



UNIVERSIDAD NACIONAL DEL ALTIPLANO

FACULTAD DE ENFERMERÍA

ESCUELA PROFESIONAL DE ENFERMERÍA



**NIVEL DE ADHERENCIA TERAPÉUTICA EN ADULTOS
MAYORES CON HIPERTENSIÓN ARTERIAL DEL PUESTO DE
SALUD LUQUINA CHICO - PUNO 2020.**

TESIS

PRESENTADA POR:

SONIA QUISPE CUSACANI

PARA OPTAR EL TÍTULO PROFESIONAL DE:

LICENCIADA EN ENFERMERÍA

PUNO – PERÚ

2021



DEDICATORIA

A Dios, por darme salud, por la gran bendición de tener a mis padres maravillosos y el valor suficiente para superar a cualquier adversidad.

A mis queridos hermanos Wilder Richard y Oscar Ruben, por el apoyo incondicional que fortaleció mi ser, el cual me encamino hacia el logro de mis metas.

A mis grandes tesoros mis padres Julio German y Celia, por darme la vida, por estar ahí presente siempre en cada proceso de mi desarrollo, por los buenos modales, el amor, el sacrificio a lo que se sometieron y el gran apoyo necesario que me brindan para lograr mis metas.

A mis queridos compañeros (as), con quienes compartí extraordinarias experiencias durante mi formación académica universitaria.

SONIA QUISPE CUSACANI



AGRADECIMIENTOS

A Dios, por darme la fortaleza para llegar a este proceso de desarrollo académico y continuar cumpliendo más metas.

A mi alma mater, la Universidad Nacional del Altiplano-Puno por acogerme y darme la oportunidad de forjarme profesionalmente, para ser una enfermera líder y la mejor, a servicio de la población.

A la Facultad de Enfermería y su planta docencia por brindarme bastante conocimiento y experiencias durante mi formación profesional, que fortalecieron mis conocimientos y habilidades, para desempeñarme profesionalmente en el ámbito laboral.

A los miembros de jurado: Dra. Frida Judith Málaga Yanqui, Dra. Zoraida Nicolasa Ramos Pineda y la Lic. Margot Alejandrina Muñoz Mendoza, por las orientaciones y sugerencias durante el proceso de investigación.

Con especial cariño y grato agradecimiento a mi asesora de tesis Mg. Rosa Pilco Vargas, por su tiempo, comprensión, paciencia y orientación que me brindo durante la elaboración del presente estudio de investigación.

A los adultos mayores con hipertensión arterial de la jurisdicción del Puesto de Salud Luquina Chico por su gran colaboración y su tiempo que me concedieron para poder llevar a cabo esta investigación.

SONIA QUISPE CUSACANI



ÍNDICE GENERAL

DEDICATORIA

AGRADECIMIENTOS

ÍNDICE GENERAL

ÍNDICE DE TABLAS

ÍNDICE DE FIGURAS

ÍNDICE DE ACRONIMOS

RESUMEN 9

ABSTRACT..... 10

CAPÍTULO I

INTRODUCCIÓN

1.1. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA 11

1.2. FORMULACIÓN DEL PROBLEMA 15

1.3. OBJETIVOS DE LA INVESTIGACIÓN..... 15

CAPÍTULO II

REVISIÓN DE LIETATURA

2.1. MARCO TEÓRICO CONCEPTUAL 17

2.2. ANTECEDENTES DE LA INVESTIGACIÓN 34

CAPÍTULO III

MATERIALES Y MÉTODOS

3.1. TIPO Y DISEÑO DE INVESTIGACIÓN 39

3.2. UBICACIÓN DE INVESTIGACIÓN..... 39

3.3. POBLACIÓN Y MUESTRA 40



3.4. VARIABLE Y SU OPERACIONALIZACIÓN.....	41
3.5. TÉCNICAS E INSTRUMENTOS DE RECOLECCIÓN DE DATOS.....	43
3.6. PROCEDIMIENTO DE RECOLECCION DE DATOS	44
3.7. PROCESAMIENTO DE ANÁLISIS DE DATOS.....	46

CAPITULO IV

RESULTADOS Y DISCUSIÓN

4.1. RESULTADOS	47
4.2. DISCUSIÓN	50
V. CONCLUSIONES.....	55
VI. RECOMENDACIONES	56
VII. REFERENCIAS BIBLIOGRAFÍAS.....	57
ANEXOS.....	62

Área : Salud del adulto.

Tema : Adherencia terapéutica.

FECHA DE SUSTENTACIÓN : 12 de noviembre 2021.



ÍNDICE DE FIGURAS

FIGURA N°1. NIVEL DE ADHERENCIA TERAPÉUTICA EN ADULTOS MAYORES CON HIPERTENSIÓN ARTERIAL DEL PUESTO DE SALUD LUQUINA CHICO, PUNO 2020.....	76
FIGURA N°2. NIVEL DE ADHERENCIA TERAPÉUTICA SEGÚN DIMENSIÓN CUMPLIMIENTO DEL TRATAMIENTO EN LOS ADULTOS MAYORES DEL PUESTO DE SALUD LUQUINA CHICO, PUNO 2020.	76
FIGURA N°3. NIVEL DE ADHERENCIA TERAPÉUTICA SEGÚN DIMENSIÓN IMPLICACIÓN PERSONAL EN LOS ADULTOS MAYORES DEL PUESTO DE SALUD LUQUINA CHICO, PUNO 2020.	77
FIGURA N°4. NIVEL DE ADHERENCIA TERAPÉUTICA SEGÚN DIMENSIÓN RELACIÓN TRANSACCIONAL EN LOS ADULTOS MAYORES DEL PUESTO DE SALUD LUQUINA CHICO, PUNO 2020.	77



ÍNDICE DE TABLAS

TABLA N°1.	NIVEL DE ADHERENCIA TERAPÉUTICA EN ADULTOS MAYORES CON HIPERTENSIÓN ARTERIAL DEL PUESTO DE SALUD LUQUINA CHICO, PUNO-2020.	47
TABLA N°2.	NIVEL DE ADHERENCIA TERAPÉUTICA EN LA DIMENSIÓN CUMPLIMIENTO DEL TRATAMIENTO EN ADULTOS MAYORES CON HIPERTENSIÓN ARTERIAL DEL PUESTO DE SALUD LUQUINA CHICO, PUNO-2020.	48
TABLA N°3.	NIVEL DE ADHERENCIA TERAPÉUTICA EN LA DIMENSIÓN IMPLICACIÓN PERSONAL EN LOS ADULTOS MAYORES CON HIPERTENSIÓN ARTERIAL DEL PUESTO DE SALUD LUQUINA CHICO, PUNO-2020.....	48
TABLA N°4.	NIVEL DE ADHERENCIA TERAPÉUTICA EN LA DIMENSIÓN RELACIÓN TRANSACCIONAL EN ADULTOS MAYORES CON HIPERTENSIÓN ARTERIAL DEL PUESTO DE SALUD LUQUINA CHICO, PUNO-2020.....	49



ACRÓNIMOS

OMS	:Organización Mundial de la Salud
HTA	:Hipertensión Arterial
INEI	:Instituto Nacional de Estadística e Informática
MBG	:Martín, Bayarre y Graú
SPSS	:Sistema Estadístico de Programación
MINSA	: Ministerio de Salud del Perú
ESSALUD	: El Seguro Social de Salud
PAS	: Presión Arterial Sistólica
PAD	: Presión Arterial Diastólica
MMHg	: Milímetros de Mercurio
ARA	: Antagonistas de los Receptores de Angiotensina
SERUMS	: El servicio rural y urbano marginal en salud.
CAS	: Contrato administrativo de servicios.
ONU	: Organización de las Naciones Unidas.



RESUMEN

La investigación tuvo por objetivo determinar el nivel de adherencia terapéutica en adultos mayores con hipertensión arterial del Puesto de Salud Luquina Chico - Puno 2020. El tipo de estudio fue descriptivo de corte transversal no experimental, con abordaje cuantitativo. La población de estudio estuvo conformada por 19 adultos mayores con diagnóstico médico de hipertensión arterial; el tipo de muestreo fue no probabilístico. La técnica fue la entrevista, como instrumento se utilizó el cuestionario de Martin-Bayarre-Grau (MBG) debidamente validado y con confiabilidad. El análisis de los datos se realizó con la estadística descriptiva porcentual. Los resultados obtenidos muestran que el 68.4% de adultos mayores con hipertensión arterial, presentan adherencia terapéutica parcial, seguido de 26.3% no adherencia y 5.3% con adherencia total. Según las dimensiones, el 73.7% se caracteriza con el nivel adherencia parcial en el cumplimiento del tratamiento, el 82.2% se caracteriza con nivel de no adherencia en la implicación personal y el 52.6% se caracteriza con el nivel de adherencia parcial en la relación transaccional. Se concluye que el 73.7% de los adultos mayores con hipertensión arterial presentan una adherencia terapéutica entre el nivel adherencia parcial y no adheridos.

Palabra clave: Adherencia terapéutica, adultos mayores, hipertensión arterial.



ABSTRACT

The research was carried out with the objective of determining the degree of therapeutic adherence in older adults with arterial hypertension at the Luquina Chico-Puno 2020 Health Post. The type of study was descriptive, non-experimental, cross-sectional, with a quantitative approach. The study population consisted of 19 older adults with a medical diagnosis of arterial hypertension; The technique was the interview, as an instrument the duly validated and reliable Martin-Bayarre-Grau (MBG) questionnaire was used. The data analysis was carried out with the percentage descriptive statistics. The results obtained show that 68.4% of older adults with arterial hypertension present partial therapeutic adherence, followed by 26.3% non-adherent and 5.3% with total adherence. According to dimensions, 73.7% are characterized by the degree of partial adherence in compliance with the treatment, 82.2% are characterized by a degree of non-adherence in personal involvement and 52.6% are characterized by the degree of partial adherence in the transactional relationship. It is concluded that 73.7% of older adults with arterial hypertension present therapeutic adherence between the degree of partial and non-adherent adherence.

Key word: Therapeutic adherence, older adults, arterial hypertension.



CAPÍTULO I

INTRODUCCIÓN

1.1. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

En la actualidad a nivel mundial y en nuestro país, la hipertensión arterial (HTA), por su alta morbimortalidad, es un problema creciente en la Salud Pública, su prevalencia está en constante ascenso, siendo el factor de riesgo para enfermedades crónicas y degenerativas de alto costo como; la enfermedad cerebrovascular, la enfermedad coronaria, enfermedad arteriosclerótica y enfermedad renal. En conjunto, representan la causa a la muerte prematura y discapacidad (1) (2) (3). Las proyecciones a largo plazo sugieren que, para 2025, el 29% de los adultos en todo el mundo tendría HTA es decir, 1,56 mil millones de personas en todo el mundo (4).

La Sociedad Peruana de Cardiología señala que de todos los pacientes que sufren infarto el 50% corresponden a pacientes hipertensos, por lo tanto, todo esto constituye un reto para los profesionales de salud a fin de darle el manejo adecuado (1). Asimismo se ha estimado que la HTA está relacionada con el 46,4% de las muertes por enfermedades cerebrovasculares, con el 42% de las muertes coronarias y con el 25,5% de las muertes totales, partiendo de la distribución de presión arterial (PA) en la población española de 35 a 64 años, y de los riesgos relativos de muerte establecidos en estudios internacionales (2).

La hipertensión arterial continúa siendo un desafío, porque aún persiste el problema de la no adherencia terapéutica. Tal como se pueden ver reflejados en diversos estudios a nivel nacional e internacional, las cuales coinciden en sus resultados obtenidos con el informe presentado por la Organización Mundial de la Salud (OMS)



donde muestra, que las tasas de adherencia terapéutica a los tratamientos en las enfermedades crónicas se sitúan alrededor de un 50% de los casos, lo que significa que la adherencia es deficiente al tratamiento, asimismo considera la falta de adherencia un tema prioritario de la salud pública debido a sus consecuencias negativas como fracasos terapéuticos y mayores tasas de hospitalización debido a que la expectativa de vida se incrementa en países desarrollados y la tendencia es similar en países en desarrollo, el adulto mayor constituye el grupo poblacional con el mayor crecimiento proporcional (6)(7). Según el Instituto Nacional de Estadística e informática (INEI) la población adulta > 60 años, aumenta la proporción de 5,7% en el año 1950 a 12,7% en el año 2020 (3)(4).

En América Latina, la mitad de los pacientes tratados por HTA, abandonan por completo la atención a partir del primer año del diagnóstico y, de los que permanecen bajo supervisión médica, solo 50% toma al menos el 80% de sus medicamentos prescritos y debido a la deficiente adherencia terapéutica de la hipertensión arterial, aproximadamente un 75% de los pacientes con diagnóstico de HTA no logran el control óptimo de la presión arterial (5).

Se supone que la magnitud y la repercusión de la adherencia terapéutica deficiente en los países en vías de desarrollo son aún mayores, dada la escasez de recursos sanitarios y las desigualdades en el acceso a la atención así; como muestra los estudios realizados en América Latina como México revela que; 39% 126 pacientes tenía adherencia total al tratamiento, 59% 190 estaba parcialmente adherido y 2% no adheridos (11). Otro estudio realizado en Chile mostró una baja tasa de adherencia, puesto que, únicamente el 1,5% de los examinados denotó que siempre sigue las indicaciones de los médicos. En tal sentido, tan solo el 22,6% reflejó tener control de la



enfermedad, mientras que el 18,3% de los pacientes no siguen las instrucciones dadas por el profesional de salud (6).

El Perú no es ajeno a esta realidad mundial, donde se evidencia la prevalencia de HTA es mayor en varones que en mujeres, asimismo hay más hipertensos que están enterados de su enfermedad (48.2%), donde de estos solo el 81.5% reciben algún tipo de tratamiento ya sea médico, dietético o ambos y el 18.5% restante no reciben tratamiento; también se muestra de este estudio que, de los que están siendo tratados, solo el 52.4% logran ser compensados y el 47.6 % aún se mantienen descompensados (1). Un estudio en Lima; expone que con respecto al nivel de adherencia terapéutica, el 62.0% obtuvo un nivel de adherencia parcial; el 33.3% obtuvo un nivel de adherencia total y el 4.7% obtuvo un nivel de no adherencia. Asimismo, con respecto al nivel de adherencia terapéutica en el cumplimiento del tratamiento, el 95.3% obtuvo un nivel de adherencia total; el 4.0% obtuvo un nivel de adherencia parcial y el 0.7% obtuvo un nivel de no adherencia. Además, con respecto al nivel de adherencia terapéutica en la implicación personal, el 48.7% obtuvo un nivel de adherencia parcial; el 35.3% obtuvo un nivel de adherencia total el 16.0% obtuvo un nivel de no adherencia. Finalmente, con respecto al nivel de adherencia terapéutica en la relación transaccional, el 50.7% obtuvo un nivel de adherencia total; el 32.0% obtuvo un nivel de adherencia parcial y el 17.3% obtuvo un nivel de no adherencia (12).

La falta de apego al tratamiento multiplica las grandes dificultades que entraña mejorar la salud de las poblaciones pobres, y produce un despilfarro y una subutilización de los recursos de tratamiento, que son de por sí limitados un aumento en los costos médicos, el número de análisis de laboratorios innecesarios, el cambio en las dosis o en los tipos de medicamentos, los cambios en los planes de servicio, de rehabilitación o tratamiento que debe hacer el profesional, las visitas continuas del



cliente a las salas de emergencia, a los consultorios médicos o a los centros de rehabilitación, así como; las hospitalizaciones recurrentes, el deterioro de la salud, el surgimiento o la exacerbación de los problemas emocionales y en casos severos la muerte de individuo (9). Aunque el incumplimiento terapéutico afecta a toda la población, se ha demostrado que los ancianos son el grupo que menos se adhiere al tratamiento, aumentando así las complicaciones de su enfermedad y, por tanto, el fracaso terapéutico, además del gasto sanitario (7).

Por otro lado la enfermera es el nexo fundamental entre el paciente y el tratamiento, ya que la información que brinde servirá como herramienta fundamental para guiar en el proceso salud-enfermedad permitiendo así brindar una atención personalizada y de sentido humanitario al paciente. Se debe considerar al paciente como un ser biopsicosocial que está en desarrollo constante, quien a través de una buena comunicación terapéutica enfermera - paciente tendrá la capacidad de comprender su situación y de transformar su ansiedad en energía positiva que le permita responder a sus necesidades (8).

En año 2019, el Puesto de Salud de Luquina Chico, tuvo mayor demanda de atención sanitaria por adultos mayores con cuadros de Hipertensión, con un 41% del total de las atenciones realizadas. Asimismo en el mismo año, se registró dos casos de mortalidad a causa de accidente cerebrovascular (9). Durante las consultas realizadas, referente a la HTA algunos adultos mayores en estudio, manifestaban “me duele la cabeza, me da vueltas la cabeza, no veo bien”, “ya no vengo a la posta hace mucho tiempo porque tengo dificultades para caminar y vivo lejos”, “las pastillas no me hacen nada por gusto tomo”, “a veces se acaba mis pastillas y no puedo hacer nada”, “no hay plantas naturales para curar?”, “no hay otra pastilla más fuerte”. De igual modo en las visitas domiciliarias realizadas, se halló, a algunos adultos en abandono familiar, no



tenían acceso a la compra de medicamentos, impidiendo así posiblemente el cumplimiento de las indicaciones médicas, también se pudo observar el consumo de sal y algunos alimentos altos en grasas saturadas y colesterol, con cantidades sal y por otra parte casos de cefalea, vértigos, epistaxis, etc. Los cuales corresponden a la HTA.

Por otro lado se ha encontrado en los registros de enfermedades crónicas degenerativas, del Puesto de Salud en estudio, referente a la hipertensión arterial, los adultos mayores acudían a su control y recibían tratamiento irregularmente. Todo lo mencionado anteriormente motivo a la realización del presente estudio de investigación, específicamente en los adultos mayores con diagnóstico de hipertensión arterial.

1.2. FORMULACIÓN DEL PROBLEMA

¿Cuál es el nivel de adherencia terapéutica en los adultos mayores con hipertensión arterial del Puesto de Salud Luquina Chico-Puno 2020?.

1.3. OBJETIVOS DE LA INVESTIGACIÓN

OBJETIVO GENERAL

Determinar el nivel de adherencia terapéutica en adultos mayores con hipertensión arterial del Puesto de Salud Luquina Chico, Puno-2020.

OBJETIVOS ESPECÍFICOS

Identificar el nivel de adherencia terapéutica en la dimensión cumplimiento al tratamiento en los adultos mayores con hipertensión arterial.

Identificar el nivel de adherencia terapéutica en la dimensión implicación personal en los adultos mayores con hipertensión arterial.



Identificar el nivel de adherencia terapéutica en la dimensión relación transaccional en los adultos mayores con hipertensión arterial.



CAPÍTULO II

REVISIÓN DE LITERATURA

2.1. MARCO TEÓRICO CONCEPTUAL

2.1.1. ADULTO MAYOR

Según la OMS es aquella persona mujer o varón con más de 60 años de edad, esta población ha crecido en los últimos años y se prevé un crecimiento mayor, en el año 2000 había 600 millones de personas mayores de 60 años, lo que representa el 10% de la población total del planeta. En Europa y América, esta población sobrepasa ya el 20% del total (16).

En el Perú, en el 2020, esta población llegó a 4 millones 140 000 adultos mayores representando el 12.7% de la población total sobrepasando el pronóstico para este año y, para el año 2025, será de 4,470 000 adultos mayores siendo el 22% de la población de total. Este crecimiento es debido a los avances de ciencia y la medicina (17). Las naciones unidas (ONU), consideran adulto mayor a toda persona mayor de 65 años para países desarrollados y de 60 años para países en desarrollo (18), es decir que en Perú se considera adulto mayor una persona a partir de los 60 años.

2.1.1.1. CARACTERÍSTICAS DEL ADULTO MAYOR

1. *Cambios físicos:* Las células han perdido capacidad de regenerarse rápidamente, por lo cual la piel es poco elástica y tiene arrugas. Se presenta una notable disminución en la masa corporal, masa ósea y pérdida de la dentadura.
2. *Disminución en los sentidos:* En la vejez se alteran las papilares gustativas, por lo que cambia la percepción de los sabores. Hay una gran disminución del olfato, oído y vista.



3. *Cambios sociales*: Los adultos mayores tienden a ser sedentarios, a aislarse y a sufrir de depresión a causa de la falta de cuidado y acompañamiento.
4. *Deterioro cognitivo*: Con el paso de la edad, los adultos mayores van perdiendo capacidad de imaginación, análisis, memoria. Generando un deterioro del aprendizaje.
5. *Enfermedades*: Al llegar a esta etapa es normal padecer de enfermedades que disminuyen la calidad de vida del adulto mayor y de sus familias. Las más comunes son: Alzheimer, Demencia, Triglicéridos y Colesterol elevado, Osteoporosis entre otras (9).

2.1.2. HIPERTENSIÓN ARTERIAL

Es una enfermedad vascular, sistémica, inflamatoria-crónica y progresiva en el cual la presión de los vasos sanguíneos es anormalmente elevada, generando así una excesiva carga para el corazón, cuya manifestación clínica indispensable es la elevación anormal y persistente de la presión arterial sistólica (PAS) o diastólica (PAD) (10). En la población adulta (\geq de 18 años de edad), el punto de corte para la presión sistólica es (PAS) \geq 140 mmHg y/o presión arterial diastólica (PAD) \geq 90 mmHg, tomada en reposo no menos de 10 min (11). La hipertensión arterial se clasifica por cifras, de acuerdo a los siguientes criterios:

Cuadro 1. Clasificación de la presión arterial en adultos >18 años de edad.

CATEGORÍA	SISTÓLICA (MMHG)	DIASTÓLICA (MMHG)
Óptima	<120	<80
Pre hipertensión	120-139	80-89
Hipertensión	>o= 140	>o= 90
Estadio 1	140-159	90-99
Estadio 2	>o=160	>o=100

Fuente: Guía técnica de la práctica clínica para el diagnóstico, tratamiento y control de la hipertensión arterial del Ministerio de Salud MINSA.

La presión arterial fisiológicamente está regulada por numerosos factores neuro-hormonales de acción sistémica y local, que funcionan en circuitos de autorregulación, manteniéndola dentro de límites estrechos. Sin embargo, el fenómeno parece ser multifactorial; diversos factores como herencia y estilo de vida, sistema nervioso simpático, ingesta excesiva de sal, hormonas o sustancias liberadas por el endotelio enfermo, pueden ocasionar el desprendimiento del vaso sanguíneo que es el órgano primario de afección y dentro de esta estructura está el endotelio; este órgano endotelio es vital en la homeostasis vascular de su funcionamiento normal depende el equilibrio del sistema cardiovascular y por ende la salud integral del individuo (12). Donde la presión arterial es debido a la alteración de angiotensina II (de acción sistémica y/o tisular), potente vasoconstrictora y facilitadora del crecimiento celular, es el principal determinante de la persistencia de la HTA. La difusión endotelial, que acompaña a la HTA, promueve la proliferación celular, así como la liberación de muchas sustancias vasoactivas, protromboticas y procoagulantes que anteriormente precipitan en la arterioesclerosis precoz (11).



2.1.3. HIPERTENSIÓN ARTERIAL EN EL ADULTO MAYOR.

En el adulto mayor la hipertensión arterial constituye la primera causa de consulta ambulatoria en el MINSA y ESSALUD, debido a que es la enfermedad crónica más frecuente en este grupo etario >65 años (13).

La hipertensión es un desorden altamente prevalente en pacientes adultos mayores y es un importante contribuyente a su alto riesgo cardiovascular. La hipertensión sistólica aislada es la forma dominante, atribuida al endurecimiento arterial progresivo y al incremento de la carga aterosclerótica de los vasos de conducción con la edad, así como a la hipertrofia y esclerosis de la capa muscular de las arterias y arteriolas, el mecanismo por el cual la presión sistólica se incrementa, está determinado por la rigidez de las arterias de conducción, principalmente la aorta, en cada latido el volumen eyectado por el ventrículo izquierdo genera una onda de pulso que viaja del corazón hacia la periferia la cual es a su vez reflejada hacia el corazón una vez que alcanza la periferia, cuando las arterias son distensibles la velocidad es más lenta y retorna al corazón durante la diástole, lo que produce incremento de la presión diastólica, asimismo las alteraciones estructurales de las paredes vasculares por la pérdida de la elastina y aumento de fibras de colágeno rígidas, la calcificación y el desarreglo de las fibras produce rigidez de las paredes, produciendo un incremento de la velocidad de la onda de pulso, determinado que el retorno de la onda alcance el corazón durante la sístole incrementados la presión sistólica y reduciendo la presión diastólica (23). Por esta razón el patrón de HTA predominante en el adulto mayor es la hipertensión sistólica aislada. En esta población en particular, la presión diastólica se correlaciona indirectamente con un mayor riesgo de complicaciones cardíacas y vasculares. Por lo tanto, un paciente con presión arterial 160/70 mm.Hg. Presenta un mayor riesgo que aquel con presión 160/100 mm.Hg (24).



En caso de la hipertensión sistólica aislada, se refieren cifras de PAS \geq 140 mmHg con PAD menor de 90 mmHg. Una PAS = 140 - 160 mmHg se considera presión arterial sistólica limítrofe y probablemente requiere tratamiento en los menores de 85 años. Los datos sobre tratamiento antihipertensivo para pacientes mayores de 85 años con este mismo rango son aún inconsistentes (14).

2.1.4. ADHERENCIA

En la bibliografía científica encontramos distintas definiciones que hacen referencia a la adherencia; entre ellos, los más relevantes son la adherencia, el cumplimiento y la persistencia, en cuanto al cumplimiento y la adherencia, se pueden considerar sinónimos porque ambos términos miden el porcentaje de dosis que toma el paciente respecto al teórico. Aun así, tienen un matiz distinto, de forma que el cumplimiento es un término con un enfoque más paternalista, debido a que solamente refleja el grado en que el paciente se ajusta a las instrucciones del médico, de una forma pasiva. (15). Con el fin de superar estas limitaciones se introdujo en la literatura científica, el término "adherencia terapéutica" como una alternativa que permitiera expresar una relación más interactiva entre el profesional sanitario y el paciente, en la que ambos son significativos, por ello, actualmente, se prefiere el uso del término adherencia frente al de cumplimiento (16).

Adherencia se define como “convenir en un dictamen o partido utilizando un recurso entablado por la parte contraria”, aquí se le confiere indiscutiblemente un papel al profesional que da la indicación, como la “parte contraria”, lo cual haría depender la conducta del paciente, no solo de su propia responsabilidad, sino también, de las acciones, efectuadas por el médico, en cuanto a claridad de las indicaciones, uso adecuado de los recursos de la comunicación y tiempo dedicado a este acto, entre otras



cosas. Por otro lado la adhesión, se define como “acción y efecto de adherir o adherirse”. Como definición “adhesión”, se refiere a una acción y el de “adherencia” se refiere a una propiedad (17).

Sanchez Noe define el término adherencia implica un papel activo, voluntario y colaborativo en el plan de tratamiento que incorpora las creencias y actitudes del paciente (18).

La Real Academia de la Lengua Española la define como “unión física, pegadura de las cosas”, “ejecutar o llevar a efecto”(19).

2.1.5. ADHERENCIA TERAPÉUTICA

La OMS define como la magnitud con la cual el enfermo sigue las instrucciones médicas para llevar a cabo un tratamiento, este enfoque resalta tanto la participación activa del paciente como la responsabilidad del profesional sanitario para crear el clima de diálogo que facilite la toma de decisiones compartidas, por tanto la evaluación de la adherencia debe incluir no solo la toma de medicamentos en horarios y dosis prescritas por el personal de salud, 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 (10).

Entendida como el nivel de seguimiento de las recomendaciones dadas por el médico, incluye tanto el cumplimiento de los tratamientos farmacológicos, como el seguimiento de las recomendaciones higiénico-dietéticas o la adopción de cambios de estilos de vida en los pacientes, constituye un elemento clave en el control de las enfermedades crónicas y también de los principales factores de riesgo cardiovascular (20).



Según Haynes y Sackett describe como el grado de coincidencia del comportamiento de un paciente en relación con los medicamentos que ha de tomar, el seguimiento de una dieta o los cambios que ha de hacer en su estilo de vida con las recomendaciones de los profesionales de la salud que le atienden (21).

Libertad Alfonso descompone la adherencia al tratamiento y la conceptualiza como un comportamiento complejo con carácter de proceso, conformado por una estructura y dinámica interna, que integra un componente personal y uno comportamental propiamente dicho del paciente, además de un componente relacional en el que se encuentra implicado el profesional de salud, dirigidos al logro de un resultado beneficioso para la salud (17).

Para la presente investigación se consideró la conceptualización que mantiene Libertad Alfonso por adecuarse más al propósito del estudio.

2.1.6. ADHERENCIA TERAPEUTICA EN HIPERTENSION ARTERIAL

La adherencia terapéutica se organiza en torno a tres grandes aspectos, cumplimiento del tratamiento, implicación personal y relación transaccional.

Cumplimiento del tratamiento (comportamental): que se refiere al comportamiento como tal, a través del cual la persona ejecuta las indicaciones médicas prescriptas relacionadas tanto con el tratamiento medicamentoso como con las modificaciones en su estilo de vida.

Implicación personal (componente personalógico): se materializa en la búsqueda activa por parte del paciente, que utiliza su sistema de configuraciones subjetivas, de recursos que permitan garantizar el cumplimiento, así como los esfuerzos emocionales y cognitivos que requieren las acciones involucradas en este proceso.



Relación transaccional (componente relacional): se manifiesta en la relación de colaboración y acuerdo establecidos entre el paciente y su médico para decidir, organizar y elaborar la estrategia a seguir que garantiza el cumplimiento del tratamiento, y la aceptación de estos aspectos por ambos (16).

2.1.6.1. CUMPLIMIENTO DEL TRATAMIENTO

El cumplimiento del tratamiento es un concepto amplio que se refiere al grado en la cual el paciente asume con compromiso en la toma de medicamentos farmacológicos y cambios de estilos de vida, prescritas por el médico o personal de salud, con el propósito de evitar el avance de la enfermedad, prevenir las complicaciones agudas y crónicas, mantener una adecuada calidad de vida y reducir la mortalidad por esta causa (34)(35).

Según Martin, Bayarre y Grau (22), define como la ejecución por el paciente de las indicaciones médicas preinscritas.

Fernandes y colaboradores citado por libertad (17), el adecuado cumplimiento de cualquier prescripción terapéutica, involucra realizar una serie de tareas que requieren: saber qué hacer cómo hacer y cuándo hacer. El paciente debe disponer de una serie de habilidades con diferente grado de complejidad.

La decisión de iniciar medicamentos antihipertensivos dependerá del nivel de riesgo cardiovascular que se le ha adjudicado según la evaluación integral del paciente, tomando en cuenta fundamentalmente: nivel de la presión arterial sistólica y diastólica, factores de riesgo (incluyendo comorbilidades) y presencia de daño clínico o sub clínico en los órganos blanco. Está enfocado en dos grandes vertientes: la primera es el tratamiento farmacológico; la segunda son los factores modificables que ayudan a evitar la aparición de complicaciones o llamados también tratamiento no farmacológico (37).



2.1.6.1.1. Tratamiento farmacológico

La terapia farmacológica puede ser con agente único o en combinaciones apropiadas, todos estos grupos farmacológicos reducen de una forma bastante similar las cifras de la PA, aunque hay factores que hacen recomendable el uso de unos u otros fármacos, como el perfil de los factores de riesgo cardiovascular, la contraindicación a algunos fármacos, la afectación de los órganos diana, las posibles interacciones medicamentosas, etc (11). La elección debe individualizarse para realizar un tratamiento integral del riesgo cardiovascular de cada paciente (23).

Los pacientes hipertensos que iniciarán terapia farmacológica son:

- Hipertensos con riesgo cardiovascular bajo que han realizado cambios en el estilo de vida por lo menos 3 a 6 meses y en quienes no se han obtenido las metas de la presión arterial.
- Hipertensos con niveles de presión arterial sistólica 160 mmHg o presión arterial diastólica mmHg, independiente de otros parámetros.

De los grupos de medicamentos antihipertensivos probadamente eficaces y aceptados de primera elección en corresponden a: inhibidores de enzima convertidor a de angiotensina II, bloqueadores de los receptores de angiotensina II, 13-bloqueadores, bloqueadores de los canales de calcio y diuréticos tipo tiazidas. En personas mayores de 60 años, se prefiere no utilizar los (3-bloqueadores como primera elección) (11).

El inicio de monoterapia podrá realizarlo el médico general del primer nivel de atención con uno de los agentes antihipertensivos mencionados, para lo cual se recomienda iniciar con:

- Enalapril, dos veces al día (10 a 20 mg por día), o



- Losartán, dos veces al día (50 a 100 mg por día), o
- Hidroclorotiazida, una vez al día (12.5 a 25 mg por día), o
- Amlodipino, una vez al día (5 a 10 mg por día) (11).

2.1.6.1.2. Tratamiento no farmacológico

Los cambios en el estilo de vida pueden retrasar o prevenir de forma segura y eficaz la HTA en pacientes no hipertensos, retrasar o prevenir el tratamiento farmacológico en pacientes con hipertensión arterial y contribuir a la reducción de la PA en pacientes hipertensos en tratamiento farmacológico, lo que permite una reducción del número y dosis de medicamentos antihipertensivos; por lo que, es una indicación de gran importancia en el manejo del paciente con enfermedad hipertensiva. Las medidas con demostrada capacidad para reducir la PA (24).

a. Reducción de peso: Lograr y mantener un peso corporal normal: IMC 18,5-24,9 y una circunferencia abdominal menor de 102 cm en varones y 88cm en la mujer.

b. Dieta: Consumo frutas, vegetales frescos, y alimentos bajos en grasas totales y saturadas. La dieta con lleva la reducción de las grasas, carne roja, dulces y las bebidas azucaradas, reemplazándolos con granos integrales, carne de aves, productos lácteos bajos en grasas, pescado y frutos secos (25).

c. Reducción del consumo de sal: se recomienda una dieta de menos de 5 g/ día de sal y eviten alimentos enlatados con alto contenido de sal, un consumo excesivo de sal puede ser una causa de hipertensión resistente al tratamiento (26).



d. Actividad física: La actividad física es un predictor independiente de mortalidad cardiovascular siendo mas recomendable todo ejercicio físico aeróbico de moderada intensidad de manera regular tal como caminar, trotar, montar bicicleta, nadar (al menos 30 min. al día o 150 min semanales), teniendo un moderado efecto antihipertensivo (unos 3 a 4 mm Hg) aunque combinado con otras restricciones calóricas se logra mayores efectos tanto en la reducción de la PA como el mantenimiento de su peso ideal (11). La cantidad y el tipo de ejercicio deben ser individualizados para cada paciente, teniendo en cuenta la edad, el entrenamiento previo y las preferencias de la práctica deportiva, antes de recomendar la práctica de ejercicio intenso, debe procederse a un descenso de la presión con tratamiento antihipertensivo (26).

e. Evitar o limitar el consumo de alcohol: el consumo de mas de una copa de alcohol diariamente eleva la presión arterial en forma permanente; este incremento será mayor en el fumador y el adulto mayor con colesterol elevado por lo cual recomienda evitar el consumo de alcohol, en su defecto, no exceder de 20-30 g/día de etanol los varones y 10-20 g/día las mujeres. Existe una relación epidemiológica directa entre el consumo de alcohol, las cifras de presión y la prevalencia de hipertensión. Dicha relación no es completamente lineal, de forma que la incidencia de HTA se incrementa con dosis de etanol a partir de 210 g/semana (30 g/día) en los hombres y a partir de 140 g/semana (20 g/día) en las mujeres o en los sujetos de raza negra. La media de reducción es de 3/2 mmHg, aunque en sujetos con un consumo muy elevado dicha reducción puede ser mucho más intensa. Por el contrario, es conocido que el consumo de alcohol en cantidades moderadas reduce el riesgo de infarto de miocardio y de mortalidad cardiovascular (11). La recomendación general para los pacientes hipertensos debe ser la siguiente: A los



hipertensos bebedores se les debe aconsejar la reducción del consumo a cifras inferiores a 210 g/semanales (30 g/diarios) en los varones y a 140 g/ semanales (20 g/diarios) en las mujeres y sujetos de raza negra. Los hipertensos con dependencia de alcohol o con otras enfermedades asociadas a dicho consumo deben recibir consejo para abandonar dicho hábito (26).

2.1.6.1.3. Controles

Una vez que el paciente tenga el tratamiento instaurado y este tiene un control de su presión arterial $<140/90\text{mmHg}$ o según meta terapéutica, se realizarán controles cada mes por un periodo de 6 meses. Por lo menos, en 4 de los 6 controles (o mayor o igual a 75% de los controles realizados), la medida de PA deberá estar dentro del rango objetivo, considerándose como paciente controlado. Conseguido ello, los controles se realizarán cada tres meses en el establecimiento de salud asignado tomando en cuenta la categorización de riesgo cardiovascular.

Todo paciente diagnosticado de HTA que inicia terapia farmacológica en el primer nivel de atención deberá tener un primer control en el establecimiento de salud del segundo nivel de atención, por médico cardiólogo o internista, para evaluar la terapéutica y el resultado de la misma. Además, tendrán un control anual por el médico internista del segundo nivel de atención. De la misma manera los pacientes tratados en el segundo nivel de atención, tendrán un control anual por el cardiólogo del segundo nivel (de contar con él) o del tercer nivel de atención, quien evaluará si el paciente continuará siendo atendido en el establecimiento de salud del que fue referido o en otro de diferente nivel de atención. El médico internista o cardiólogo podrá referir al médico del primer nivel de atención los pacientes hipertensos para el seguimiento y monitoreo



una vez controlados, con las indicaciones precisas respecto al tratamiento y al seguimiento (11).

2.1.6.2. IMPLICACIÓN PERSONAL

Implicarse significa, fundamentalmente, que el paciente toma las decisiones sobre su salud de manera compartida con el médico y, por lo tanto, se autorresponsabiliza del cuidado de su salud y de su tratamiento (43).

El cumplimiento de cualquier prescripción terapéutica implica realizar una serie de tareas que requieren no solo saber qué hacer, sino cómo y cuándo hacerlo, no es meramente un asunto voluntario; requiere, además de una actuación eficaz, un control ambiental y beneficios contingentes al cumplimiento (44).

Según Martín y colaboradores (36), es la búsqueda por el paciente, estrategias para garantizar el cumplimiento de las prescripciones con ejecución de los esfuerzos necesarios.

La implicación personal del paciente hace referencia de que la adherencia implica una gran diversidad de conductas y cambios de conductas del paciente, entre las cuales se incluye desde el formar parte del programa de tratamiento y continuar con el mismo hasta desarrollar conductas de salud, evitar conductas de riesgo, acudir a las citas médicas, ingerir correctamente los medicamentos y realizar correctamente el régimen terapéutico prescrito favoreciendo el tratamiento eficiente (31).

Lo más importante es tener conocimiento sobre la enfermedad que se va a tratar, su evolución y sus complicaciones. A partir de ahí un paciente debe conocer que beneficios reales se pueden esperar del medicamento y que riesgos o efectos secundarios pueden aparecer. Una vez asegurado que la relación riesgo - beneficio del



tratamiento es positiva, hay que tener una información completa sobre como tomar el medicamento, si se tiene que estar en ayunas, con que intervalo de dosis, si se puede conducir o tomar alcohol, qué hacer si se presenta un efecto secundario, etc. Es fundamental que el paciente no se quede con ninguna duda sobre el medicamento, pues la falta de información puede dar lugar a la falta de adherencia al tratamiento (27).

Para Cáceres citado por Holgin y colaboradores (28), las conductas no adherentes se dan por una compleja interrelación de factores, entre los cuales se encuentran algunos derivados del paciente y su entorno económico, cultural y social, de otros derivados de la enfermedad en sí, del tratamiento farmacológico y sus características, así como aquellos derivados de los servicios de salud y del personal que atiende al paciente.

Siguiendo Roh y Schnall citado por Holgin y colaboradores (28), refiere que en pacientes hipertensos, es clave en la adherencia al tratamiento, la vinculación activa de la familia en el proceso de asimilación de los cambios de estilo de vida y más importante aún en el mantenimiento de estos, asimismo; reconocer, los ajustes que la mayoría de las veces las familias tienen que realizar para reforzar los cambios del familiar afectado por una enfermedad crónica.

2.1.6.3. RELACIÓN TRANSACCIONAL

Según Martin y colaboradores (22), es la relación de colaboración establecida entre el paciente y el personal sanitario para instaurar el tratamiento y elaborar la estrategia a seguir que garantice su cumplimiento y aceptación por ambos.

Los autores dedicados al estudio del tema plantean la existencia de un amplio grupo de factores influyentes en la conducta de cumplimiento o incumplimiento del tratamiento médico, involucrando componentes como, la relación médico-paciente (29).



La relación personal de salud y el paciente, hace referencia al compromiso y la comunicación en el tratamiento terapéutico de la hipertensión arterial.

- a) *El compromiso*: es una decisión y una actitud positiva que mantienen el paciente y personal sanitario frente a la enfermedad.
- b) *La comunicación* genera confianza, reduce el estrés emocional de los pacientes, facilita las condiciones en el proceso de diagnóstico médico, afecta en el manejo de decisiones médicas, consigue mejora en los resultados de salud, evita litigios legales, aumenta la probabilidad de que el paciente siga las recomendaciones de tratamiento, y produce aumento de la satisfacción de médico y paciente. La participación del paciente en la toma de decisiones (30)..

2.1.6.3.1. Relacion enfermera-paciente hipertenso.

La atención en la comunidad a las personas que padecen de hipertensión arterial, ofrece al personal de enfermería la posibilidad de utilizar una amplia gama de recursos comunicativos y terapéuticos para lograr el bienestar biopsicosocial del paciente. El paciente hipertenso posee rasgos de personalidad con fuertes manifestaciones afectivas, lo cual exige del personal de enfermería un conocimiento adecuado de los aspectos biopsicosociales de la enfermedad, de las características del proceso de comunicación y, particularmente, del tipo de relaciones que debe establecer con el paciente, de manera que le permitan conducir exitosamente la relación profesional con el enfermo para lograr una influencia positiva que favorezca la regulación de la conducta. La comunicación con el paciente tiene, entre otras, funciones informativa, afectiva y reguladora de conducta, las cuales poseen tanto un valor social como terapéutico (31).

Cruz y Pinal citado por Sanchez (18), señalan que la participación de enfermería en las clínicas de HA resulta fundamental ya que su perfil profesional es capaz de



coordinar el equipo interdisciplinario de salud, de crear, diseñar y dirigir acciones que favorezcan la modificación de los hábitos y costumbres que afectan la salud del paciente, mediante la aplicación del proceso atención de enfermería, campañas de prevención de la enfermedad, detección oportuna de la población hipertensa, control de factores de riesgo modificables, inicio del tratamiento farmacológico y no farmacológico para evitar el daño a órganos blanco y traslado oportuno a un segundo o tercer nivel de atención.

Algunos autores expresan que la falta de adherencia entre los pacientes puede explicarse, al menos en parte, por un número de factores particulares en el ambiente del cuidado de la salud, que hace difícil la comunicación efectiva entre el profesional y el paciente. Algunos de estos factores incluyen: la alta frecuencia del uso de términos técnicos por los profesionales de la salud cuando hablan con los pacientes; el personal de salud pasa más atención por la interacción personal de salud-paciente; el personal de salud sobreestima la importancia del tiempo que emplean dando información al paciente y subestima el deseo de los pacientes para obtener información (28).

De esta manera en la interacción profesional salud-enfermo, cobra notable importancia la existencia de una comunicación eficaz y la satisfacción del paciente con esa relación. Se ha observado que proporcionar la información necesaria de modo que favorezca y garantice niveles mínimos de comprensión por parte del enfermo contribuye a mejorar la adherencia. De igual forma la satisfacción del paciente, desde el punto de vista afectivo con la relación establecida con el terapeuta, se ha asociado a un notable incremento del cumplimiento terapéutico (28).



2.1.6. MEDICIÓN DE ADHERENCIA TERAPÉUTICA

Para evaluación de adherencia terapéutica a través del instrumento de medición de la variable, se considero la propuesta de Martin y colaboradores utilizándose alternativas de propuesta siempre, casi siempre, a veces, casi nunca y siempre (32).

Siempre: cuando el adulto mayor hipertenso esta de acuerdo con totalidad el contenido de los ítems propuestos en el cuestionario.

Casi siempre: cuando el adulto mayor hipertenso esta de acuerdo casi en su totalidad con el contenido de los ítems propuestos en el cuestionario.

A veces: cuando el adulto mayor hipertenso esta medianamente de acuerdo con el contenido de los ítems propuestos en el cuestionario.

Casi nunca: cuando el adulto mayor no esta de acuerdo casi en su totalidad con el contenido de los ítems propuestos en el cuestionario.

Nunca: cuando el adulto mayor no esta de acuerdo en su totalidad con el contenido de los ítems propuestos en el cuestionario.

2.1.7. NIVELES DE LA ADHERENCIA TERAPÉUTICA.

Se consideraron tres niveles de adherencia: "total", "parcial" y "no adherencia", a partir de la puntuación que obtuvo el paciente en el cuestionario. Se consideró total: si obtuvo entre 34 y 48 puntos; parcial: entre 33 y 18 y no adherido si obtuvo 17 o menos puntos (33).

2.1.7.1. Adherencia total.

Es el proceso donde el paciente hipertenso participa de manera completa en relación a los ítems propuestos en las dimensiones como cumplimiento del tratamiento, implicación personal y relación transaccional.



2.1.7.2. Adherencia parcial.

Se considera cuando el paciente hipertenso participa medianamente, o de modo fraccionado en relación con los ítems propuestos en las dimensiones como cumplimiento del tratamiento, implicación personal y relación transaccional.

2.1.7.3. No adherencia.

Es el proceso donde el paciente hipertenso no participa en su totalidad o niega cumplir los ítems propuestos en el cumplimiento del tratamiento, implicación personal y relación transaccional.

2.2. ANTECEDENTES DE LA INVESTIGACIÓN

2.2.1. A NIVEL INTERNACIONAL

En el año 2015 en Cuba (32), realizo un estudio con el objetivo de evaluar los niveles de adherencia al tratamiento en personas hipertensas en áreas de salud del nivel primario de atención y describir el comportamiento de sus componentes en esas áreas. El diseño del estudio fue no experimental de corte transversal y tipo descriptivo se seleccionaron áreas de salud de municipios de las provincias La Habana, Cienfuegos y Granma. Se aplicó el cuestionario "Martín_Bayarre_Grau" para evaluar los niveles de adherencia y describir sus componentes: implicación personal, relación profesional-paciente y cumplimiento del tratamiento, a partir de los puntajes obtenidos en los ítems del cuestionario. Como resultado obtuvieron en todos los territorios predominó la adherencia total con aproximadamente el 50 %, seguida de la parcial. La no adherencia obtuvo los valores inferiores. El componente implicación personal presentó valores bajos y altos, el componente cumplimiento del tratamiento obtuvo valores altos, intermedio y bajos. Conclusiones: la adherencia total en los hipertensos es insuficiente



con respecto a lo esperado; la logran aproximadamente la mitad de las personas incluidas en el estudio. Tributan a los niveles de adherencia encontrados, la implicación del paciente y el cumplimiento de las indicaciones en especial las medicamentosas. La práctica de ejercicios físicos resultó la indicación con peor resultado. La relación establecida entre profesionales y pacientes en el proceso de la adherencia puede contribuir en mayor medida a su cumplimiento.

En el año 2016 en Cuba (34), realizo un estudio con el objetivo de determinar el comportamiento de la adherencia terapéutica en pacientes con hipertensión arterial, se realizó un estudio descriptivo que admite la comparación de variables, en el área de salud #2 Cecilio Ruíz de Zárate, de la provincia Cienfuegos, en el período comprendido de Abril a Mayo. Se realizó un muestreo aleatorio simple quedando conformada la muestra por 27 pacientes. Las variables de estudio fueron: edad, sexo, nivel de escolaridad, ocupación, tiempo de evolución de la enfermedad y adherencia terapéutica. Se utilizó como instrumento de recogida de la información, el cuestionario para la evaluación de la adherencia terapéutica. Se aplicaron dichas herramientas de forma individual a cada paciente. El análisis estadístico de la información se realizó en la base de datos del paquete estadístico Statistical Package for the Social Sciences. Obteniendo como resultado predominó el grupo etario de más de 60 años, los sujetos del sexo femenino y los de mayor nivel de escolaridad, así como los profesionales. El tiempo de evolución de la enfermedad que prevaleció fue el de más de 10 años. Además sobresalieron los sujetos que presentan una adherencia parcial al tratamiento obtuvo como conclusión dificultades en el cumplimiento de las indicaciones médicas ya que un bajo porcentaje de los pacientes se adhiere de forma total al tratamiento.

En el 2017 en México (35), se realizó un estudio con el objetivo, determinar el nivel de adherencia terapéutica en pacientes con hipertensión arterial en una Unidad de



Medicina Familiar (UMF). Con metodología descriptiva y transversal. Se utilizaron los instrumentos de Morisky-Green-Levine (MGL) y Brief Medication Questionnaire (BMQ) para valorar el cumplimiento de la medicación en pacientes con HTA. Se tomó una población de 348 pacientes con hipertensión, de los cuales 32.47% (n=113) correspondía al sexo masculino y 67.53% (n=235) al sexo femenino incluyeron pacientes que padecían hipertensión arterial sistémica que acudieron a recibir tratamiento a la UMF no.171 de Zapopan, Jalisco, México, durante el periodo comprendido de agosto a diciembre de 2016. Con base en la escala MGL. Como resultado se encontró que 52.01% (n=181) contaba con adecuada adherencia terapéutica y 47.99% (n=167) no tenía adherencia terapéutica. En la escala de BMQ, se mostró que 52.30% (n=182) tenía incumplimiento terapéutico y 47.70% (n=166) presentó cumplimiento terapéutico. Concluyendo de acuerdo con los resultados obtenidos en este estudio se logró determinar el nivel de adherencia terapéutica en pacientes con HTA adscritos a la UMF no. 171. Alrededor de 50% de la población con hipertensión no tenía un apego adecuado al tratamiento, esto es un dato alarmante, ya que existe un riesgo de discapacidad o muerte prematura ocasionada por complicaciones y comorbilidades relacionadas con esta enfermedad.

2.2.2. A NIVEL NACIONAL

En el año 2019 en Lima (36), se realizó un estudio cuyo objetivo era determinar el nivel de adherencia terapéutica en pacientes con hipertensión arterial del Centro de Salud Max Arias Schreiber. Utilizó un diseño no experimental de corte transversal el estudio es de tipo descriptivo-correlacional. En el estudio se trabajó con la población total, participaron 150 pacientes con diagnóstico de hipertensión arterial, los cuales cumplieron con los criterios de exclusión e inclusión. La técnica usada para la recolección de datos fue la encuesta y el instrumento de recolección fue el Cuestionario



para la evaluación de la adherencia terapéutica MBG (Martín Bayarre Grau). Como resultado muestra con respecto al nivel de adherencia terapéutica, el 62.0% obtuvo un nivel de adherencia parcial; el 33.3% un nivel de adherencia total y el 4.7% un nivel de no adherencia; asimismo, con respecto al nivel de adherencia terapéutica en el cumplimiento del tratamiento, el 95.3% obtuvo un nivel de adherencia total; el 4.0% un nivel de adherencia parcial y el 0.7% un nivel de no adherencia. Además, con respecto al nivel de adherencia terapéutica en la implicación personal, el 48.7% obtuvo un nivel de adherencia parcial; el 35.3% un nivel de adherencia total el 16.0% un nivel de no adherencia. Finalmente, con respecto al nivel de adherencia terapéutica en la relación transaccional, el 50.7% obtuvo un nivel de adherencia total; el 32.0% obtuvo un nivel de adherencia parcial y el 17.3% obtuvo un nivel de no adherencia.

En el 2016 en Chiclayo (37), se hizo una investigación con el objetivo determinar el nivel de adherencia terapéutica en pacientes con tratamiento antihipertensivo en el Hospital Regional Docente Las Mercedes durante el año 2016. Fue un estudio observacional, descriptivo, prospectivo, transversal en el que se entrevistó a pacientes atendidos en consultorios externos de cardiología y medicina interna del Hospital Regional Docente Las Mercedes utilizando el Test de Morisky-Green para determinar su adherencia al tratamiento farmacológico y se determinó el nivel de presión arterial. Llegando a los siguientes resultados: 64,1% eran del sexo masculino; 77,7% tenían 60 años o más. El 44,7% no tienen educación; 58,3% eran casados; 41,7% tenían su presión arterial controlada. La adherencia al tratamiento farmacológico fue 47,6%. Se halló asociación entre adherencia y presión arterial controlada ($p < 0,05$). Llegando a la conclusión, la adherencia al tratamiento farmacológico fue baja y la principal causa de incumplimiento de la medicación antihipertensiva fue el olvido de la toma del medicamento.



2.2.3. A NIVEL LOCAL

En el año 2017 (38), se realizó una investigación con el objetivo de determinar la asociación entre el nivel de conocimiento sobre la Diabetes mellitus y la Adherencia al tratamiento farmacológico en personas con Diabetes tipo 2, que asisten al Hospital Regional “Manuel Núñez Butrón” – Puno, 2017. La metodología fue explicativo de cohorte transversal, la muestra estuvo constituido por 52 personas, diagnosticados y seleccionados con Diabetes tipo 2, se aplicó el método de la encuesta con su instrumento el cuestionario, para el manejo del nivel de conocimiento sobre la Diabetes y adherencia al tratamiento de MORISKY de 8 ítems, se aplicó estadística descriptiva e inferencial a través de la prueba de Chi-cuadrado (χ^2) y se empleó el paquete estadístico SPSS y Microsoft Excel. Los resultados fueron los siguientes; las personas con Diabetes tipo 2, predominantemente fueron, grupo de edad de 60 a más años con 61,5 %, sexo femenino con 61,5 %, grado de instrucción del nivel primario con 51,9 % y el tipo de ocupación comerciantes con 36,5 %; el 69,2 %, de personas con Diabetes tipo 2, presentaron no adecuado nivel de conocimiento sobre la Diabetes mellitus; se determinó relación significativa con el grado de instrucción ($p = 0,000$) y ocupación ($p = 0,005$); el 75,0 %, de personas con Diabetes tipo 2, presentaron mala adherencia al tratamiento farmacológico; no se determinó relación significativa con edad ($p = 0,258$), sexo ($p = 0,135$), grado de instrucción ($p = 0,091$) y ocupación ($p = 0,389$); existe asociación estadística entre el nivel de conocimiento sobre la Diabetes mellitus y la adherencia al tratamiento farmacológico en personas con Diabetes tipo 2, que asistieron al Hospital Regional “Manuel Núñez Butrón” – Puno, 2017, para ($X^2_c = 17,219 > X^2_t = 9,481$) y ($p = 0,002 < 0,05$) ($gl = 4$). Concluyendo que el, no adecuado nivel de conocimientos sobre la Diabetes mellitus, está asociado a una, mala adherencia al tratamiento farmacológico.



CAPÍTULO III

MATERIALES Y MÉTODOS

3.1. TIPO Y DISEÑO DE INVESTIGACIÓN

3.1.1. Tipo de investigación.

Según Hernández, R; Fernández, C, y Baptista, P (39). El tipo de investigación fue descriptivo porque permitió describir el nivel de adherencia terapéutica en los adultos mayores con Hipertensión arterial del Puesto de Salud Luquina Chico.

3.1.2. Diseño de investigación.

Según Hernández, R; Fernández, C y Baptista, P (51). Para el presente estudio se utilizó el diseño de investigación no experimental, porque no se manipuló la variable, y de corte transversal porque se ha obtenido datos en un determinado tiempo, haciendo un corte en el tiempo para saber cuál es el nivel de adherencia terapéutica en adultos mayores hipertensos.

3.2. UBICACIÓN DE INVESTIGACIÓN

La presente investigación se llevó a cabo en la jurisdicción del Puesto de Salud Luquina Chico, ubicado en el distrito de Chucuito Provincia y Departamento de Puno, a 3812 metros de altitud sobre el nivel del mar; geográficamente se ubica en el sur del país y a orillas del lago Titicaca. Colinda por el norte con la comunidad de Karina, por el sur con la comunidad Tacasaya, por el este con el Centro Poblado de Churo y por el oeste con el Lago Titicaca. Vías de acceso terrestre 67 km, lacustre a 90 minutos Puno-Luquina Chico y viceversa. El Puesto de Salud de Nivel I-1 siendo jurisdicción de las siguientes comunidades Luquina Chico, Luquina Grande y San Jose de Pucani, cuenta



con 4 personales de salud: una enfermera nombrada quién asume la jefatura, una enfermera SERUMS, una obstetra CAS y una técnica en enfermería nombrada.

3.2.1. Unidad de análisis

Está constituida por adultos mayores con diagnóstico de HTA, predominando el sexo masculino, habitantes en viviendas alejadas al Puesto de Salud en estudio, aimara, hablantes (no leen, no escriben), en su mayoría tienen nivel de instrucción primario incompleto, aparentemente en abandono y poseen condiciones socioeconómicas bajas.

3.3. POBLACIÓN Y MUESTRA

La población de estudio estuvo constituida por 19 adultos mayores con diagnóstico médico de hipertensión arterial del Puesto de Salud Luquina Chico, Puno-2020, el tipo de muestreo fue no probabilístico o por conveniencia, obteniéndose el mismo tamaño muestral.

Para el estudio se considera los siguientes criterios de selección.

3.3.1. Criterios de inclusión

- Adultos ambulatorios de ambos sexos de 60 años de edad a más (según OMS).
- Adultos mayores con diagnóstico médico, hipertensión arterial del Puesto de Salud Luquina Chico.
- Adultos mayores que acepten participar en el estudio, previo consentimiento informado.
- Adultos mayores hipertensos que hablen aimara o español.

3.3.2. Criterios de exclusión.



- Adultos mayores con hipertensión arterial hospitalizados.
- Adultos mayores hipertensos con demencia senil.

3.4. VARIABLE Y SU OPERACIONALIZACIÓN

3.4.1. VARIABLE DE ESTUDIO: Adherencia terapéutica en adultos mayores con hipertensión arterial.



OPERACIONALIZACIÓN DE VARIABLE

VARIABLES	DEFINICIÓN CONCEPTUAL	DIMENSION	INDICADOR	CRITERIOS PARA ASIGNAR VALORES	VALOR FINAL
NIVEL DE ADHERENCIA TERAPÉUTICA EN ADULTOS MAYORES CON HIPERTENSIÓN ARTERIAL.	La adherencia terapéutica es la conducta del paciente en relación con el tratamiento farmacológico, no farmacológico y controles que indica el profesional de salud capacitado, asimismo la responsabilidad del mismo para crear clima de diálogo que facilite la toma de decisiones compartidas con relación al tratamiento con el fin de producir resultado terapéutico deseado y lograr un control óptimo de la presión arterial y evitar las complicaciones a largo plazo.	Cumplimiento del tratamiento	Item n°1 Item n°2 Item n°3 Item n°4	Nunca (0) Casi nunca (1) A veces (2)	Adherencia total 38 a 48 puntos.
		Implicación personal	Item n°5 Item n°6 Item n°7 Item n°8 Item n°9	Casi siempre (3) Siempre (4)	Adherencia parcial 18 a 37 puntos.
		Relación transaccional	Item n°10 Item n°11 Item n°12		No adherencia 0 a 17 puntos.

0



3.5. TÉCNICAS E INSTRUMENTOS DE RECOLECCIÓN DE DATOS

3.5.1. TÉCNICA

Para el logro de objetivos planteados en la investigación, se utilizó como técnica la entrevista previamente estructurada, la cual permitió la recolección de información para determinar el grado de adherencia terapéutica en adultos mayores con hipertensión arterial del Puesto de Salud Luquina Chico.

3.5.2. INSTRUMENTO

Para la recolección de datos se utilizó el cuestionario estructurado de Martin-Bayarre-Grau (MBG) (Anexo 3), el cual es un instrumento que evalúa el grado adherencia terapéutica en pacientes hipertensos, fue elaborado por Libertad Martín Alfonso; Héctor D. Bayarre Vea y Jorge A. Grau Ábalo en el año 2007 en el área de salud del Policlínico Van-Troi (n: 114) del Municipio Centro Habana-Cuba.

El cuestionario que evalúa el grado de adherencia terapéutica en pacientes hipertensos, consta de 3 dimensiones: Dimensión 1: cumplimiento del tratamiento (ítems 1, 2, 3 y 4), Dimensión 2: Implicación personal (ítems 5, 6, 7, 8 y 9), Dimensión 3: Relación transaccional (ítems 10, 11 y 12). El test se divide en 12 afirmaciones que recorren las categorías que se considera conforman la definición operacional de la adherencia terapéutica. Además, se recogen datos generales del paciente (nombre, edad, sexo, ocupación y años de enfermedad).

La calificación total marca tres niveles de adherencia al tratamiento: Total (38-48 puntos), Parcial (18-37 puntos) y No adherido (0-17). Para calcular la puntuación obtenida por cada paciente se asignan los valores: 0 (Nunca), 1 (Casi nunca), 2 (A



Veces), 3 (Casi Siempre) y 4 (Siempre), siendo 48 el máximo de puntos posibles a alcanzar (36).

Asimismo para evitar sesgos en la recolección de datos se controló en su misma lengua (aimara), el cual ayudo a obtener datos reales.

3.5.3. Validez y confiabilidad del instrumento

El instrumento que se utilizó fue sometido a proceso de validez y confiabilidad por el propio autor Martin Bayarre Grau (30), quien efectuó validez de contenido y constructo mediante la metodología de Moriyama a través de un análisis factorial por componentes principales por juicio de 10 expertos en el tema y la confiabilidad a través del estadígrafo Alpha de Cronbach de 0.889 (Anexo N° 5), se trata de un instrumento fiable y válido para la evaluación de la adherencia terapéutica en pacientes hipertensos.

Riveros J. (12), midió la confiabilidad a través del estadígrafo alfa de Cronbach, obteniendo como resultado 0.812. En la prueba piloto significa que el instrumento tiene elevada confiabilidad, (ANEXO 6). Para fines de la presente investigación, se consideró la confiabilidad obtenida por este autor, porque se dio la utilidad en Perú.

3.6. PROCEDIMIENTO DE RECOLECCION DE DATOS

Para la recolección de datos se realizó las siguientes actividades.

a. Respecto a la coordinación.

- Se solicitó a la decana de la Facultad de Enfermería, la carta de presentación para la ejecución del proyecto.
- Una vez obtenida la carta, se presentó a la jefa del Puesto de Salud Luquina Chico, (ANEXO 9) , con el fin de ejecutar el presente estudio.



- Se coordinó con el presidente de los adultos mayores, con la finalidad de entrevistar a los adultos mayores hipertensos.
- Se realizó un cronograma para la aplicación del cuestionario (ANEXO 4) a previa coordinación con el presidente de adultos mayores y jefa del Puesto de Salud Luquina Chico.

b. Respecto a la ejecución.

- Una vez realizado los tramites administrativos y de coordinación se procedió a la recolección de datos a los adultos mayores con hipertensión arterial del Puesto de Salud Luquina Chico.
- Se procedió a la captación del adulto mayor hipertenso, en la fecha y hora establecida de acuerdo al cronograma (ANEXO 4), para su entrevista realizándose en la vivienda de cada uno de ellos.
- El instrumento se aplicó a los adultos mayores hipertensos, considerando los criterios de inclusión, asimismo respetando el principio de autonomía mediante la solicitud del consentimiento informado.
- Se explicó al adulto mayor hipertenso las características de la entrevista como son: anonimato, la privacidad, el tiempo de un máximo de 40 min y pueden responder a las preguntas en idioma aimara o castellano. Con el fin de recolectar datos verídicos, sin coacción y sin falsear su respuesta.
- Se recolectó los datos, usando como técnica la entrevista estructurada y la observacion, 12 preguntas como detalla en el cuestionario.



- Finalmente se reiteró el agradecimiento respectivo a los (as) adultos mayores con hipertensión arterial y a sus familiares presentes por su disposición prestada

3.7. PROCESAMIENTO DE ANÁLISIS DE DATOS

Para el procesamiento de datos y obtención de resultados se realizó las siguientes actividades:

- Se revisó los cuestionarios, verificando que las respuestas sean completas.
- Se realizó la codificación de las guías del cuestionario.
- Los datos recolectados se procesaron en el programa Excel.
- Sucesivamente se realizó el vaciado de datos en el software estadístico programa SPSS versión 22.
- Posteriormente se elaboraron las tablas y gráficos de acuerdo a los objetivos.
- Finalmente se analizó e interpretó los datos en forma porcentual.
- En función de los resultados se formuló las conclusiones y recomendaciones

Plan de análisis de datos: Para el análisis estadístico; se utilizó la estadística descriptiva porcentual cuya fórmula es la siguiente:

$$P = \frac{X}{N} 100$$

Donde:

P: Porcentaje

X: Numeros de estudiantes

N: Tamaño muestral



CAPITULO IV

RESULTADOS Y DISCUSIÓN

4.1. RESULTADOS

TABLA N°1. NIVEL DE ADHERENCIA TERAPÉUTICA EN ADULTOS MAYORES CON HIPERTENSIÓN ARTERIAL DEL PUESTO DE SALUD LUQUINA CHICO, PUNO-2020.

NIVEL DE ADHERENCIA	N°	%
No Adherido	5	26.3
Adherido Parcial	13	68.4
Adherido	1	5.3
TOTAL	19	100.0

FUENTE: *Resultados obtenidos del cuestionario de Martin Bayarre Graú aplicado por la ejecutora.*

La tabla muestra que, el 68.4% de los adultos mayores hipertensos obtuvieron un nivel de adherencia terapéutica parcial, mientras el 26.3% no adherencia y el 5.3% adherencia total.

TABLA N°2. NIVEL DE ADHERENCIA TERAPÉUTICA EN LA DIMENSIÓN CUMPLIMIENTO DEL TRATAMIENTO EN ADULTOS MAYORES CON HIPERTENSIÓN ARTERIAL DEL PUESTO DE SALUD LUQUINA CHICO, PUNO-2020.

NIVEL DE ADHERENCIA	N°	%
No Adherido	4	21.0
Adherido Parcial	14	73.7
Adherido	1	5.3
TOTAL	19	100.0

FUENTE: Resultados obtenidos del cuestionario de Martín Bayarre Graú aplicado por la ejecutora.

La tabla muestra, respecto a la dimensión cumplimiento del tratamiento, el 73.7% de los adultos mayores con hipertensión arterial, obtuvo un nivel de adherencia parcial; el 21.0% no adherencia y el 5.3% adherencia total.

TABLA N°3. NIVEL DE ADHERENCIA TERAPÉUTICA EN LA DIMENSIÓN IMPLICACIÓN PERSONAL EN LOS ADULTOS MAYORES CON HIPERTENSIÓN ARTERIAL DEL PUESTO DE SALUD LUQUINA CHICO, PUNO-2020.

NIVEL DE ADHERENCIA	N°	%
No Adherido	16	84.2
Adherido Parcial	3	15.8
Adherido	0	0.0
TOTAL	19	100.0

FUENTE: Resultados obtenidos del cuestionario de Martín Bayarre Graú aplicado por la ejecutora.

La tabla muestra, respecto a la dimensión implicación personal, el 82.2% de los adultos mayores con hipertensión arterial, obtuvieron un nivel de no adherencia; el 15.8% adherencia parcial y ninguno obtuvo adherencia total.

TABLA N° 4

TABLA N°4. NIVEL DE ADHERENCIA TERAPÉUTICA EN LA DIMENSIÓN RELACIÓN TRANSACCIONAL EN ADULTOS MAYORES CON HIPERTENSIÓN ARTERIAL DEL PUESTO DE SALUD LUQUINA CHICO, PUNO-2020

NIVEL DE ADHERENCIA	N°	%
No Adherido	8	42.1
Adherido Parcial	10	52.6
Adherido	1	5.3
TOTAL	19	100.0

FUENTE: Resultados obtenidos del cuestionario de Martín Bayarre Graú aplicado por la ejecutora.

La tabla muestra, respecto a la dimensión relación transaccional, el 52.6% de los adultos mayores con hipertensión arterial, obtuvo un nivel de adherencia parcial; el 42.1% no adherencia y el 5.3% adherencia total.



4.2. DISCUSIÓN

El objetivo general del estudio fue determinar el nivel de adherencia terapéutica en los adultos mayores con hipertensión arterial del Puesto de Salud Luquina Chico, Puno-2020. Al respecto los resultados evidencian, que la mayoría de los adultos mayores hipertensos, presentan nivel de adherencia terapéutica parcial, al respecto asume una participación medianamente o de modo fraccionado en cumplimiento del tratamiento, implicación personal y relación transaccional. Asimismo la OMS, en un informe, refiere que en los países desarrollados la adherencia terapéutica en pacientes hipertensos, es el 50%, y supone que esta situación debe ser peor en países en vías de desarrollo, debido a la escasez de recursos y las inequidades en el acceso a la atención sanitaria (6).

Estos resultados obtenidos concuerdan con el estudio reportado por Riveros (12), quien señala que en su mayoría de los pacientes hipertensos presentan adherencia terapéutica parcial. En tanto que con Libertad y colaboradores en la Habana (50), los resultados discrepan, ya que encontró, que más de la mitad de pacientes hipertensos obtuvieron adherencia terapéutica total; esta discrepancia probablemente se debe a que los autores investigaron en un territorio donde el Sistema de Salud es universal, las atenciones son a nivel extramural mediante las visitas domiciliarias, con acceso a la atención y medicamentos de forma gratuita; sin embargo la población en estudio, recibe una atención intramural, posiblemente por la falta de recurso, poca accesibilidad al Puesto de Salud, encontrando una población de adulto mayor con dificultades para desplazarse y la mayoría en situación de abandono, los cuales comprometen la no adherencia terapéutica.

Concerniente a la dimensión cumplimiento del tratamiento de acuerdo a los resultados obtenidos demostró que la mayoría de los adultos mayores hipertensos,



obtuvieron el grado de adherencia parcial, seguido de no adherencia y solo uno logro la adherencia total. Al respecto, se recurrió a los ítems correspondientes a esta dimensión, donde el ítem 3 muestra; que el 57,9% de los adultos mayores hipertensos a veces cumplieron las indicaciones médicas en relación con la dieta, de los mismos 21.1% indica casi nunca, por otro lado el 10.5% siempre y nunca. Respecto al ítem 4, muestra que el 39.8% indica que casi nunca y a veces, asiste a los controles programados, de los mismos 15.8% casi siempre y 5,3% nunca y siempre (Anexo 8). Al respecto Martín y colaboradores (25), definen el cumplimiento del tratamiento como; la ejecución por el paciente de las indicaciones médicas preinscritas así como se menciona, toma los medicamentos en el horario establecido, se toma todas las dosis indicadas, cumple las indicaciones relacionadas con la dieta y asiste a las consultas de seguimientos programadas. La Norma técnica de Salud (NTS) Nro. 031, menciona que los cambios en el estilo de vida pueden retrasar o prevenir de forma segura y eficaz la HTA en pacientes no hipertensos, retrasar o prevenir el tratamiento farmacológico en pacientes con hipertensión arterial y contribuir a la reducción de la PA en pacientes hipertensos en tratamiento farmacológico, lo que permite una reducción del número y dosis de medicamentos antihipertensivos; por lo que, es una indicación de gran importancia en el manejo del paciente con enfermedad hipertensiva (3).

Los resultados obtenidos son similares a las investigaciones elaboradas por Luna y colaboradores (45), Sánchez (43) y Pomares y colaboradores (42), obteniendo una adherencia parcial, alrededor de 50% de la población no tenía un apego adecuado al tratamiento, se encuentra concordancia por encontrar resultados similares. Sin embargo, los estudios de Libertad y colaboradores (6), Riveros J. (12), obtuvieron valores altos mostrando, el 95.3% de los pacientes estudiados obtuvo un nivel de adherencia total; el 4.0% adherencia parcial. En tal sentido son diferentes al presente estudio, esta



diferencia probablemente se puede deber, que gran mayoría de los adultos mayores hipertensos, no acuden a sus controles programados, por la misma característica del envejecimiento, donde inician los cambios físicos, mentales y funcionales, por otro lado presentan patologías concomitantes como; la artrosis en rodillas, la artritis reumatoidea, etc, que dificulta desplazarse hacia el Puesto de Salud para recibir la atención oportuna, con relación al incumplimiento de las indicaciones dietéticas, se puede suponer, que los hábitos alimenticios que poseen, se basan en productos de la agricultura y ganadería, como; la papa, oca, la cebada, carne de cordero, etc. siendo alimentos hipercalóricos e hiperproteicos, además no tienen a su alcance alimentos indicados por el personal sanitario y las posibilidades a mantener los alimentos en condiciones adecuados.

Concerniente a la dimensión implicación personal, de acuerdo a los resultados estadísticos se demostró que gran porcentaje de adultos mayores con hipertensión arterial obtuvo el grado de no adherencia, seguido por la adherencia parcial y ninguno obtuvo la adherencia total. Tal resultado está dado que en los ítems propuestos en esta dimensión muestra; ítem 9, que el 73.7% de los adultos mayores hipertensos nunca utilizaron recordatorios que faciliten la realización del tratamiento, 10.5% a veces, y 5.3% casi nunca, casi siempre y nunca. Por otro lado el ítem 6, muestra que el 47,4% de los adultos mayores hipertensos a veces acomoda su horario de medicación, a sus actividades diarias, el 31.6% casi nunca, 10% casi siempre, 5.3% siempre y nunca y por último tenemos al ítem 6; 63.2% a veces lleva a cabo el tratamiento sin realizar grandes esfuerzos, el 21.1% casi nunca, (Anexo 8). Estos resultados son los más resaltantes. Referido a ello las conductas no adherentes se dan por una compleja interrelación de factores, entre los cuales se encuentran algunos derivados del paciente y su entorno económico, cultural y social, de otros derivados de la enfermedad en sí, del tratamiento farmacológico y sus características, así como aquellos derivados de los servicios de



salud y del personal que atiende al paciente (28). Aunque la deficiente adherencia afecta a toda la población, se ha demostrado que los ancianos son el grupo que menos se adhiere al tratamiento, aumentando así las complicaciones de su enfermedad y, por tanto, el fracaso terapéutico, además del gasto sanitario (7).

Datos que no coinciden con los estudios de Libertad y colaboradores (50), J. Riveros (12), donde sus resultados, resaltan la adherencia parcial, seguida por adherencia total. Se puede inferir los resultados expresados anteriormente, al contexto sociocultural de la población, comprometiendo el comportamiento humano frente a la adherencia terapéutica, como la medicina tradicional es más practicada en las poblaciones rurales, basadas en especularidades espirituales y plantas medicinales, mientras tanto tienen escasa aceptación a la medicina occidental que contribuye el Puesto de Salud en estudio.

Concerniente a la tercera dimensión relación transaccional, de acuerdo a los resultados se demostró que la mayoría de adultos mayores HTA obtuvo la adherencia parcial, seguida por la no adherencia y solo un adulto mayor logro la adherencia total. Al respecto, se recurrió a los ítems correspondientes a esta dimensión, donde el ítem 10, evidencia que el 73.7% de los adultos mayores hipertensos con su enfermera a veces deciden de manera conjunta, el tratamiento a seguir, el 21.1% casi nunca y 5.3% nunca. Por otro lado el ítem 11, 68.4% de los adultos mayores hipertensos con su enfermera a veces analizan, como cumplir el tratamiento, el 15,8% casi nunca. En tal sentido el papel que el enfermero(a) como miembro integrante del equipo multidisciplinario de la atención primaria, desempeña como elemento activo y dinámico en el equipo, es esencial en todas las fases del abordaje del problema de la HTA: prevención, detección precoz, diagnóstico y tratamiento (47), por otro lado la comunicación con el paciente tiene, entre otras, funciones informativa, afectiva y reguladora de conducta, las cuales



poseen tanto un valor social como terapéutico. Estas funciones se tornan más importantes y complejas en la Atención Primaria de Salud, pues en este nivel de atención se involucran la familia y la comunidad (47).

Los resultados coincide con el estudio realizado por L. Martín y colaboradores (39), donde mostraron que en la dimensión relación transaccional presento valores intermedios. Mientras en el estudio de J. Riveros en la Victoria (44), es parcialmente diferente, mostrando que más de la mitad de pacientes hipertensos obtuvieron grado de adherencia total, seguida del grado de adherencia parcial y un bajo porcentaje obtuvo grado no adherencia. Esta situación se debe a la probabilidad, a la deficiencia del personal de salud a la demanda de atenciones que se realiza sobre todo en Puestos de primer nivel, donde cuentan generalmente con personal de enfermería y técnicos en enfermería, asumiendo más funciones, inclusive los que no les corresponde, particularmente en zonas muy alejadas al Pueblo. Por otro lado la comunicación enfermero-paciente en zonas rurales no es fluida, suponiéndose que algunos profesionales de enfermería, no hablan ningún idioma nativo, en este caso el aimara, mediante la cual se comunica la población en estudio, el nivel instructivo influye de manera evidente en la interacción paciente enfermero, también en la toma de decisiones del tratamiento, tampoco evidencia la interacción con la familia del adulto mayor hipertenso, siendo una herramienta esencial en el tratamiento antihipertensivo.



V. CONCLUSIONES

PRIMERA: Los adultos mayores con hipertensión arterial del Puesto de Salud Luquina Chico, en su mayoría presentan nivel de adherencia terapéutica parcial, seguido de no adherencia.

SEGUNDO: Respecto a la dimensión cumplimiento del tratamiento, un alto porcentaje de los adultos mayores hipertensos, presentan adherencia terapéutica parcial, seguido por no adherencia.

TERCERA: En relación con la dimensión implicación personal, casi en su totalidad de los adultos mayores con hipertensión arterial, presentan no adherencia, seguido por la adherencia parcial.

CUARTA: Referente a la dimensión relación transaccional, más de la mitad de los adultos mayores con hipertensión arterial, presentan adherencia terapéutica parcial, seguido de no adherencia.



VI. RECOMENDACIONES

A LA ENFERMERA RESPONSABLE DE LA ESTRATEGIA DE ENFERMEDADES CRÓNICAS DEGENERATIVAS DEL PUESTO DE SALUD LUQUINA CHICO.

Realizar visitas domiciliarias, con el fin de supervisar la adherencia al tratamiento antihipertensivo.

Realizar sesiones demostrativas, dirigidos a adultos mayores y su familia sobre la preparación de alimentos saludables.

Buscar estrategias que faciliten recordar el cumplimiento del tratamiento farmacológico.

Gestionar la dotación de medicamentos en el Puesto de Salud Luquina Chico.

A LOS CUIDADORES DE LOS ADULTOS MAYORES HIPERTENSOS

Involucrarse en el cuidado de los adultos mayores hipertensos y acompañamiento a las citas de control de la hipertensión arterial.

A LOS BACHILLERES DE ENFERMERÍA

Realizar estudios de investigación de tipo observacional y correlacional con mayor población en zonas rurales más vulnerables, sobre los factores condicionantes en la adherencia terapéutica en adultos mayores con hipertensión y apoyo familiar en adherencia terapéutica en los adultos mayores con hipertensión arterial, para identificar la causa de esta problemática, asimismo buscar estrategias que favorezcan a la adherencia total del tratamiento antihipertensivo.



VII. REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Huaraca WC. Adherencia terapéutica en pacientes con tratamiento antihipertensivo Hospital I Aurelio Diaz Ufano y Peral-Essalud [Internet]. 2019. Available from: https://cybertesis.unmsm.edu.pe/bitstream/handle/20.500.12672/11249/Huaraca_tw.pdf?sequence=1&isAllowed=y
2. Fernández L, Guerrero L, Segura J, Gorostidi M. Papel del personal de enfermería en el control de la hipertensión arterial y en la investigación cardiovascular. *Hipertens y Riesgo Vasc*. 2010 Jan 1;27(SUPPL. 1):41–52.
3. Carhuavilca D, Sánchez A, Hidalgo N, Guitiérrez C, Mendoza D, Ruiz R. Situación de la población adulta mayor. Inei [Internet]. 2020;2(2):1–55. Available from: https://www.inei.gov.pe/media/MenuRecursivo/boletines/adulto-mayor-dic_2019.pdf
4. INEI Instituto Nacional de Estadística e Informática. Instituto Nacional de Estadística e Informática [Internet]. Correo Institucional. 2020 [cited 2021 Jul 12]. Available from: <http://m.inei.gov.pe/prensa/noticias/en-el-peru-existen-mas-de-cuatro-millones-de-adultos-mayores-12356/>
5. Gómez C, Orozco B, Suarez M, Rivera A, Castro D. Conocimientos, actitudes y prácticas del paciente hipertenso. [cited 2020 Oct 3];2–7. Available from: <http://journalusco.edu.co/index.php/RFS>
6. Herrera E. Adherencia al tratamiento en personas con hipertensión arterial. *Av En Enfermería* [Internet]. 2012;30(2):67–75. Available from: <https://revistas.unal.edu.co/index.php/avenferm/article/view/37352/39713>
7. Salinas E, Nava G. Adherencia terapéutica. *Medigphic*. 2012;11:102.104.
8. Suarez A. comunicación terapeutica enfermera - paciente y nivel de adherencia al tratamiento antituberculoso en pacientes que acuden al centro de salud materno infantil dr. enrique martin altuna – 2018. 2018.
9. OMS; Organización Mundial de la Salud. El envejecimiento y la Salud. *Bibl la*



- OMS. 1386;283.
10. Arámbulo R. Conocimientos sobre la hipertensión arterial y su asociación con adherencia al tratamiento Hospital Cayetano Heredia Piura 2018 [Internet]. 2018. Available from: http://www.gonzalezcabeza.com/documentos/CRECIMIENTO_MICROBIANO.pdf
 11. Ministerio de Salud. Guía de práctica para el diagnóstico, tratamiento y control de la enfermedad hipertensiva. Minist Salud [Internet]. 2015;27. Available from: https://www.saludarequipa.gob.pe/salud_personas/archivos/GPC_2015/RM031-2015-MINSA_Dx_tratamiento_y_Control_de_la_Enfermedad_Hipertensiva.pdf%0Ahttp://www.minsa.gob.pe/dgsp/documentos/Guias/RM031-2015-Minsa.pdf
 12. Gil P, Filella D, Lopez R, Lopez J, Lozano I, Ruiz D, et al. Hipertensión en el anciano. Vol. 13, Guía de buena práctica clínica en geriatría. Barcelona; 2012. 1–57 p.
 13. Salazar P, Rotta A, Otiniano F. Hipertensión en el adulto mayor. Rev Medica Hered. 2016;24(7–9):383–8.
 14. Salud OP de la. Hipertensión arterial. 2015;15.
 15. Ibarra O, Ramón B, Verdugo M. Lo que debes saber sobre la adherencia al tratamiento [Internet]. 2017. Available from: www.euromedice.net
 16. Libertad de los Ángeles Martín, Alfonso Grau Ábalo JA, Brito Espinoza AD. Marco conceptual para la evaluación y mejora de la adherencia a los tratamientos médicos en enfermedades crónicas. Rev Cuba Salud Publica [Internet]. 2014 [cited 2021 Aug 8];40(2). Available from: <http://www.revsaludpublica.sld.cu/index.php/spu/rt/printerFriendly/46/32>
 17. Libertad A. Concepto de adherencia terapéutica. Rev Cuba Salud Publica [Internet]. 2004 [cited 2021 Jul 19];30:4. Available from: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0864-34662004000400008



18. Sánchez Cisneros N. Adherencia terapéutica en hipertensión arterial sistémica. *Rev Mex Enfermería Cardiológica*. 2006;14(3):98–101.
19. RAE (Real Academia Española). Adherencia | Definición | Diccionario de la lengua española | RAE - ASALE [Internet]. *Diccionario de la lengua Española*. 2020 [cited 2021 Jul 19]. Available from: <https://dle.rae.es/adherencia>
20. Buitrago F. Adherencia terapéutica. *Aten Primaria*. 2011 Jul 1;43(7):343–4.
21. Días M. La adherencia terapéutica en el tratamiento y la rehabilitación: implicaciones para el profesional de la conducta y la salud. *Rev Griot*. 2014;7(1):73–84.
22. Libertad A, Bayarre H, Grau J. Validación del cuestionario MBG (Martín-Bayarre-Grau) para evaluar la adherencia terapéutica en hipertensión arterial. 2008 [cited 2020 Aug 5]; Available from: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0864-34662008000100012
23. Zehnder C. Tratamiento de la hipertensión arterial. *Rev Med*. 2005;16(3):83–91.
24. Carhuallanqui R, Diestra G, Tang J, Málaga G. Adherencia al tratamiento farmacológico en pacientes hipertensos atendidos en un hospital general. *Rev Medica Hered*. 2011;21(4):197–201.
25. Diaz M. La adherencia terapéutica en el tratamiento y la rehabilitación: implicaciones para el profesional de la conducta y la salud | *Revista Griot*. *Rev Griot* [Internet]. 2014 [cited 2020 Oct 4];7. Available from: <https://revistas.upr.edu/index.php/griot/article/view/1554/1430>
26. Sosa J. Tratamiento no farmacológico de la hipertensión arterial. canales la Fac Med [Internet]. 2010 [cited 2020 Oct 4];71. Available from: http://www.scielo.org.pe/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1025-55832010000400006
27. Martín FA. La implicación del paciente en el uso de la medicación. 2017 [cited 2021 Jun 25]; Available from:



https://cdn.www.gob.pe/uploads/document/file/1467798/RM_972-2020-MINSA.PDF.PDF

28. Holguín L, Correa D, Arrivillaga M, Cáceres D, Varela M. Adherencia al tratamiento de hipertensión arterial: efectividad de un programa de intervención biopsicosocial. *Univ Psycologicas* [Internet]. 2006 [cited 2021 Jul 20];5(3). Available from: http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1657-92672006000300009
29. Libertad M, Bayarre H, Orbay YLR, Acosta M. Cumplimiento e incumplimiento del tratamiento antihipertensivo desde la perspectiva del paciente. *Rev Cuba Salud Publica* [Internet]. 2007 [cited 2021 Jun 22];33(3). Available from: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0864-34662007000300013
30. Ridd M, Shaw A, Lewis G, Salisbury C. la relación médico paciente: el encuentro de los mundos. *Br J Gen Pract*. 2009 Apr;59(561):268–75.
31. Calvo EMM, González MCG, Barceló LAL, Bencomo KR. Barreras de comunicación en la relación tecnólogo-paciente en el contexto profesional. *Humanidades Médicas*. 2013;13(1):38–55.
32. Adherencia al tratamiento en hipertensos atendidos en áreas de salud de tres provincias cubanas [Internet]. [cited 2020 Oct 10]. Available from: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0864-34662015000100004
33. Martín Libertad A, Bayarre Veá H, Coruego Rodríguez M del C, Vento Iznaga F, La Rosa Matos Y, Orbay Araña M de la C. Adherencia al tratamiento en hipertensos atendidos en áreas de salud de tres provincias cubanas. *Rev Cuba Salud Pública* [Internet]. 2015;41(1):33–45. Available from: <http://scielo.sld.cu>
34. Pomares A, Vázquez MA, Ruíz ES. Adherencia terapéutica en pacientes con hipertensión arterial. *Rev finlay* [Internet]. 2017 [cited 2021 May 15];7. Available from: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S2221-24342017000200003



35. Luna U, Barajas TDJ, Rosas D, Haro S del R, Uriostegui L. Nivel de adherencia terapéutica en pacientes con hipertensión arterial: experiencia en una unidad de medicina familiar de Zapopan Jalisco, México. *CrossMark*. 2017;24(3):116–20.
36. Riveros J. Nivel de adherencia terapéutica en pacientes con hipertensión arterial del Centro de Salud Max Arias Schreiber, La Victoria – 2019 [Internet]. Universidad Privada Norbert Wiener; 2019. Available from: <http://repositorio.uwiener.edu.pe/handle/123456789/3044>
37. Sanchez SY. Adherencia terapeutica en pacientes con tratamiento antihipertensivo en el Hospital Regional Docente las Mercedes-Chiclayo, Enero- Noviembre 2016. 2015.
38. Machaca Mamani ES. Nivel de conocimiento y adherencia al tratamiento en personas con Diabetes Tipo 2, que asisten al Hospital Regional “Manuel Nuñez Butrón” – Puno, 2017. Tesis. 2018.
39. Hernandez R. Metodología de investigación [Internet]. 6th ed. 2014; 2014. 134–230 p. Available from: www.megraw-hill-educacion.com



ANEXOS

ANEXO 1 MATRIZ DE CONSISTENCIA

TITULO	FORMULACIÓN DEL PROBLEMA	OBJETIVOS	POBLACIÓN Y MUESTRA	TIPO Y DISEÑO	INSTRUMENTOS Y TÉCNICAS
NIVEL DE ADHERENCIA TERAPÉUTICA EN ADULTOS MAYORES CON HIPERTENSIÓN ARTERIAL DEL PUESTO DE SALUD LUQUINA CHICO. PUNO-2020	<p>¿Cuál es el nivel de adherencia terapéutica en los adultos mayores con hipertensión arterial del puesto de salud Luquina Chico?</p> <p>¿Cuál es la adherencia en la dimensión cumplimiento del tratamiento en los adultos mayores con hipertensión arterial del puesto de salud Luquina Chico?</p> <p>¿Cuál es la adherencia en la dimensión implicación personal en los adultos mayores con hipertensión arterial del puesto de salud Luquina Chico?</p> <p>¿Cuál es la adherencia en la dimensión relación transaccional en los adultos mayores con hipertensión arterial del puesto de salud Luquina Chico?</p>	<p>a. OBJETIVO GENERAL. Determinar el nivel de adherencia terapéutica en los adultos mayores con hipertensión arterial del puesto de salud Luquina Chico. Puno-2020.</p> <p>b. OBJETIVOS ESPECÍFICOS Identificar la adherencia terapéutica en la dimensión cumplimiento al tratamiento en los adultos mayores con hipertensión arterial del puesto de salud Luquina chico. Identificar la adherencia terapéutica en la dimensión implicación personal en los adultos mayores con hipertensión arterial del puesto de salud Luquina chico. Identificar la adherencia terapéutica en la dimensión relación transaccional en los adultos mayores con hipertensión arterial del puesto de salud Luquina chico.</p>	<p>POBLACION N. La población de estudio estará constituida por 21 adultos mayores con hipertensión arterial de la jurisdicción del puesto de salud Luquina chico-2020.</p>	<p>Tipo de investigación: El tipo de investigación descriptivo</p> <p>Diseño de investigación: El diseño de investigación es no experimental transversal.</p>	<p>INSTRUMENTOS Y TÉCNICAS INSTRUMENTO Cuestionario de MBG(Martin-Bayarre-Grau)</p> <p>TECNICA: La entrevista</p>



ANEXO 2



UNIVERSIDAD NACIONAL DEL ALTIPLANO
PUNO
FACULTAD DE ENFERMERÍA
ESCUELA PROFESIONAL DE ENFERMERÍA
CONSENTIMIENTO INFORMADO



El propósito de esta ficha de consentimiento es proveer a los participantes en esta investigación con una clara explicación de la naturaleza de la misma, así como de su rol en ella como participantes.

La presente INVESTIGACIÓN EL NIVEL DE ADHERENCIA TERAPEUTICA EN ADULTOS MAYORES CON HIPERTENSION ARTERIAL DEL PUESTO DE SALUD LUQUINA CHICO.PUNO-2020, es conducida por la egresada SONIA QUISPE CUSACANI de la Universidad Nacional del altiplano Puno. La meta de este estudio es determinar el nivel de adherencia terapéutica en adultos mayores con hipertensión arterial del puesto de salud Luquina Chico.

Si usted accede a participar en este estudio, se le pedirá a responder a las preguntas del cuestionario y luego marcar si usted sabe leer y si no sabe leer se realizará una entrevista, uno de los casilleros que se muestra como opciones, según su criterio u opinión. Esto tomará aproximadamente 40 minutos de su tiempo.

La participación en este estudio es estrictamente voluntaria. La información que se recoja será confidencial y no se usará para ningún otro propósito fuera de los de esta investigación. Sus respuestas al cuestionario serán codificadas usando un número de identificación y, por lo tanto, serán anónimas.

Si tiene alguna duda sobre este proyecto, puede hacer preguntas en cualquier momento durante su participación en él. Igualmente, puede retirarse del proyecto en cualquier momento sin que eso lo perjudique en ninguna forma. Si alguna de las preguntas durante la encuesta le parecen incómodas, tiene usted el derecho de hacérselo saber al investigador o de no responderlas.

Desde ya le agradezco su participación.

Yo _____ en
pleno uso de mis facultades, acepto participar en este estudio por las razones ya
expuestas y comprometidos por mi persona.

Nombre del Participante

Firma del Participante

Fecha



ANEXO 3



GRADO DE ADHERENCIA TERAPÉUTICA EN ADULTOS MAYORES CON HIPERTENSIÓN ARTERIAL DEL PUESTO DE SALUD LUQUINA CHICO. PUNO-2020



CUESTIONARIO PARA LA EVALUACIÓN DEL NIVEL DE ADHERENCIA TERAPÉUTICA MBG(Martin-Bayarre-Grau)

DATOS GENERALES:

Edad del entrevistado: _____

Sexo del entrevistado: a. Femenino () b. Masculino ()

Estado Civil: () Soltero(a) () Casado(a) () Conviviente () Divorciad(a) ()
Viudo(a)

Grado de instrucción: () Sin instrucción () Primaria () Secundaria ()
Técnico () Profesional

Condición de ocupación: () Trabajador estable () Eventual () Sin
Ocupación () Jubilado

Consultorio: _____ Años de diagnosticada la enfermedad:

C) A continuación usted encontrará un conjunto de afirmaciones. Por favor,
no se preocupe en pensar si otras personas estarían de acuerdo con usted y
expresé exactamente lo que piense en cada caso. Marque con una X la
casilla que corresponda a su situación particular:

Ítems	Siempre	Casi siempre	A veces	Casi nunca	Nunca
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 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 familia o amigos.					
9. Lleva acabo el tratamiento sin realizar grandes esfuerzos					
10. Usted y su enfermera, deciden de manera conjunta, el tratamiento a seguir					
11. Usted y su enfermera analizan, como cumplir el tratamiento					
12. Tiene la posibilidad de manifestar su aceptación del tratamiento que ha prescrito su enfermera.					



ANEXO 4

Cronograma para la aplicación del cuestionario

CRONOGRAMA PARA LA APLICACIÓN DEL CUESTIONARIO DE M.B.G.				
Nº	NOMBRES	EDAD	FECHA DE ENTREVISTA	HORA DE ENTREVISTA
1	VICENTE	73	09/09/2020	6:00 -6:40
2	SILVERIO	71	09/09/2020	7:00-7:40
3	EUDOCIA	69	10/09/2020	6:00-6:40
4	LORENZA	67	10/09/2020	7:00-7:40
5	JUAN	97	11/09/2020	6:00-6:40
6	FRANSISCO DE BORJA	72	11/09/2020	7:00-7:40
7	URSULA	75	12/09/2020	6:00-6:40
8	TEOFILA	78	12/09/2020	7:00-7:40
9	MARIA ROSARIA	74	14/09/2020	6:00-6:40
10	FLORENCIA ISABEL	72	14/09/2020	7:00-7:40
11	MARIA	75	15/09/2020	6:00-6:40
12	CRISTINA	83	15/09/2020	7:00-7:40
13	JOAQUIN	74	16/09/2020	6:00-6:40
14	JUAN	76	16/09/2020	7:00-7:40
15	HONORATA	71	17/09/2020	6:00-6:40
16	FRANSISCO	75	17/09/2020	7:00-7:40
17	VALENTIN	71	18/09/2020	6:00-6:40
18	FRANSISCO	81	18/09/2020	7:00-7:40
19	DEUNICIA	79	19/09/2020	6:00-6:40



ANEXO 5

VALIDEZ Y CONFIABILIDAD DE INSTRUMENTO DE RECOLECCION DE DATOS

Tabla 1. Media, desviación estándar por ítem, correlación entre el ítem y la puntuación total del MBG y Alfa de Cronbach si el ítem es eliminado

Ítem	Media	Desviación estándar	Correlación Ítem -total	Alfa de Cronbach si el ítem es eliminado
1	3,58	,84	,65	,87
2	2,77	1,48	,59	,87
3	3,53	,94	,58	,87
4	3,17	1,27	,63	,86
5	2,92	1,28	,63	,86
6	3,18	1,38	,53	,87
7	1,93	1,51	,38	,88
8	2,63	1,66	,70	,86
9	3,17	1,24	,70	,86
10	2,70	1,69	,69	,86
11	1,25	1,49	,28	,88
12	2,79	1,80	,69	,86

Resultados Estadísticos de fiabilidad "Alfa de Cronbach" del instrumento

Alfa de Cronbach	N de elementos
,883	12



ANEXO 6

CONFIABILIDAD DEL INSTRUMENTO POR RIVERO

MATRIZ DE DATOS DE LA PRUEBA PILOTO

N°	I1	I2	I3	I4	I5	I6	I7	I8	I9	I10	I11	I12
1	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4
2	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4
3	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4
4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4
5	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4
6	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4
7	4	4	3	3	3	4	4	4	4	4	4	4
8	3	3	3	3	2	4	4	4	4	4	4	4
9	4	4	4	4	4	4	4	3	4	2	4	4
10	4	4	4	4	4	4	4	4	4	1	4	4
11	4	4	4	4	1	4	4	4	4	4	4	4
12	4	4	4	4	4	4	4	3	3	3	4	4
13	4	4	2	3	1	4	4	4	4	4	4	4
14	4	4	4	4	4	3	4	4	1	2	4	4
15	4	4	3	3	3	3	4	4	3	1	4	4
16	4	4	4	4	4	4	4	0	0	0	4	4
17	4	4	4	4	4	4	4	0	0	0	4	4
18	4	4	4	3	2	4	4	0	0	0	4	4
19	4	4	4	4	4	4	3	4	4	4	4	4
20	4	4	4	4	4	4	3	3	3	3	4	4
21	3	3	3	3	3	3	3	2	2	2	2	3
22	4	3	3	3	3	3	3	1	1	1	1	4
23	4	3	3	3	3	3	3	1	1	1	1	4
24	4	4	4	4	4	4	4	0	0	0	0	4
25	3	3	3	2	3	4	4	0	0	0	0	4
26	3	3	3	3	3	4	4	0	0	0	0	4
27	4	4	4	1	2	4	3	4	4	4	0	4
28	4	4	4	4	4	3	3	3	2	2	2	2
29	4	3	3	3	3	3	3	3	2	2	2	2
30	3	3	3	3	3	2	3	3	3	1	1	3

Variable	N° de Ítems	Alfa de Cronbach	Conclusión
Adherencia terapéutica	12	0.812	Elevada

Fuente: Elaboración propia

El coeficiente alfa de Cronbach para la variable Adherencia terapéutica es 0.812, en la prueba piloto significa que el instrumento tiene elevada confiabilidad.

ANEXO 7

Datos sociodemográficos de los adultos mayores con hipertensión arterial del Puesto de Salud Luquina Chico, Puno-2020.

Sexo

		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válido	Masculino	10	52,6	52,6	52,6
	Femenino	9	47,4	47,4	100,0
	Total	19	100,0	100,0	

Estado civil

		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válido	Casado	5	26,3	26,3	26,3
	Conviviente	6	31,6	31,6	57,9
	Divorciado	1	5,3	5,3	63,2
	Viudo(a)	7	36,8	36,8	100,0
	Total	19	100,0	100,0	

Ocupación

		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válido	Agricultor	9	47,4	47,4	47,4
	Ama de casa	6	31,6	31,6	78,9
	Sin ocupación	4	21,1	21,1	100,0
	Total	19	100,0	100,0	

Años de la enfermedad

		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válido	1 año	3	15,8	15,8	15,8
	2 años	1	5,3	5,3	21,1
	3 años	4	21,1	21,1	42,1
	4 años	1	5,3	5,3	47,4



5 años	5	26,3	26,3	73,7
6 años a mas	5	26,3	26,3	100,0
Total	19	100,0	100,0	

ANEXO 8

Resultados de la primera dimensión cumplimiento de Tratamiento.

Resultados del primer ítem de la primera dimensión "Toma los medicamentos en el horario establecido"

		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válido	Nunca	2	10,5	10,5	10,5
	Casi Nunca	5	26,3	26,3	36,8
	A Veces	7	36,8	36,8	73,7
	Casi Siempre	5	26,3	26,3	100,0
	Total	19	100,0	100,0	

Resultados del segundo ítem de la primera dimensión "Se toma todas las dosis indicadas"

		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válido	Nunca	2	10,5	10,5	10,5
	Casi Nunca	4	21,1	21,1	31,6
	A Veces	8	42,1	42,1	73,7
	Casi Siempre	5	26,3	26,3	100,0
	Total	19	100,0	100,0	

Resultados del tercer ítem de la primera dimensión "Cumple las indicaciones relacionadas con la dieta"

		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válido	Nunca	2	10,5	10,5	10,5
	Casi Nunca	4	21,1	21,1	31,6
	A Veces	11	57,9	57,9	89,5
	Casi Siempre	2	10,5	10,5	100,0
	Total	19	100,0	100,0	

Resultados del cuarto ítem de la primera dimensión “Asiste a las consultas de seguimiento programadas”

		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válido	Nunca	1	5,3	5,3	5,3
	Casi Nunca	7	36,8	36,8	42,1
	A Veces	7	36,8	36,8	78,9
	Casi Siempre	3	15,8	15,8	94,7
	Siempre	1	5,3	5,3	100,0
	Total	19	100,0	100,0	

Resultados de la segunda dimensión “Implicación personal”

Resultados del primer ítem de la segunda dimensión “Realiza ejercicios físicos indicados”

		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válido	A Veces	1	5,3	5,3	5,3
	Casi Siempre	7	36,8	36,8	42,1
	Siempre	11	57,9	57,9	100,0
	Total	19	100,0	100,0	

Resultados del segundo ítems de la segunda dimensión “Acomoda sus horarios de medicación, a las actividades de su vida diaria”

		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válido	Nunca	1	5,3	5,3	5,3
	Casi Nunca	6	31,6	31,6	36,8
	A Veces	9	47,4	47,4	84,2
	Casi Siempre	2	10,5	10,5	94,7
	Siempre	1	5,3	5,3	100,0
	Total	19	100,0	100,0	

Resultados del tercer ítem de la segunda dimensión "Cumple el tratamiento sin supervisión de su familia o amigos"

		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válido	Nunca	2	10,5	10,5	10,5
	Casi Nunca	6	31,6	31,6	42,1
	A Veces	2	10,5	10,5	52,6
	Casi Siempre	7	36,8	36,8	89,5
	Siempre	2	10,5	10,5	100,0
	Total	19	100,0	100,0	

Resultados del primer ítem de la tercera dimensión "Utiliza recordatorios que faciliten la realización del tratamiento"

		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válido	Nunca	14	73,7	73,7	73,7
	Casi Nunca	1	5,3	5,3	78,9
	A Veces	2	10,5	10,5	89,5
	Casi Siempre	1	5,3	5,3	94,7
	Siempre	1	5,3	5,3	100,0
	Total	19	100,0	100,0	

Tabla 11. Resultados del quinto ítem de la segunda dimensión "Lleva acabo el tratamiento sin realizar grandes esfuerzos"

		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válido	Casi Nunca	4	21,1	21,1	21,1
	A Veces	12	63,2	63,2	84,2
	Casi Siempre	2	10,5	10,5	94,7
	Siempre	1	5,3	5,3	100,0
	Total	19	100,0	100,0	

Resultados de la tercera dimensión “relación transaccional”

Resultados del primer ítem de la tercera dimensión “Usted y su enfermera, deciden de manera conjunta, el tratamiento a seguir”

		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válido	Nunca	1	5,3	5,3	5,3
	Casi Nunca	4	21,1	21,1	26,3
	A Veces	14	73,7	73,7	100,0
	Total	19	100,0	100,0	

Resultados del segundo ítem de la tercera dimensión “Usted y su enfermera analizan, como cumplir el tratamiento”

		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válido	Nunca	1	5,3	5,3	5,3
	Casi Nunca	3	15,8	15,8	21,1
	A Veces	13	68,4	68,4	89,5
	Casi Siempre	2	10,5	10,5	100,0
	Total	19	100,0	100,0	

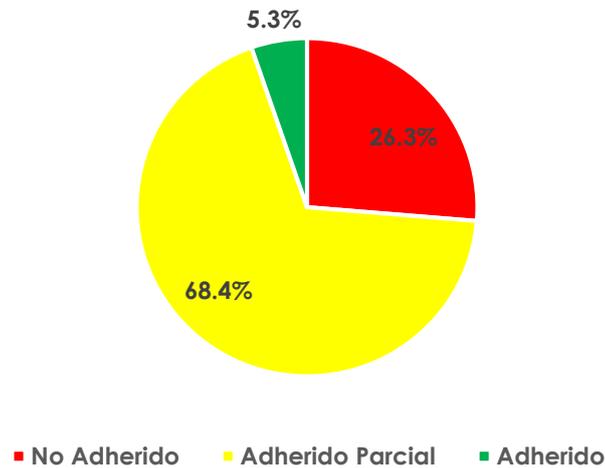
Tabla 15. Resultados del tercer ítem de la tercera dimensión “Tiene la posibilidad de manifestar su aceptación del tratamiento que ha prescrito su medico”

		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válido	Casi Nunca	2	10,5	10,5	10,5
	A Veces	5	26,3	26,3	36,8
	Casi Siempre	7	36,8	36,8	73,7
	Siempre	5	26,3	26,3	100,0
	Total	19	100,0	100,0	

ANEXO 9

FIGURA N°1. Nivel de adherencia terapéutica en adultos mayores con hipertensión arterial del Puesto de Salud Luquina Chico, Puno 2020

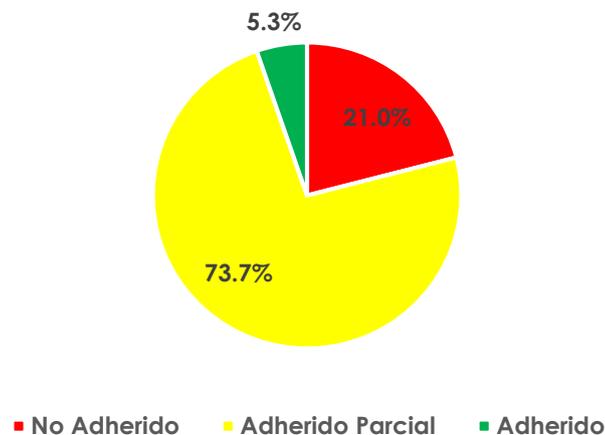
GRADO DE ADHERENCIA



FUENTE: resultados obtenidos del cuestionario de grado de adherencia aplicado por la ejecutora.

FIGURA N°2. Nivel de adherencia terapéutica según dimensión cumplimiento del tratamiento en los adultos mayores del Puesto de Salud Luquina Chico, Puno 2020.

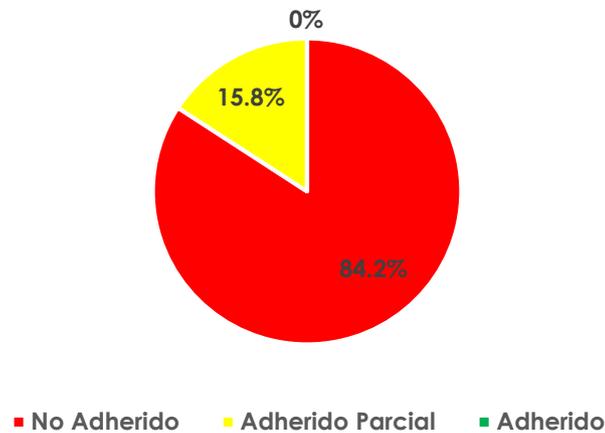
NIVEL DE ADHERENCIA EN LA DIMENSIÓN CUMPLIMIENTO DEL TRATAMIENTO



FUENTE: resultados obtenidos del cuestionario de grado de adherencia aplicado por la ejecutora.

FIGURA N°3. Nivel de adherencia terapéutica según dimensión implicación personal en los adultos mayores del Puesto de Salud Luquina Chico, Puno 2020.

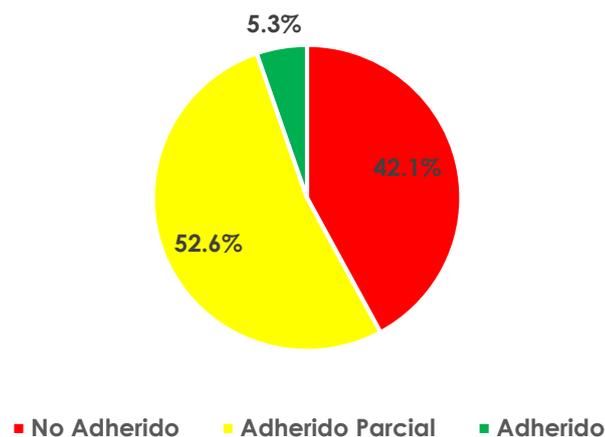
**NIVEL DE ADHERENCIA EN LA DIMENSION
IMPLICACIÓN PERSONAL**



FUENTE: resultados obtenidos del cuestionario de grado de adherencia aplicado por la ejecutora.

FIGURA N°4. Nivel de adherencia terapéutica según dimensión relación transaccional en los adultos mayores del Puesto de Salud Luquina Chico, Puno 2020.

**NIVEL DE ADHERENCIA EN LA DIMENSIÓN
RELACIÓN TRANSACCIONAL**



FUENTE: resultados obtenidos del cuestionario de grado de adherencia aplicado por la ejecutora.



ANEXO 10



Universidad Nacional del Altiplano de Puno

FACULTAD DE ENFERMERÍA
Escuela Profesional de Enfermería
Acreditada con Resolución de Presidencia N° 210-2017-SINEACE
Ciudad Universitaria Telefax (051)363862 – Casilla 291



“Año de la Universalización de la Salud”

Puno C.U., 03 de setiembre de 2020

OFICIO N° 354-2020-D-FE-UNA-PUNO

Señora

Lic. Eulalia Concepción QUENTA QUISPE

JEFA DEL PUESTO DE SALUD LUQUINA CHICO I-I
DEL DISTRITO DE CHUCUITO, PROVINCIA DE PUNO

Ciudad.-

ASUNTO: SOLICITO BRINDAR FACILIDADES PARA EJECUCIÓN DE PROYECTO DE TESIS

Es grato dirigirme a usted, para expresarle un cordial saludo a nombre propio y de la Facultad de Enfermería - Universidad Nacional del Altiplano Puno; a su vez solicito a su despacho se brinde las facilidades del caso a la egresada **SONIA QUISPE CUSACANI**, quien ejecutará en su prestigioso centro el proyecto de investigación titulado: **“GRADO DE ADHERENCIA TERAPEUTICA EN ADULTOS MAYORES CON HIPERTENSION ARTERIAL DEL PUESTO DE SALUD LUQUINA CHICO PUNO-2020”** bajo el asesoramiento como Directora de tesis la Mg. Rosa Pilco Vargas.

Agradeciendo su amable atención, expreso los sentimientos de mi especial consideración.

Atentamente,



**UNA
PUNO**

Firmado digitalmente por PILCO
VARGAS Rosa FAU 20145496170
soft
Motivo: Soy el autor del documento
Fecha: 03.09.2020 22:55:29 -05:00

FIRMA DIGITAL
Mg. ROSA PILCO VARGAS
DECANA

FACULTAD DE ENFERMERÍA – UNA-Puno

C.c. Archivo.
RPV/crlc.





ANEXO 11



MINISTERIO DE SALUD
RED SALUD CHUCUITO
MICRO SIMON BOLIVAR
EE.SS. LUQUINA CHICO I - 1

CONSTANCIA

EL JEFE DEL ESTABLECIMIENTO DE SALUD LUQUINA CHICO I-1.

HACE CONSTAR:

Que, la Srta. SONIA QUISPE CUSACANI, con DNI. 73647679, de la Escuela Profesional de Enfermería de la UNA – PUNO, ha realizado la EJECUCION DEL PROYECTO DE TESIS “GRADO DE ADHERENCIA TERAPEUTICA EN ADULTOS MAYORES CON HIPERTENSION ARTERIAL DEL PUESTO DE SALUD LUQUINA CHICO, PUNO 2020” Culminando satisfactoriamente el PROYECTO DE TESIS, Realizado en la jurisdicción del Establecimiento de Salud Luquina Chico, Micro Red Simón Bolívar, Red de Salud Puno.

Se expide el presente a solicitud de la interesada, para los fines que estime por conveniente.

Luquina chico, 11 de noviembre del 2020



Eulalia C. Quenta Quispe
Eulalia C. Quenta Quispe
LICENCIADA EN ENFERMERIA
CEP. 77376

ANEXO 12

Imagen 1



Fuente: fotografía tomada antes dar inicio con la ejecución del proyecto de tesis con equipo del personal de salud del Puesto de Salud Luquina Chico I-1- Chucuito-Puno

Imagen 2



Fuente: fotografía tomada en la coordinación con la Jefa del Puesto de Salud Luquina Chico, Puno.

Imagen 3



Fuente: fotografía tomada en la captación de los adultos mayores con hipertensión arterial del Puesto de Salud Luquina Chico.

Imágenes 4



Fuente: fotografía tomada en la entrevista estructurada a los adultos mayores con hipertensión arterial del Puesto de Salud Luquina Chico-Puno.



Fuente: fotografía tomada en la entrevista estructurada a los adultos mayores con hipertensión arterial del Puesto de Salud Luquina Chico-Puno.

Imagen 5



Fuente: fotografía tomada en control de la Presion arterial en los adultos mayores con hipertensión arterial del Puesto de Salud Luquina Chico, Puno.

Imagen 6



Fuente: fotografía tomada en la entrevista estructurada a los adultos mayores con hipertensión arterial del Puesto de Salud Luquina Chico-Puno.

Imagen 7



Fuente: fotografía tomada en la entrevista a los adultos mayores con hipertensión arterial del Puesto de Salud Luquina Chico-Puno.

Imagen 8



Fuente: fotografía tomada en la entrevista a los adultos mayores con hipertensión arterial del Puesto de Salud Luquina Chico-Puno.