



UNIVERSIDAD NACIONAL DEL ALTIPLANO

FACULTAD DE ENFERMERÍA

ESCUELA PROFESIONAL DE ENFERMERÍA



**FACTORES DE LA ADHERENCIA A TRATAMIENTOS
FARMACOLÓGICOS Y NO FARMACOLÓGICOS EN ADULTOS
CON HIPERTENSIÓN ARTERIAL, CENTRO DE SALUD 4 DE
NOVIEMBRE, PUNO - 2024.**

TESIS

PRESENTADA POR:

NOEMI ROSSI QUISPE LAMPA

PARA OPTAR EL TÍTULO PROFESIONAL DE:

LICENCIADA EN ENFERMERÍA

PUNO - PERÚ

2024



Noemi Rossi Quispe Lampa

**FACTORES DE LA ADHERENCIA A TRATAMIENTOS
FARMACOLÓGICOS Y NO FARMACOLÓGICOS EN ADULTOS C...**

My Files

My Files

Universidad Nacional del Altiplano

Detalles del documento

Identificador de la entrega

trn:oid::8254:417686668

84 Páginas

Fecha de entrega

19 dic 2024, 8:00 p.m. GMT-5

17,022 Palabras

Fecha de descarga

19 dic 2024, 8:12 p.m. GMT-5

98,392 Caracteres

Nombre de archivo

FACTORES DE LA ADHERENCIA A TRATAMIENTOS FARMACOLÓGICOS Y NO FARMACOLÓGICOS E....docx

Tamaño de archivo

2.8 MB





11% Similitud general

El total combinado de todas las coincidencias, incluidas las fuentes superpuestas, para ca...

Filtrado desde el informe

- Bibliografía
- Texto citado
- Texto mencionado
- Coincidencias menores (menos de 12 palabras)

Exclusiones

- N.º de fuentes excluidas
- N.º de coincidencias excluidas

Fuentes principales

- 9% Fuentes de Internet
- 3% Publicaciones
- 9% Trabajos entregados (trabajos del estudiante)

Marcas de integridad

N.º de alertas de integridad para revisión

No se han detectado manipulaciones de texto sospechosas.

Los algoritmos de nuestro sistema analizan un documento en profundidad para buscar inconsistencias que permitirían distinguirlo de una entrega normal. Si advertimos algo extraño, lo marcamos como una alerta para que pueda revisarlo.

Una marca de alerta no es necesariamente un indicador de problemas. Sin embargo, recomendamos que preste atención y la revise.

M.Sc. Wilian Harold Mamani Zapana
CEP: 31455
DOCENTE

Dra. Rosenda Aza Tacca
DIRECTORA DE LA UNIDAD DE INVESTIGACIÓN
FE - UNA - PUNO





DEDICATORIA

A Dios todo poderoso por protegerme e iluminar mi camino, darme fuerza y siempre estar a mi lado, permitiéndome lograr cada uno de mis objetivos.

A mis padres, Eloy y Cecilia por la confianza y el apoyo constante a lo largo de mi formación profesional y en cada paso que doy.

A mis hermanas, Yheny, Maryluz y mis hermanos, Cesar, Huber y Anthony, por su apoyo incondicional en mi proceso de formación y ser una fuente de inspiración que me motiva a seguir adelante.

A mi novio por enseñarme a nunca rendirme y seguir adelante a pesar de las dificultades.

Noemi Rossi Quispe Lampa



AGRADECIMIENTOS

A Dios, ante todo, por ser fuente inagotable de sabiduría y guía, por concederme fuerza y perseverancia en este trayecto académico que me ayudo a superar las dificultades.

A mi alma mater, la Universidad Nacional del Altiplano Puno y la Facultad de Enfermería, por ser mi fuente de conocimientos y experiencias de vida. así como a su distinguido cuerpo docente, les expreso mi agradecimiento por brindarme la oportunidad de formarme como profesional.

A mi asesor de tesis, M. Sc William Harold Mamani Zapana, por su orientación, paciencia y dedicación. Su sabiduría y experiencia fueron fundamentales en cada etapa de este proceso de investigación.

Mi profundo agradecimiento al director del Establecimiento de Salud 4 de Noviembre, al personal que labora, y a todas las personas que participaron en las encuestas. Su colaboración fue esencial y estoy agradecida por su tiempo y disposición.

Noemi Rossi Quispe Lampa



ÍNDICE GENERAL

	Pág.
DEDICATORIA	
AGRADECIMIENTOS	
ÍNDICE GENERAL	
ÍNDICE DE TABLAS	
ÍNDICE DE ANEXOS	
ACRÓNIMOS	
RESUMEN	12
ABSTRACT.....	13
CAPÍTULO I	
INTRODUCCIÓN	
1.1. EL PROBLEMA DE INVESTIGACIÓN	14
1.2. OBJETIVOS DE LA INVESTIGACIÓN	19
1.2.1. Objetivo general	19
1.2.2. Objetivos específicos	19
1.3. HIPÓTESIS DE INVESTIGACIÓN.....	19
1.3.1. Hipótesis general.....	19
CAPÍTULO II	
REVISIÓN DE LITERATURA	
2.1. AUTOCUIDADO Y ADHERENCIA TERAPÉUTICA DESDE LA ENFERMERÍA	20
2.2. ADULTO.....	21
2.3. HIPERTENSIÓN ARTERIAL	21
2.4. ADHERENCIA TERAPÉUTICA	23



2.5. ADHERENCIA AL TRATAMIENTO FARMACOLÓGICO Y NO FARMACOLÓGICO	24
2.5.1. Tratamiento farmacológico	24
2.5.1.1. Tratamiento no farmacológico	25
2.6. FACTORES DE LA ADHERENCIA AL TRATAMIENTO ANTIHIPERTENSIVO	27
2.6.1. Factores socioeconómicos.....	27
2.6.2. Factores relacionados al proveedor: Sistema y equipo de salud	28
2.6.3. Factores de la terapia.....	30
2.6.4. Factores del paciente	31
2.7. CATEGORÍAS DE TRATAMIENTO FARMACOLÓGICO Y NO FARMACOLÓGICO	33
2.8. MARCO CONCEPTUAL	34
2.8.1. Grado de adherencia.....	34
2.8.2. Adherencia al tratamiento farmacológico	34
2.8.3. Adherencia al tratamiento no farmacológico	34
2.8.4. Personas con factor de riesgo de enfermedad cardiovascular	34
2.9. ANTECEDENTES DE LA INVESTIGACIÓN.....	35
2.9.1. Antecedentes internacionales	35
2.9.2. Antecedentes nacionales	38
2.9.3. Antecedentes locales	41

CAPÍTULO III

MATERIALES Y MÉTODOS

3.1. TIPO Y DISEÑO DE INVESTIGACIÓN.....	43
3.2. ÁMBITO DE ESTUDIO.....	43



3.3. POBLACIÓN Y MUESTRA	44
3.3.1. Población.....	44
3.3.2. Muestra.....	44
3.4. VARIABLES Y SU OPERACIONALIZACIÓN	46
3.5. TÉCNICAS E INSTRUMENTOS DE RECOLECCIÓN DE DATOS	47
3.5.1. Técnica	47
3.5.2. Instrumento	47
3.5.3. Validez y confiabilidad de instrumentos.....	53
3.6. PROCEDIMIENTO DE RECOLECCIÓN DE DATOS	53
3.6.1. De coordinación	53
3.6.2. Ejecución.....	53
3.7. PROCESAMIENTO Y ANÁLISIS DE DATOS.....	54
CAPÍTULO IV	
RESULTADOS Y DISCUSIÓN	
4.1. DISCUSIÓN	58
V. CONCLUSIONES.....	66
VI. RECOMENDACIONES.....	67
VII. REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS.....	69
ANEXOS.....	78

ÁREA: Salud del adulto.

TEMA: Factores de adherencia a tratamientos farmacológicos y no farmacológicos.

FECHA DE SUSTENTACIÓN:27 DE DICIEMBRE 2024.



ÍNDICE DE TABLAS

	Pág.
Tabla 1 Operacionalización de variables	46
Tabla 2 Parámetros del instrumento.....	52
Tabla 3 Factores de la adherencia a tratamientos farmacológico y no farmacológico en adultos con hipertensión arterial que acuden al Centro de Salud 4 de noviembre, Puno, 2024.	56
Tabla 4 Factores socioeconómicos de la adherencia a tratamientos farmacológicos y no farmacológicos en adultos con hipertensión.	56
Tabla 5 Factores relacionados al proveedor: Sistema y equipo de salud de la adherencia a tratamientos farmacológicos y no farmacológicos en adultos con hipertensión.....	57
Tabla 6 Factores de la terapia de la adherencia a tratamientos farmacológicos y no farmacológicos en adultos con hipertensión.	57
Tabla 7 Factores del paciente de la adherencia a tratamientos farmacológicos y no farmacológicos en adultos con hipertensión	58



ÍNDICE DE ANEXOS

	Pág.
ANEXO 1 Matriz de consistencia	78
ANEXO 2 Instrumento de recolección de datos	79
ANEXO 3 Consentimiento informado	82
ANEXO 4 Declaración jurada de autenticidad de tesis.....	83
ANEXO 5 Autorización para el depósito de tesis en Repositorio Institucional.....	84



ACRÓNIMOS

HTA:	Hipertensión arterial
ECV:	Enfermedad cardiovascular
PA:	Presión arterial
PAD:	Presión Arterial Diastólica
PAS:	Presión Arterial Sistólica
AT:	Adherencia terapéutica
AP:	Atención primaria
ENT:	Enfermedades crónicas no transmisibles
OMS:	Organización Mundial de la Salud
OPS:	Organización Panamericana de la Salud
CAD:	Cardiopatía Coronaria
DNT:	Daños No Transmisibles,
ENDES:	Encuesta Demográfica y de Salud Familiar
SIS:	Seguro Integral Salud



RESUMEN

La hipertensión arterial es un factor de riesgo clave para enfermedades cardiovasculares. Investigar tratamientos farmacológicos y no farmacológicos permite optimizar terapias, mejorar la adherencia y desarrollar estrategias que impacten positivamente en la calidad de vida y la salud pública. El objetivo del estudio fue determinar los factores que influyen en la adherencia a tratamientos farmacológicos y no farmacológicos en adultos con hipertensión arterial, enfermedad con mayor riesgo de muerte cardiovascular. El tipo de estudio es descriptivo con diseño no experimental y de corte transversal. La población se conformó por 60 adultos con diagnóstico de hipertensión arterial asistentes al Establecimiento de Salud 4 de Noviembre; se aplicó un muestreo censal con aplicación de criterios de inclusión y exclusión. La técnica para la recolección de datos fue la encuesta y el instrumento para el recojo de datos fue el cuestionario de factores que influyen en la adherencia a tratamientos farmacológicos y no farmacológicos, con una validez de constructo por análisis factorial de tipo exploratorio y con un alpha de Cronbach de 0.60 para la confiabilidad. Los resultados muestran que el 61.7 % se encuentran en riesgo de desarrollar comportamientos de adherencia al tratamiento y 36.7 % no pueden responder con el comportamiento de adherencia al tratamiento; respecto a los factores más representativos destaca el factor socioeconómico con 73.3% de adultos que no pueden responder con comportamientos de adherencia al tratamiento. Se concluye que los factores de adherencia a tratamientos farmacológicos y no farmacológicos se encuentran en la categoría de riesgo de no desarrollar comportamientos de adherencia al tratamiento.

Palabras clave: Adulto, Hipertensión arterial, Tratamiento farmacológico, Tratamiento no farmacológico.



ABSTRACT

Arterial hypertension is a key risk factor for cardiovascular disease. Research into pharmacological and nonpharmacological treatments allows us to optimize therapies, improve adherence, and develop strategies that have a positive impact on quality of life and public health. The aim of the study was to determine the factors that influence adherence to pharmacological and nonpharmacological treatments in adults with arterial hypertension, a disease with a higher risk of cardiovascular death. The type of study was descriptive with a non-experimental, cross-sectional design. The population consisted of 60 adults with a diagnosis of arterial hypertension attending the Establecimiento de Salud 4 de Noviembre; a census sampling with application of inclusion and exclusion criteria was applied.

The data were collected using the survey technique and the questionnaire on factors influencing adherence to pharmacological and nonpharmacological treatments in patients with risk factors for cardiovascular disease was used, with construct validity by exploratory factor analysis and a Cronbach's alpha of 0.60 for reliability. The results show that 61.7% are at risk of developing treatment adherence behaviors and 36.7% are unable to respond with treatment adherence behaviors; as for the most representative factors, the socioeconomic factor stands out with 73.3% of adults unable to respond with treatment adherence behaviors. It is concluded that the factors of adherence to pharmacological and non-pharmacological treatments are in the risk category of not developing adherence behaviors to treatment.

Keywords: Adult, Arterial hypertension, Pharmacological treatment, non-pharmacological treatment.



CAPÍTULO I

INTRODUCCIÓN

1.1. EL PROBLEMA DE INVESTIGACIÓN

La mayor causa de mortalidad a nivel global implica enfermedades cardiovasculares (ECV), que comprenden hipertensión arterial, trastornos del corazón y vasos sanguíneos, seguidos de enfermedad coronaria, cerebrovascular, cardíaca, reumática, entre otras condiciones (1).

La hipertensión es una afección caracterizada por un aumento de la presión dentro de los vasos sanguíneos (arterias). Esta afección representa la principal causa de fallecimientos prematuros a nivel global y constituye un factor de riesgo significativo para las enfermedades cardiovasculares. Asimismo, puede desencadenar insuficiencia renal crónica, fallos cardíacos, demencia y, en menor grado, problemas en la retina (2).

La Organización Mundial de la Salud (OMS), señala que las enfermedades cardiovasculares son responsables de 16.8 millones de fallecimientos por cada año (3). La Organización Panamericana de la Salud (OPS), señala que para el año 2019 la prevalencia de hipertensión total en adultos de 30 a 79 años llega a 35.4%, asimismo se señala que un quinto de los países con mayor porcentaje de prevalencia son: Paraguay, Republica Dominicana, Argentina, Granada, Jamaica, San Cristóbal y Brasil (4), además, es reconocida como una condición que impacta la salud de los adultos, se estima que esta enfermedad ha generado más de 7.2 millones de mortalidad por el periodo de un año, que equivale al 13.2% de muertes en el mundo (5). Por otro lado, el aumento de la prevalencia para inicios del año 2026, las cifras puedan superar los 1,560 millones, aproximadamente un 30 % de la población global (6), y para el 2030, se proyecta que más de 22 millones



de personas al año morirán por enfermedades cardiovasculares (7).

La falta de cumplimiento con el tratamiento farmacológico, o la falta de adherencia terapéutica, representa un problema prevalente y significativo en la práctica clínica, especialmente en el manejo de enfermedades crónicas (8). La Organización Mundial de la Salud (OMS) señala que una baja adherencia a los tratamientos a largo plazo afecta gravemente la eficacia de estos, destacando su relevancia como un factor modificable que incide de manera directa en los resultados terapéuticos (9). Por lo tanto, se puede definir como el nivel en el cual los adultos siguen las instrucciones que se les da para realizar el tratamiento, mantenerse al día con los medicamentos en un régimen de tratamiento es algo difícil aún bajo las mejores condiciones, de manera que no es ninguna sorpresa que las personas tengan dificultades para mantenerse al día con sus programas de tratamiento.

La OMS señala que la adherencia a tratamientos, tanto farmacológicos como no farmacológicos, es un fenómeno multifactorial influido por cinco dimensiones. Entre ellas destacan los factores socioeconómicos, como la capacidad económica para adquirir medicamentos y el nivel educativo; los relacionados con el paciente, como la disposición al cambio, la autoeficacia, el olvido y el temor a la dependencia; y los vinculados al tratamiento, como interrupciones, dudas y recaídas. Además, se consideran factores del sistema de atención médica y características de la enfermedad, como su naturaleza asintomática y los efectos secundarios de los medicamentos, que dificultan la adherencia (10) (11).

El tratamiento no farmacológico se muestra como el más sostenible para lograr la recuperación, sin embargo, es el más difícil de implementar, debido a que se debe lograr cambios de conductas y hábitos los cuales seguramente están enraizados en los pacientes;



la sociedad debe participar significativamente en ese cambio, considerando estos hallazgos científicos; este obedece a la disminución del consumo de sodio, alcanzando 0.5g de sal/día (12) frente a los valores encontrados en el mundo que ascienden a 9 a 12 g/día (13). Del mismo modo, el incremento en el consumo de potasio hasta 1600mg/día tiene un efecto favorable en la disminución de la hipertensión arterial pudiendo disminuir un 20% de sufrir un ataque cerebro vascular (12), aspecto que se relaciona con la disminución del consumo de alimentos procesados. De otro lado el sobrepeso y la obesidad constituyen una condición favorable de hipertensión arterial, considerando la información que para el año 2014 en Lima el 35.7% de su población presentaban sobrepeso en especial en el género femenino (14).

La eficacia del tratamiento farmacológico y no farmacológico en individuos con hipertensión contribuye significativamente a la disminución de la morbilidad y mortalidad asociada a enfermedades cardiovasculares. Este enfoque reduce el riesgo de accidentes cerebrovasculares, insuficiencia cardíaca y enfermedad coronaria (CAD). Por lo tanto, la adopción responsable de la terapia con antihipertensivos resulta fundamental para lograr un control adecuado de las cifras de presión arterial, prevenir complicaciones e incluso evitar la mortalidad (15).

En el contexto de América, según un reporte reciente llevado a cabo en los Estados Unidos, el 81,5 % de las personas diagnosticadas con hipertensión son conscientes de su condición, el 74,9 % están recibiendo tratamiento, pero solo el 52,5 % considera que tienen la presión arterial bajo control. En este escenario, la baja tasa de control de la hipertensión arterial en estos pacientes podría atribuirse a niveles reducidos de adherencia a los tratamientos proporcionados (16). Por su parte, en Cuba, la hipertensión arterial es la enfermedad crónica más común, con una prevalencia estimada de 225,2 por cada 1000 habitantes. La provincia de Cienfuegos presenta una tasa de prevalencia de 234,8 por cada



1000 habitantes, y la evidencia clínica indica que esta cuestión de salud persiste en aumento (17).

En Colombia en el año 2023 se encontró que la causa fundamental para la falta de adherencia al tratamiento fue el incumplimiento, el olvido en la toma de los medicamentos, representando un 39.1 % (18); sin embargo, para el año 2021 en otro estudio se encontró que el género femenino cumplía de mejor manera su tratamiento en comparación a los hombres en una relación de 56.3% a 48.6% (19) (10). Por otro lado, en Cuba en el año 2021, se encontró que un 62% de la población de estudio no llegó a cumplir el tratamiento, las causas encontradas fueron principalmente aquellas relacionadas al paciente como el olvido con un 48.4%, la falta de disponibilidad de los medicamentos con un 25.8% y con el alivio de síntomas con un 16.1% (20).

En el territorio nacional, para el año 2020, el Ministerio de Salud (MINSA) reportó un aumento del 20 % en el número de personas afectadas por hipertensión arterial. Además, la Dirección de Prevención y Control de Enfermedades No Transmisibles del MINSA informó que la población con nuevos diagnósticos de hipertensión arterial superó los 729,000 casos en 2020. Según la Encuesta Demográfica y de Salud Familiar (ENDES) en 2019, la prevalencia de presión arterial alta fue del 19.8%, lo que significa que 1 de cada 5 personas mayores presenta hipertensión arterial (21).

En el Perú, en un estudio del año 2022, en Ancash se encontró que el 57.4% no presenta cumplimiento al tratamiento antihipertensivo, la causa recae en el grado de instrucción de los pacientes (22). Finalmente, en Barranca para el año 2021 se encontró que un 73% de los pacientes del estudio cumplían con la adherencia al tratamiento, siendo las causas para este cumplimiento el estadio de la enfermedad en la que se encontraban y los antecedentes familiares (23).



En la región de Puno, en el año 2021, el Puesto de Salud 4 de noviembre, reportó una demanda significativa de atención sanitaria, siendo un 41% del total de atenciones destinadas a adultos mayores con casos de hipertensión (24). En el mismo período, se documentaron dos casos de fallecimiento debido a accidente cerebrovascular. Por otro lado, durante el internado comunitario en el Centro de Salud 4 de Noviembre, en la rotación en el área de Daños No Transmisibles (DNT), al momento de hacer la actividad de triaje se captaron pacientes adultos con diagnóstico de hipertensión arterial, los mismos que acudían esporádicamente a su control y venían por sintomatologías de la misma enfermedad o también por otras patologías; según el reporte se calculó que, alrededor de un 50% acudía en forma regular y el resto incumplía fechas programadas, al preguntárseles el cumplimiento del tratamiento, refirieron que por sus actividades en ocasiones se olvidan y luego al paso de unos días retoman su tratamiento como se les había prescrito, una minoría refirieron que no entendieron bien porque ellos hablan quechua y no sabían cuántas pastillas tenían que tomar; algunos señalaron que el medicamento les hace más daño que beneficios, sin embargo, también se pudo escuchar que los pacientes más responsables habían modificado sus estilos de vida, como por ejemplo, la disminución de consumo de sal, carne, y carbohidratos; de otro lado, estaban empezando a practicar algunos ejercicios en la casa con la adquisición de equipos de gimnasio portátiles, en algunos casos la caminata era uno los ejercicios que también se venía practicando, por todo lo descrito se planteó la siguiente interrogante ¿Cuáles son los factores de la adherencia a tratamientos farmacológicos y no farmacológicos en pacientes adultos con hipertensión arterial que acuden al Centro de Salud 4 de Noviembre 2024?.



1.2. OBJETIVOS DE LA INVESTIGACIÓN

1.2.1. Objetivo general

- Determinar los factores de la adherencia a tratamientos farmacológicos y no farmacológicos en adultos con hipertensión arterial que acuden al Centro de Salud 4 de Noviembre, Puno, 2024.

1.2.2. Objetivos específicos

- Identificar los factores socioeconómicos de la adherencia a tratamientos farmacológicos y no farmacológicos en adultos con hipertensión.
- Identificar los factores relacionados al proveedor: Sistema y equipo de salud de la adherencia a tratamientos farmacológicos y no farmacológicos en adultos con hipertensión.
- Identificar los factores en la terapia de la adherencia a tratamientos farmacológicos y no farmacológicos en adultos con hipertensión.
- Identificar los factores del paciente de la adherencia a tratamientos farmacológicos y no farmacológicos en adultos con hipertensión.

1.3. HIPÓTESIS DE INVESTIGACIÓN

1.3.1. Hipótesis general

Considerando que el estudio es descriptivo, no se presentan hipótesis.



CAPÍTULO II

REVISIÓN DE LITERATURA

2.1. AUTOCUIDADO Y ADHERENCIA TERAPÉUTICA DESDE LA ENFERMERÍA

Una teoría integral de enfermería, "La teoría de enfermería del déficit de autocuidado" (Dorothea Orem), examina el concepto de autocuidado. Esta teoría comprende tres teorías estrechamente relacionadas: "Teoría del autocuidado, Teoría del déficit de autocuidado y Teoría de Sistemas de Enfermería"; el aspecto inicial delinea las lógicas y métodos mediante los cuales los individuos atienden su propia salud, considerando su capacidad y deseos de autocuidado; el aspecto siguiente explica las razones por las que un individuo puede beneficiarse de los cuidados de enfermería; se esfuerza por evaluar los requisitos previos esenciales para mantener la vitalidad, el progreso o la existencia, además de los que surgen en caso de una desviación de la salud. Además, el tercer componente se refiere a los sistemas de acción de enfermería necesarios para abordar las necesidades de autocuidado de las personas. Estos sistemas de acción pueden consistir en apoyo educativo, intervenciones total o parcialmente compensatorias u otros métodos asistenciales que se implementen como parte de la práctica profesional del enfermero (25).

Un sistema de enfermería eficaz establece conexiones entre las conductas del paciente y el logro de objetivos o metas de enfermería que se alinean con las necesidades o demandas de autocuidado del paciente, así como la selección de métodos de asistencia adecuados para circunstancias presentes o futuras previstas (25).

Esto implica considerar las limitaciones únicas del paciente y el grado de déficit



de autocuidado, así como el enfoque de atención de salud, que es una atención de enfermería orientada a satisfacer esas demandas (25).

El autocuidado, según Orem, es el esfuerzo continuo que hace un adulto para salvaguardar su propia vida, salud y bienestar. Cuando se ejecuta de manera competente, la acción modelada y desarrollada contribuye específicamente a la integridad estructural, desarrollo y funcionamiento del ser humano (26).

Según la definición de Bonilla, la adherencia es una conducta de autocuidado que se prevé cumplirá con las obligaciones universales de autocuidado, incluida la adherencia a prácticas de estilo de vida saludables con el fin de controlar o prevenir factores de riesgo, así como las obligaciones de autocuidado en un estado de salud, donde es obligatorio el cumplimiento de tratamientos farmacológicos y recomendaciones de modificación del estilo de vida (27).¹

2.2. ADULTO

La etapa de adultez en la vida de los humanos se inicia cuando se alcanzan una mayoría de edad aproximadamente. Esto se refiere a un período de desarrollo físico generalmente, sin embargo, también se lleva a cabo acciones significativas de naturaleza psicológica y emocional. Según el Ministerio de Salud esta etapa comprende a mujeres y varones desde los 20 a 59 años de edad (28).

2.3. HIPERTENSIÓN ARTERIAL

La hipertensión arterial (HTA) se define como una presión elevada de forma mantenida. Las guías norteamericanas, propuestas por el American College of cardiology, la American Heart Association y una serie de sociedades e instituciones relacionadas (ACC/AHA 2017), han definido HTA como unas cifras de PA iguales o superiores a



130/80 mmHg (29).

La hipertensión arterial es una enfermedad crónica de naturaleza multifactorial y de gran carga de enfermedad que afecta aproximadamente a 1280 millones de personas en todo el mundo (34). Para 2030, se prevé que más de 22 millones de personas al año morirán a causa de enfermedades cardiovasculares. Según el informe de la OMS del 2022, alrededor del 22% de la población mundial presentó hipertensión arterial; asimismo, la prevalencia en seis países de América Latina (Argentina, Brasil, Chile, Colombia, Perú y Uruguay), alcanzó un 32,3%, siendo el 68 y 32% en áreas urbanas y rurales de estos países, respectivamente (30).

La presión arterial muestra un incremento progresivo con la edad y el modelo de hipertensión cambia, se observa que la presión arterial sistólica muestra un incremento continuo mientras que la presión diastólica comienza a declinar a partir de los 50 años en ambos sexos, incrementado la presión de pulso que constituye un predictor muy fuerte para el desarrollo de eventos cardiovasculares (31).

La elevación de la presión sistólica está gobernada por la rigidez de las arterias de conducción, siendo la aorta el conducto principal. El volumen descargado por el ventrículo izquierdo durante cada latido produce una onda de pulso que se propaga desde el corazón hacia la periferia antes de reflejarse de regreso al corazón. Una mayor presión diastólica resulta del retorno de sangre al corazón durante la diástole cuando las arterias están distensibles, lo que resulta en una disminución de la velocidad. 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 incrementado la presión sistólica



y reduciendo la presión diastólica (32).

2.4. ADHERENCIA TERAPÉUTICA

La adherencia terapéutica es un comportamiento del paciente hacia la toma de medicación. La OMS la definió como “el grado en el que la conducta de una persona, en relación con la toma de medicación, el seguimiento de una dieta o la modificación de hábitos de vida, se corresponde con las recomendaciones acordadas con el profesional sanitario”. Tiene carácter dinámico y está influenciada por múltiples factores (33).

Asimismo, es el nivel en el que un paciente sigue las recomendaciones proporcionadas por el personal de salud, las cuales abarcan aspectos como la correcta administración de medicamentos y la implementación de cambios en la dieta y el estilo de vida. Esta definición subraya que el personal de salud no se limita únicamente a los médicos, sino que engloba a cualquier profesional de la salud, además, resalta que el tratamiento antihipertensivo no se basa únicamente en fármacos, asimismo, esta definición evita el uso de la palabra "instrucción", ya que sugeriría que el paciente simplemente debe obedecer órdenes, en lugar de enfocar la importancia de una asociación colaborativa en la que se aprovechan las capacidades tanto del paciente como del proveedor de atención médica (19).

Es fundamental comprender el nivel de adherencia terapéutica del paciente a la hora de evaluar la eficacia y seguridad de los tratamientos farmacéuticos prescritos, así como de los no farmacológicos. Por ejemplo, si el grado de adherencia estaba por debajo del nivel deseable y si no se alcanzaran los objetivos clínicos deseados, podría ser necesario intensificar el tratamiento prescrito o sustituir un tratamiento por otro que tenga un perfil de seguridad más bajo o cueste más. Por de esto, es esencial que los profesionales de salud dispongan de otras estrategias o herramientas para evaluar la adherencia al



tratamiento y los resultados nos ayuden a tomar decisiones sobre las intervenciones más adecuadas para cada paciente. Dado que la adherencia terapéutica es una conducta que puede cambiar con el tiempo, es necesario medirla y reevaluarla periódicamente. Un comportamiento que puede cambiar con el tiempo, es necesario medirlo y reevaluarlo periódicamente (33).

2.5. ADHERENCIA AL TRATAMIENTO FARMACOLÓGICO Y NO FARMACOLÓGICO

2.5.1. Tratamiento farmacológico

La terapia farmacológica puede consistir en un único agente o combinaciones de los mismos. Si bien todos estos grupos farmacológicos reducen los niveles de presión arterial de manera relativamente similar, el perfil de los factores de presión arterial y otras consideraciones pueden indicar cuándo una sustancia es más apropiada que otra. La indicación se basa en el riesgo cardiovascular, contraindicaciones farmacológicas, afectación de órganos diana y posibles interacciones farmacológicas que puedan afectar al paciente (34).

Los pacientes que deben iniciar su tratamiento farmacológico pueden ser:

- Pacientes con hipertensión y bajo riesgo cardiovascular que hayan implementado modificaciones en su estilo de vida durante un mínimo de tres a seis meses sin alcanzar sus objetivos de presión arterial; estos individuos son los que iniciarán la terapia farmacológica.
- Pacientes clasificados como hipertensos y que tengan presión arterial sistólica de 160 mmHg o presión arterial diastólica de 100 mmHg, independientemente de otros parámetros relevantes.



Las siguientes categorías comprenden las clases de medicamentos antihipertensivos de primera elección que han sido validados científicamente y son ampliamente aceptados: inhibidores de la enzima convertidora de angiotensina II, bloqueadores de los receptores de angiotensina II, bloqueadores de los canales de calcio y diuréticos tipo tiazida. En personas de 60 años o más, es aconsejable abstenerse de utilizar 3 bloqueadores como alternativa inicial (35).

2.5.1.1. Tratamiento no farmacológico

Las modificaciones en el estilo de vida tienen el potencial de prevenir o retrasar la hipertensión en pacientes no hipertensos, ayudar a reducir la presión arterial en pacientes hipertensos sometidos a tratamiento farmacológico y permitir una disminución en la cantidad y dosis de medicamentos antihipertensivos necesarios. En consecuencia, esta información es crucial en el manejo de los pacientes diagnosticados de enfermedad hipertensiva (36). Las medidas que se han demostrado eficaces para disminuir la presión arterial son:

- a. **Disminución de peso:** Alcanzar y mantener un peso corporal saludable, lo que implica un IMC entre 18,5 y 24,9 y una circunferencia abdominal no superior a 102 cm para los hombres y 88 cm para las mujeres (36).
- b. **Dieta:** Entre los alimentos que ingiero se encuentran frutas, verduras frescas y alimentos bajos en grasas totales y saturadas. En lugar de grasas, carnes rojas, dulces y bebidas azucaradas, la dieta exige el consumo de cereales integrales, aves, productos lácteos bajos en grasa, mariscos y frutos secos.



- c. **Reducción del consumo de sal:** Es aconsejable seguir una dieta que no contenga más de 5 g de sal al día y evitar alimentos enlatados ricos en sodio. La ingesta excesiva de sal tiene el potencial de desarrollar hipertensión resistente al tratamiento.

- d. **Actividad física:** Es un predictor independiente de mortalidad cardiovascular. Lo más recomendable es realizar actividad física aeróbica de intensidad moderada de forma regular, como caminar, correr, andar en bicicleta o nadar, durante un mínimo de 30 minutos diarios o 150 minutos semanales. presenta un efecto antihipertensivo moderado (aproximadamente 3 a 4 mm Hg), pero cuando se combina con restricciones calóricas adicionales, se logra una mayor eficacia en términos de mantenimiento del peso y reducción de la presión arterial. Individualizar la cantidad y naturaleza del ejercicio para cada paciente es crucial, considerando factores como la edad, el entrenamiento pre deportivo, las preferencias personales y el nivel de entrenamiento. Además, antes de sugerir ejercicio vigoroso, se debe reducir la presión arterial mediante el uso de medicamentos antihipertensivos (37).

- e. **Evitar el consumo de alcohol:** Exceder un vaso de alcohol al día provoca un aumento permanente de la presión arterial; este aumento es más pronunciado en adultos mayores con colesterol alto y fumadores; por tanto, es aconsejable limitar la ingesta de alcohol a no más de 20-30 g por día de etanol por día para los hombres y de 10 a 20 g para las mujeres. Se ha observado una correlación epidemiológica directa entre la prevalencia de



hipertensión, los niveles de presión arterial y el consumo de alcohol. La incidencia de hipertensión en los hombres aumenta con concentraciones de etanol que comienzan con 210 g/semana (30 g/día), mientras que en mujeres y sujetos de raza negra comienza con 140 g/semana (20 g/día) (38).

Esta relación no es estrictamente lineal. Si bien la reducción media es de 3/2 mmHg, los individuos con un consumo significativamente elevado pueden experimentar una disminución considerablemente más pronunciada. Por el contrario, está bien establecido que el consumo moderado de alcohol disminuye la probabilidad de desarrollar infarto de miocardio y mortalidad cardiovascular (37).

2.6. FACTORES DE LA ADHERENCIA AL TRATAMIENTO ANTIHIPERTENSIVO

2.6.1. Factores socioeconómicos

El costo de los medicamentos es el principal obstáculo para seguir el tratamiento. Asimismo, los estudios indican que la soledad es uno de los motivos más frecuentes de falta de adherencia. Además, la falta de apoyo y estímulo por parte de la familia para seguir el tratamiento con lleva a tasas elevadas de abandono (26). Entre los factores se incluyen la pobreza, la disponibilidad de atención médica y medicamentos, el analfabetismo, la existencia de redes de apoyo social funcionales y la implementación de sistemas de salud que consideren las creencias culturales relacionadas con la enfermedad y su tratamiento (39). Los factores socioeconómicos pueden considerar los siguientes aspectos:



- **Disponibilidad económica de la familia:** Entendida como la accesibilidad que tiene la familia a recursos económicos para utilizar en su conveniencia.
- **Capacidad para costear los medicamentos:** Se refiere a la posibilidad que tiene la familia para adquirir los medicamentos indicados en la receta médica.
- **Asistencia a las consultas:** Es la concurrencia de los pacientes a la consulta previa planificación o cita.
- **Efecto del cambio de dieta:** Es la respuesta fisiológica de la modificación de los planes de alimentación del paciente.
- **Capacidad de acceso a información:** Es la facultad de llegar a la información referente al proceso patológico que el paciente padece.
- **Apoyo familiar:** Es todo aquello que la familia ofrece al paciente que padece una enfermedad (40).

2.6.2. Factores relacionados al proveedor: Sistema y equipo de salud

La presencia de horarios inconvenientes para acceder a las consultas médicas y de largas esperas en la atención. Además, la calidad de la relación entre médico y paciente es crucial, ya que los pacientes pueden sentir que no son escuchados y tienen poca confianza en el personal de salud. También señalan que la información proporcionada no es clara y, debido a su falta de comprensión, no entienden cómo seguir la prescripción médica (41). Los factores del sistema sanitario tienen efectos negativos en la adherencia terapéutica (39); Esto incluye centros de salud con infraestructura deficiente y recursos limitados, personal



médico mal remunerado y sobrecargado, lo que resulta en consultas rápidas y de baja calidad. Además, se observa personal de salud con formación insuficiente, sistemas con poca capacidad para educar a los pacientes y dar seguimiento a enfermedades crónicas, así como una falta de conocimiento sobre la adherencia al tratamiento y las intervenciones necesarias para optimizarla. Estos factores pueden caracterizarse de la siguiente manera:

- **Nivel de respuesta del personal de salud:** Es la medición de la oferta que ofrece el equipo de salud para satisfacer las necesidades de la población en términos de salud.
- **Percepción del nivel de atención médica:** Se refiere a recibir, interpretar y comprender cada una de las categorías de salud que brinda el personal de salud.
- **Información de los beneficios de los medicamentos:** Es el conjunto de datos, procesados y ordenados para la comprensión del bien que produce el consumo de los medicamentos.
- **Ajuste de la medicación y actividades diarias:** Se refiere a acomodar los medicamentos necesarios para producir el efecto deseado. Las actividades diarias se entienden como todas aquellas actividades de la vida cotidiana que tienen un valor y significado concreto para una persona.
- **Percepción del nivel de empatía del personal médico:** Se refiere a recibir, interpretar y comprender la categoría en la que el personal médico se coloca en la posición de su paciente.



- **Nivel de explicación del personal médico:** Es la categoría con la que el médico hace más entendible un aspecto.
- **Resultados del tratamiento:** Es la consecuencia del plan de terapia para un paciente.
- **Percepción sobre la esperanza de mejoría:** Es la comprensión sobre la pretensión que un individuo puede mejorar su estado de salud (42).

2.6.3. Factores de la terapia

Los pacientes que toman un solo medicamento (monoterapia) tienden a ser más adherentes que aquellos que deben tomar dos o más medicamentos. Algunos pacientes también informan que olvidan cuántas veces al día deben tomar sus medicamentos o que interrumpen el tratamiento debido a efectos adversos o porque se sienten bien y creen que ya no lo necesitan (43). La importancia de los distintos atributos relacionados con los tratamientos y las enfermedades no supera la de los factores comunes que afectan la adherencia a la terapia; en cambio, modifican el impacto de este último.

Las intervenciones de adherencia deben adaptarse a las necesidades del paciente para lograr una repercusión máxima (39). Pueden ser consideradas las siguientes características:

- **Identificación de dificultades:** Es el reconocimiento del esfuerzo adicional del paciente para desarrollar sus actividades.
- **Dificultad de movilización:** Es el esfuerzo necesario que considera un individuo para trasladarse de un lugar a otro.



- **Presentación de dudas con el tratamiento:** Es la transmisión de alguna información sobre una indeterminación referente al plan de terapia que usa un paciente.
- **Suspensión del tratamiento ante mejora:** Es la anulación del plan de la terapia propuesta a un paciente considerando su estado de salud positivo.
- **Reincidencia de las dificultades:** Es la repetición de problemas que se puede frente a un determinado hecho.
- **Nivel de resistencia al cambio de hábitos saludables:** Es la categoría de aguante que presenta una persona frente a conductas repetitivas para preservar la salud de una persona (42).

2.6.4. Factores del paciente

La falta de recursos, las creencias religiosas, la falta de percepción sobre la mejora de la enfermedad, la dependencia de los profesionales médicos, el deseo de autonomía, la autoeficacia y la salud mental son factores destacables. El incumplimiento del tratamiento conduce a un aumento significativo de los gastos del paciente. Sin embargo, son escasos los estudios que investigan las intervenciones a este nivel y se ha observado que los hombres parecen tener una mayor propensión al incumplimiento que las mujeres. Además, factores como la edad avanzada, la mayor susceptibilidad a las enfermedades, la vida solitaria y la duración de la enfermedad también se consideran posibles determinantes de la adherencia (39). Entre los más importantes son:



- **Convencimiento de los beneficios del tratamiento:** Es la certeza de un bien que es dado o que ha sido recibido por parte del paciente respecto al conjunto de acciones o medidas que buscan el beneficio del paciente.
- **Interés sobre la condición de salud y auto prevención:** Considerado como la inclinación de la persona hacia su estado de bienestar o condición positiva en todos sus aspectos, promoviendo su capacidad personal para preservar y mantener esta condición.
- **Percepción de la importancia del tratamiento:** Es la interpretación y comprensión que tiene la persona sobre el conjunto de medidas y actividades que buscan mejorar su estado.
- **Capacidad de asumir responsabilidad de la propia salud:** Considerado como la idoneidad que tiene una persona para hacerle cargo de su propio bienestar, para ello realizar una serie de comportamiento y actividades a fin de lograrlo (42).

Es necesario evaluar las áreas que nos den la oportunidad en las que se podría intervenir para mejorar la adherencia terapéutica. Una vez que se ha identificado se desarrollan estrategias e intervenciones personalizadas. Se ha demostrado que una disminución de la adherencia está relacionada con un aumento del número de hospitalizaciones entre los pacientes; esto aumenta el gasto de recursos sanitarios, así como el desperdicio del esfuerzo personal de salud (39).

2.7. CATEGORÍAS DE TRATAMIENTO FARMACOLÓGICO Y NO FARMACOLÓGICO

- **Ventaja para adherencia al tratamiento:**

Esta categoría se refiere a los pacientes que presentan características favorables para cumplir con las indicaciones terapéuticas. Estas personas suelen contar con recursos, apoyo social y motivación suficiente para seguir las recomendaciones médicas. Tienen una comprensión adecuada de su enfermedad y su tratamiento, lo que les facilita adoptar y mantener comportamientos positivos para su salud.

- **En riesgo de no desarrollar comportamientos de adherencia al tratamiento:**

Incluye a pacientes que, aunque podrían tener cierto potencial para adherirse al tratamiento, enfrentan barreras importantes que los colocan en riesgo de no seguir las indicaciones médicas. Estas barreras pueden ser de tipo socioeconómico, educativo o relacionado con la falta de apoyo emocional. También pueden tener dudas, temores o una comprensión parcial de la importancia del tratamiento, lo que los hace vulnerables a interrupciones o incumplimiento.

- **No puede responder con comportamientos de adherencia al tratamiento:**

Esta categoría describe a los pacientes que tienen una capacidad muy limitada o inexistente para cumplir con las recomendaciones médicas. Esto puede deberse a factores graves como barreras económicas extremas, aislamiento social, falta de apoyo familiar, analfabetismo, trastornos mentales o enfermedades que dificultan la comprensión o la acción. En estos casos, es necesario un enfoque integral que incluya apoyo externo significativo y posibles intervenciones comunitarias o institucionales (44).



2.8. MARCO CONCEPTUAL

2.8.1. Grado de adherencia

El grado en que una persona sigue las indicaciones de un profesional de salud en cuanto a tomar medicamentos, mantener una dieta o hacer ajustes en su estilo de vida, coincide con las recomendaciones establecidas por dicho proveedor (45).

2.8.2. Adherencia al tratamiento farmacológico

"El grado en que un paciente con factores de riesgo de enfermedades cardiovasculares sigue las indicaciones proporcionadas por un profesional de salud, ya sea médico o enfermero. Estas indicaciones incluyen aspectos relacionados con los medicamentos: tipo, dosis, frecuencia, duración del tratamiento y recomendaciones sobre su administración en relación con las comidas, horarios del día y otros factores adicionales"(45).

2.8.3. Adherencia al tratamiento no farmacológico

"Se evalúa en qué medida el comportamiento de un paciente, afectado por los factores de riesgo de enfermedades cardiovasculares, sigue las recomendaciones del personal de salud, ya sea médico o enfermero. Las sugerencias no farmacológicas mencionadas incluyen cambios en la dieta, regulación del ejercicio, control del peso y la reducción o eliminación del consumo de tabaco y alcohol "(46).

2.8.4. Personas con factor de riesgo de enfermedad cardiovascular

“Se identifica a las personas con factor de riesgo de enfermedad



cardiovascular que presentan condiciones como hipertensión arterial, diabetes, sedentarismo, obesidad, hipercolesterolemia, dislipidemia, tabaquismo y alcohol” (46).

2.9. ANTECEDENTES DE LA INVESTIGACIÓN

2.9.1. Antecedentes internacionales

Chávez et al., en su artículo, buscaron establecer aquellas características que participan en la adherencia al tratamiento de fármacos de hipertensión arterial en pacientes pertenecientes a un programa de enfermos crónicos de una empresa estatal, en Colombia 2023. El trabajo fue cuantitativo, descriptivo, transversal, cuya población constó de 1 007 sujetos. La técnica utilizada fue revisión documentaria de pacientes con hipertensión arterial y el instrumento fue el test de Morisky-Green Levine (45). De los resultados, el estudio revela una tasa del 50.2 % de no adherencia al tratamiento y un 49.8 % de adherencia entre la población, estableciendo una conexión significativa entre las características sociodemográficas y el acatamiento de las directrices del tratamiento. La participación de género fue de un 66 % de mujeres y un 33 % de hombres, con edades que oscilaban entre 18 y 80 años. Según el test de Morisky, la principal causa de incumplimiento es el olvido en la toma de los medicamentos, representando un 39.1 %. En conclusión, la incidencia de hipertensión arterial es más común en individuos de 40 años o más, asociada tanto a factores adquiridos como a predisposiciones congénitas. Además, existen aspectos relacionados con el paciente que obstaculizan el manejo efectivo de la enfermedad y, en consecuencia, influyen en la adhesión al tratamiento farmacológico para la hipertensión arterial. Estos elementos son cruciales para la identificación y



comprensión de la población por parte del personal de salud (47).

Marcondes y colaboradores, en su investigación con el objetivo de evaluar los factores asociados con la adherencia de adultos/ancianos al tratamiento de la hipertensión arterial en atención primaria 2019. La población fueron 180,334 habitantes del estado de Paraná y se tuvo una muestra de 250 habitantes. Se utilizó una metodología cuantitativa y diseño transversal. El instrumento utilizado fue cuestionario donde se obtuvo datos sociodemográficos y una escala de Likert para evaluación del tratamiento. Los resultados mostraron que de los 257 pacientes mujeres con hipertensión, el 91.05% se adhirieron al tratamiento. Los factores asociados fueron la edad mayor a 60 años ($p < 0.001$). Factores como sexo, estado civil, nivel educativo y hábitos de fumar no estuvieron asociados (48).

Burgal-Cintra et al., en su artículo, buscaron establecer la adherencia al tratamiento antihipertensivo en pacientes adultos mayores, así como en los factores vinculados a la falta de adherencia, en Cuba 2021. El trabajo fue descriptivo, cuantitativo y longitudinal, cuya muestra se compuso de 32 pacientes femeninos y 18 pacientes masculinos, seleccionados aleatoriamente, todos ellos fueron pacientes de un consultorio, a quienes se les administró el cuestionario Martín-Bayarre-Grau y el nivel de conocimiento de la enfermedad por el Test de Batalla, los resultados fueron que la falta de adherencia al tratamiento antihipertensivo fue predominante en un 62 %. Se observó una adherencia parcial del 22 %. Las dificultades en la adherencia fueron más comunes entre mujeres de 60 a 69 años de edad. Se identificaron diversas razones intrínsecas al paciente, como el olvido (48.4 %), la falta de disponibilidad de medicamentos (25.8 %) y el alivio de los síntomas (16.1 %). Otras causas incluyeron el escaso conocimiento sobre la enfermedad y la presencia de comorbilidades. En conclusión, se observó



que prevaleció la adherencia al tratamiento antihipertensivo en adultos mayores. Las razones principales fueron el olvido de tomar el medicamento, la falta de disponibilidad de los medicamentos, la falta de conocimiento sobre la enfermedad y la presencia de comorbilidades (20).

Mena et al., en su artículo, buscaron analizar el papel que asumen las variables sociodemográfico, estrés respecto a la adherencia al tratamiento, antecedentes de salud y autoeficacia en una institución de salud en Chile 2018. El trabajo fue cuantitativo correlacional, cuya muestra se conformó de 141 participantes con hipertensión mediante muestreo probabilístico aleatorio e intencionado. Asimismo, se diseñaron herramientas para recolectar datos sobre aspectos sociodemográficos e historial de salud. Se emplearon las siguientes escalas para evaluar adherencia, autoeficacia y estrés: el Cuestionario de Conductas de Salud de Miller, el SEMCD-S del Stanford Patient Education Research Center y la subescala de estrés del DASS-21 de Lovibond y Lovibond. De los resultados, la relación entre la adherencia global y la autoeficacia fue significativa, pero de baja magnitud ($r=0.224$), mientras que con el estrés fue negativa y también de magnitud baja ($r=-0.170^*$). Factores como la edad, no ser fumador y tener un entendimiento de que la enfermedad es crónica fueron identificados como predictores de la adhesión al tratamiento. En conclusión, Los hallazgos subrayan la relevancia de aspectos individuales como indicadores de comportamientos de salud, así como el impacto de la educación y la información en la obediencia al tratamiento en individuos que padecen hipertensión. Se examinan las posibles aplicaciones prácticas de estos descubrimientos en el desarrollo del programa de salud cardiovascular (43).



2.9.2. Antecedentes nacionales

Suárez, en su tesis, buscó establecer aquellos factores que se asocian al tratamiento antihipertensivo en los adultos de Micro red Mancos-Áncash 2022. El trabajo fue cuantitativo, descriptivo-correlacional, no experimental y transversal, cuya muestra se conformó de 136 adultos con hipertensión, a quienes se les administró dos instrumentos: el cuestionario de factores influyentes y de adherencia al tratamiento de Morisky, Green–Levine. De los resultados, el 100% (136) de adultos con hipertensión arterial de la Micro Red de salud Mancos, el 57,4 % (78) no tiene adherencia al tratamiento y el 42,6 % (58) tienen adherencia con el tratamiento, es decir, de los cuales la mayoría son hombres y menos de la mitad tienen educación y empleo de manera ocasional. Esta situación influye en que más de la mitad de los afectados no cumplan con el tratamiento contra la hipertensión. Se concluyó que es necesario abordar el factor vinculado a la terapia, ya que se observó una correlación estadísticamente significativa con la adhesión al tratamiento, con el propósito de promover el autocuidado en adultos que sufren de hipertensión (22).

Velásquez et. al. (42) en su estudio en Chiclayo el 2022 con el objetivo de determinar los factores asociados a la no adherencia al tratamiento antihipertensivo en adultos que asisten a EsSalud. La metodología fue de corte transversal y correlacional, el instrumento utilizados fue el cuestionario de Morisky-Green y de Bonilla y Gutierrez. Los resultados fueron: el 52.7% no tienen adherencia al tratamiento, respecto a los factores socioeconómicos el 69.5% no responde a la adherencia, sobre el factor relacionado al proveedor el 65.9% no responde a la adherencia, sobre el factor relacionado a la terapia el 68.5% no responde a la adherencia, finalmente el factor relacionado al paciente el 77.8% no



responde a la adherencia (49).

Huaquín y Solís, en su tesis, buscó determinar los factores que se asocian a la adherencia en tratamiento terapéutico en pacientes con hipertensión de un centro de salud, en Barranca 2021. El trabajo fue cuantitativo, correlacional, transversal y no experimental, cuya población contó con 180 participantes con edades mayores a 35 años, a quienes se les aplicó una ficha de recolección de datos y el test de Morisky-Green para evaluar la adherencia. De los resultados, en relación a aspectos sociodemográficos, se encontró que la edad mínima de los participantes fue de 47 años, mientras que la máxima fue de 95 años. El 47% de los pacientes eran mujeres (62 pacientes). Respecto a la educación, el 44,7% (59 pacientes) había completado estudios primarios. En términos de estado civil, el 71,2% (94 pacientes) estaban casados. En cuanto a la presencia de obesidad, el 68,2% (90 pacientes) no la tenían. Respecto a la gravedad de la hipertensión, el 54,5% (72 pacientes) se encontraba en un estadio leve, mientras que el 45,5% (60 pacientes) estaba en estadios moderados a muy graves. Con respecto a antecedentes familiares, el 48,5% (64 pacientes) tenía antecedentes. En relación a la adherencia al tratamiento, el 55,3% (73 pacientes) cumplían con el tratamiento. Se encontró que los factores que estaban asociados con la adherencia al tratamiento eran el estadio de la hipertensión arterial ($p=0,000$) y los antecedentes familiares ($p=0,003$). En conclusión, los elementos vinculados a la obediencia del tratamiento en individuos con hipertensión en una institución de atención primaria de EsSalud incluyeron el grado de la hipertensión y los historiales familiares (23).

Asto, en su tesis, buscó establecer aquellos factores terapéuticos y sociodemográficos que se asocian a la baja adherencia al tratamiento antihipertensivo en la población adulta de un hospital regional docente, en Trujillo



2020. El trabajo fue descriptivo, no experimental, transversal, prospectivo y observacional, cuya muestra contó de 369 sujetos de un centro de salud docente, a quienes se le administró el test de Morisky – Green – Levine y se determinó la relación mediante la prueba de Chi cuadrado. De los resultados, el porcentaje de incumplimiento del tratamiento antihipertensivo fue del 60.98 %. Se halló una conexión significativa con ciertos factores: ser mujer, tener más de 65 años, no haber completado la educación primaria, estar soltero, recibir un solo tipo de medicamento y llevar menos de 5 años en tratamiento. Se confirmó que estas variables están estrechamente relacionadas de manera estadísticamente significativa (con un valor de p menor a 0.05). En conclusión, se observó una elevada prevalencia de falta de cumplimiento terapéutico en adultos que padecen hipertensión arterial. Asimismo, el hecho de ser mujer, tener más de 65 años, haber cursado educación primaria sin completar, estar en estado civil soltero, recibir un solo fármaco y tener menos de 5 años de tratamiento se vinculan con la falta de adherencia al tratamiento antihipertensivo (50).

Ponce F y Rojas Y, (22) en su investigación con el objetivo: Sistematizar las evidencias científicas sobre los factores asociados a la adherencia al tratamiento en pacientes adultos con hipertensión arterial. La metodología fue una revisión sistemática observacional retrospectivo. El 30% de los adultos mayores tienen mayor adherencia, el sexo femenino alcanza el 40%, duración de la enfermedad 30%, nivel educacional con un 60%, las creencias, relación profesional de la salud – paciente 40%, actitudes y atribuciones acerca de la salud 30%, factor acceso a los servicios de salud 40%. Conclusiones: Los resultados de este estudio, confirman que la adherencia al tratamiento de la HTA, se debe a una multiplicidad de factores, los mismos que han sido agrupados como: factores



sociodemográficos, socioeconómicos, médicos, psicosociales y relacionados con el acceso a los sistemas de salud (51).

Medina y Rojas (52) en su estudio con el propósito de determinar los factores asociados a la adherencia al tratamiento antihipertensivo en el adulto mayor. Utilizó una metodología descriptiva y transversal, su muestra fue conformada por 150 usuarios, el instrumento para el recojo de la información fue el test de Morisky – levine. Los resultados del estudio muestran un 16% de adultos con adherencia al tratamiento, respecto a la dimensión socioeconómica se halló un 45% en riesgo de no desarrollar comportamientos de adherencia al tratamiento, 46% no puede responder con comportamientos de adherencia al tratamiento, en el factor relacionado al proveedor un 79% tiene ventaja de adherencia al tratamiento (VAT), para el factor terapia un 53%, se encuentra en (VAT), y para la categoría de paciente un 96% en (VAT).

2.9.3. Antecedentes locales

Quispe, en su investigación con el objetivo determinar el nivel de adherencia terapéutica en adultos mayores con hipertensión arterial. El estudio fue no experimental, transversal y descriptivo. Fueron 19 adultos mayores con diagnóstico médico de hipertensión arterial como la población. La entrevista fue la técnica, el instrumento fue el cuestionario de Martin-Bayarre-Grau (MBG). Los resultados obtenidos muestran que 5.3% presentan adherencia total, adherencia terapéutica parcial el 68.4%, seguido de 26.3% no adherencia. Según las dimensiones, el nivel de adherencia parcial en el cumplimiento del tratamiento es de 73.7%, el 82.2% nivel de no adherencia en la implicación personal y el 52.6% nivel de adherencia parcial en la relación transaccional. Se concluye que el 73.7%



presentan una adherencia terapéutica entre el nivel adherencia parcial y no adheridos (53).



CAPÍTULO III

MATERIALES Y MÉTODOS

3.1. TIPO Y DISEÑO DE INVESTIGACIÓN

El estudio de investigación tuvo un enfoque cuantitativo y fue de tipo descriptivo, ya que se analizaron los datos para responder a la pregunta de investigación. El diseño fue no experimental, dado que no se manipuló la variable en estudio, de corte transversal, porque los datos se recolectaron en un solo momento (54).

3.2. ÁMBITO DE ESTUDIO

Espacio geográfico: El Centro de salud 4 de noviembre tiene la categoría de I-3 del Distrito de Puno, pertenece a la DIRESA Puno, está ubicado en Jr. Rubén Darío N° 257 – Barrio 4 de noviembre Puno, su horario de atención es de 7:00 a.m. a 7:00 p.m. pertenece a la Microred José Antonio Encinas y su objetivo es promover la salud, prevenir enfermedades y brindar atención integral a la comunidad, respetando los derechos fundamentales y la vida de los ciudadanos desde antes del nacimiento y a lo largo de su vida. Las características de la población que acude al establecimiento de salud pertenecen al área urbana, dedicados a prestar servicios y otros al comercio, con grado de instrucción secundaria y superior, en su mayoría personas adultas y adultas mayores.

Figura 1

Ubicación del Centro de Salud 4 de noviembre



3.3. POBLACIÓN Y MUESTRA

3.3.1. Población

La población de estudio estuvo compuesta por 60 adultos con diagnóstico de hipertensión arterial registrados en la Estrategia de daños no transmisibles durante el periodo enero a diciembre de 2023 que asisten al Centro de salud 4 de noviembre.

3.3.2. Muestra

La muestra se realizó de tipo censo según criterios de inclusión y exclusión.

- **Criterios de inclusión**
 - Adultos con hipertensión arterial, que contaron con historia clínica y que acudieron al centro de salud.
 - Pacientes que tuvieron indicado tratamiento farmacológico y no farmacológico para la hipertensión arterial.



- Personas con Seguro Integral de Salud (SIS).
- Adultos que aceptaron participar en el estudio y haber firmado el consentimiento informado correspondiente.
- **Criterios de exclusión**
 - Individuos que no saben leer y escribir.
 - Personas que tuvieron agregadas otras enfermedades que no estén relacionadas a la hipertensión arterial.
 - Adultos con cualquier otra patología diferente a hipertensión arterial.
 - Pacientes con complicaciones agudas o crónicas causadas por la hipertensión arterial las cuales debieron estar señaladas en su historia clínica.
 - Pacientes con hipertensión secundaria por otras causas biológicas.
 - Individuos con incapacidad para comprender como demencia, o el deterioro cognitivo significativo.
 - Personas con hipertensión arterial que no recibieron tratamiento.

3.4. VARIABLES Y SU OPERACIONALIZACIÓN

Tabla 1

Operacionalización de variables

VARIABLE	DIMENSION	INDICADORES	ITEMS	CATEGORIA	VALOR FINAL
Factores de la adherencia a tratamientos farmacológicos y no farmacológicos con hipertensión arterial Definición operacional. Son factores asociados a la adherencia como los elementos condicionantes vinculados directamente con el paciente, medio ambiente, con el medicamento y con la relación médico, enfermero y paciente, que permitan la participación, compromiso, colaboración proactiva y voluntaria de las personas con hipertensión (55).	Factores socioeconómicos	<ul style="list-style-type: none"> Disponibilidad económica de la familia. Capacidad para costear los medicamentos. Asistencia a las consultas. Efecto del cambio de dieta. Capacidad de acceso a información Apoyo familiar 	1 2 3 4 5 6	<ul style="list-style-type: none"> Ventaja para adherencia al tratamiento. En riesgo de no desarrollar comportamientos de adherencia al tratamiento. No puede responder con comportamientos de adherencia al tratamiento. 	38 - 48 puntos 29 - 37 puntos 0 - 28 puntos
	Factores relacionados al proveedor: Sistema y equipo de salud	<ul style="list-style-type: none"> Nivel de respuesta del personal de salud. Percepción del nivel de atención médica. Información de los beneficios de los medicamentos. Ajuste de la medicación y actividades diarias. Percepción del nivel de empatía del personal médico. Nivel de explicación del personal médico. Resultados del tratamiento. Percepción sobre la esperanza de mejoría. 	7 8 9 10 11 12 13 14	<ul style="list-style-type: none"> Ventaja para adherencia al tratamiento. En riesgo de no desarrollar comportamientos de adherencia al tratamiento. No puede responder con comportamientos de adherencia al tratamiento. 	38 - 48 puntos 29 - 37 puntos 0 - 28 puntos
	Factores de la terapia	<ul style="list-style-type: none"> Identificación de dificultades. Dificultad de movilización. Presentación de dudas con el tratamiento. Suspensión del tratamiento ante mejora. Reincidencia de 	15 16 17 18 19 20	<ul style="list-style-type: none"> Ventaja para adherencia al tratamiento. En riesgo de no desarrollar comportamientos de adherencia al tratamiento. No puede responder con comportamientos 	38 - 48 puntos 29 - 37 puntos 0 - 28 puntos



VARIABLE	DIMENSION	INDICADORES	ITEMS	CATEGORIA	VALOR FINAL
		las dificultades. • Nivel de resistencia al cambio de hábitos saludables.		de adherencia al tratamiento.	
Factores del paciente	del	• Convencimiento de los beneficios del tratamiento. • Interés sobre la condición de salud y auto prevención. • Percepción de la importancia del tratamiento. • Capacidad de asumir responsabilidad de la propia salud.	21 22 23 24	• Ventaja para adherencia al tratamiento. • En riesgo de no desarrollar comportamientos de adherencia al tratamiento. • No puede responder con comportamientos de adherencia al tratamiento.	38 - 48 puntos 29 - 37 puntos 0 - 28 puntos

3.5. TÉCNICAS E INSTRUMENTOS DE RECOLECCIÓN DE DATOS

3.5.1. Técnica

Se utilizó la técnica de la encuesta.

3.5.2. Instrumento

Para el recojo de datos se aplicó la cuarta versión del instrumento validado por Ortiz (44). Instrumento para evaluar factores que influyen en la adherencia a tratamientos farmacológicos y no farmacológicos en paciente que presentan factores de riesgo de enfermedad cardiovascular” el mismo que fue creado por Claudia Bonilla en el año 2006.

El instrumento tuvo una versión inicial con 72 ítems y 5 dimensiones (Bonilla), la segunda versión contó con 62 ítems y 5 dimensiones (Contreras), la tercera versión tuvo 53 ítems y 4 dimensiones (Rodríguez), finalmente (Ortiz) con 24 ítems y 4 dimensiones (56).



Yadira Pabón (57) en el 2007 realizó una validación facial y de confiabilidad del instrumento obteniendo un coeficiente de Cronbach de 0.802, lo cual muestra una confiabilidad interna, así mismo, se obtuvo valores de los ítems individuales que oscilan entre 0.703 y 0.817, durante el mismo periodo Contreras Astrid, Flores Inna y Herrera Arlet (58) también realizaron pruebas de confiabilidad y validez facial en diferentes poblaciones de pacientes, para el año 2008 Consuelo Ortiz realiza la prueba de confiabilidad y validez de constructo.

Para la construcción y validación del instrumento, Bonilla lo hizo en dos fases:

I Fase: a) Se desarrolló el constructo o comportamiento que se va a medir.
b) Enunciado de los ítems del documento. c) Desarrollo del instrumento con sus respuestas.

II Fase: a) En esta fase se hizo la determinación de la validez aparente y de contenido del instrumento.

En cuanto al desarrollo del constructo Bonilla hizo una revisión sobre el tema con las enfermeras y un grupo de pacientes, para ello utilizó entrevistas no estructuradas a fin de conocer las posiciones y opiniones sobre lo que afectaba la adherencia a los tratamientos con preguntas elaboradas para cada grupo. Esta información fue contrastada con la literatura y se elaboró una matriz de análisis. De este trabajo se formaron conceptos de adherencia y factores que influyen en la adherencia a tratamientos farmacológicos y no farmacológicos (59).

Para el diseño de las dimensiones del instrumento se hicieron considerando aspectos teóricos definidos por la Organización Mundial de la Salud en el año 2001, las sub dimensiones fueron producto de la revisión de la bibliografía



obteniendo las cinco dimensiones:

Esta primera versión contó con 79 ítems, la misma que fue sometida a valoración por expertos para su validez de contenido y facial, acortando el número de ítems a 72. Según la premisa de que existen factores que favorecen y factores que no favorecen la adherencia, los valores más altos indicaban condiciones de adherencia, mientras que los valores más bajos indicaban condiciones de no adherencia. Los rangos siguientes se establecen según los criterios establecidos por las autoras:

El paciente tiene ventajas para tener o desarrollar comportamientos de adherencia cuando su puntaje está entre el 80 % y el 100 % del puntaje ideal; entre el 60 % y el 79%, la persona está en riesgo de no desarrollar comportamientos de adherencia; y cuando el puntaje es menor al 60 %, la persona no puede responder con comportamientos de adherencia. Según lo sugerido anteriormente, los sujetos se calificarían de la siguiente manera porque el puntaje de la escala va de 0 a 144: A favor de la adherencia 115–144, riesgo de no adquirir comportamientos de adherencia 86-115 No puede mostrar comportamientos de adherencia <86.40.

Después de construir los ítems y la escala, se creó el instructivo como encabezado del instrumento teniendo en cuenta criterios de claridad y precisión. En cada ítem, el usuario debe responder sobre la frecuencia con que ocurre tal evento o condición en la situación específica de los sujetos. De igual manera, los investigadores que continúan con el proceso de desarrollo psicométrico del instrumento también reciben instrucciones sobre cómo usar la escala.

Posterior a ello, se realizaron las pruebas de validez facial y de contenido del instrumento; las pruebas de validez de contenido incluyeron la validez de



contenido por expertos, factores y general mediante evaluaciones de pertinencia y relevancia. Los resultados de las pruebas de validez de expertos y validez general indicaron un índice de 0,91 que indicaba que los ítems y el contenido total del instrumento eran representativos del concepto a medir y eran claros.

En el año 2007, se continuó con las pruebas psicométricas al instrumento por Contreras, Flórez y Herrera otorgándole una segunda determinación de confiabilidad y validez facial que llevaron a rediseñar el instrumento. Fueron 40 enfermeras del área de promoción y prevención, quienes participaron en la validez facial con la evaluación de los ítems según claridad y precisión de los ítems, así también, participaron 40 pacientes con factores de riesgo cardiovascular. Este proceso permitió ajustar el instrumento con una segunda versión de 62 ítems agrupados en 5 dimensiones.

Esta nueva versión del instrumento fue aplicado a 831 pacientes de Sincelajo y Cartagena, a fin de obtener la confiabilidad mediante pruebas de consistencia interna según prueba de estabilidad mediante Test-Retest y alpha de Cronbach, mediante rho de Spearman con periodos de intervalo de 15 días entre pruebas y re prueba, alcanzando una confiabilidad de 0.79, de esta manera se pudo reducir el número de ítems y nuevos valores de confiabilidad por dimensiones, de esta manera se pudo eliminar la dimensión III, quedando 52 ítems y un alpha de Cronbach de 0.833. Por otro lado, el coeficiente de Spearman alcanzó un 0.458 favorable a la correlación. Estos resultados fueron comunicados a las autoras quienes no estuvieron de acuerdo con la eliminación de la dimensión III, quienes reorganizaron los ítems de la dimensión III en otras dimensiones aprobando una versión con 53 ítems y 4 dimensiones.



Para el año 2008, Rodríguez realiza pruebas de confiabilidad en una población de pacientes alcanzando una confiabilidad de 0.85 no requiriendo modificar el instrumento (60).

Durante el año 2007 y 2008 Consuelo Ortiz Suarez (44) en una muestra de 485 pacientes realiza pruebas de validez de constructo y confiabilidad en pacientes de centros y programas de atención al adulto en 6 lugares de Bogotá, se realizó un análisis factorial de tipo exploratorio para determinar correlación entre las cuatro dimensiones y entre las variables, mediante el método de extracción de componentes principales y rotación de Varimax con Kaiser, con estos datos se reducen los ítems de 53 a 24 mediante el análisis factorial, considerando no modificar las 4 dimensiones.

Al instrumento de 24 ítems se le realizó la prueba de consistencia interna con alpha de Cronbach obteniendo el puntaje de 0.60, por lo tanto, el instrumento es válido y confiable, el mismo que se puede aplicar en estudios de adherencia a los tratamientos, esta versión se conforma de la siguiente manera:

I Dimensión. Factores socioeconómicos, que incluye seis ítems.

II Dimensión. Factores relacionados al proveedor: Sistema y equipo de salud, que incluye 8 ítems

III Dimensión. Factores de la terapia, que incluye 6 ítems.

IV Dimensión. Factores del paciente, que incluyen 4 ítems

Debido a que la cuarta versión tenía puntos de corte porcentuales, pero no absolutos, se determinaron para esta investigación utilizando el número actual de ítems (24) y el valor máximo y mínimo de la escala liker utilizada. La autora del

instrumento (Bonilla) fue informada de estos valores, lo que resultó en los siguientes puntos de corte:

Tabla 2

Parámetros del instrumento

Ventaja para adherencia al tratamiento.	80-100%	38 - 48 puntos
En riesgo de no desarrollar comportamientos de adherencia al tratamiento	60-79%	29 - 37 puntos
No puede responder con comportamientos de adherencia al tratamiento.	<60%	0 - 28 puntos

En el instrumento se tienen ítems que se comportan como positivos y otros como negativos, los cuales fueron realizados por la autora inicial con la finalidad de controlar los sesgos de respuesta de la siguiente manera: ítems positivos

0=nunca, 1=algunas veces y 2=siempre, y negativos 2=nunca, a veces=1 y siempre=0.

- Los ítems negativos corresponden a:
 - I Dimensión: 4
 - III Dimensión: ítems 15, 16, 17, 18, 19 y 20
- Los ítems positivos son:
 - I Dimensión: ítems 1, 2, 3, 5, 6.
 - II Dimensión: ítems 7, 8, 9, 10, 11, 12, 13 y 14.
 - IV Dimensión: ítems 21, 22, 23 y 24



3.5.3. Validez y confiabilidad de instrumentos

Para la validez y confiabilidad en el Perú, se hizo el estudio de Solís (61) en el año 2023, quien validó el instrumento en pacientes con hipertensión arterial, con participación de especialistas en el área quienes evaluaron y aprobaron el instrumento para su aplicación, llegando a confiabilidad alfa = 0.61.

3.6. PROCEDIMIENTO DE RECOLECCIÓN DE DATOS

3.6.1. De coordinación

- Se solicitó a la Escuela Profesional de Enfermería carta de presentación dirigido al Jefe del Centro de Salud 4 de noviembre
- Se solicitó permiso a Jefatura del Centro de Salud 4 de noviembre y a Jefatura de enfermería para llevar a cabo la ejecución del proyecto.
- Se realizó el cronograma para la aplicación del cuestionario, previa coordinación con la licenciada encargada de la estrategia de Daños No Transmisible (DNT).

3.6.2. Ejecución

- Una vez realizados los trámites administrativos y de coordinación con el establecimiento de Salud, se procedió a la identificación de los adultos con hipertensión arterial del Centro de Salud 4 de noviembre.
- A cada paciente con diagnóstico de hipertensión arterial, se le hizo la entrega del consentimiento informado a fin de que pueda autorizar su participación en el estudio.
- Se explicó al adulto 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 quechua o castellano, con el fin de recolectar datos verídicos, sin coacción y sin falsear su respuesta. Es necesario mencionar que todos los pacientes hablaban y leían el castellano.

- Posterior a ello, se les entregó el instrumento para que pueda ser llenado por ellos.
- Al finalizar se les agradeció a los (as) adultos mayores con hipertensión arterial y a sus familiares presentes por su disposición prestada.

3.7. PROCESAMIENTO Y ANÁLISIS DE DATOS

Los datos procedentes de los factores de la adherencia a tratamientos farmacológicos y no farmacológicos en adultos con hipertensión arterial fueron procesados usando una hoja Excel v. 2016, realizando las siguientes acciones:

- Primero se codificó la información respecto a los factores de adherencia a tratamientos farmacológicos y no farmacológicos en adultos con hipertensión arterial:
 - Ventaja de adherencia al tratamiento = 38 - 48 puntos
 - En riesgo de no desarrollar comportamiento de adherencia al tratamiento de 29 – 37 puntos
 - No puede responder con comportamientos de adherencia al tratamiento = 0 – 28 puntos
- Como segundo paso, se procedió a introducir los datos procedentes de los 60 participantes en la hoja Excel, según el indicador.



- En el tercer paso se procedió a tabular los datos en tablas simples que incluyeron frecuencias, porcentajes y se elaboraron gráficos.
- Seguidamente se procedió a generar las tablas de frecuencia absoluta y relativa.
- Finalmente, se procedió a interpretar las tablas estadísticas.

CAPÍTULO IV

RESULTADOS Y DISCUSIÓN

Tabla 3

Factores de la adherencia a tratamientos farmacológico y no farmacológico en adultos con hipertensión arterial que acuden al Centro de Salud 4 de noviembre, Puno, 2024.

Categoría	N	%	Porcentaje acumulado
Ventaja para adherencia al tratamiento	1	1.6%	1.6%
En riesgo de no desarrollar comportamiento de adherencia al tratamiento	37	61.7%	63.3%
No puede responder con comportamiento de adherencia al tratamiento	22	36.7%	100.0%
Total	60	100.0	

Se puede apreciar que el 1.6% de los adultos con hipertensión presentan ventaja para adherencia al tratamiento, el 61.7% se encuentra en riesgo de no desarrollar comportamiento de adherencia al tratamiento, finalmente el 36.7% no puede responder con comportamiento de adherencia al tratamiento.

Tabla 4

Factores socioeconómicos de la adherencia a tratamientos farmacológicos y no farmacológicos en adultos con hipertensión.

Categoría	N	%	Porcentaje acumulado
Ventaja para adherencia al tratamiento	3	5.0%	5.0%
En riesgo de no desarrollar comportamiento de adherencia al tratamiento	13	21.7%	26.7%
No puede responder con comportamiento de adherencia al tratamiento	44	73.3%	100.0%
Total	60	100.0%	



Se puede apreciar respecto a los factores socioeconómicos que el 5.0% de los adultos con hipertensión tienen ventaja para adherencia al tratamiento, el 21.7% se encuentra en riesgo de no desarrollar comportamiento de adherencia al tratamiento y el 73.3% no puede responder con comportamiento de adherencia al tratamiento.

Tabla 5

Factores relacionados al proveedor: Sistema y equipo de salud de la adherencia a tratamientos farmacológicos y no farmacológicos en adultos con hipertensión

Categoría	N	%	Porcentaje acumulado
Ventaja para adherencia al tratamiento	27	45.0%	45.0%
En riesgo de no desarrollar comportamiento de adherencia al tratamiento	4	6.7%	51.7%
No puede responder con comportamiento de adherencia al tratamiento	29	48.3%	100.0%
Total	60	100.0%	

Se aprecia que el 45.0% de los adultos con hipertensión presenta ventaja para adherencia al tratamiento, el 6.7% se encuentra en riesgo de no desarrollar comportamiento de adherencia al tratamiento, finalmente el 48.3% no puede responder con comportamiento de adherencia al tratamiento.

Tabla 6

Factores de la terapia de la adherencia a tratamientos farmacológicos y no farmacológicos en adultos con hipertensión.

Categoría	N	%	Porcentaje acumulado
No puede responder con comportamiento de adherencia al tratamiento	60	100.0%	100.0%
Total	60	100.0%	

En la tabla 6 podemos apreciar que la totalidad de los adultos no puede responder con comportamiento de adherencia al tratamiento

Tabla 7

Factores del paciente de la adherencia a tratamientos farmacológicos y no farmacológicos en adultos con hipertensión

Categoría	N	%	Porcentaje acumulado
Ventaja para adherencia al tratamiento	40	66.7%	66.7%
En riesgo de no desarrollar comportamiento de adherencia al tratamiento	2	3.3%	70.0%
No puede responder con comportamiento de adherencia al tratamiento	18	30.0%	100.0%
Total	60	100.0%	

Se puede apreciar que el 66.70% de adultos con hipertensión presentan ventaja para adherencia al tratamiento, el 3.3% se encuentra en riesgo de no desarrollar comportamiento de adherencia al tratamiento, finalmente el 30.0% no puede responder con comportamiento de adherencia al tratamiento.

4.1. DISCUSIÓN

En el estudio se halló que más de la mitad de los pacientes con hipertensión se encuentran en riesgo de no desarrollar comportamientos de adherencia al tratamiento, un poco más del tercio no puede responder con comportamiento de adherencia al tratamiento.

Los resultados se alinean con los estudios de Chávez et.al. (47) quien encontró que más de la mitad de su población no tubo adherencia al tratamiento, así mismo Burgal-Cintra (20) en Cuba encontró un porcentaje semejante al anterior de falta de adherencia al tratamiento. Del mismo modo en el Perú Suarez (62) encontró un porcentaje superior



a la mitad de no adherencia al tratamiento, Huaquin y Solís (23) encontró cifras semejantes de cumplimiento al tratamiento.

En contraparte Marcondes (48) en Brasil, encontró resultado de adherencia al tratamiento totalmente opuestos de a los referidos previamente.

Según Bonilla-Ibañez, la adherencia al tratamiento está influenciada por múltiples factores, incluyendo los socioeconómicos, relacionados con el proveedor de salud, la terapia y el propio paciente. Estos factores pueden actuar como barreras o facilitadores en el cumplimiento terapéutico, por ejemplo, la falta de recursos económicos, el acceso limitado a servicios de salud, la complejidad del régimen terapéutico y la falta de comprensión sobre la enfermedad pueden contribuir a una baja adherencia (59).

La teoría del autocuidado de Dorothea Orem, menciona que los factores relacionados con el paciente afectan la adherencia al tratamiento farmacológico y no farmacológico en la hipertensión arterial. Según esta teoría, el autocuidado se define como la práctica de actividades realizadas por las personas para mantener su salud y bienestar, motivadas por la necesidad de satisfacer requisitos específicos de salud. Los pacientes hipertensos que tienen una capacidad limitada de autocuidado (por problemas de salud, cognitivos o emocionales) pueden tener dificultades para cumplir con los regímenes de tratamiento farmacológico y no farmacológico (25).

Alcanzar una adecuada adherencia al tratamiento en pacientes con enfermedades cardiovasculares implica identificar y comprender los factores que influyen en su comportamiento para promover una mayor adherencia, los mismos que deben ser abordados desde las políticas y enfoques que reduzcan las barreras al acceso a servicios de salud, mejoren la educación en salud en todos los niveles promoviendo entornos saludables para la actividad física y la alimentación. Además, intervenciones



comunitarias y programas de apoyo psicosocial son esenciales para reducir los niveles de estrés y mejorar el control de la presión arterial en comunidades desfavorecidas.

El porcentaje de adherencia al tratamiento farmacológico observada en nuestro estudio fue comparable a la de otros estudios realizados en Latinoamérica a excepción de Brasil. Es importante destacar que los pacientes seleccionados no presentaban otras enfermedades crónicas metabólicas ni habían sufrido complicaciones derivadas de la hipertensión, ya que se consideró que aquellos con un mayor riesgo debido a la presencia de múltiples enfermedades metabólicas o complicaciones podrían estar más concienciados respecto a su tratamiento (39).

Diversos estudios muestran que la falta de adherencia a los tratamientos es un problema recurrente y global. En particular, la baja adherencia a terapias en enfermedades crónicas contribuye a una morbilidad y mortalidad que podrían prevenirse. La literatura no ofrece respuestas claras sobre cómo abordar esta situación, y en nuestro contexto, estrategias como la implementación de grupos de capacitación para pacientes no han demostrado ser efectivas para mejorar el conocimiento sobre la enfermedad ni reducir las complicaciones, por ende, probablemente este repercutiendo en la falta de comportamientos para desarrollar adherencia al tratamiento (39).

Es importante mencionar que un factor que podría estar presente en este análisis es la dificultad en asumir hábitos nuevos en este grupo etario, así también, de poder ver los resultados del tratamiento en forma rápida desmotivándolos en la adherencia a su tratamiento.

Dentro de los aspectos socio económicos se consideran que la disponibilidad económica a los medicamentos, asistencia a consultas, cambios en la dieta, la asistencia a las consultas y el acceso de información sobre la hipertensión son los más influyentes



para la no adherencia al tratamiento.

Los datos encontrados se relacionan con el estudio de Burgal-Cintra (20) quien encontró que la cuarta parte de los pacientes no tienen disponibilidad de medicamentos y un porcentaje mejor con falta de disponibilidad de acceder a los medicamentos. De la misma manera Suarez (62) en Ancash encontró dos tercios de de su población no pueden responder con comportamientos de adherencia al tratamiento. Huaquin y Solís (23) en Barranca Perú, encontró que el grado de instrucción se relaciona con la adherencia al tratamiento. Los hallazgos no discrepan con otros estudios encontrados.

Según la OMS, los determinantes sociales, incluidos los factores económicos, tienen un impacto directo en la capacidad de los pacientes para acceder y adherirse a tratamientos médicos. Una situación económica desfavorable limita el acceso regular a medicamentos, dietas saludables y actividades físicas necesarias para el manejo no farmacológico de la hipertensión (63). Bonilla-Ibañez y otros autores destacan que el costo de los medicamentos es una de las principales razones para el incumplimiento terapéutico en pacientes con enfermedades crónicas como la hipertensión arterial (59).

Es probable que las escaseces de recursos económicos disminuyan el acceso a los servicios de salud, en especial el acceso a los programas de prevención, esto provoca el incremento del estrés lo que se encuentra ampliamente demostrado que influye en la presión arterial. De otro lado, si bien es cierto, la mayoría de la población accede al seguro integral de salud, la medicación no es suficiente para esta patología lo que con lleva a que los pacientes adquieran tratamiento adicional, haciendo inconstante su tratamiento, colocándose en riesgo de padecer una hipertensión resistente. Lo mismo podría suceder con la asistencia a las consultas en forma periódica lo que repercute directamente en el seguimiento adecuado de la patología y la poca oportunidad que se



tienen para mejorar el aspecto educativo de su enfermedad (64)

De otro lado este factor también influye en los cambios de dieta adecuados para el paciente, en razón a que los productos bajos en sodio, frescos y ricos en nutrientes siempre son caros o en todo caso menos accesibles a los pacientes de ingresos económicos bajos como es el caso.

En relación a los factores relacionados al proveedor: Sistema y equipo de salud, estos son todos aquellos aspectos que el paciente percibe respecto al servicio que reciben para la mejora de su situación de salud, el nivel de respuesta del personal de salud, su atención médica y el beneficio de los medicamentos que le son recetados. Se puede apreciar que los hallazgos encontrados son muy similares tanto en el aspecto positivo como su aspecto contrario de no desarrollar comportamientos con la adherencia al tratamiento.

Bonilla-Ibañez destacó que la falta de comunicación clara entre los profesionales de la salud y los pacientes hipertensos es una barrera importante para el cumplimiento del tratamiento (59). De otro lado, Ortiz (44) hace hincapié en que la facilidad con que los pacientes pueden acceder a los servicios de salud influye en su adherencia al tratamiento. Barreras como largas distancias a los centros de salud, horarios de atención limitados y tiempos de espera prolongados pueden desmotivar a los pacientes a buscar atención médica regular.

Los resultados se relacionan con el estudio de Suarez en Ancash (62) quien encontró un porcentaje alto para adherencia al tratamiento, Ponce y Rojas (65) encontró relación respecto al aspecto de profesional de salud, así mismo, con el estudio de Medina y Rojas (52) en Lima quienes hallaron un porcentaje alto en relación a la ventaja para adherencia al proveedor.



Los hallazgos discrepan en la categoría de No puede responder con comportamientos de adherencia al tratamiento con el estudio de Suarez (62) y de Medina Rojas (52) aunque en un porcentaje menor.

Estas similitudes podrían darse en cuanto al contexto en el cual de desarrollo el estudio pues en su mayoría pertenecen a establecimientos de salud general y en vista que las personas participantes fueron adultos mayores en su mayoría. Respecto a la diferencia podría deberse al grado de instrucción de las personas, pues en el caso del estudio se desarrolló en un área en el cual la mayoría tiene secundaria completa a diferencia de los otros estudios donde se tenía en mayor porcentaje a personas con nivel de instrucción superior, de otro lado mucho cuenta el personal de salud idóneo y la carga administrativa que tiene pues esto puede influir en la calidad de atención de los usuarios. Los sistemas de salud son componentes esenciales en la adherencia al tratamiento farmacológico y no farmacológico en hipertensión, estos aspectos fortalecen el compromiso del paciente. Un sistema de salud bien estructurado que brinde un enfoque integral y personalizado es crucial para el éxito en el manejo de esta enfermedad crónica (66).

Otro aspecto relevante es el relacionado con la terapia, en el cual se analizaron elementos como la identificación de dificultades como movilización, dudas en el tratamiento, suspensión del tratamiento ante la mejora, reincidencia de dificultades y nivel de resistencia al cambio de hábitos saludables, tanto en su dimensión farmacológica como no farmacológica. Los resultados encontrados no se asemejan a ningún estudio, sin embargo son diferentes al estudio de Suarez (62) quien encontró riesgo de no desarrollar comportamientos de adherencia al tratamiento, adicionalmente el estudio de Medina y Rojas encontraron ventaja para la adherencia al tratamiento (52).

Bonilla y Ortiz (59) (44) refiere que los regímenes que requieren múltiples dosis



diarias o la combinación de varios medicamentos pueden resultar difíciles de seguir para los pacientes, disminuyendo la adherencia. Así también, la presencia de efectos adversos puede llevar a los pacientes a interrumpir o abandonar el tratamiento farmacológico y los tratamientos prolongados sin una percepción clara de beneficios inmediatos pueden afectar la motivación del paciente para continuar con la terapia.

De acuerdo con las categorías evaluadas en esta dimensión, la totalidad de los pacientes se encuentran en una posición desfavorable para adherirse al tratamiento, probablemente esté relacionado con la dimensión de proveedor, en vista que pueden existir aspectos que no permitan en el paciente mejorar los aspectos de esta dimensión, por otro lado, podría ser que los pacientes no toman el interés respecto a su situación de salud por cuanto el hecho que continúen realizando sus actividades pueda hacerles pensar que la no existencia de gravedad en su condición, así también, el aspecto del cambio de hábitos saludables en las personas adultas mayores en vista que se tienen rutinas arraigadas las cuales les brinda confort y seguridad.

Por ello, es esencial considerar este factor y trabajar en las áreas de mejora de la terapia, enfocándose en las tareas de promoción, educación y apoyo que el personal de salud debe proporcionar. Esto es especialmente importante para abordar la percepción de los pacientes sobre los cambios en ciertos hábitos alimenticios y de ejercicio que encuentran difíciles de implementar en el manejo de la hipertensión arterial (67).

El factor relacionado con el paciente evaluó el convencimiento de los beneficios del tratamiento, el interés sobre la condición de salud y auto prevención, la percepción de la importancia del tratamiento y la capacidad de asumir responsabilidad de la propia salud y las actitudes y motivaciones hacia el tratamiento antihipertensivo. En esta dimensión, se observó que la mayoría de los pacientes respondieron favorablemente, indicando una



predisposición positiva hacia la adherencia, según las categorías del instrumento utilizado. Estos resultados son similares al estudio de Suarez (62), Medina y Rojas (52) y Solís (61). quienes encontraron un porcentaje superlativo de ventaja para adherencia al tratamiento.

En este aspecto de la dimensión terapia, los datos podrían deberse al aspecto no farmacológico, en vista que nos encontramos en un entorno que mantiene tradiciones ancestrales respecto a la cura con tratamientos no farmacológicos, de otro lado también podría darse la influencia de parte de la familia para el cumplimiento del tratamiento.



V. CONCLUSIONES

PRIMERA: Los factores de adherencia a tratamientos farmacológicos y no farmacológicos se encuentran en la categoría de riesgo de no desarrollar comportamientos de adherencia al tratamiento alrededor de las dos terceras partes de los adultos con hipertensión arterial que acuden al Centro de Salud 4 de Noviembre. Los adultos que se encuentran en esta categoría presentan influencias que pueden alterar su tratamiento colocándolos en susceptibles de entrar en complicaciones secundarias al cuadro.

SEGUNDA: Con respecto a los factores socioeconómicos de la adherencia al tratamiento farmacológico y no farmacológico, las dos terceras partes de los adultos mayores se encuentran en la categoría de no responder con comportamiento de adherencia al tratamiento.

TERCERA: En cuanto a los factores relacionados al proveedor: Sistema y equipo de salud de la adherencia al tratamiento farmacológico y no farmacológico, cerca de la mitad de los adultos mayores se encuentra en la categoría de no responder con comportamiento de adherencia al tratamiento.

CUARTA: En relación de los factores de la terapia de la adherencia al tratamiento farmacológico y no farmacológico, la totalidad de los adultos mayores se encuentra en la categoría de no responder con comportamiento de adherencia al tratamiento.

QUINTA: Dentro de los factores del paciente en la adherencia al tratamiento farmacológico y no farmacológico, las dos terceras partes de los adultos se encuentra en la categoría de ventaja para la adherencia al tratamiento.



VI. RECOMENDACIONES

- **Para el Jefe del Establecimiento de Salud 4 de Noviembre.**
 - Implementar programas educativos dirigidos a los pacientes sobre la importancia del tratamiento farmacológico y no farmacológico, adaptados a su nivel de comprensión y contexto sociocultural.
 - Promover talleres sobre manejo de la hipertensión arterial, para pacientes adultos con dicho diagnóstico, que incluyan temas como el uso correcto de medicamentos, control dietético, reducción del consumo de sal y la importancia de la actividad física.
 - Proveer información clara y accesible sobre los beneficios y objetivos del tratamiento farmacológico y no farmacológico, utilizando materiales didácticos visuales o charlas explicativas.
- **Al personal de enfermería a cargo del área de Daños No Transmisibles.**
 - Involucrar a la familia y redes de apoyo comunitarias en el cuidado del adulto mayor, para que de esta forma se cuente con asistencia en la toma de medicamentos, compras de alimentos saludables y participación en actividades físicas.
 - Fomentar la creación de grupos de apoyo entre adultos mayores para compartir experiencias y motivarse mutuamente en el manejo de la hipertensión.
- **A los pacientes con hipertensión arterial**
 - Modificar sus estilos de vida, con estrategias adecuadas como limitar el consumo de sal y alcohol, conseguir el peso adecuado, realizar ejercicios aeróbicos,



incentivar el consumo de frutas, verduras y productos lácteos descremados.

- **A la Municipalidad Provincial de Puno**

- Fortalecer actividades de recreación en los adultos mayores a fin de mejorar los estilos de vida de la población.

- **A los Bachilleres e investigadores**

- Considerar estudios correlacionales que permitan observar el factor que predomine en la resistencia a la adopción de hábitos saludables en donde se evidencien el factor más importante para la adopción de nuevos estilos saludables.



VII. REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Kakkar R, Lee RT. Cardiovascular diseases [Internet]. Vol. 4, Drug Discovery Today: Disease Models. 2007 [citado el 21 de enero de 2024]. p. 163–4. Disponible en: https://www.who.int/health-topics/cardiovascular-diseases/#tab=tab_1
2. Weschenfelder Magrini D, Gue Martini J. Hipertensión arterial: principales factores de riesgo modificables en la estrategia salud de la familia. *Enfermería Glob.* 2012;11(26):344–53.
3. OMS de la S. Información general sobre la hipertension en el mundo. Oms. 2013;
4. Organizacion Panamericaca de la Salud. Hipertensión [Internet]. 2019 [citado el 23 de junio de 2024]. Disponible en: <https://www.paho.org/es/enlace/hipertension>
5. Mohan V, Deepa M, Deepa R, Shanthirani CS, Farooq S, Ganesan A, et al. Secular trends in the prevalence of diabetes and impaired glucose tolerance in urban South India - The Chennai Urban Rural Epidemiology Study (CURES-17). *Diabetologia.* 2006;49(6):1175–8.
6. Gómez J, Camacho P, López-López J, López-Jaramillo P. Control y tratamiento de la hipertensión arterial: Programa 20-20 Control and treatment of arterial hypertension; Program 20-20. *Rev Colomb Cardiol.* 2019;26(2):99-106 [Citado el 28 de noviembre de 2023].
7. Claros M. Importance of adherence in the management of hypertension. *Hipertens y Riesgo Vasc.* 2023;40(1):34–9.
8. Gómez JF, Camacho PA, López-López J, López-Jaramillo P. Control y tratamiento de la hipertensión arterial: Programa 20-20. *Rev Colomb Cardiol* [Internet]. 2019;26(2):99–106. Disponible en: <https://doi.org/10.1016/j.rccar.2018.06.008>
9. Rojas M. MZ, Morales B. SY. Adherencia farmacológica al tratamiento antihipertensivo: ¿un reto o una realidad? *Rev Colomb Enfermería.* 2015;9(9):133.
10. Salud OM de la. Adherencia a los tratamientos a largo plazo. Pruebas para la acción. [Internet]. Ginebra: 2004. 2004. Disponible en: <https://www3.paho.org/spanish/ad/dpc/nc/adherencia-largo-plazo.pdf>



11. Rio Valle JS, Cruz Quintana F, Villaverde Gutierrez C, Prados Peña D. Adherencia terapéutica en hipertensos. Estudio cualitativo. *Index Enferm* [Internet]. [citado el 21 de abril de 2024]; Disponible en: https://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1132-12962006000200005&lng=en&nrm=iso&tlng=en
12. Soto JR. Tratamiento no Farmacológico de la Hipertension arterial. *Rev Clínica Las Condes* [Internet]. 2018;29(1):61–8. Disponible en: <http://dx.doi.org/10.1016/j.rmclc.2018.01.001>
13. Saavedra-Garcia L, Bernabé-Ortiz A, Diez-Canseco F, Miranda JJ. Generando informacion: ¿Sabemos cuánto es el consumo promedio de salu y cuales son sus fuentes? *Rev Peru Med Exp Salud Publica*. 2014;31(1):170–1.
14. Villena Chávez JE. Prevalencia de sobrepeso y obesidad en el Perú. *Rev Peru Ginecol y Obstet*. 2017;63(4):593–8.
15. Patel P, Ordunez P, DiPette D, Escobar MC, Hassell T, Wyss F, et al. Mejor control de la presión arterial para reducir la morbilidad y mortalidad por enfermedades cardiovasculares: Proyecto de Prevención y Tratamiento Estandarizado de la Hipertensión Arterial. *J Clin Hypertens*. 2016;18(12):1284–94.
16. Eschenhagen T. *The pharmacological basis of Therapeutics*. Mc Graw Hill Global Education Holdings; 2018. [Citado el 28 de noviembre de 2023].
17. Ministerio de Salud Pública. *Anuario estadístico de salud 2018*. Ministerio de Salud Pública; 2019. [Citado el 28 de noviembre de 2023].
18. Garcés J, Qillupangui S, Delgado E, Sarmiento S, Samaniego X, García G, et al. Adherencia al tratamiento de la hipertensión arterial en adultos en mayores. *Rev Latinoam Hipertens*. 2020;15(5):322-329 [Citado el 28 de noviembre de 2023].
19. Arcila O, García A, Rojas C. Factores relacionados con la adherencia al tratamiento antihipertensivo [Internet]. 2019. Disponible en: <http://hdl.handle.net/20.500.12494/36282>
20. Burgal-Cintra CJ, Pérez-Bichor A, Ortega-López IL. Caracterización de la adherencia terapéutica en adultos mayores hipertensos. *Rev Médica Electrónica*.



- 2021;43(6):1606–16.
21. Ministerio de Salud. Minsa estima que pacientes con hipertensión arterial aumentarían en 20% durante la pandemia. 2021. p. [Citado el 28 de noviembre de 2023].
 22. Suárez M. Factores asociados a la adherencia al tratamiento en el adulto con hipertensión arterial Micro red de salud Mancos_Áncash, 2022. Universidad Católica Los Ángeles Chimbote; 2022.
 23. Huaquin Y, Solis Y. Factores asociados a la adherencia al tratamiento terapeutico en pacientes hipertensos de un establecimiento del primer nivel de atención essalud, Barranca 2020. 2021.
 24. Ministerio de Salud. Análisis de Situación de Salud de Perú 2021 [Internet]. Minsa. 2023. 1–145 p. Disponible en: <https://bvs.minsa.gob.pe/local/MINSA/6279.pdf>
 25. Hernández YN, Pacheco JAC, Larreynaga MR. La teoría Déficit de autocuidado: Dorothea Elizabeth Orem. Gac méd espirit. 2017;19(3):89–100.
 26. Naranjo-Hernández Y. Modelos metaparadigmáticos de Dorothea Elizabeth Orem. Rev Arch Médico Camagüey [Internet]. 2019;23:814–25. Disponible en: <https://orcid.org/0000-0002-2476-1731%0Ahttps://www.redalyc.org/journal/2111/211166534013/211166534013.pdf>
 27. Herrera Guerra E del P, Bautista Arellanos LR, Bonilla Ibañez CP. Validez y confiabilidad de un instrumento para identificar factores que influyen en la adherencia al tratamiento en personas con factores de riesgo cardiovascular. Salud UIS [Internet]. 2023;55(1). Disponible en: <http://www.scielo.org.co/pdf/suis/v55/2145-8464-suis-55-e52.pdf>
 28. Muñoz LA, Monreal Gimeno C, Marco Macarro MJ. El adulto: etapas y consideraciones para el aprendizaje. En: Eúphoros [Internet]. 2001. p. 103. Disponible en: <http://dialnet.unirioja.es/descarga/articulo/1183063.pdf%5Cnhttp://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=1183063>



29. Gorostidi M, Gijón-Conde T, de la Sierra A, Rodilla E, Rubio E, Vinyoles E, et al. Guía práctica sobre el diagnóstico y tratamiento de la hipertensión arterial en España, 2022. Sociedad Española de Hipertensión - Liga Española para la Lucha contra la Hipertensión Arterial (SEH-LELHA). *Hipertens y Riesgo Vasc* [Internet]. 2022;39(4):174–94. Disponible en: <https://seh-lelha.org/wp-content/uploads/2022/10/Guia-Practica-sobre-el-diagnostivo-y-tratamiento-de-la-hipertension-arterial-Logo-OK.pdf>
30. Hernández Vásquez A, Carrillo Morote BN, Azurin Gonzales V del C, Turpo Cayo EY, Azañedo D. Análisis espacial de la hipertensión arterial en adultos peruanos, 2022. *Arch Peru Cardiol y Cirugía Cardiovasc* [Internet]. 2023;4(2):48–54. Disponible en: <http://www.scielo.org.pe/pdf/apcyccv/v4n2/2708-7212-apcyccv-4-02-48.pdf>
31. Salazar Cáceres PM, Rotta Rotta A, Otiniano Costa F. Hipertensión en el adulto mayor. *Rev Medica Hered* [Internet]. 2016;27(2):60–6. Disponible en: <http://www.scielo.org.pe/pdf/rmh/v27n1/a10v27n1.pdf>
32. Salazar P, Rotta A, Otiniano F. Hipertensión arterial en el adulto mayor. *Rev Fac Cienc Med*. 2016;27:60–6.
33. Pagès-Puigdemont N, Valverde-Merino I. Métodos para medir la adherencia terapéutica. *Ars Pharm* [Internet]. 2018;59(3):163–72. Disponible en: <http://www.scielo.es/pdf/ars/v59n3/2340-9894-ars-59-03-163.pdf>
34. Bryce A. Tratamiento de la hipertensión arterial : monoterapia o combinaciones. *Controversia* [Internet]. 2009;(4):355–63. Disponible en: <https://www.scielo.org.ar/pdf/rac/v79n4/v79n4a09.pdf>
35. Ministerio de Salud del Perú (MINSA). *Guía de Práctica Clínica para el Diagnóstico, Tratamiento y Control de DM2*. Dirección de Prevención de Enfermedades No Transmisibles. 2016. 1–66 p.
36. Carhuallanqui R, Diestra-Cabrera G, Tang-Herrera J, Málaga G. Adherencia al tratamiento farmacológico en pacientes hipertensos atendidos en un hospital general. *Rev Médica Hered*. 2011;21(4):197–201.
37. Sosa-Rosado JM. Tratamiento no farmacológico de la hipertensión arterial. *An la*



- Fac Med. 2011;71(4):241.
38. Ministerio de Salud. Riesgo de hipertensión arterial se incrementa con fumar, beber alcohol y vida sedentaria [Internet]. [citado el 18 de diciembre de 2024]. Disponible en: <https://www.gob.pe/institucion/minsa/noticias/41754-riesgo-de-hipertension-arterial-se-incrementa-con-fumar-beber-alcohol-y-vida-sedentaria>
 39. Ortega-Cerda JJ, Sanchez-Herrera D, Rodriguez-Miranda OA, Ortega-Legaspi JM. Adherencia terapéutica: un problema de atención médica. Acta medica Grup angeles [Internet]. 2018;16(3):226–32. Disponible en: www.medigraphic.org.mx aceptado:05-02-2018. Este artículo puede ser consultado en versión completa en <http://www.medigraphic.com/actamedica>
 40. Taveira LF, Pierin AMG. ¿Puede el nivel socioeconómico influenciar las características de un grupo de hipertensos? Rev Lat Am Enfermagem. 2007;15(5):929–35.
 41. Mena Díaz FC, Nazar G, Mendoza Parra S. Antecedentes de adherencia a tratamiento en pacientes hipertensos de un centro de salud chileno. Hacia la Promoción la Salud. 2018;23(2):67–78.
 42. Velásquez Montenegro Á, Uriarte MD, Valladares-Garrido MJ. Factores asociados a la no adherencia al tratamiento antihipertensivo en un hospital del Seguro Social de Salud de Chiclayo durante el estado de emergencia sanitaria por COVID-19. Rev Cuerpo Med HNAAA [Internet]. 2022;15(1):42–5. Disponible en: http://www.scielo.org.pe/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S2227-47312022000100002
 43. Mena F, Nazar G, Mendoza S. Antecedentes de adherencia a tratamiento en pacientes hipertensos de un centro de salud chileno. Hacia la Promoción la Salud. 2018;23(2):67-78 [Citado el 25 de septiembre de 2023].
 44. Ortiz Suárez C. Instrumento para evaluar la adherencia a tratamientos en pacientes con factores de riesgo cardiovascular. Av en Enfermería [Internet]. 2011;28(2):73–87. Disponible en: <http://revistas.unal.edu.co/index.php/avenferm/article/view/21382/22433>



45. Hernández I, Sarmiento N, Gonzalez I, Galarza S, De la Bastida A, Terán S, et al. Adherencia al tratamiento de consulta externa de los centros de salud de Quito. *Metro Cienc* [Internet]. 2018;26(593):7–11. Disponible en: <https://docs.bvsalud.org/biblioref/2019/03/981555/adherencia-al-tratamiento.pdf>
46. Rojas Sánchez LZ, Echeverría Correa LE, Camargo Figuera FA. Adherencia al tratamiento farmacológico y no farmacológico en pacientes con falla cardíaca. *Enfermería Glob* [Internet]. 2014;13(36):1–19. Disponible en: https://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1695-61412014000400001&lng=es&nrm=iso&tlng=es
47. Chavez J, Ordoñez Y, Barajas J. Adherencia al tratamiento por hipertensión arterial en pacientes del Hospital San José de Isnos-Huila en el año 2015 [Internet]. 2015. Disponible en: <https://repository.ucc.edu.co/server/api/core/bitstreams/69914343-a30b-4a6d-92ca-8557733d2100/content>
48. Marcondes Barbosa ME, Martins Bertelli EV, de Mello Aggio C, Aparecida de Souza Scolari G, Silva Marcon S, Carreira L. Factors associated with adult/elderly adherence to the treatment of arterial hypertension in primary care. *Rev Enferm*. 2019;27:1–8.
49. Lopez Urbina C, Salvador Calvo YK. Clima social familiar y rendimiento académico en estudiantes del nivel secundario de una Institución Educativa Pública del Cono Norte, Lima 2019 [Internet]. Universidad Privada del Norte. 2021. Disponible en: https://repositorio.upla.edu.pe/bitstream/handle/20.500.12848/1207/TESIS_FINAL.pdf?sequence=1&isAllowed=y
50. Asto Silva RA. Factores sociodemográficos y terapéuticos asociados a la baja adherencia al tratamiento antihipertensivo en adultos. 2018.
51. Torres Saldaña A, Ortiz Sánchez Y, Martínez Suárez H, Fernández Corrales YN, Pacheco Ballester D. Factores asociados a la adherencia al tratamiento en pacientes con depresión. *Multimed* [Internet]. 2019;23(1):1–10. Disponible en: <https://www.medigraphic.com/pdfs/multimed/mul-2019/mul191a.pdf>
52. Medina Gutierrez R, Rojas Morales J. Factores asociados a la adherencia al



- tratamiento en el Adulto mayor con hipertension arterial de un Hospital General, Octubre 2016 [Internet]. Vol. 11, Universidad Peruana Cayetano Heredia. 2017. Disponible en: https://repositorio.upch.edu.pe/bitstream/handle/20.500.12866/775/Factores_MedinaGutierrez_Rayda.pdf?sequence=3&isAllowed=y
53. Quispe Cusacani S. Nivel de adherencia terapeutica en adultos mayores con hipertension arterial del Puesto de Salud Luquina Chico - Puno 2020 [Internet]. Tesis. 2021. Disponible en: https://repositorio.unap.edu.pe/bitstream/handle/20.500.14082/16975/Quispe_Cusacani_Sonia.pdf?sequence=1
54. Hernandez Sampieri R, Fernandez Collado C, Baptista Lucio P. Metodologia de la investigacion. 2014. 1–589 p.
55. Huaman Velasquez FS. Factores asociados a la adherencia al tratamiento en el adulto con hipertension en el Puesto de Salud Tupac Amaru-Chimbote, 2022 [Internet]. Tesis. 2022. Disponible en: https://repositorio.uladech.edu.pe/bitstream/handle/20.500.13032/28521/HIPERTENSION_ADULTO_HUAMAN_VELASQUEZ_FIORELLA.pdf?sequence=3
56. Ortega Oviedo SI. Adherencia al tratamiento farmacologico y no farmacologico en personas con factores de riesgo de enfermedad cardiovascular, Monteria, 2010 [Internet]. 2010. Disponible en: <https://repositorio.unal.edu.co/bitstream/handle/unal/11194/539502.2010.pdf?sequence=1>
57. Camargo Hernández K del C, Pabón Varela Y. Instrumento de valoración familiar por el modelo de dominios de la taxonomía II de Nanda. Enfermería Glob [Internet]. 2017;16(1):457–73. Disponible en: <https://repositorio.unal.edu.co/bitstream/handle/unal/11194/539502.2010.pdf?sequence=1>
58. Contreras Orozco A, Flores Torres IE, Herrera Lían A. Un instrumento para evaluar la adherencia: su validez facial y confiabilidad. Av enferm [Internet]. 2008;26(2):35–42. Disponible en: <https://revistas.unal.edu.co/index.php/avenferm/article/view/12896/13497>



59. Bonilla-Ibañez CP. Diseño de un instrumento para evaluar los factores que influyen en la adherencia a tratamientos, en personas que presentan factores de riesgo de enfermedad cardiovascular. Av en Enferm [Internet]. 2007;25(1):46–55. Disponible en: <http://search.ebscohost.com/login.aspx?direct=true&db=c8h&AN=105338447&lang=pt-br&site=ehost-live>
60. Rodriguez Acelas AL, Gomez Ochoa AM. Factores influyentes en adherencia al tratamiento en pacientes con riesgo cardiovascular. Av en Enfermería [Internet]. 2010;28(1):63–71. Disponible en: http://www.scielo.org.co/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0121-45002010000100007
61. Solis Bautista AL. Factores asociados a la adherencia al tratamiento en adultos con hipertension arterial en el Hospital Dr. Daniel Alcides Carrion, Cerro de Pasco 2023 [Internet]. Vol. 1, Universidad Nacional Daniel Alcides Carrion. 2023. Disponible en: http://repositorio.undac.edu.pe/bitstream/undac/3720/1/T026_72554094_T.pdf
62. Suárez Acuña MC. Factores asociados a la adherencia al tratamiento en el adulto con hipertensión arterial Micro Red de Salud Mancos-Áncash, 2022 [Internet]. 2022. Disponible en: <https://hdl.handle.net/20.500.13032/28519>
63. Vinces Centeno MR, Campos Vera AN. Determinantes sociales de la salud. Políticas Públicas. Dominio las Ciencias [Internet]. 2019;5(1):477–508. Disponible en: <http://dominiodelasciencias.com/ojs/index.php/es/indexCienciassocialesypolíticasArticuloderevisión>
64. Pérez Zambrano, Milena, Rendon Alvarez M. Características asociadas con la inasistencia a la consulta de promoción y prevención en salud en una IPS de la ciudad de Medellín 2016 [Internet]. Vol. 4. 2016. Disponible en: https://repository.ces.edu.co/bitstream/handle/10946/1309/Caracteristicas_asociadas_inasistencia.pdf?sequence=1&utm_source=chatgpt.com
65. Ponce de Leon Sanchez FE, Rojas Avila JN. Factores asociados a la adherencia al tratamiento en pacientes adultos con hipertension arterial. [Internet]. Vol. 1,



- Universidad Privada Norbert Wiener. 2019. Disponible en:
<http://www.albayan.ae%0Ahttps://scholar.google.co.id/scholar?hl=en&q=APLI>
66. Parra-Gómez LA, Galeano L, Chacón-Manosalva M, Camacho P. Barreras para el conocimiento, el tratamiento y el control de la hipertension arterial en America Latina: una revision de enlace. Rev Panam Salud Publica/Pan Am J Public Heal [Internet]. 2023;47:1–10. Disponible en:
https://repository.ces.edu.co/bitstream/handle/10946/1309/Caracteristicas_asociadas_inasistencia.pdf?sequence=1&utm_source=chatgpt.com
67. Espejo JP, Tumani MF, Aguirre C, Sanchez J, Parada A. Educacion alimentaria nutricional: Estrategias para mejorar la adherencia al plan dietetico. Rev Chil Nutr [Internet]. 2022;49(3):391–8. Disponible en:
<https://www.scielo.cl/pdf/rchnut/v49n3/0717-7518-rchnut-49-03-0391.pdf>

ANEXOS

ANEXO 1. Matriz de consistencia

Problema	Objetivos	Variables	Metodología
<p>General: ¿Cuáles son los factores de la adherencia a tratamientos farmacológicos y no farmacológicos en adultos con hipertensión arterial, que acuden al Centro de Salud 4 de noviembre, Puno, 2024?</p> <p>Específicos: ¿Cuáles son los factores socioeconómicos de la adherencia a tratamientos farmacológicos y no farmacológicos?</p> <p>¿Cuáles son los factores relacionados al proveedor, Sistema y equipo de salud de la adherencia a tratamientos farmacológicos y no farmacológicos?</p> <p>¿Cuáles son los factores relacionados con la terapia de la adherencia a tratamientos farmacológicos y no farmacológicos?</p> <p>¿Cuáles son los factores del paciente de la adherencia a tratamientos farmacológicos y no farmacológicos</p>	<p>General: Determinar los factores de la adherencia a tratamientos farmacológico y no farmacológico en adultos con hipertensión arterial que acuden al Centro de Salud 4 de noviembre, Puno, 2024.</p> <p>Específicos: Identificar los factores socioeconómicos de la adherencia a tratamientos farmacológicos y no farmacológicos en adultos con hipertensión.</p> <p>Identificar los factores relacionados al proveedor: Sistema y equipo de salud de la adherencia a tratamientos farmacológicos y no farmacológicos en adultos con hipertensión.</p> <p>Identificar los factores de la terapia de la adherencia a tratamientos farmacológicos y no farmacológicos en adultos con hipertensión.</p> <p>Identificar los factores del paciente de la adherencia a tratamientos farmacológicos y no farmacológicos en adultos con hipertensión.</p>	<p>Factores de la adherencia a tratamientos farmacológicos y no farmacológicos de la hipertensión arterial</p>	<p>Tipo: Descriptivo</p> <p>Enfoque: Cuantitativo</p> <p>Diseño: No experimental</p> <p>Corte: Transversal</p> <p>Población: 60 adultos con hipertensión arterial del Centro de Salud 4 de Noviembre, Puno</p> <p>Muestra: 60 adultos mayores con hipertensión arterial del Centro de Salud 4 de Noviembre, Puno</p> <p>Muestreo: Censal</p> <p>Técnica: Encuesta</p> <p>Instrumento: Cuestionario</p> <p>Técnicas para el procesamiento y análisis de la información: Programa estadístico SPSS, versión 27, en español</p>



ANEXO 2. Instrumento de recolección de datos

Instrumento para evaluar los factores que influyen en la adherencia a tratamientos farmacológicos y no farmacológicos en pacientes con factores de riesgo de enfermedad cardiovascular. Cuarta versión.

Autoras: Claudia Bonilla Ibáñez y Edilma Gutiérrez De Reales (primera versión)

Consuelo Ortiz Suárez y Sandra Guaqueta Parada (cuarta versión)

Señor usuario del Centro de Salud 4 de noviembre, Puno, el presente cuestionario tiene por finalidad investigar los factores que le permiten u obstaculizan el cumplimiento de su tratamiento antihipertensivo; toda la información recabada será anónima, estrictamente confidencial y con fines únicamente investigativos.

Edad en años: _____ Sexo: (M) (F) Ocupación:

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

Estado civil: (Soltero) (Casado o conviviente) (Viudo) (Divorciado) (Separado)

Tiempo de hipertensión arterial: 0 a 5 años () 5 a 10 años () más de 10 años ()

Instrucciones: a continuación, encuentra usted una serie de ítems que expresan aspectos o experiencias que influyen, en que usted cumpla con los tratamientos que le formula el médico para su condición de salud actual y en que usted siga las instrucciones que el personal le hace sobre cambios en sus prácticas de la vida diaria para evitar complicaciones.

Marque por favor para cada ítem con una X en la columna que corresponde a la frecuencia con que ocurre cada evento en su situación en particular.



FACTORES INFLUYENTES			
I. Dimensión Factor Socioeconómico	Nunca	A veces	Siempre
	1	2	3
1. Tiene disponibilidad económica su familia para atender las necesidades básicas: (alimentación, salud, vivienda, educación)			
2. Puede costearse los medicamentos			
3. Cuenta con los recursos económicos para trasladarse al lugar de la consulta			
4. (-) Los cambios en la dieta, se le dificultan debido al costo de los alimentos recomendados.			
5. Puede leer la información escrita sobre el manejo de su enfermedad.			
6. Cuenta con el apoyo de su familia o personas allegadas para cumplir su tratamiento.			
II. Dimensión Factores relacionados al proveedor: Sistema y equipo de salud			
7. Las personas que lo atienden responden sus inquietudes y dificultades con respecto a su tratamiento.			
8. Se da cuenta que su médico controla si está siguiendo el tratamiento por las preguntas que le hace.			
9. Recibe información sobre los beneficios de los medicamentos ordenados por su médico.			
10. Recibe información sobre la forma de ajustar los horarios de los medicamentos de acuerdo a sus actividades diarias.			
11. En el caso que usted fallara en su tratamiento su médico y su enfermera entenderían sus motivos.			
12. El médico y la enfermera le dan explicaciones con palabras que su familia y usted entienden.			
13. El médico y la enfermera le han explicado que resultados va a tener en su salud con el tratamiento que se le está dando.			
14. Le parece que el médico y usted coinciden en la esperanza de mejoría con el tratamiento y los cambios que está haciendo en sus hábitos.			
III. Dimensión Factores relacionados con la terapia			
15. (-) las diversas ocupaciones que tiene dentro y fuera del hogar le dificultan seguir el tratamiento.			
16. (-) las distancias de su casa o trabajo a los consultorios le dificultan el cumplimiento de sus citas.			



17. (-) Tiene dudas acerca de la manera de tomar sus medicamentos, en cuanto a la cantidad, los horarios y la relación con las comidas.			
18. (-) Cuando mejoran sus síntomas, usted suspende el tratamiento.			
19. (-) Anteriormente ha presentado dificultades para cumplir su tratamiento.			
20. (-) Cree que hay costumbres sobre alimentos y ejercicios difíciles de cambiar.			
IV. Dimensión Factores relacionados con el paciente			
21. Está convencido que el tratamiento es beneficioso y por eso sigue tomándolo			
22. Se interesa por conocer sobre su condición de salud y la forma de cuidarse			
23. Cree que es importante seguir su tratamiento para mejorar su salud			
24. Cree que es usted el responsable de seguir el cuidado de su salud			

¡Muchas gracias por su participación!



ANEXO 3. Consentimiento informado

CONSENTIMIENTO INFORMADO

CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA PARTICIPAR EN EL ESTUDIO
“FACTORES DE LA ADHERENCIA A TRATAMIENTOS FARMACOLOGICOS
Y NO FARMACOLOGICOS EN ADULTOS CON HIPERTENSIÓN ARTERIAL
DEL CENTRO DE SALUD 4 DE NOVIEMBRE”

Yo _____, con DNI _____, he
sido informado (a) sobre el objetivo de la investigación que viene realizando la Srta.
Noemi Rossi Quispe Lampa, bachiller de la Escuela Profesional de Enfermería de la
Universidad Nacional del Altiplano, luego de esta información deseo participar
considerando las siguientes pautas:

1. Consiento libre y voluntariamente en colaborar en su trabajo.
2. Permito que utilice la información sin dar a conocer mi identidad y que la utilice con el fin que postula en su investigación.
3. Acepto que tenga acceso a mi identidad, la que no será revelada y se mantendrá en el anonimato.

Firma

Puno, _____ de _____ del 2024



ANEXO 4. Declaración jurada de autenticidad de tesis.



Universidad Nacional
del Altiplano Puno



Vicerrectorado
de Investigación



Repositorio
Institucional

DECLARACIÓN JURADA DE AUTENTICIDAD DE TESIS

Por el presente documento, Yo NDEMI ROSSI QUISPE LATPA,
identificado con DNI 76019853 en mi condición de egresado de:

Escuela Profesional, Programa de Segunda Especialidad, Programa de Maestría o Doctorado

ENFERMERIA

informo que he elaborado el/la Tesis o Trabajo de Investigación denominada:

" FACTORES DE LA ADHERENCIA A TRATAMIENTOS FARMACOLÓGICOS
Y NO FARMACOLÓGICOS EN ADULTOS CON HIPERTENSIÓN ARTERIAL
CENTRO DE SALUD 4 DE NOVIEMBRE, PUNO - 2024 "

Es un tema original.

Declaro que el presente trabajo de tesis es elaborado por mi persona y no existe plagio/copia de ninguna naturaleza, en especial de otro documento de investigación (tesis, revista, texto, congreso, o similar) presentado por persona natural o jurídica alguna ante instituciones académicas, profesionales, de investigación o similares, en el país o en el extranjero.

Dejo constancia que las citas de otros autores han sido debidamente identificadas en el trabajo de investigación, por lo que no asumiré como tuyas las opiniones vertidas por terceros, ya sea de fuentes encontradas en medios escritos, digitales o Internet.

Asimismo, ratifico que soy plenamente consciente de todo el contenido de la tesis y asumo la responsabilidad de cualquier error u omisión en el documento, así como de las connotaciones éticas y legales involucradas.

En caso de incumplimiento de esta declaración, me someto a las disposiciones legales vigentes y a las sanciones correspondientes de igual forma me someto a las sanciones establecidas en las Directivas y otras normas internas, así como las que me alcancen del Código Civil y Normas Legales conexas por el incumplimiento del presente compromiso

Puno 19 de DICIEMBRE del 2024

FIRMA (obligatoria)



Huella



ANEXO 5. Autorización para el depósito de tesis en Repositorio Institucional



Universidad Nacional
del Altiplano Puno



Vicerrectorado
de Investigación



Repositorio
Institucional

AUTORIZACIÓN PARA EL DEPÓSITO DE TESIS O TRABAJO DE INVESTIGACIÓN EN EL REPOSITORIO INSTITUCIONAL

Por el presente documento, Yo NOEMI ROSA QUISPE ZAPATA,
identificado con DNI 76019557 en mi condición de egresado de:

Escuela Profesional, Programa de Segunda Especialidad, Programa de Maestría o Doctorado
ENFERMERIA

informo que he elaborado el/la Tesis o Trabajo de Investigación denominada:

" FACTORES DE LA ADHERENCIA A TRATAMIENTOS FARMACOLÓGICOS
Y NO FARMACOLÓGICOS EN ADULTOS CON HIPERTENSIÓN ARTERIAL,
CENTRO DE SALUD 4 DE NOVIEMBRE, PUNO -2024 "

para la obtención de Grado, Título Profesional o Segunda Especialidad.

Por medio del presente documento, afirmo y garantizo ser el legítimo, único y exclusivo titular de todos los derechos de propiedad intelectual sobre los documentos arriba mencionados, las obras, los contenidos, los productos y/o las creaciones en general (en adelante, los "Contenidos") que serán incluidos en el repositorio institucional de la Universidad Nacional del Altiplano de Puno.

También, doy seguridad de que los contenidos entregados se encuentran libres de toda contraseña, restricción o medida tecnológica de protección, con la finalidad de permitir que se puedan leer, descargar, reproducir, distribuir, imprimir, buscar y enlazar los textos completos, sin limitación alguna.

Autorizo a la Universidad Nacional del Altiplano de Puno a publicar los Contenidos en el Repositorio Institucional y, en consecuencia, en el Repositorio Nacional Digital de Ciencia, Tecnología e Innovación de Acceso Abierto, sobre la base de lo establecido en la Ley N° 30035, sus normas reglamentarias, modificatorias, sustitutorias y conexas, y de acuerdo con las políticas de acceso abierto que la Universidad aplique en relación con sus Repositorios Institucionales. Autorizo expresamente toda consulta y uso de los Contenidos, por parte de cualquier persona, por el tiempo de duración de los derechos patrimoniales de autor y derechos conexos, a título gratuito y a nivel mundial.

En consecuencia, la Universidad tendrá la posibilidad de divulgar y difundir los Contenidos, de manera total o parcial, sin limitación alguna y sin derecho a pago de contraprestación, remuneración ni regalía alguna a favor mío; en los medios, canales y plataformas que la Universidad y/o el Estado de la República del Perú determinen, a nivel mundial, sin restricción geográfica alguna y de manera indefinida, pudiendo crear y/o extraer los metadatos sobre los Contenidos, e incluir los Contenidos en los índices y buscadores que estimen necesarios para promover su difusión.

Autorizo que los Contenidos sean puestos a disposición del público a través de la siguiente licencia:

Creative Commons Reconocimiento-NoComercial-CompartirIgual 4.0 Internacional. Para ver una copia de esta licencia, visita: <https://creativecommons.org/licenses/by-nc-sa/4.0/>

En señal de conformidad, suscribo el presente documento.

Puno 19 de DICIEMBRE del 2024

FIRMA (obligatoria)



Huella