?	Si	No	No lo se

Anexo 2 Cuestionario para la evaluación de la adherencia terapéutica MBG

(MARTÍN-BAYARRE-GRAU) (Martin, Bayarre, & Grau, 2008)

a) De las indicaciones que aparecen a continuación, marque con una X, cuáles han sido indicadas por personal de salud.

1. Dieta sin sal o baja de sal _____
2. Consumir grasa no animal _____
3. Realizar ejercicio físico _____

Tiene usted indicado tratamiento con medicamentos

1. Si _____
2. No _____

b) A continuación, encontrará un conjunto de afirmaciones. No se preocupe si otras personas estarían de acuerdo con usted y expresarían exactamente lo que piensa en cada caso. Marque con una X la casilla que corresponda a su situación particular:

	Nunca	Casi nunca	A veces	Casi siempre	Siempre
1. Toma los medicamentos en el horario establecido					
2. Se toma todas las dosis indicadas.					
3. Cumple las indicaciones relacionadas con la dieta					
4. Asiste a las consultas de seguimiento programadas					
5. Realiza los ejercicios físicos indicados					
6. Acomoda sus horarios de medicación, a las actividades de su vida diaria					

7.Utiliza recordatorios que faciliten la realización del tratamiento.					
8. Cumple el tratamiento sin supervisión de su familiao amigos.					
9. Lleva a cabo el tratamiento sin realizar grandes esfuerzos					
10. Usted y su médico, deciden de manera conjunta,el tratamiento a seguir					
11. Usted y su médico analizan, como cumplir el tratamiento.					
12. Tiene la posibilidad de manifestar su aceptacióndel tratamiento que ha prescripto su médico.					

XII. Apéndices

Apéndice 1 Operacionalización de variable Adherencia terapéutica

Variable	Tipo de variable	Definición conceptual	Definición operacional	Indicadores empíricos
Adherencia terapéutica	Dependiente Cualitativa	Cumplimiento de la misma; es decir, tomar el medicamento de acuerdo con la dosis del horario prescrito; y persistencia, tomando medicación a lo largo del tiempo (OMS, pág. 2).	Se medirá con el instrumento MBG (Martín-Bayarre-Grau), para determinar el estado de adherencia al tratamiento de los pacientes hipertensos.	Consta de 12 preguntas, se agrupan en tres dimensiones: Cumplimiento del tratamiento: comprende los 5 primeros ítems del cuestionario. Implicación personal: incluye los siguientes 4 ítems del cuestionario. Relación profesional-paciente: incluye los 3 últimos ítems del cuestionario. Se midió mediante una escala tipo Likert, que consta de cinco posibilidades que van desde nunca hasta siempre. La puntuación fue designada valores que van desde 0 (Nunca), 1 (Casi nunca), 2 (A veces), 3 (Casi siempre) y 4 (Siempre) Puntuación total máxima de 48; y en base a esto, pacientes con puntuaciones de: 38 a 48 como Adheridos Totales 18 a 37 puntos como Adheridos Parciales 0 a 17 como No Adheridos (Martín, 2008).

Apéndice 2 Operacionalización de variable conocimiento sobre hipertensión arterial

Variable	Tipo de variable	Definición conceptual	Definición operacional	Indicadores empíricos
Conocimiento sobre hipertensión arterial	Independiente Cualitativa	Se define como el proceso progresivo y gradual desarrollado por el hombre para aprehender su mundo y realizarse como individuo y especie (Ramírez, 2009).	Se medirá con el instrumento CSH para determinar el conocimiento sobre hipertensión con la finalidad de determinar el grado de conocimiento adquirido sobre HTA.	Consta de 25 preguntas, utilizando una escala dicotómica. Fueron consideradas como variables de control porque no constituían conocimiento de hipertensión El puntaje total fue de 0-20. La puntuación fue asignada como correctas (1 punto) e incorrectas (0 puntos) Cada pregunta tuvo tres opciones: sí, no y no sé. (Estrada D, 2013)

Apéndice 3 Operacionalización de variables sociodemográficas

VARIABLE	Tipo	DEFINICION	Escala de medición	Estadístico
Edad	Numérica	La edad es un concepto lineal y que implica cambios continuos en las personas, pero a la vez supone formas de acceder o perdida de derecho a recursos, así como la aparición de enfermedades o discapacidades (Rodríguez, 2018, pág. 88).	Años cumplidos que tiene una persona en el momento de la colecta de datos.	Media
Genero	Categorica, Dicotómica y Nominal	El género se refiere a los conceptos sociales de las funciones, comportamientos, actividades y atributos que cada sociedad considera apropiados para los hombres y las mujeres	1=Femenino 2=Masculino	Frecuencia(f) y porcentaje(%)

(OMS, 2020).				
Estado Civil	Categoría, Dicotómica y Nominal	El estado civil es la calidad de un individuo, en cuanto le habilita para ejercer ciertos derechos o contraer ciertas obligaciones civiles (Goldenberg, 2017, pág. 300).	1= soltero 2=casado 3=divorciado 4=viudo	Frecuencia (f) y porcentaje(%)
Ocupación	Categoría, Dicotómica y Nominal	La ocupación se define como aquella actividad con sentido en la que la persona participa cotidianamente y que puede ser nombrada por la cultura (Álvarez y cols, 2010).	1=ama de casa 2=comerciante. 3=profesionista 4=jubilado/pensionado 5=ninguna	Frecuencia (f) y porcentaje(%)
Nivel socioeconómico	Categoría, Dicotómica y Nominal	Se refiere como la posición de un individuo/hogar dentro de una estructura social jerárquica (Vera-	1: alto 2: medio 3: bajo	Frecuencia (f) y porcentaje (%)

		Romero, Vera Romero, 2013, pág. 1- 5).		
Escolaridad	Categórica, Dicotómica yNominal	Se denomina escolarización al acto y el resultado de escolarizar: hacer que los niños accedan a la escuela para recibir la enseñanza obligatoria (Pérez y Gardey, 2018).	1: sin estudios 2: primaria 3: secundaria 4: preparatoria.	Frecue ncia(f)y porce ntaje (%)
Tiempo de evolución de la enfermedad	Categórica, Dicotómica yNominal	Tiempo desde que se diagnostica hipertensión arterial hasta la actualidad.	Menos de 1 año2-3 años 4-6 años 6-10 años Más de 10 años	Frecue ncia(f)y porce ntaje (%)
Evolución de la enfermedad		Progreso de la enfermedad desde su diagnóstico hasta elmomento.	1: Bueno 2: Regular 3: Incierto 4: Malo	Frecue ncia(f)y porce ntaje (%)

Apéndice 4 Cronograma de actividades

Actividad	2020					2021									
	A	S	O	N	D	E	F	M	A	M	J	J	A	S	
Tema / Coherencia metodológica / objetivos	X	X													
Justificación, planteamiento del Problema	X	X	X												
Búsqueda sistemática	X	X	X												
Marco teórico			X	X											
Material y métodos				X	X										
Consideraciones éticas y legales				X	X										
Referencias bibliográficas				X	X	X									
Anexos y apéndices				X	X	X									
Evaluación y aprobación del protocolo por el Comité de Investigación y el Comité de ética en investigación						X	X	X							
Presentación de cartel en evento científico							X	X	X	X	X				
Prueba piloto							X	X							
Intervención								X	X						
Colecta, captura y gestión de datos									X	X					
Elaboración de tablas									X	X					
Elaboración de resultados, discusión, conclusión y sugerencias										X	X	X			
Defensa de tesis y obtención de título													X	X	

Apéndice 5 conocimiento informado



Universidad Michoacana de San Nicolás de Hidalgo

Facultad de Enfermería

Consentimiento Informado



Yo: _____ doy mi consentimiento para participar en la investigación titulada “Relación de conocimientos sobre hipertensión arterial y adherencia al tratamiento ya que me han informado que se trata de un estudio de bajo riesgo cuya participación consiste en que el pasante me haga una serie de preguntas relacionadas con hipertensión arterial.

El objetivo de esta investigación es evaluar el conocimiento de la hipertensión arterial y la adherencia al tratamiento en pacientes hipertensos. Dos instrumentos llamados; MBG (Martín-Bayarre-Grau), para determinar el estado de adherencia al tratamiento y CSH para determinar conocimientos sobre hipertensión. Por lo que te pedimos que nos autorices a aplicar el cuestionario, tiene una duración de 10-15 minutos. Si durante la aplicación del instrumento tienes alguna duda puedes preguntar con toda la confianza, si decides no continuar no se te pedirá ningún tipo de remuneración y esto no afectará la atención que estás recibiendo.

Tu nombre o dirección no aparecerán en los datos que proporciones y solo serán utilizados con fines académicos, serán publicados en revistas de salud y en eventos académicos de la facultad y los resultados finales se publicarán en un foro de investigación.

La participación en este trabajo no tiene costo, ya que los gastos son cubiertos por el pasante. Si decide participar solicitamos firme el presente Consentimiento informando para cualquier duda estamos a sus órdenes.

Estudiante: PLESS Liliana Hernández Gaona. Correo: lilihernandezg43@gmail.com.

Asesor: María Leticia Rubí García Valenzuela Correo: rubi.valenzuela@umich.mx

Nombre y firma del participante

Testigo



Testigo

En caso de no saber leer y escribir coloque su Huella digital.

¡Gracias por participar-!

Apéndice 6 Hoja de colecta de datos



UNIVERSIDAD MICHOACANA DE SAN NICOLAS DE
HIDALGO

FACULTAD DE ENFERMERÍA



Parte I. Datos sociodemográficos

Le pedimos que responda con una "X" a los siguientes datos personales, ya que nos ayudará a determinar la relación de conocimiento y adherencia de la hipertensión arterial si este es el caso. Para que luego tengamos la información necesaria y podamos realizar una mejor y veraz investigación.

Sexo: Femenino _____

Edad: _____

Masculino _____

Estado civil:

1. Soltero _____
2. Casado _____
3. Divorciado _____
4. Viudo _____

Ocupación:

1. Ama de casa _____
2. Comerciante _____
3. Profesionista _____
4. Jubilado/pensionado _____
5. Ninguna _____

Nivel socioeconómico:

1. Alto _____
2. Medio _____
3. Bajo _____

Escolaridad:

1. Sin estudios _____
2. Primaria _____
3. Secundaria _____
4. Preparatoria _____

Tiempo de evolución de la enfermedad:

1. Menos de 1 año _____
2. 2-3 años _____
3. 4-6 años _____
4. 6-10 años _____
5. Más de 10 años _____

Evolución de la enfermedad:

1. Bueno _____
2. Regular _____
3. Incierto _____
4. Malo _____