

UNIVERSIDAD PERUANA UNIÓN
FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD
Escuela Profesional de Enfermería



Una Institución Adventista

Estilo de vida y adherencia al tratamiento antihipertensivo en los
adultos mayores del Hospital de Huaycán, Lima, 2018

Por:

Elizabeth Milagros Bustamante Valencia
Raquel Vallejos Shica

Asesora:

Dra. Keila Miranda Limachi

Lima, febrero de 2019

DECLARACIÓN JURADA
DE AUTORIA DEL INFORME DE TESIS

Dra. Keila Esther Miranda Limachi, de la Facultad de Ciencias de la Salud, Escuela Profesional de enfermería, de la Universidad Peruana Unión.

DECLARO:

Que el presente informe de investigación titulado: "ESTILO DE VIDA Y ADHERENCIA AL TRATAMIENTO ANTIHIPERTENSIVO DE LOS ADULTOS MAYORES DEL HOSPITAL DE HUAYCÁN, LIMA 2018" constituye la memoria que presenta a las Bachilleres Raquel Vallejos Shica y Elizabeth Milagros Bustamante Valencia, para aspirar al título de profesional de Enfermería, cuya tesis ha sido realizada en la Universidad Peruana Unión bajo mi dirección.

Las opiniones y declaraciones en este informe son de entera responsabilidad del autor, sin comprometer a la institución.

Y estando de acuerdo, firmo la presente declaración en Lima, a los 07 días, marzo del 2019.



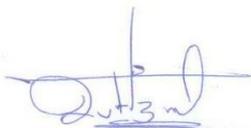
Dra. Keila Esther Miranda Limachi

“Estilo de vida y adherencia al tratamiento antihipertensivo en los adultos mayores del Hospital de Huaycán, Lima, 2018”

TESIS

Presentada para optar el título profesional de
Licenciado en Enfermería

JURADO CALIFICADOR



Mg. Rut Ester Mamani Limachi
Presidente



MSc Mary Luz Solórzano Aparicio
Secretaría



Mg. María Magdalena Díaz Orihuela
Vocal



Mg. María Esther Valencia Orrillo
Vocal



Dra. Keila Ester Miranda Limachi
Asesora

UPeU, 12 de febrero de 2019

Dedicatoria

A mi querida madre, Elsa Valencia, por su apoyo en todo momento, sus valores y motivación. A mi amado futuro esposo, Cesar Espinoza, por su apoyo constante para culminar mis metas.

Elizabeth Bustamante Valencia

A mis padres, Víctor Vallejos y Victoria Shica, por su amor, comprensión y apoyo que me brindaron para el logro de mis metas.

Raquel Vallejos Shica

Agradecimientos

A Dios, por ser nuestra guía e iluminarnos en el camino de la vida, darnos sabiduría para emprender este proyecto y permitirnos superar los obstáculos que se presentaron.

A la Dra. Keila Miranda Limachi, por su asesoría y guía en la elaboración del proyecto.

A la Mg Janett Chávez Sosa, docente del programa de tesis, por su asesoría permanente, aporte ideal y profesional en la realización y ejecución de este proyecto para culminar satisfactoriamente el trabajo de investigación.

Al licenciado encargado de proyectos del hospital Huaycán, por brindarnos su apoyo con la autorización para la realización de este proyecto.

A los adultos mayores, un reconocimiento especial por su colaboración en la ejecución de nuestro proyecto de tesis.

Índice de contenido

Dedicatoria	IV
Agradecimientos.....	V
Índice de tablas	VIII
Índice de anexos	X
resumen	XI
Abstract	XII
CAPÍTULO I	13
1.Planteamiento del problema.....	13
2.Formulación del problema.....	16
2.1.Problema general.	16
2.2.Problemas específicos.	16
3.Objetivos de la investigación.....	17
3.1.Objetivo general.	17
3.2.Objetivos específicos.....	17
4.Justificación del problema.....	18
4.1.Aporte teórico.	18
4.2.Aporte metodológico.....	18
4.3 Aporte práctico y social.	19
CAPÍTULO II	20
1.1.1 Antecedentes	20
1.Marco bíblico filosófico.....	31
2.Marco teórico.....	32
3.1.1. Definición.....	32
1.Diseño y tipo de investigación.....	41
2.Variables de la investigación.....	42
3.Hipótesis de la investigación.....	51
3. Delimitación geográfica y temporal.....	53

4. Participantes.....	53
5.1. Población.....	53
5.2. Muestra.....	53
6. Técnica e instrumento de recolección de datos.....	56
7. Proceso de recolección de datos.....	58
9. Consideraciones éticas.....	59
CAPÍTULO IV.....	61
1. Resultados.....	61
2. Discusión.....	69
CAPÍTULO V.....	73
Conclusiones.....	73
Recomendaciones.....	74
REFERENCIAS.....	75
4.2. Anexo 1. Cuestionario de estilo de vida.....	83
INSTRUMENTO DE RECOLECCIÓN DE DATOS.....	83
4.3. Anexo 2. Frecuencias de resultados.....	87
4.4. Anexo 3. Validación de instrumentos.....	101
4.5. Anexo4. Carta de autorización de la institución.....	102
4.6. Anexo 5. Consentimiento informado.....	103

Índice de tablas

TABLA 2.....	61
Nivel de estilo de vida que presentan los adultos mayores del Hospital de Huaycán, Lima 2018.....	61
TABLA 3.....	61
Nivel de Adherencia al tratamiento antihipertensivo de los adultos mayores del Hospital de Huaycán, Lima 2018.....	61
TABLA 4.....	62
Relación entre el estilo de vida y el nivel de adherencia al tratamiento en los adultos mayores del Hospital de Huaycán, Lima 2018.....	62
TABLA 5.....	63
Nivel de estilo de vida en su dimensión de responsabilidad en salud que representan los adultos mayores del Hospital de Huaycán, Lima 2018.....	63
TABLA 6.....	64
Nivel de estilo de vida en su dimensión de ejercicio que representan los adultos mayores del Hospital de Huaycán, Lima 2018.....	64
Nivel de estilo de vida en su dimensión de nutrición que representan los adultos mayores del Hospital de Huaycán, Lima 2018.....	65
TABLA 8.....	66
Nivel de estilo de vida en su dimensión de manejo del estrés que representan los adultos mayores del Hospital de Huaycán, Lima 2018.....	66

TABLA 9.....	67
Nivel de estilo de vida en su dimensión no consumo de tabaco que representan los adultos mayores del Hospital de Huaycán, Lima 2018.....	67
TABLA 10.....	68
Nivel de estilo de vida en su dimensión no consumo de alcohol que representan los adultos mayores del Hospital de Huaycán, Lima 2018.....	68
CAPÍTULO V.....	73
REFERENCIAS.....	75

Índice de anexos

anexo 1. Cuestionario de estilo de vida.....	83
anexo 2. Frecuencias de resultados.....	87
anexo 3. Validación de instrumentos.....	101
anexo 4. Carta de autorización de la institución	102
anexo 5. Consentimiento informado.....	103

Resumen

El trabajo tuvo como objetivo determinar la relación entre la adherencia al tratamiento antihipertensivo y los estilos de vida saludable en los adultos mayores del Hospital de Huaycán, 2018. La investigación fue abordada desde un enfoque cuantitativo, de diseño no experimental, tipo correlacional y de corte transversal. La muestra fue de carácter censal y estuvo conformado por 155 adultos mayores. Se aplicó el cuestionario perfil de estilo de vida (PEPS_I) de Nola Pender, versión resumida, que constó de 36 ítems, divididos en 6 dimensiones: responsabilidad en salud, ejercicio, nutrición, manejo de estrés, no consumo de tabaco y no consumo de alcohol. Los resultados revelaron que el 84,5% de los adultos mayores fueron no adherentes al tratamiento y el 15,5 % si lo fueron. En torno a los estilos de vida, el 48,4% mencionaron ser muy saludable, el 47,1% % saludable, y el 4,5 % poco saludable. A partir de la prueba chi-cuadrado, se halló relación entre ambas variables con un p-valor de 0,012. Al análisis de las dimensiones, se encontró relación solo para la dimensión nutrición con un p-valor de 0,025. Por lo tanto No existe relación entre la dimensión “manejo del estrés” y adherencia al tratamiento antihipertensivo con un p-valor de 0,062. No existe relación entre la dimensión “no consumo de tabaco” y adherencia al tratamiento antihipertensivo con un p-valor de 0,844 .No existe relación entre la dimensión “no consumo de alcohol” y la adherencia al tratamiento antihipertensivo con un p-valor de 0,208.

Palabras claves: Presión sanguínea, estilo de vida, cumplimiento y adherencia al tratamiento (DeCs)

Abstract

This study aimed to determine the relationship between adherence to Antihypertensive treatment and healthy lifestyles in older adults from the Huaycán Hospital, 2018. The research was undertaken from a quantitative approach which was non-experimental, correlational and cross-sectional. The sample consisted of 155 seniors. The lifestyle profile questionnaire (PEPS_I) from Nola Pender, abridged version, which consisted of 36 items was applied, which is divided into 6 dimensions: responsibility for health, exercise, nutrition, stress management, abstinence from tobacco and abstinence from alcohol. The results revealed that the 84.5% of seniors were non-adherent to treatment and 15.5% were. Regarding lifestyles, 48.4% reported being very healthy, 47.1%% healthy, and 4.5% unhealthy. From the chi-square test, a relationship between both variables with a p-value of 0.012 was found. Regarding the dimensional analysis, a relationship was found only for the nutrition dimension with a p-value of 0.025. Thus there is no relationship between the "stress management" dimension and adherence to antihypertensive therapy with a p-value of 0.062. No relation was found between the abstinence from tobacco dimension and adherence to antihypertensive therapy with a p-value of 0.844. Furthermore, no relationship exists between the abstinence from alcohol dimension and adherence to antihypertensive therapy with a p-value of 0.208.

Keywords: blood pressure, lifestyle, compliance and adherence to treatment (DECS)

Capítulo I

El problema

1. Planteamiento del problema

“La Organización Mundial de la Salud (2013) informa que 691 millones de habitantes padecen de hipertensión, con una mortalidad del 25%. Asimismo, de este grupo, 15 millones fallecen por enfermedades circulatorias, 7,2 millones por enfermedades coronarias y 4,6 millones por enfermedad vascular encefálica, siendo alrededor del 50%, las personas con edades superiores a los 50 años.”

A nivel internacional, Zubeldia, Quiles, Mañes y Redón (2016) “refieren que en los últimos años ha ocurrido un incremento en la prevalencia de la HTA en pobladores españoles, pasando de un 33,3% a un 41% en los últimos 10 años. De igual manera, la European Study on Cardiovascular Risk Prevention and Management in Daily Practice (EURIKA) adjudica el 8,8% de riesgo de enfermedad cardiovascular (ECV) a la falta de control de la HTA”.

Por otro lado, en Latinoamérica y el Caribe, se considera que para el año 2050 cerca de 800 millones de habitantes de la región, padecerán hipertensión, en especial en los adultos mayores. Del mismo modo, solo 1 de cada 4 personas lograran mantener un apresion arterial de 140/90 mmHg (Comisión Económica para América Latina y el Caribe, 2018). Resultados similares, arrojó el estudio “Latin American Consortium of Studies in Obesity (LASO), realizado en Latinoamérica y Estados Unidos, dónde se halló una prevalencia de HTA en el 20% de los pobladores, siendo el de mayor ratio para Venezuela con 1,49, y el menor para Argentina con 0,61”. Bautista(2009).

“En el Perú, el Instituto Nacional de Estadística e Informática (INEI), señaló que, en el año 2014, la prevalencia de HTA fue del 14,8%, siendo Lima Metropolitana y la Costa los más afectados, Ruiz (2015).” Asimismo, una investigación en pacientes limeños mayores de 80 años sobre las causas de riesgo cardiovascular, se halló que la HTA fue el factor de mayor frecuencia, con una prevalencia del 44%, sobretodo en mujeres. Ruiz (2015). Por otro lado, “el Ministerio de Salud indica que esta enfermedad representa la quinta causa de las afecciones en la población adulta y el primer motivo de atención en consultorio externo. Además, registra una tasa de mortalidad de 16,62 por 1000 habitantes Ministerio de Salud (2011).”

En relación a esto, Chan (2013) “menciona que alrededor del 80% de las personas hipertensas no llevan un control de su presión arterial”. Es así, que un estudio hecho en Argentina, Brasil y Chile, demostró que sólo el 57% de los hipertensos conoce su enfermedad, el 53% está en tratamiento, y sólo el 30% de los que son tratados tienen una presión controlada. Por su lado, Sarki, Nduka, Stranges, Kandala y Uthman (2015) “mencionan que la deficiente salud perinatal en países del tercer mundo, los problemas relacionados con los sistemas de salud es la no adherencia al tratamiento y el desconocer sobre su enfermedad, como factores asociados a la alta prevalencia y control de la HTA”.

Existe que un tratamiento farmacológico efectivo de la HTA logra una disminución de la morbilidad y mortalidad. Un tratamiento adecuado habrá una disminución del 35% a 40% de accidentes cerebrovasculares, a un aumento del 20% a 25% de infartos agudos al miocardio y más de un 50% de reducción de la incidencia de Insuficiencia Cardíaca. Sin embargo, para lograr el control de HTA no

es suficiente solo en el tratamiento farmacológico, sino que la población muestre un interés en su salud. Lira(2015).

En consecuencia, los informes de la Hipertensión control de la OMS y el VI Informe del Joint National Committee, recomiendan que el estilo de vida es parte fundamental de la prevención y tratamiento de la HTA en el primer nivel de salud. A su vez, la reducción de PA obtenida a partir de estas prácticas, ha demostrado un control (de 141/91 a 132/82 mmHg) de pacientes con HTA en estadio , además de que un 59% no necesitó iniciar tratamiento farmacológico a los 4 años de diagnosticado (Coll y Sallera, 2010).

Esto precisa que la atención del profesional de enfermería, “refleje cuán importante son los aportes de salud a la población, echo que lo distingue de cualidades que van mejorando en la salud de las personas. Para que el tratamiento sea efectivo, no necesita que sea adecuada la decisión terapéutica, sino que está condicionada por la colaboración del paciente, que también influye en la adherencia al tratamiento farmacológico, como lo son el régimen y la actividad física”.

La razón por la cual se decidió realizar el estudio de investigación: “Estilo de vida y adherencia al tratamiento antihipertensivo de los adultos mayores del Hospital de Huaycán, Lima 2018”. Porque no existe un programa preventivo de primer nivel por tal motivo decidimos realizar el proceso de investigación que es de mucha importancia en los adultos mayores.

2. Formulación del problema

2.1. Problema general.

¿Cuál es la relación entre el estilo de vida y la adherencia al tratamiento antihipertensivo en adultos mayores del Hospital de Huaycán, Lima 2018?

2.2. Problemas específicos.

¿Cuál es el nivel de estilo de vida de los adultos mayores del Hospital de Huaycán, Lima, 2018?

¿Cuál es la adherencia al tratamiento que presentan los adultos mayores del Hospital de Huaycán, Lima, 2018?

¿Cuál es la relación entre la dimensión responsabilidad en salud y la adherencia al tratamiento antihipertensivo en adultos mayores del Hospital de Huaycán, Lima, 2018?

¿Cuál es la relación entre la dimensión ejercicio y la adherencia al tratamiento antihipertensivo en adultos mayores del Hospital de Huaycán, Lima, 2018?

¿Cuál es la relación entre la dimensión nutrición y la adherencia al tratamiento antihipertensivo en adultos mayores del Hospital de Huaycán, Lima, 2018?

¿Cuál es la relación entre la dimensión manejo del estrés y la adherencia al tratamiento antihipertensivo en adultos mayores del Hospital de Huaycán, Lima, 2018?

¿Cuál es la relación entre la dimensión no consumo de tabaco y la adherencia al tratamiento antihipertensivo en adultos mayores del Hospital de Huaycán, Lima, 2018?

¿Cuál es la relación entre la dimensión no consumo de alcohol y la adherencia al tratamiento antihipertensivo en adultos mayores del Hospital de Huaycán, Lima, 2018?

3. Objetivos de la investigación

3.1. Objetivo general.

Determinar la relación entre el estilo de vida y la adherencia al tratamiento antihipertensivo en adultos mayores del Hospital de Huaycán, Lima 2018.

3.2. Objetivos específicos.

- Determinar el nivel de estilo de vida en los adultos mayores del Hospital de Huaycán, Lima, 2018.
- Determinar la adherencia al tratamiento en los adultos mayores del Hospital de Huaycán, Lima, 2018.
- Determinar la relación entre la dimensión responsabilidad en salud y la adherencia al tratamiento antihipertensivo en adultos mayores del Hospital de Huaycán, Lima, 2018.
- Determinar la relación entre la dimensión ejercicio y la adherencia al tratamiento antihipertensivo en adultos mayores del Hospital de Huaycán, Lima, 2018.
- Determinar la relación entre la dimensión nutrición y la adherencia al tratamiento antihipertensivo en adultos mayores del Hospital de Huaycán, Lima, 2018.

- Determinar la relación entre la dimensión manejo del estrés y la adherencia al tratamiento antihipertensivo en adultos mayores del Hospital de Huaycán, Lima, 2018.
- Determinar la relación entre la dimensión no consumo de tabaco y la adherencia al tratamiento antihipertensivo en adultos mayores del Hospital de Huaycán, Lima, 2018.
- Determinar la relación entre la dimensión no consumo de alcohol y la adherencia al tratamiento antihipertensivo en adultos mayores del Hospital de Huaycán, Lima, 2018

4. Justificación del problema

4.1. Aporte teórico.

La investigación permitirá la organización y sistematización de la información relevante y precisa sobre la adherencia al tratamiento antihipertensivo y el estilo de vida, convirtiéndose en un antecedente bibliográfico para futuras investigaciones.

4.2. Aporte metodológico.

El diseño de la investigación permitirá establecer la relación entre el nivel de adherencia al tratamiento antihipertensivo y el estilo de vida. Asimismo, la aplicación de instrumentos validados en una realidad diferente. Por último, aporta una base de datos actualizada que permitirá la toma de decisiones basada en la evidencia.

4.3. Aporte práctico y social.

Los resultados del estudio permitirán mejorar el seguimiento al adulto mayor hipertenso, haciendo énfasis en la importancia a la adherencia al tratamiento antihipertensivo y la práctica de estilos de vida saludable. De igual manera, motivarán al profesional de enfermería a la práctica del trabajo extramural y de las sesiones educativas.

Capítulo II

Marco Teórico

1.1.1 Antecedentes

Chinchay (2018) elaboró un trabajo en la Clínica Jesús del Norte Lima –Perú con el objetivo de “determinar la relación entre los estilos de vida no saludables y los grados de hipertensión arterial en pacientes que acuden a los consultorios externos de cardiología en la clínica Jesús del Norte”. La metodología empleada fue de enfoque cuantitativo de tipo descriptivo, correlacional. La muestra fue realizada por 132 pacientes adultos entre 45 a 60 años de ambos sexos que cumplen los criterios. Para la relación de las variables se utilizó el coeficiente de correlación Tau b de Kendall. Los resultados fueron que un 52,5% no realiza actividad física presentó hipertensión, un 62,4% que consume alimentos con grasa presentó hipertensión, un 50,6% que consume alcohol presentó hipertensión y un 47,4% que tuvo el hábito nocivo de fumar presentó hipertensión. En conclusión: “los estilos de vida no saludables se relacionan con los grados de hipertensión arterial”.

Medina (2017) elaboró un trabajo en un Hospital general Cayetano Heredia Lima- Perú con el fin de “determinar los factores asociados a la adherencia al tratamiento antihipertensivo en el adulto mayor de un hospital general. La metodología es de diseño descriptivo de corte transversal”. La muestra de estudio estuvo conformada por 150 pacientes, en quienes se adaptó el test de Morisky, Green - Levine y el “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”. Se utilizó la prueba Chi cuadrado

para determinar la asociación entre la adherencia al tratamiento. Los resultados se encontraron que eran adultos mayores (80%) y del sexo femenino (64%). “En cuanto a la adherencia al tratamiento, se encontró que un 16% de pacientes fueron adherentes, como factores relevantes encontramos que el factor relacionado con la terapia tuvo asociación significativa con la adherencia al tratamiento”(= 8.992; P= 0,05). En conclusión, “la adherencia al tratamiento encontrada fue baja solo de un 16% y el factor que se asoció estadísticamente con la adherencia al tratamiento fue el factor relacionado con la terapia, se concluye que se debe trabajar en el factor que se ha encontrado asociado a la adherencia al tratamiento para mejorar el autocuidado de los pacientes”.

Damarys (2016) elaboró un trabajo en Loja – Ecuador con el objetivo de “evaluar la relación entre adherencia al tratamiento antihipertensivo y la funcionalidad familiar en los pacientes hipertensos de 35 años a 64 años de edad”.

La metodología empleada fue de enfoque cuantitativo no experimental, diseño transversal. La muestra estuvo conformada por 130 pacientes, con hipertensión arterial del Ministerio de Salud Pública. Para las mediciones se usó un cuestionario de recolección de datos de campo, de Morisky- Green Levine. Las variables a evaluar fueron: edad, sexo, estado civil, actividad económica, condición socioeconómica, funcionalidad familiar, adherencia al tratamiento y control de presión arterial. “Los resultados que se obtuvieron fue un mayor número de pacientes hombres no adherentes al tratamiento antihipertensivo (34,88%), así como las personas que no trabajan (27,78%)”. Las personas con condición socioeconómica regular (29,58) y mala (29,03%) tienen mayor prevalencia a la no adherencia al tratamiento antihipertensivo”. “Estos pacientes que no se adhieren al

tratamiento resultaron con cifras de presión arterial tanto sistólica (63,33%) como diastólica (21,28%) no controladas, superiores de 140 y 90 respectivamente. Y de estos pacientes las familias funcionales tienen mayor prevalencia (27,12%). En conclusión, la funcionalidad familiar no mejora la adherencia al tratamiento antihipertensivo, en los adultos medios”.

Antenor (2016) elaboró un trabajo en el Hospital II Es Salud Tarapoto - Perú con el objetivo de “determinar la asociación entre el apoyo social y la adherencia terapéutica de los pacientes hipertensos mayores de 65 años”.

“La metodología empleada fue de enfoque cuantitativo no experimental, diseño transversal. Donde se estudiaron 882 pacientes hipertensos de ambos sexos, mayores de 65 años del Hospital II EsSalud de la ciudad de Tarapoto, quienes respondieron el cuestionario de Martin Bayarre Grau para adherencia terapéutica. Todos los datos se analizaron con estadística descriptiva e inferencial”.

Los resultados son que la edad promedio hallada en el estudio fue de 73 años para las de sexo femenino y de 71 años para los de sexo masculino, y la desviación es de 65 años. El 68,03% de la población fue de género femenino y el 31,97% de género masculino. El porcentaje de hipertensos que tienen apoyo social está representado por el 74,94% del total, y el 25,06% que no tienen apoyo social. “El porcentaje de hipertensos con adherencia terapéutica está representado por el 79,14%, y el 20,86% que no poseen adherencia al tratamiento. La prueba de chi cuadrado con un $p = 0,05$ y un intervalo de confianza de 95%. En conclusión, existe asociación entre el apoyo social y la adherencia terapéutica en hipertensos.”

De La Torre (2016) Se elaboró un trabajo en un centro de atención Primaria III Huaycán EsSalud , Lima- Perú con el objetivo “evaluar la mejora de la adherencia

al tratamiento farmacológico en pacientes adultos mayores con hipertensión arterial del Centro de Atención Primaria III Huaycán-EsSalud” .La metodología empleada fue cuasiexperimental, descriptivo, observacional, prospectivo y longitudinal. “La población estuvo conformada por adultos mayores con hipertensión arterial atendidos por Medicina Interna y el Programa Adulto Mayor, siendo la muestra 22 pacientes bajo tratamiento no menor de tres meses”. Se realizaron entrevistas, encuestas y visitas domiciliarias; se brindó sección educativa sanitaria y orientación farmacéutica del tratamiento. “El nivel de satisfacción del paciente fue evaluado según un cuestionario bajo el modelo SERVPERF; al que se hizo la validación (juicio de expertos), así como la determinación de confiabilidad”. “Como resultados se obtuvo, al inicio, 4,5% de adherentes al tratamiento y al término del estudio 40,9% a través del test de MoriskyGreen. Mediante la aplicación del test de Batalla, al inicio, 50% demostró buen conocimiento sobre la hipertensión arterial; es decir, con el cumplimiento del tratamiento y al final del estudio, 86,4%. En el análisis de los resultados del cumplimiento terapéutico (test de Morisky-Green) y el grado de conocimiento sobre la enfermedad; al inicio y final, se encontró para cada uno, cambió estadísticamente significativo ($p < 0,05$). Los resultados de la aplicación del cuestionario”, al final indican desde la percepción de los pacientes la calidad que recibieron consejería farmacéutica tuvo un porcentaje de promedio de 4,75; con un nivel de satisfacción elevado En la aplicación del cuestionario, se evaluaron cinco dimensiones en la calidad del servicio, obteniéndose los siguientes puntajes promedio: fiabilidad, 4,68; capacidad de respuesta, 4,74; seguridad, 4,77; en empatía, 4,73; y tangibilidad, 4,83. En consecuencia, el servicio brindado llegó a alcanzar un alto en el nivel de satisfacción de los 22 pacientes.

Cuellar (2015) elaboró un trabajo en un centro de salud, Lima -Perú con el objetivo de “determinar el nivel de conocimientos de los adultos mayores sobre prevención de hipertensión arterial en un centro de salud. La metodología empleada fue de enfoque cuantitativo de tipo descriptivo, correlacional”. La muestra estuvo conformada por 30 pacientes que no eran hipertensos a quienes se les aplicó un instrumento para valorar su nivel de conocimientos sobre prevención en hipertensión arterial en adultos mayores. “En cuanto a los resultados se obtuvo que los adultos mayores, son de sexo femenino y tienen grado de instrucción primaria completa, un mayor conocimiento de su peso y, por último, la mayoría conoce los valores de su presión arterial y que existe un mayor nivel de conocimiento de 80% (24); tienen un nivel de conocimiento medio y un menor nivel conocimiento de 6,6% (2) de un conocimiento deficiente”.

Brasales (2014) elaboró un trabajo en el servicio de emergencias del Hospital provincial, Ambato –Ecuador con el objetivo de “determinar la eficacia del captopril vs amlodipino en el tratamiento de la crisis hipertensiva tipo urgencia”. La metodología empleada fue de enfoque cuantitativo de tipo descriptivo. Se hizo la comparación de dos grupos de pacientes indicados aleatoriamente a tratamiento con captopril y amlodipino, siendo el total de 60 pacientes; y se valoró un descenso adecuada de tensión arterial hasta el 15%. Como resultados se halló: “La edad media de los pacientes fue de 62,3 años, siendo mayor el género femenino. El 32% tuvieron una urgencia hipertensiva. El 68% de todos tenían antecedente de HTA y de ellos el 55% no recibían tratamiento farmacológico. Además, el 27% de pacientes que recibían tratamiento, no cumplían al momento de su valoración. “El 70% de pacientes que recibieron amlodipino tuvieron una adecuada disminución de T.A; así como el 40% de captopril; 36% de estos últimos presentaron una reducción

excesiva de T.A, y solo tres (10%) de los que recibieron amlodipino”. Un 23% de pacientes de captopril y 20% de pacientes de amlodipino no respondieron a los medicamentos durante la primera hora, manteniéndose el mismo valor de ingreso”.

Aguilar (2014) elaboró un trabajo en el Hospital infantil Villa María del Triunfo Lima-Perú. Con el objetivo de “determinar el estilo de vida del adulto mayor que asiste al Hospital Materno Infantil Villa María del Triunfo fue determinar el estilo de vida del adulto mayor que asiste al Hospital Materno Infantil Villa María del Triunfo en su dimensión biológica, social y psicológica”. El diseño metodológico fue de nivel aplicativo, tipo cuantitativo, método descriptivo y de corte transversal. La muestra estuvo constituida por 50 adultos mayores de sexo masculino y femenino, que asisten al Hospital Materno Infantil Villa María del Triunfo. Para la recolección de datos se utilizó la entrevista y un formulario modificado tipo Escala de Lickert. “En cuanto a los estilos de vida del adulto mayor que asiste al hospital Materno Infantil Villa María del Triunfo de 50 (100%) adultos mayores, 27(54%) tienen un estilo de vida saludable y 23(46%) estilo de vida no saludable”. “Al analizarlo por dimensiones, se tiene que en la dimensión biológica 26 (52%) tienen un estilo de vida saludable y 24 (48%) tienen un estilo de vida no saludable, en la dimensión social 36(72%) tienen un estilo de vida saludable y 14(28%) tienen un estilo de vida no saludable, en la dimensión psicológica 31(62%) tienen un estilo de vida no saludable y 19(38%) tienen un estilo de vida saludable”. Las conclusiones fueron:” La gran parte de adultos mayores muestran un estilo de vida saludable lo cual es favorable para su salud, mostrándose adecuados sus hábitos alimenticios, la práctica de ejercicios, el buen descanso y sueño, las buenas relaciones Interpersonales, evitando los hábitos nocivos y el adecuado control de las emociones”.

Fanarraga (2013) “elaboró un trabajo en consultorios externos de cardiología del Hospital Guillermo Almenara Irigoyen ESSALUD, Lima – Perú. Tuvo como objetivo determinar “la relación que existe entre el conocimiento y la práctica de autocuidado domiciliario que realizan los pacientes adultos con diagnóstico de hipertensión arterial.” El tipo de investigación es de enfoque cuantitativo, de diseño descriptivo del corte transversal. La investigación se realizó en el consultorio de cardiología de Hospital Guillermo Almenara Irigoyen-ESSALUD, la población fueron los pacientes hipertensos. Se hizo una investigación de una muestra de 130 pacientes de ambos sexos y que vivan en la ciudad de Lima. Para recolectar los datos, se utilizó la técnica de la encuesta y como instrumento un cuestionario con preguntas cerradas sobre “conocimientos de hipertensión arterial en los pacientes adulto y prácticas de autocuidado en su domicilio”. Se obtuvieron los siguientes resultados: “el 99% conocen los alimentos que debe de consumir todos los días , los signos y síntomas de la enfermedad, el 98 % conocen que deben de realizar caminatas durante el día, el 94% conocen que debe de descansar durante el día y un porcentaje significativo de 70% tienen un conocimiento deficiente sobre los daños ocasionados por la hipertensión y que se agravan a través del tiempo y el 28% desconocen que la hipertensión arterial aumenta con la edad, sexo y obesidad.” En cuanto a la práctica de autocuidado el 69% se controlan la presión arterial, el 77% realizan caminatas durante el día y el 87% tienen una alimentación adecuada conteniendo frutas y verduras. “La investigación se realizó entre el mes de enero y febrero del 2013 en el Hospital Guillermo Almenara Irigoyen”.

Para Romero (2014), “la hipertensión arterial es uno de los problemas médico-sanitarios más importantes de la medicina. Por lo tanto, representa un importante factor de riesgo para el desarrollo de enfermedades crónicas no transmisibles”.

Asimismo, el éxito de su tratamiento y control, se basa en la terapia farmacológica y los estilos de vida, para la normalización de los valores de la Presión Arterial.

Al estudiar la variable estilo de vida, “la investigación encontró que el 47,1% de los adultos mayores refirió un estilo saludable, el 48,4 % muy saludable, y el 4,5 % poco saludable” (ver tabla 2). Del mismo modo, Cáceres (2016) , en un estudio realizado en Lima-Perú, demostró que el 71% de los pacientes hipertensos practicaron estilos de vida no saludables y solo el 29 % saludables. Así también, Burbano (2017), en una investigación realizada en Bogotá-Colombia , señaló que el 62,2% de los pacientes presentaron un estilo bueno, el 16% excelente, el 15,2% regular y sólo el 6,8% malo.

Para Osorio y Amariles (2018), “la adopción de estilos de vida saludable (plan alimentario adecuado, actividad física regular y mantenimiento del peso corporal ideal) en el control de la HTA y se asocia con beneficios que van más allá de la reducción de la presión arterial”. Una intervención integral del estilo de vida, puede reducir, la necesidad de medicamentos antihipertensivos en los pacientes de edad avanzada. En tal medida, Vega, Lozano, Álamo y Lleras (2008)

“Suponen que el efecto de la disminución de la presión arterial con la modificación de los estilos de vida, es equivalente a la monoterapia con medicamentos”. Si se aplica de manera apropiada los estilos de vida, puede retrasar el tratamiento farmacológico en pacientes con hipertensión en fase 1, con la cual se obtendría una disminución en el número y la dosis de medicamentos antihipertensivos. Sin embargo, la principal limitación de los estilos de vida, es la poca continuidad y adherencia.

Igualmente, al estudiar la variable “adherencia al tratamiento antihipertensivo, se halló que el 84,5% de los adultos mayores fueron no adherentes al tratamiento y el 15,5 % sí lo fueron (ver tabla 3)”. Resultados parecidos, encontró Tapia (2006) en su estudio realizado en Valdivia-Chile, donde el 44,1% de los adultos indicaron una baja adherencia al tratamiento. A contraposición, López y Chávez (2002) en su trabajo realizado en la Habana-Cuba, hallaron que el 58,3% de los adultos mayores se mostraron adherentes al tratamiento.

La Joint National Committee (JNC) “menciona que el incumplimiento del tratamiento es el principal fracaso terapéutico en el control de la HTA, dando a conocer la efectividad de los antihipertensivos que no solo depende de una adecuada decisión terapéutica, sino también de la colaboración del paciente. Así, a pesar de los esfuerzos por controlar la HTA, la adherencia a los tratamientos farmacológicos y a las recomendaciones no farmacológicas es muy baja, lo que dificulta la disminución de la presión arterial y su mantenimiento en niveles controlados (Varela, 2010).”

La importancia del problema de la adherencia al tratamiento está dada desde el punto de vista clínico, económico y psicosocial; además en la calidad de la atención, la relación médico-paciente, entre otros. “El abandono de una terapia disminuye al menos en 20% los costos de la salud pública e incrementa el uso de recursos hospitalarios. Por tal motivo, el problema de la baja adherencia a los tratamientos se presenta en todos los países, independientemente de su nivel de desarrollo, lo que lo convierte en un asunto de salud pública mundial” (Herrera, 2012).

Los resultados de la investigación demostraron que existe relación entre los estilos de vida y la adherencia al tratamiento antihipertensivo con un p-valor de

0,012. Del mismo modo, Guarín y Pinilla (2016), en su estudio realizado en Bogotá-Colombia, encontraron que existe relación entre la adherencia al tratamiento y la calidad de vida con un $p < 0.001$. Así también, Hirschberg, Donatti, Rijana y Selan (2014), en su trabajo realizado en Buenos Aires-Argentina, demostraron que existe “relación entre ambas variables con un $p < 0.05$. Cabe resaltar, que, al análisis de la tabla cruzada, se observó que el 45,2% de los adultos mayores que presentaron un estilo de vida muy saludable indicaron ser no adherentes al tratamiento antihipertensivo, y que solo el 3,2% de los que practicaron un estilo muy saludable fueron adherentes al tratamiento”.

Según Cobos (2014), “la fisiopatología de la HTA está relacionada a la disfunción endotelial, órgano que recubre internamente a los vasos sanguíneos y que cumple funciones protectoras antiinflamatorias, vasodilatadoras y antitrombóticas”. En consecuencia, su mal funcionamiento, disminuirá la capacidad vasodilatadora de los vasos sanguíneos e incrementará los periodos de vasoconstricción, inflamación vascular, predisposición a la aterosclerosis y a la trombosis, haciendo de la HTA una enfermedad crónica y no curable, que necesita de un control para la prevención de daño en órganos blancos. No obstante, el tratamiento integral con hábitos saludables mejora significativamente la función endotelial, la presión arterial, el metabolismo lipídico y glucídico y el pronóstico cardiovascular y metabólico. A pesar de ello, Quilla (2017) menciona que muchas personas aún no deciden iniciar un cambio, o cuando deciden hacerlo les cuesta permanecer en éste.

Seguidamente, al analizar la relación entre las dimensiones de los estilos de vida y la adherencia al tratamiento antihipertensivo, se encontró que solo la

dimensión nutrición presentó una asociación significativa con un p-valor de 0,025. De manera semejante, Cueva (2011) “en un trabajo realizado en Tacna-Perú, infirió que existe relación entre el cumplimiento con la dieta hiposódica y la adherencia al tratamiento antihipertensivo con un p-valor de 0,001”.

“La dieta ejerce un papel importante sobre la presión arterial, sobre todo el consumo de frutas, verduras, lácteos bajos en grasas y poca sal de forma habitual. Este tipo de dietas pueden prevenir el inicio de la HTA, mejorar las cifras de la PA en pacientes hipertensos y potenciar el efecto de los fármacos hipotensores. Los suplementos nutricionales de un único nutriente son poco eficaces para disminuir la tensión, bien por su interacción con otros componentes de la dieta o bien por alteración de su biodisponibilidad. Además, estas medidas de estilo de vida saludable tienen un efecto similar al obtenido con fármacos antihipertensivos, que inducen un descenso de la PA sistólica de 6,8-9,3 y PA diastólica de 14,3-18,9 mm Hg Valero (2013). De igual manera, un menor consumo de grasa saturada (con aumento de AGM y omega-3), el aporte adecuado de calcio, magnesio, proteínas, vitamina D y fibra, y la mejora de la capacidad antioxidante de la dieta pueden tener gran importancia en la lucha contra el problema Ortega (2016). ”

Finalmente, se evidencia que el tratamiento de las enfermedades crónicas exige cambios en el estilo de vida y una correcta adherencia al tratamiento farmacológico, lo cual ha sido y continúa siendo un problema clínico de gran relevancia, especialmente en el manejo de los pacientes hipertensos.

1. Marco bíblico filosófico

El plan de Dios para el ser humano es que su hijo amado tenga felicidad por eso en 3 Juan: 1:2 dice "Amado, yo deseo que tú seas prosperado en todas las cosas, y que tengas salud, así como prospera tu alma". Una promesa que Dios nos ofrece está en éxodo 23: 25:"Mas a Jehová vuestro Dios serviréis, y él bendecirá tu pan y tus aguas; y yo quitaré toda enfermedad de en medio de ti."

Pablo hace una pregunta para reflexionar : "¿O no sabéis que vuestro cuerpo es santuario del Espíritu Santo, el cual está en vosotros, el cual tenéis de Dios, y que no sois vuestros? Porque habéis sido comprados por precio; glorificad, pues, a Dios en vuestro cuerpo y en vuestro espíritu, los cuales son de Dios" En 1 Corintios 6:19, 20 Entendemos que el cuerpo es santo, que Dios lo hizo con tanto amor, y debemos cuidarlo teniendo una buena alimentación, llevando un correcto estilo de vida.

Según White (1976), deben escogerse los alimentos que mejor proporcionen para la reconstitución del cuerpo. Muchas veces el organismo pide alimento que altera la salud y causa debilidad en vez de producir fuerza., sin dejarnos guiar por las costumbres de la sociedad. Las enfermedades y dolencias que prevalecen por doquiera provienen de los errores respecto al régimen alimenticio (pág.227).

2. Marco teórico

3.1 Hipertension arterial

3.1.1. Definición

Association (2017) define que la “hipertensión arterial circula por los vasos sanguíneos, en las arterias, una determinada presión para poder alcanzar todos los órganos y suministrarles nutrientes y oxígeno.

La presión arterial tiene dos valores: uno de ellos llamado valor sistólico o presión máxima, y que en régimen de normalidad varía entre 100 y 140 mmHg, y otro llamado valor diastólico o presión mínima, y que normalmente varía entre 60 y 90 mmHg”.

Organizacion Mundial de Salud (2015) menciona que la hipertensión, también conocida como “tensión arterial alta o elevada, es un trastorno en el que los vasos sanguíneos tienen una tensión persistentemente alta, lo que puede dañarlos. Cada vez que el corazón late, bombea sangre a los vasos, que llevan la sangre a todas las partes del cuerpo. La tensión arterial es la fuerza que ejerce la sangre contra las paredes de los vasos (arterias) al ser bombeada por el corazón. Cuanta más alta es la tensión, más esfuerzo tiene que realizar el corazón para bombear.”

“La tensión arterial normal en adultos es de 120 mm Hg¹ cuando el corazón late (tensión sistólica) y de 80 mm Hg cuando el corazón se relaja (tensión diastólica). Cuando la tensión sistólica es igual o superior a 140 mm Hg y/o la tensión diastólica es igual o superior a 90 mm Hg, la tensión arterial se considera alta o elevada”.

3.1.2 Niveles de la Hipertensión arterial

Orcea (2018) reconoce 3 niveles de hipertensión:

Nivel Hipertensión leve:	1	Presión arterial sistólica 140-159 mmHg y/o Presión arterial diastólica 90-99 mmHg
Nivel Hipertensión media-grave:	2	Presión arterial sistólica 160-179 mmHg y/o Presión arterial diastólica 100-109 mmHg
Nivel Hipertensión grave:	3	Presión arterial sistólica 180 mmHg o superior y/o Presión arterial diastólica 110 mmHg o superior

3.1.3 SIGNOS

Orcea (2018) La HTA es esencialmente asintomática (70% a 80% de los casos), por lo que es llamada la "enfermedad silenciosa". Sin embargo, puede manifestarse:

-Mareos al levantarse o al cambiar la posición, taquicardias o a coloración de la frecuencia cardiaca, respiración entre cortada, dolor de cabeza, ansiedad, nauseas, sudor excesivo, cansancio, vómitos, fatiga, zumbido de oídos, mareos, visión borrosa o con luces centellantes, sangrado por la nariz, escotomas o epistaxis.

3.1.4 Diagnóstico

Para Rosas y Peralta (2016) , “el diagnóstico se basa en un sencillo procedimiento de medición, aunque en algunos casos son necesarias otras pruebas como el holter de presión arterial”. Es imprescindible completar el estudio con un análisis de laboratorio (de sangre y orina) y un electrocardiograma. Es muy importante tener presente estas recomendaciones:

- .La hipertensión arterial no produce síntomas y puede pasar inadvertida.
- Es más frecuente a partir de los 40 años, aunque puede aparecer a cualquier edad.
- Hay predisposición familiar, aunque se da también en personas sin antecedentes.

3.1.5 Cuidados de enfermería

Para Rosas y Peralta (2016) “La enfermera por la naturaleza de su trabajo provee atención no solo asistencial sino también de carácter educativo, situación que es de vital importancia en los pacientes con hipertensión arterial. El cuidado de la enfermera, se da al ser humano, que es el resultado de la integración biológica, espiritual, socio- cultural psíquico y moral". El cuidado integral, es el que garantiza la intervención y el bienestar del usuario. Las principales acciones son:

- **Valoración integral:** Interacción enfermera paciente: en la que se demuestra empatía, confianza.

- Evaluación del aspecto emocional y anímico (comunicación verbal y no verbal se puede conocer cómo se encuentra el paciente, que problemas e inquietudes tiene).

- Interesarse por sus estilos de vida, para conocer sus hábitos saludables. (Alimentación, actividades que realizan, descanso y sueño) y hábitos no saludables (consumo de bebidas alcohólicas, fumar cigarrillo, consumo de drogas).

- **Realizar el examen físico:** control de peso, talla, control de los signos vitales, valoración de la presión arterial.

- Valoración integral de los cuidados que los pacientes realizan en su hogar según las respuestas que den durante la entrevista.

3.1.6. Tratamiento

Según la Organización Mundial de Salud (2015), “todos los adultos deberían medirse su tensión arterial periódicamente, ya que es importante conocer los valores. Si esta es elevada, han de consultar a un profesional sanitario”.

A algunas personas le es difícil cambiar su modo de vida para lograr tener controlada la tensión arterial, como dejar el consumo de tabaco, adoptar una dieta saludable, hacer ejercicio con asiduidad y evitar el uso nocivo del alcohol. “La reducción de la ingesta de sal también puede ayudar. A otras personas, estos cambios les resultan insuficientes y necesitan tomar medicamentos con prescripción médica”.

Los adultos pueden ayudar a mejorar al tratamiento tomando siempre el tratamiento farmacológico prescrito, mejorando su modo de vida y vigilando su salud.

Las personas con hipertensión que también tienen un alto nivel de azúcar en sangre, hipercolesterolemia o insuficiencia renal corren un riesgo incluso mayor de sufrir un infarto de miocardio o un accidente cerebrovascular. Por tanto, es de suma importancia hacerse revisiones de la cantidad de azúcar y de colesterol en sangre y del nivel de albúmina en la orina.

Cuidados de enfermería en pacientes con Hipertensión arterial y sus medidas preventivas de la Hipertensión arterial

La Organización Mundial de Salud (2015), “sostiene que todos podemos adoptar cinco medidas para minimizar las probabilidades de padecer hipertensión y sus consecuencias adversas”.

3.1.6.1 Dieta saludable

Organización Mundial de Salud (2015)

- Mejorar un modo de vida saludable, haciendo primordial en la u nutrición adecuada de niños y jóvenes.
- Disminuir el consumo de sal a menos de 5 g al día (algo menos de una cucharilla de café al día).
- Consumir cinco porciones de fruta y verdura al día.
- Disminuir la ingesta total de grasas, en especial las saturadas.
- Evitar el uso nocivo del alcohol, esto es, limitar su ingesta a no más de una bebida estándar al día.

3.1.6.2 Actividad física

Organizacion Mundial de Salud (2015)

- Realizar actividad física de forma continua e incentivar la actividad física entre los niños y los jóvenes (al menos 30 minutos al día).
- Mantener un peso adecuado I: cada pérdida de 5 kg de exceso de peso puede reducir la tensión arterial sistólica entre 2 y 10 puntos.
- Dejar el consumo de tabaco y evitar la exposición a los productos de tabaco.
- Controlar el estrés de una forma saludable, por ejemplo, mediante meditación, ejercicio físico adecuado y relaciones sociales positivas.

3.1 Estilo de vida

Son procesos sociales, hábitos, conductas y comportamientos de los individuos y grupos de población que conllevan a la satisfacción de las necesidades humanas para alcanzar el bienestar y la vida. También llamados factores protectores de la calidad de vida, que al asumirlos responsablemente ayudan a prevenir desajustes biopsicosocio espirituales y mantener el bienestar para generar calidad de vida, satisfacción de necesidades y desarrollo humano (Guerrero, 2010)

3.2 Adherencia al tratamiento antihipertensivo

3.2.6 Definición

Vázquez y Chavez (2016) definen que “la adherencia al tratamiento como el cumplimiento del mismo; es decir, tomar la medicación de acuerdo con la dosificación del programa prescrito; y la persistencia, tomar la medicación a lo largo del tiempo. En los países desarrollados, solo el 50% de los pacientes crónicos cumplen con su tratamiento; cifras que inclusive se incrementan al referirnos a determinadas patologías con una alta incidencia”.

3.2.7. Importancia

García Pascual (2010) “menciona la importancia sobre adherencia al tratamiento es tomar las medicinas en el intervalo prescrito el 39% de los errores se deben a los olvidos no tienen bien definido en el horario de la toma”.

“La dosis indicada y en el momento del día prescrito. Cualquier medicación busca un efecto en el organismo y para ello necesita alcanzar un nivel terapéutico que sea lo menos perjudicial posible y donde se produzca un balance beneficio-riesgo positivo. Por lo que no tomar el tratamiento prescrito de la forma adecuada puede suponer un riesgo”

3.2.8. Consecuencias

Valladares (2011) “manifiesta que la falta de cumplimiento con el régimen terapéutico conlleva múltiples consecuencias, tanto clínicas como económicas, derivadas del incremento de la mortalidad o la morbilidad observado en los pacientes no cumplidores. El impacto clínico de la falta de adherencia depende de la interrelación entre tres factores: el tipo de incumplimiento, la enfermedad tratada y las propiedades farmacodinámicas y farmacocinéticas del medicamento”.

“Las consecuencias económicas se encuentra obstaculizada por problemas de e impacto económico, la identificación, medición y valoración de los costes y resultados relacionados. La deficiencia en el cumplimiento de los objetivos de salud trazados repercute, en un aumento de los costes. Éstos se generan debido al aumento de hospitalizaciones y visitas a los centros ambulatorios y de urgencias, aumentos de dosis o cambios en la prescripción o aumento o realización de pruebas diagnósticas más invasivas”.

2.3 Modelos Teóricos:

Prado y Solar (2014) define el “autocuidado como el conjunto de acciones intencionadas que realiza la persona para controlar los factores internos o externos, que pueden comprometer su vida y desarrollo posterior; el autocuidado, por tanto, es una conducta que realiza o debería realizar la persona para sí misma. Uno de los supuestos que de aquí se desprenden es que todos tenemos la capacidad para cuidarnos y este autocuidado lo aprendemos a lo largo de nuestra vida; principalmente mediante las comunicaciones que ocurren en las relaciones interpersonales”

Por esta razón, no es extraño reconocer en nosotros mismos prácticas de autocuidado aprendidas en el seno de la familia, la escuela y las amistades. Es así como las personas desarrollan prácticas de autocuidado que se transforman en hábitos, que contribuyen a la salud y el bienestar; todas estas actividades son medidas por la voluntad, son actos deliberados y racionales que realizamos muchas veces sin darnos cuenta siquiera, se han transformado en parte de nuestra rutina de vida.

Aristizabal y Hoyos (2011) dice que “Nola Pender, enfermera, autora del Modelo de Promoción de la Salud, expresó que la conducta está motivada por el deseo de alcanzar el bienestar y el potencial humano. Se interesó en la creación de un modelo enfermero que diera respuestas a la forma cómo las personas adoptan decisiones acerca del cuidado de su propia salud”.

El modelo de promoción de la salud pretende ilustrar la naturaleza multifacética de las personas en su interacción con el entorno cuando intentan alcanzar el estado deseado de salud; enfatiza el nexo entre características personales y experiencias,

conocimientos, creencias y aspectos situacionales vinculados con los comportamientos o conductas de salud que se pretenden lograr.

La teoría general de Orem expresa “la práctica de actividades que los individuos realizan por sí y para sí mismos, para mantener la vida, la salud y el bienestar; por tanto, es necesario dar respuesta a una serie de requisitos de autocuidado que pueden ser universales (satisfacen necesidades de agua, aire, alimentos, eliminación/excreción, actividad y reposo, soledad e interacción social, prevención de peligros y promoción del funcionamiento y desarrollo humano; requisitos de desarrollo (garantizan el crecimiento y desarrollo normal, desde la concepción hasta la senectud y el enfrentar situaciones que pueden afectarlo; y los requisitos ante alteraciones o desvíos en el estado de salud llevan a la persona a buscar asistencia médica segura, a atender los resultados molestos de una enfermedad; a seguir una terapia medicamentosa; a atender los efectos molestos de la alteración en el estado de salud; a aceptar una nueva imagen corporal y los cuidados necesarios para fortalecer el auto concepto o a aprender a vivir con la patología” Cavanagh (2015)

Para el trabajo de investigación, se consideró el Modelo Teórico de Nola Pender.

Promoción de la Salud. Fuentes teóricas para el desarrollo de la Teoría. “Nola Pender sustenta su teoría de Promoción de la Salud en la teoría del aprendizaje social (actualmente teoría cognitiva social) de Albert Bandura, que postula la importancia de los procesos cognitivos en el cambio de conducta”. Además, el modelo de valoración de expectativas de la motivación humana descrito por Feather, que afirma que la conducta es racional y económica, es importante para el desarrollo del modelo.

Capítulo III

Materiales y método

1. Diseño y tipo de investigación

La investigación fue de enfoque cuantitativo debido a que los datos son producto de mediciones y se utiliza métodos estadísticos para analizar los datos; de diseño no experimental, ya que se observa los fenómenos tal como se dan en su contexto natural; de corte transversal porque se toma una muestra de una población en un

momento determinado, y por último, de tipo correlacional Cuyo propósito es conocer si existe relación entre las variables, Hipertensión arterial y estilo de vida en adultos mayores (Sampieri, Fernández y Baptista, 2014)

2. Variables de la investigación

2.1. DEFINICIÓN OPERACIONAL DE ADHERENCIA AL TRATAMIENTO

Vázquez y Chavez (2016) definen la adherencia al tratamiento como el cumplimiento del mismo; es decir, tomar la medicación de acuerdo con la dosificación del programa prescrito; y la persistencia, tomar la medicación a lo largo del tiempo. En los países desarrollados, solo el 50% de los pacientes crónicos cumplen con su tratamiento; cifras que inclusive se incrementan al referirnos a determinadas patologías con una alta incidencia.

2.2. DEFINICIÓN OPERACIONAL DE ESTILO DE VIDA

La OMS (2015) define el estilo de vida como “una forma general basada en la interacción que dan un sentido amplio a los patrones individuales de conducta determinados por factores socioculturales y características personales”. El estilo de vida que adoptamos tiene repercusión en la salud tanto física como psíquica.

2.3. OPERACIONALIZACIÓN DE LAS VARIABLES

Variables	Definición conceptual	Definición operacional	Indicadores	Escala de respuesta
Adherencia al tratamiento	Vázquez y Chávez (2016) define la adherencia al tratamiento como cumplimiento del mismo, es decir, tomar la medicación de acuerdo con la dosificación del programa prescrito y la persistencia, tomar la medicación a lo largo del tiempo.	<p>Evaluación de la escala Morisky, Morisky Green y Levine (1986)</p> <p>La escala de medición de adherencia al tratamiento es la siguiente:</p> <p>Adherente : 8 puntos</p> <p>No adherente : 1 a 7 puntos</p>	<p>Cumplimiento de la ingesta de la medicina</p> <p>Falta de compromiso en su medicina</p> <p>automedicación en su medicina</p> <p>falta de compromiso en su medicina</p> <p>organización en la toma de su medicina</p> <p>falta de compromiso en su medicina</p> <p>medicina .</p> <p>recordatorio en la toma de su medicina</p>	<p>Sí: (1)</p> <p>No: (0)</p>

<p>Estilo de vida saludable</p>	<p>(OMS, 2015a) define el estilo de vida como “una forma general de vida basada en la interacción entre las condiciones de vida en un sentido amplio y los patrones individuales de conducta determinados por factores socioculturales y características personales”.</p>	<p>Cuestionario de estilo de vida, Nola Pender(1986)</p> <p>36-58 poco saludable 59- 77 saludable 78- 144 muy saludable</p>	<p>1. Responsabilidad en salud</p>	<ol style="list-style-type: none"> 1. Relata al médico síntomas de su hipertensión arterial. 2. Sabe el nivel de colesterol en su sangre. 3. Lee libros sobre hipertensión arterial. 4. Busca otra opción cuando no está de acuerdo con su médico. 5. Discute con profesionales sus inquietudes sobre el cuidado de su PA. 6. Hace evaluar su presión en 	<p>Rutinariamente: 3 Frecuentemente :2 A veces: 1 Nunca: 0</p>
--	---	---	------------------------------------	--	--

				<p>sangre y sabe el resultado.</p> <p>7. Asiste a programa educativa de su PA.</p> <p>8. Pide información a los profesionales, para evitar complicaciones de PA.</p> <p>9. Observa su cuerpo de cambios físicos cada mes a consecuencia de PA.</p> <p>10. Asiste a programa educativo sobre el cuidado de la salud personal.</p>	
			2. Ejercicio	<p>1. Hace ejercicio para estirar los músculos al menos 3 veces por semana.</p> <p>2. Hace ejercicio de 20 a 30</p>	

			3. Nutrición	<p>minutos al menos 3 veces por semana.</p> <p>3. Participa de ejercicio físico, bajo supervisión para mejorar su PA.</p> <p>4. Evalúa su pulso durante el ejercicio físico.</p> <p>5. Hace actividad física: caminar, nadar, jugar fútbol para controlar PA.</p> <p>1. Come en la mañana.</p> <p>2. Evita el consumo de alcohol.</p> <p>3. Come tres comidas buenas al día.</p> <p>4. Lee las etiquetas de las comidas que bajos en colesterol y sal.</p>	
--	--	--	--------------	--	--

			4. Manejo del estrés	<p>5. Incluye en su dieta granos, verduras y frutas.</p> <p>6. Escoge comidas que incluye los 4 grupos básico.</p> <p>1. Sabe el nivel de colesterol en sangre.</p> <p>2. Es consciente de la fuente de tensión en su vida.</p> <p>3. Pasa 15 a 20 minutos en relajamiento.</p> <p>4. Relaja conscientemente los músculos a las horas de dormir.</p> <p>5. Se concentra en pensamientos agradables antes de dormir.</p> <p>6. Usa métodos específicos para controlar la tensión.</p> <p>7. Encuentra manera positiva para expresar sus sentimientos.</p>	
--	--	--	----------------------	--	--

			<p>5. No consume tabaco</p>	<ol style="list-style-type: none"> 1. Lee revistas de salud sobre los efectos dañinos sobre tabaco. 2. Utiliza diferentes estrategias para evitar el consumo de tabaco. 3. En lugares cerrados se sienta en área de no fumadores. 4. Evita fumar para mejorar su presión arterial. 	
			<p>6. No consumo de alcohol</p>	<ol style="list-style-type: none"> 1. Toma tiempo para el relajamiento. 2. Lee revistas sobre alcohol que informan del daño que produce el organismo. 3. Evita consumir alcohol en reuniones sociales porque beneficia su PA. 4. Evita consumir alcohol para controlar la PA. 	

3. Hipótesis de la investigación

3.1 HIPÓTESIS GENERAL

H₁: Existe relación entre el nivel de estilo de vida en los adultos mayores del Hospital de Huaycán, Lima, 2018.

H₀: No Existe relación entre la adherencia al tratamiento en los adultos mayores del Hospital de Huaycán, Lima, 2018.

3.2. HIPÓTESIS ESPECÍFICAS

H₁: Existe relación entre la dimensión responsabilidad en salud y la adherencia al tratamiento antihipertensivo en adultos mayores del Hospital de Huaycán, Lima, 2018.

H₀: No existe relación entre la dimensión responsabilidad en salud y la adherencia al tratamiento antihipertensivo en adultos mayores del Hospital de Huaycán, Lima, 2018.

H₁ existe relación entre la dimensión ejercicio y la adherencia al tratamiento antihipertensivo en adultos mayores del Hospital de Huaycán, Lima, 2018.

H₀: No existe relación entre la dimensión ejercicio y la adherencia al tratamiento antihipertensivo en adultos mayores del Hospital de Huaycán, Lima, 2018.

H₁: Existe relación entre la dimensión nutrición y la adherencia al tratamiento antihipertensivo en adultos mayores del Hospital de Huaycán, Lima, 2018.

H₀: No existe relación entre la dimensión nutrición y la adherencia al tratamiento antihipertensivo en adultos mayores del Hospital de Huaycán, Lima, 2018

H₁: Existe relación entre la dimensión manejo del estrés y la adherencia al tratamiento antihipertensivo en adultos mayores del Hospital de Huaycán, Lima, 2018.

H₀ No existe relación entre relación entre la dimensión manejo del estrés y la adherencia al tratamiento antihipertensivo en adultos mayores del Hospital de Huaycán, Lima, 2018.

H₁: existe relación entre la dimensión no consumo de tabaco y la adherencia al tratamiento antihipertensivo en adultos mayores del Hospital de Huaycán, Lima, 2018.

H₀: No existe relación entre la dimensión no consumo de tabaco y la adherencia al tratamiento antihipertensivo en adultos mayores del Hospital de Huaycán, Lima, 2018.

H₁ Existe relación entre la dimensión no consumo de alcohol y la adherencia al tratamiento antihipertensivo en adultos mayores del Hospital de Huaycán, Lima, 2018.

H₀: No Existe relación entre la dimensión no consumo de alcohol y la adherencia al tratamiento antihipertensivo en adultos mayores del Hospital de Huaycán, Lima, 2018.

3. Delimitación geográfica y temporal

El Hospital de Huaycán está en una quebrada ubicada en el extremo este del distrito de Ate, en las faldas de los cerros Fisgón y Huaycán, al este de las ruinas incaicas que llevan el mismo nombre, que fue ocupada a partir del 15 de julio de 1984 por poblaciones inmigrantes organizados. Hoy en día, cuenta con una población de aproximadamente 104,942 habitantes, en una área de 576 696 hectáreas. Huaycán se encuentra ubicado en el Distrito de Ate, entre las primeras estribaciones de la cordillera occidental de los Andes, en la provincia de Lima, departamento de Lima a 12°01'18'' de latitud sur y 76°54'57'' de longitud oeste. Las ciudades de referencia son Vitarte a 30 minutos. Los límites son que por el Norte: río Rímac, por el Sur: Cieneguilla, por el Este: Chaclacayo y por el Oeste: Santa Clara, este es un hospital que mediante Resolución Ministerial N° 0868-2003- SA/DM fuera elevado a la categoría de Hospital de Baja Complejidad.

4. Participantes

5.1. Población.

La población de interés para el estudio estuvo constituida por el 155 de los adultos mayores de ambos sexos del Hospital de Huaycán.

5.2. Muestra.

El tipo de muestreo fue no probabilístico por conveniencia puesto que la selección del procedimiento no se basa en fórmulas de probabilidad, sino que depende del cumplimiento de los criterios de inclusión. Así mismo, esta muestra es de tipo censal

porque todos los elementos de la población son incluidos en el estudio (Hernández, Fernández y Baptista, 2010). Siendo la muestra 155 adultos mayores.

5.2.1. Criterios de inclusión y exclusión.

Inclusión

- Adultos mayores de 60 años a más.
- Adultos mayores de ambos géneros.
- Adultos mayores con hipertensión arterial.
- Adultos mayores que hablen castellano.
- Adultos mayores que acepten participar del trabajo de investigación.

Exclusión

- Adultos menores de 60 años.
- Adultos mayores que no acepten participar en el trabajo de investigación.
- Adultos mayores que no hablen castellano.
- Adultos mayores que sufran enfermedades mentales.

5.2.2. Características de la muestra.

En la tabla 1 se observa que el 100% de adultos mayores, 66.5% son de sexo femenino; asimismo, el 47.7% de 65 a 71 años de edad son de estado civil, el 52.9% son casados; de igual manera, la procedencia el 39.4% es de la Costa. En cuanto a la religión, el 73.5% son católicos. Finalmente, respecto a la ocupación, el 48.4% es ama de casa.

Tabla 1 Características sociodemográficas *de los adultos mayores*

Variable	n	%
Edad		
65-71	76	47,7
72-77	51	27,1
78-83	28	18,1
Sexo		
Femenino	103	66,5
Masculino	52	33,5
Estado civil		
Casado	82	52,9
Viudo	40	25,8
Soltero	12	7,7
Divorciado	21	13,5
Procedencia		
Costa	61	39,4
Sierra	58	37,4
Selva	36	23,2
Religión		
Católico	114	73,5
Evangélico	36	23,2
Adventista	5	3,2
Ocupación		
Ama de casa	75	48,4
Comerciante	31	20
Ambulante	27	17,4
Jubilado	22	14,2
Total	155	100

6. Técnica e instrumento de recolección de datos

6.1. CUESTIONARIO DE ESCALA DE ADHERENCIA

El cuestionario “escala de adherencia Morisky” fue elaborado por Morisky Green y Levine (1986) en España con el objetivo de “determinar la adherencia al tratamiento farmacológico en pacientes hipertensos”, posteriormente, fue adaptado por Salinas Rojas (2014).

Escala de calificación: 8 puntos adherente / <8 puntos no adherente

El cuestionario de adherencia al tratamiento no tiene dimensiones, pero presenta 8 indicadores que nos ayudara para la evaluación.

Se realizó la validación en el área clínica. El resultado de la validez de contenido Se aplicó el instrumento a 143 personas tuvieron la presión arterial elevada enfermeras, las cuales fueron observadas y registradas en la lista de chequeo que clasificaron como no adherentes , con el método de recuento de comprimidos , fueron 157 clasifican como no adherentes con la utilización de la escala MMAS-8. A Partir de esto se calculó la confiabilidad del instrumento mediante la prueba de alfa de Cronbach fue de 0, 8 lo que sugiere una buena confiabilidad.

Estilo saludable relacionado con la Hipertension Arterial

El cuestionario de perfil de estilo de vida, Nola Pender (1996)” fue elaborado por Nola Pender (1996) en con el objetivo de medir el estilo de vida, posteriormente fue adaptado por Ponte (2010) en el trabajo de investigación: “Estilo de vida de los estudiantes de enfermería, según año de estudio de la Universidad Nacional Mayor de San Marcos 2010” realizado en Lima-Perú. El cual consta de 3 partes: la primera

parte viene a ser la introducción donde se menciona el título, el propósito, confidencialidad, y las instrucciones; la segunda parte corresponde a los datos generales del informante; la tercera parte al contenido propiamente dicho.

Para la evaluación del Perfil de Estilo de vida, cual cuenta con 36 ítems que se responde en la escala nunca, algunas veces, frecuentemente y rutinariamente, misma que se clasificó en seis dimensiones: Responsabilidad en salud con (1-10 ítems); Ejercicio (11-15 ítems); Nutrición (16-21 ítems); Manejo de estrés (22- 28 ítems); No consumo de tabaco (29-32 ítems); No consumo alcohol (33-36 ítems).

Puntajes:

36-58 poco saludable

59- 77 saludable

78- 144 muy saludable

Se realizó la adaptación del instrumento por dimensiones de la siguiente manera:

Responsabilidad en salud: valor máximo (32), valor mínimo (16)

Ejercicio: valor máximo (18), valor mínimo (8)

Nutrición: valor máximo (24), valor mínimo (11)

Manejo del estrés: valor máximo (24), valor mínimo (13)

No consumo de tabaco: valor máximo (15), valor mínimo (5)

No consumo de alcohol: valor máximo (15), valor mínimo (4)

El cuestionario fue adaptado de forma resumida para en el área clínica. El resultado de la validez de contenido alcanzado, mediante la prueba estadística V de Aiken, fue de 1, lo cual indica que la lista de chequeo presenta una adecuada validez de contenido. Se aplicó el instrumento a treinta pacientes bajo el cuidado de 3 enfermeras, las cuales fueron observadas y registradas en la lista de chequeo. A partir de esto se calculó la confiabilidad del instrumento mediante la prueba del KR-20, dando como resultado un valor de 0,8 en las 3 dimensiones. Así mismo, se encontró una confiabilidad de 0.8 tomando en cuenta todo el instrumento; lo que sugiere una buena confiabilidad.

7. Proceso de recolección de datos.

Después de obtener la autorización de la Facultad de Ciencias de la Salud para la ejecución del presente estudio, se solicitó una carta de presentación dirigida al Director general del Hospital de Huaycán, iniciando la ejecución del proyecto de investigación.

Con la previa autorización del Director General del Hospital de Huaycán se procedió a la recolección de datos, en coordinación con el licenciado encargado del área de centro de investigación del establecimiento de salud Huaycán.

La aplicación del instrumento fue dada por las investigadoras realizándose en los meses de noviembre y diciembre de 2018, una vez identificado al paciente se le invitó a participar del estudio, informándole verbalmente el objetivo, la confidencialidad de los resultados y del consentimiento informado, pidiendo la veracidad en sus respuestas. La encuesta se tomó a los pacientes en el Centro de Salud y tuvo una duración de 20 minutos.

8. Procesamiento y análisis de datos

El procesamiento de datos inicio con la codificación e ingreso de los datos al paquete estadístico STATISTIC. Se realizó la limpieza de datos verificando la fiabilidad del instrumento.

Para el análisis de datos descriptivos se utilizó tablas de distribución de frecuencias y para la estadística inferencial. Se realizó la prueba de normalidad Kolmogrov Sminow para muestras $N > 30$. Con un p-valor menor a 0,05; se utilizó pruebas no paramétricas, que de acuerdo a la naturaleza de las variables de estudio, “adherencia al tratamiento antihipertensivo” (categórica nominal) y “estilo de vida saludable” (ordinal), se optó por la prueba Chi cuadrado

9. Consideraciones éticas

Durante el proceso del estudio se consideraron los principios éticos pertinentes, respetándose la autonomía de los participantes.

Según Ley general de salud No 26842 “ninguna persona puede ser sometida a tratamiento médico o quirúrgico, sin su consentimiento previo o el de la persona llamada legalmente a darlo” (Capítulo I, artículo 4).

En materia de investigación para la salud, en toda investigación en la que el ser humano sea sujeto de estudio, deberá prevalecer el criterio de respeto a su dignidad, protección de sus derechos, su bienestar y su privacidad (artículo 13 y 16).

Se elaboró un consentimiento informado en el cual se explicó el objetivo del trabajo, la confiabilidad y el anonimato del paciente 0al participar, así mismo se explicó que la información que se recoja no se usará para ningún propósito fuera de los de la

investigación y su nombre no aparecerá en ningún reporte parcial o final del estudio. Se entregó por escrito al sujeto de investigación quien recibió explicación clara y completa para el desarrollo de los cuestionarios.

4. Capítulo IV

Resultados y discusión

1. Resultados

Tabla 2.

Nivel de estilo de vida que presentan los adultos mayores del Hospital de Huaycán, Lima 2018

Estilo de vida	n	%
Poco saludable	7	4,5
Saludable	73	47,1
Muy saludable	75	48,4
Total	155	100

Tabla 2, los resultados nos muestran que el 100% de los encuestados, el 48,4% presenta un estilo muy saludable, el 47,1 % presentan un estilo saludable, y el 4,5 % presenta un estilo poco saludable.

Tabla 3.

Nivel de Adherencia al tratamiento antihipertensivo de los adultos mayores del Hospital de Huaycán, Lima 2018

Adherencia al tratamiento	n	%
No adherente	131	84,5
Adherente	24	15,5
Total	155	100

En la tabla 3 se observa que el 100 % de los adultos mayores encuestados, el 84.5% son no adherente en cuanto 15.5 % son adherente.

Tabla 4.

Relación entre el estilo de vida y el nivel de adherencia al tratamiento en los adultos mayores del Hospital de Huaycán, Lima 2018

		Adherencia al tratamiento		Total	
		No adherente	Adherente		
Estilo de vida	Muy saludable	n	70	5	75
		%	45,2%	3,2%	48,4%
	Saludable	n	56	17	73
		%	36,1%	11%	47,1%
	Poco saludable	n	5	2	7
		%	3,2%	1,3%	4,5%
Total		n	131	24	155
		%	84,5%	15,5%	100%

* $X^2 = 8,769$; gl = 2; p = 0,012

Se observa que del 100% de los encuestados, el 45,2% que presentó un estilo de vida muy saludable indicó ser no adherente al tratamiento antihipertensivo; asimismo, el 1,3% de los adultos que manifestaron un estilo poco saludable fueron los que mejor se adhirieron al tratamiento. Con respecto a la relación entre variable se observa que el estadístico Chi-cuadrado evidencia un p-valor de 0,012, siendo menor a 0,05, lo que permite aceptar la H_a y rechazar la H_o , quedando demostrado que existe relación entre la adherencia al tratamiento antihipertensivo y los estilos de vida.

Tabla 5.

Nivel de estilo de vida en su dimensión de responsabilidad en salud que representan los adultos mayores del Hospital de Huaycán, Lima 2018

		Adherencia al tratamiento		Total	
		No adherente	Adherente		
Responsabilidad en salud	Muy saludable	n	7	1	8
		%	4,5%	0,6%	5,2%
	Saludable	n	88	14	102
		%	56,8%	9%	65,8%
	Poco saludable	n	36	9	45
		%	23,2%	5,8%	29%
Total		n	131	24	155
		%	84,5%	15,5%	100%

* $\chi^2 = 997$; gl = 2; p = 0,608

Se observa que del 100% de los encuestados, el 56,8% que presentó un estilo de vida saludable, indicó ser no adherente al tratamiento antihipertensivo; asimismo, el 0,6 % de los adultos que manifestaron un estilo muy saludable fueron los que mejor se adhirieron al tratamiento. Con respecto a la relación entre variable, se observa que el estadístico Chi-cuadrado evidencia un p-valor de 0,608, siendo mayor a 0,05, lo que permite rechazar la H_a y aceptar la H_o , quedando demostrado que no existe relación entre la dimensión “responsabilidad en salud” y adherencia al tratamiento antihipertensivo.

Tabla 6.

Nivel de estilo de vida en su dimensión de ejercicio que representan los adultos mayores del Hospital de Huaycán, Lima 2018

			Adherencia al tratamiento		Total
			No adherente	Adherente	
Ejercicio	Muy saludable	n	4	1	5
		%	2,6%	0,6%	3,2%
	Saludable	n	77	11	88
		%	49,7%	7,1%	56,8%
	Poco saludable	n	50	12	62
		%	32,3%	7,7%	40%
Total		n	131	24	155
		%	84,5%	15,5%	100%

* $\chi^2=1,387$; gl =2; p =0,500

Se observa que del 100% de los encuestados el 49,7% que presentó un estilo de vida saludable indicó ser no adherente al tratamiento antihipertensivo; asimismo, el 0,6% de los adultos que manifestaron un estilo muy saludable fueron los que mejor se adhirieron al tratamiento. Con respecto a la relación entre variable, se observa que el estadístico Chi-cuadrado evidencia un p-valor de 0,500, siendo mayor a 0,05, lo que permite rechazar la H_a y aceptar la H_o , quedando demostrado que no existe relación entre la dimensión “ejercicio” y adherencia al tratamiento antihipertensivo.

Tabla 7.

Nivel de estilo de vida en su dimensión de nutrición que representan los adultos mayores del Hospital de Huaycán, Lima 2018

			Adherencia al tratamiento		Total
			No adherente	Adherente	
Nutrición	Muy saludable	n	31	0	31
		%	20%	0%	20%
	Saludable	n	72	16	88
		%	46,5%	10,3%	56,8%
	Poco saludable	n	28	8	36
		%	18,1%	5,2%	23,2%
Total		n	131	24	155
		%	84,5%	15,5%	100%

* $\chi^2= 7,418$; gl =2; p =0,025

Se observa que del 100% de los encuestados el 46,5% que presentó un estilo de vida saludable indicó ser no adherente al tratamiento antihipertensivo; asimismo, el 5,2% de los adultos que manifestaron un estilo poco saludable fueron los que mejor se adhirieron al tratamiento. Con respecto a la relación entre variable, se observa que el estadístico Chi-cuadrado evidencia un p-valor de 0,025, siendo menor a 0,05, lo que permite aceptar la H_a y rechazar la H_o , quedando demostrado que existe relación entre la dimensión “nutrición” y adherencia al tratamiento antihipertensivo.

Tabla 8.

Nivel de estilo de vida en su dimensión de manejo del estrés que representan los adultos mayores del Hospital de Huaycán, Lima 2018

			Adherencia al tratamiento		Total
			No adherente	Adherente	
Estrés	Muy saludable	n	32	1	33
		%	20,6%	0,6%	21,3%
	Saludable	n	72	15	87
		%	46,5%	9,7%	56,1%
	Poco saludable	n	27	8	35
		%	17,4%	5,2%	22,6%
Total		n	131	24	155
		%	84,5%	15,5%	100%

* $\chi^2=5,570$; gl =2; p =0,062

Se observa que del 100% de los encuestados el 46,5% que presentó un estilo de vida saludable indicó ser no adherente al tratamiento antihipertensivo; asimismo, el 0,6% de los adultos que manifestaron un estilo poco saludable fueron los que mejor se adhirieron al tratamiento. Con respecto a la relación entre variable, se observa que el estadístico Chi-cuadrado evidencia un p-valor de 0,062, siendo mayor a 0,05, lo que permite rechazar la H_a y aceptar la H_o , quedando demostrado que no existe relación entre la dimensión “manejo del estrés “y adherencia al tratamiento antihipertensivo.

Tabla 9.

Nivel de estilo de vida en su dimensión no consumo de tabaco que representan los adultos mayores del Hospital de Huaycán, Lima 2018

			Adherencia al tratamiento		Total
			No adherente	Adherente	
No consumo de tabaco	Muy saludable	n	63	10	73
		%	40,6%	6,5%	47,1%
	Saludable	n	53	11	64
		%	34,2%	7,1%	41,3%
	Poco saludable	n	15	3	18
		%	9,7%	1,9%	11,6%
Total	n	131	24	155	
	%	84,5%	15,5%	100%	

* $\chi^2= 339$; gl =2; p =0,844

Se observa que del 100% de los encuestados el 40,6% que presentó un estilo de vida muy saludable indicó ser no adherente al tratamiento antihipertensivo; asimismo, el 1,9% de los adultos que manifestaron un estilo poco saludable fueron los que mejor se adhirieron al tratamiento. Con respecto a la relación entre variable se observa que el estadístico Chi-cuadrado evidencia un p-valor de 0,844, siendo mayor a 0,05, lo que permite rechazar la Ha y aceptar la Ho, quedando demostrado que no existe relación entre la dimensión “no consumo de tabaco” y adherencia al tratamiento antihipertensivo.

Tabla 10.

Nivel de estilo de vida en su dimensión no consumo de alcohol que representan los adultos mayores del Hospital de Huaycán, Lima 2018

			Adherencia al tratamiento		Total
			No adherente	Adherente	
No consumo de alcohol	Muy saludable	n	50	6	56
		%	32,3%	3,9%	36,1%
	Saludable	n	75	18	93
		%	48,4%	11,6%	60%
	Poco saludable	n	6	0	6
		%	3,9%	0%	3,9%
Total		n	131	24	155
		%	84,5%	15,5%	100%

* $\chi^2=3,138$; gl =2; p =0,208

Se observa que del 100% de los encuestados el 48,4% que presentó un estilo de vida saludable indicó ser no adherente al tratamiento antihipertensivo; asimismo, el 3,9% de los adultos que manifestaron un estilo muy saludable fueron los que mejor se adhirieron al tratamiento. Con respecto a la relación entre variable, se observa que el estadístico Chi-cuadrado evidencia un p-valor de 0,208, siendo mayor a 0,05, lo que permite rechazar la H_a y aceptar la H_o , quedando demostrado que no existe relación entre la dimensión “no consumo de alcohol “y la adherencia al tratamiento antihipertensivo.

2. Discusión

Para Romero (2014), “la hipertensión arterial constituye uno de los problemas médico-sanitarios más importantes de la medicina contemporánea. Por lo tanto, representa un importante factor de riesgo para el desarrollo de enfermedades crónicas no transmisibles. Asimismo, el éxito de su tratamiento y control, se basa en la terapia farmacológica y los estilos de vida, siendo esta, el pilar para la normalización de los valores de la Presión Arterial”.

Al estudiar la variable estilo de vida, la investigación encontró que el 47,1% de los adultos mayores refirió un estilo saludable, el 48,4 % muy saludable, y el 4,5 % poco saludable (ver tabla 2). Del mismo modo, Cáceres (2016) , en un estudio realizado en Lima-Perú, “demostró que el 71% de los pacientes hipertensos practicaron estilos de vida no saludables y solo el 29 % saludables. Así también, Burbano (2017), en una investigación realizada en Bogotá-Colombia , señaló que el 62,2% de los pacientes presentaron un estilo bueno, el 16% excelente, el 15,2% regular y sólo el 6,8% malo”.

Para Osorio y Amariles (2018), “ la adopción de estilos de vida saludable (plan alimentario adecuado, actividad física regular y mantenimiento del peso corporal ideal) es la piedra angular en el control de la HTA y se asocia con beneficios que van más allá de la reducción de la presión arterial ”. Una intervención integral del estilo de vida, puede reducir, en muchos casos, la necesidad de medicamentos antihipertensivos en los pacientes de edad avanzada. En tal medida, Vega, Lozano, Álamo y Lleras (2008)

Suponen que el efecto de la disminución de la presión arterial con la modificación de los estilos de vida, es equivalente a la monoterapia con medicamentos. Si se aplica de manera apropiada la modificación de estilos de vida, puede retrasar el tratamiento farmacológico en pacientes con hipertensión en fase 1, con la cual se obtendría una reducción en el número y la dosis de medicamentos antihipertensivos. Sin embargo, la principal limitación de la modificación de los estilos de vida, radica en la poca continuidad y adherencia.

Igualmente, al estudiar la variable adherencia al tratamiento antihipertensivo, se halló que el 84,5% de los adultos mayores fueron no adherentes al tratamiento y el 15,5 % sí lo fueron (ver tabla 3). Resultados parecidos, encontró Tapia (2006) en su estudio realizado en “Valdivia-Chile, donde el 44,1% de los adultos indicaron una baja adherencia al tratamiento. A contraposición, López y Chávez (2002) en su trabajo realizado en la Habana-Cuba, hallaron que el 58,3% de los adultos mayores se mostraron adherentes al tratamiento”.

La Joint National Committee (JNC) “señala que el incumplimiento del tratamiento es la principal causa del fracaso terapéutico en el control de la HTA, enfatizando en que la efectividad de los antihipertensivos no depende únicamente de una adecuada decisión terapéutica, sino también de la colaboración del paciente”. Así, a pesar de los esfuerzos por controlar la HTA, la adherencia a los tratamientos farmacológicos y a las recomendaciones no farmacológicas es muy baja, lo que dificulta la disminución de la presión arterial y su mantenimiento en niveles controlados (Varela, 2010).

“La importancia del problema de la adherencia al tratamiento está dada por las repercusiones que tiene desde el punto de vista clínico, económico y psicosocial;

además de su efecto en la calidad de la atención, la relación médico-paciente, entre otros”. “La interrupción o abandono de una terapia disminuye al menos en 20% los costos de la salud pública e incrementa el uso de recursos hospitalarios. Por tal motivo, el problema de la baja adherencia a los tratamientos se presenta en todos los países, independientemente de su nivel de desarrollo, lo que lo convierte en un asunto de salud pública mundial” (Herrera, 2012).

Los resultados de la investigación demostraron “que existe relación entre los estilos de vida y la adherencia al tratamiento antihipertensivo con un p-valor de 0,012. Del mismo modo, Guarín y Pinilla (2016), en su estudio realizado en Bogotá-Colombia, encontraron que existe relación entre la adherencia al tratamiento y la calidad de vida con un $p < 0.001$ ”. Así también, Hirschberg, Donatti, Rijana y Selan (2014), en su trabajo realizado en Buenos Aires-Argentina, demostraron que existe relación entre ambas variables con un $p < 0.05$. Cabe resaltar, que, al análisis de la tabla cruzada, se observó que el 45,2% de los adultos mayores que presentaron un estilo de vida muy saludable indicaron ser no adherentes al tratamiento antihipertensivo, y que solo el 3,2% de los que practicaron un estilo muy saludable fueron adherentes al tratamiento.

Según Cobos (2014), “la fisiopatología de la HTA está íntimamente relacionada a la disfunción endotelial, órgano que recubre internamente a los vasos sanguíneos y que cumple funciones protectoras antiinflamatorias, vasodilatadoras y antitrombóticas”. En consecuencia, su mal funcionamiento, disminuirá la capacidad vasodilatadora de los vasos sanguíneos e incrementará los periodos de vasoconstricción, inflamación vascular, predisposición a la aterosclerosis y a la trombosis, haciendo de la HTA una enfermedad crónica y no curable, que necesita de

un control permanente para la prevención de daño en órganos blancos. No obstante, “el tratamiento intensivo e integral con hábitos saludables mejora significativamente la función endotelial, la presión arterial, el metabolismo lipídico y glucídico y el pronóstico cardiovascular y metabólico”. A pesar de ello, Quilla (2017) menciona que muchas personas aún no deciden iniciar un cambio, o cuando deciden hacerlo les cuesta permanecer en éste.

Seguidamente, al analizar la relación entre las dimensiones de los estilos de vida y la adherencia al tratamiento antihipertensivo, se encontró que solo la dimensión nutrición presentó una asociación significativa con un p-valor de 0,025. De manera semejante, Cueva (2011) en un trabajo realizado en Tacna-Perú, infirió que existe “relación entre el cumplimiento con la dieta hiposódica y la adherencia al tratamiento antihipertensivo con un p-valor de 0,001”.

“La dieta ejerce un papel importante sobre la presión arterial, sobre todo el consumo de frutas, verduras, lácteos bajos en grasas y poca sal de forma habitual. Este tipo de dietas pueden prevenir el inicio de la HTA, mejorar las cifras de la PA en pacientes hipertensos y potenciar el efecto de los fármacos hipotensores”. Los suplementos nutricionales de un único nutriente son poco eficaces para disminuir la tensión, bien por su interacción con otros componentes de la dieta o bien por alteración de su biodisponibilidad. Además, estas medidas de estilo de vida saludable tienen un efecto similar al obtenido con fármacos antihipertensivos, que inducen un descenso de la PA sistólica de 6,8-9,3 y PA diastólica de 14,3-18,9 mm Hg Valero (2013). “De igual manera, un menor consumo de grasa saturada (con aumento de AGM y omega-3), el aporte adecuado de calcio, magnesio, proteínas, vitamina D y fibra, y la mejora

de la capacidad antioxidante de la dieta pueden tener gran importancia en la lucha contra el problema (Ortega ,2016).

Finalmente, se evidencia que el tratamiento de las enfermedades crónicas exige cambios en el estilo de vida y una correcta adherencia al tratamiento farmacológico, lo cual ha sido y continúa siendo un problema clínico de gran relevancia, especialmente en el manejo de los pacientes hipertensos.

Capítulo V

Conclusiones y recomendaciones

Conclusiones

En relación con los objetivos del estudio, se obtuvieron los siguientes resultados:

Existe relación entre los estilos de vida y la adherencia al tratamiento con un p-valor de 0,012.

No existe relación entre la dimensión “responsabilidad en salud” y la adherencia al tratamiento antihipertensivo con un p-valor de 0,608

No existe relación entre la dimensión “ejercicio” y la adherencia al tratamiento antihipertensivo con un p-valor de 0,500.

Existe relación entre la dimensión “nutrición” y la adherencia al tratamiento antihipertensivo con un p-valor de 0,025.

No existe relación entre la dimensión “manejo del estrés” y adherencia al tratamiento antihipertensivo con un p-valor de 0,062.

No existe relación entre la dimensión “no consumo de tabaco” y adherencia al tratamiento antihipertensivo con un p-valor de 0,844

No existe relación entre la dimensión “no consumo de alcohol” y la adherencia al tratamiento antihipertensivo con un p-valor de 0,208.

Recomendaciones

Al del Hospital de Huaycán, fortalecer el conocimiento sobre la importancia de la adherencia en pacientes con Hipertensión arterial, que favorecerá a incrementar la capacidad del cuidado de los pacientes.

Realizar reuniones de sensibilización con el personal de enfermería sobre la importancia del estilo de vida, reforzando medidas educativas a incrementar el estilo de vida en adultos mayores.

Difundir los resultados de estudio en las diferentes instituciones de salud para establecer estrategias de cuidado a los pacientes adultos mayores con Hipertensión en base a los resultados encontrados.

Se recomienda al hospital de Huaycán la implementación de programas educativos que permitan al paciente conocer más sobre su enfermedad.

Al personal de enfermería, a realizar mayor seguimiento a los pacientes hipertensos, llevando un control que facilite la detección temprana de la no adherencia. De igual manera a coordinar capacitaciones que permitan mantenerse actualizadas en el tema.

A los pacientes, les permitirá conocer su estilo de vida y que tan adherentes son al tratamiento, incentivándolos a mejores prácticas de salud.

A los estudiantes de Enfermería, a realizar más trabajos en el primer nivel de salud que permitan la detección temprana de enfermedades crónicas.

Referencias

Nivel De Conocimientos De Los Adultos. (2015).

Alicia Prado Solar, L., Lic Maricela González Reguera, I., Noevis Paz Gómez, I., & Lic

- Karelia Romero Borges, I. I. (2014). La teoría déficit de autocuidado: Dorothea Orem punto de partida para calidad en la atención. *Revista Médica Electrónica*.
<http://doi.org/10.1016/J.MOLCEL.2011.01.017>
- Aristizabal Hoyos GP, Blanco Borja DM, Sanchez Ramos A, O. M. R. (2011). Enfermería Universitaria El modelo de promoción de la salud de Nola Pender. Una reflexión en torno a su comprensión. *Enfermería Universitaria ENEO-UNAM*.
<http://doi.org/10.1016/j.biocel.2006.10.006>
- Association, A. H. (2017). ¿ Qué es la presión arterial alta? *American Heart Association*.
- Bautista, L. E., Casas, J. P., Herrera, V. M., Miranda, J. J., Perel, P., Pichardo, R., ... Latin-American Consortium of Studies in Obesity (LASO). (2009). The Latin American Consortium of Studies in Obesity (LASO). *Obesity Reviews*, 10(3), 364–370. <http://doi.org/10.1111/j.1467-789X.2009.00591.x>
- Brasales, V. (2014). Universidad técnica de ambato facultad de ciencias de la salud carrera de terapia física. *Universidad Técnica De Ambato Facultad De Ciencias De La Salud Carrera De Terapia Física*, 115. Recuperado a partir de <http://repositorio.uta.edu.ec/handle/123456789/8480>
- Burbano, D. (2017). *Estilos y calidad de vida en salud del paciente hipertenso*. Universidad Nacional de Colombia.
- Cáceres, J. (2016). *Estilos de vida en pacientes del programa de hipertensión arterial del Hospital I Carlos Alcántara Butterfield*. Universidad Nacional Mayor de San Marcos.

- Cobos S, L. (2014). Endotelio e hipertensión arterial. *Anales de la Facultad de Medicina*, 75(4), 345–350. <http://doi.org/10.15381/anales.v75i4.10854>
- Coll, G., & Sallera, N. (1998). Modificaciones del estilo de vida en pacientes hipertensos. *Atención Primaria*, 22(9), 596–606.
- Comisión Económica para América Latina y el Caribe (CEPAL). (2018). Anuario Estadístico de América Latina y el Caribe Statistical. *Informes anuales CEPAL*. <http://doi.org/10.1007/s13398-014-0173-7.2>
- Cueva, E. (2011). *Adherencia al tratamiento farmacológico antihipertensivo y factores asociados en pacientes del C.E Cardiología del Hospital Unanue de Tacna, Febrero 2011*. Universidad Nacional Jorge Basadre Grohmann-Tacna.
- Damarys, M., & Sandoval, K. S. (s/f). *Universidad Nacional de Loja Tesis previa a la obtención del título de Especialista en Medicina Familiar y Comunitaria*.
- De Farmacia, F., Bioquímica, Y., & De Posgrado, U. (s/f). *universidad nacional mayor de san marcos*.
- Dilla, T., Valladares, A., Lizán, L., & Sacristán, J. A. (2009). Adherencia y persistencia terapéutica: causas, consecuencias y estrategias de mejora. *Atención Primaria*, 41(6), 342–348. <http://doi.org/10.1016/j.aprim.2008.09.031>
- Ellen G. White. (1976). *La temperancia*. *Ellen G. White Estate, Inc*. <http://doi.org/Copyright> © 2012
- Enfermería, E. A. P. D. E. (2014). Aguilar_mg.
- Estilos_ChinchayanAngulo_Alexandra. (s/f).
- Fanarraga Moran, J. R. (2013). Conocimiento y práctica de autocuidado domiciliario

en adultos con hipertensión arterial, en consultorios externos de cardiología del Hospital Guillermo Almenara Irigoyen ESSALUD, 01-55. Recuperado a partir de http://cybertesis.urp.edu.pe/bitstream/urp/276/1/Fanarraga_jr.pdf

Guarín, G., & Pinilla, A. (2016). Adherencia al tratamiento antihipertensivo y su relación con la calidad de vida en pacientes de dos hospitales de Bogotá, D.C. 2013-2014. *Rev. Fac. Med.*, 64(4), 651–657. <http://doi.org/10.15446/revfacmed.v64n4.52217>

Herrera, E. (2012). Adherencia al tratamiento en personas con hipertensión arterial. *av.enferm.*, XXX(2), 67–75.

Hirschberg, S., Donatti, S., Rijana, I., & Selan, V. (2014). La relación entre la adherencia terapéutica y calidad de vida en la hipertensión arterial. *PSIENCIA*, 6(2), 64–70. <http://doi.org/10.5872/psiencia/6.2.22>

III FORO DIÁLOGOS, & PFIZER-PACIENTES. (s/f). La Adherencia Al Tratamiento: Cumplimiento Y Constancia Para Mejorar La Calidad De Vida Diálogos Pfizer-Pacientes. Recuperado a partir de https://www.pfizer.es/docs/pdf/asociaciones_pacientes/2009/FOROpfizer_2009.pdf

Lira, M. (2015). Impacto de la hipertensión arterial como factor de riesgo cardiovascular. *Revista Médica Clínica Las Condes*, 26(2), 156–163. <http://doi.org/10.1016/J.RMCLC.2015.04.004>

López, S., & Chávez, R. (2002). Adherencia al tratamiento antihipertensivo en pacientes mayores de 60 años. *Revista Habanera de Ciencias Médicas*, 15(1).

López Vázquez, S. A., & Chávez Vega, R. (2016). Adherencia al tratamiento

- antihipertensivo en pacientes mayores de 60 años. *Revista Habanera de Ciencias Médicas*. <http://doi.org/10.1016/j.rce.2014.03.008>
- María Ortega Anta, R., Anta, O. R., Ortega, J. A., Sánchez, P. J., Soto, C., Ortega Anta, R. M., ... López-Sobaler, A. M. (2016). Pautas nutricionales en prevención y control de la hipertensión arterial. *Nutr Hosp*, 33, 53–58. <http://doi.org/10.20960/nh.347>
- Medina Gutierrez, I., Rojas Morales, R., Vilcachagua Castillo, J., & Esther, J. (2017). *FACTORES ASOCIADOS A LA ADHERENCIA AL TRATAMIENTO EN EL Tesis para optar el grado de Licenciada en Enfermería*.
- Ministerio de Salud. (2011). Guía de práctica Clínica para la Prevención y Control de la Enfermedad Hipertensiva en el Primer Nivel de Atención.
- OMS. (2015). Alimentación sana. [http://doi.org/Nota descriptiva No. 394](http://doi.org/Nota%20descriptiva%20No.%20394)
- Orcea D. (2018). Clasificación de hipertensión arterial según la Organización Mundial de la Salud (OMS) y la Sociedad Internacional de Hipertensión (SIH).
- Organización Mundial de la Salud. (2013). *Información general sobre la hipertension en el mundo. Una enfermedad que mata en silencio, una crisis de salud pública mundial*.
- Organizacion Mundial de Salud. (2015). OMS | Preguntas y respuestas sobre la hipertensión. *Preguntas y respuestas sobre la hipertensión*.
- Osorio-Bedoya, E. J., & Amariles, P. (2018). Hipertensión arterial en pacientes de edad avanzada: una revisión estructurada. *Revista Colombiana de Cardiología*, 25(3), 209–221. <http://doi.org/10.1016/J.RCCAR.2017.10.006>

- Romero, T. (2014). Adherencia al tratamiento antihipertensivo: ¿por qué aún no despega, y en qué medida influye en el control de la Presión Arterial? *Revista chilena de cardiología*, 33(3), 210–214. <http://doi.org/10.4067/S0718-85602014000300007>
- Rosas-Peralta, M., Borrayo-Sánchez, G., Madrid-Miller, A., Ramírez-Arias, E., Pérez-Rodríguez, G., Clave, P., & Hipertensión, A. M. (2016). Hipertensión arterial sistémica en el adulto mayor. Recomendaciones para la práctica clínica Systemic arterial hypertension in the elderly. Recommendations for clinical practice. S75 *Rev Med Inst Mex Seguro Soc*.
- Ruiz, E. (2015). Epidemiología de la Hipertensión Arterial en el Perú. Lima: DIAGNOSTICO.
- Ruiz, E., Ruiz H, Guevara, L., Ortecho, H., Salazar, R., Torres, C., & Vasquez, C. (2015). Factores de riesgo cardiovascular en mayores de 80 años. *Horizonte Médico*, 15(3), 26–33.
- Sarki, A. M., Nduka, C. U., Stranges, S., Kandala, N.-B., & Uthman, O. A. (2015). Prevalence of Hypertension in Low- and Middle-Income Countries. *Medicine*, 94(50), e1959. <http://doi.org/10.1097/MD>.
- Tapia, J. (2006). *Adhesión al tratamiento farmacológico antihipertensivo en el Hospital de Chaiten 2005*. Universidad Austral de Chile.
- Tomás Vega Alonso, A., Lozano Alonso, J. E., Álamo Sanz, R., & Lleras Muñoz, S. (2008). Prevalencia de la hipertensión arterial en la población de Castilla y León. *Gaceta Sanitaria*, 22(4), 330–336. <http://doi.org/10.1157/13125354>

Universidad Privada Antenor Orrego Facultad de Medicina Humana Escuela de Medicina Humana asociación entre apoyo social y adherencia terapéutica en.
(s/f).

Valero, M. (2013). Nutrición e hipertensión arterial. *Hipertensión y Riesgo Vascular*, 30(1), 18–25. <http://doi.org/10.1016/j.hipert.2012.09.004>

Varela, M. (2010). El reto de evaluar la adherencia al tratamiento en la hipertensión arterial. *Pensamiento Psicológico*, 7(14), 127–140.

Zubeldia, L., Quiles, J., Mañes, J., & Redón, J. (2016). Prevalencia de hipertensión arterial y de sus factores asociados en población de 16 a 90 años de edad en la Comunitat Valenciana. *Revista Española de Salud Pública*, 90.

ANEXOS



4.2. Anexo 1. Cuestionario de estilo de vida



Instrumento de recolección de datos

**UNIVERSIDAD PERUANA UNIÓN
FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD
E.P DE ENFERMERIA**

**CUESTIONARIO DE ESTILO SALUDABLE RELACIONADO CON LA
HIPERTENSION ARTERIAL**

(PEVPHTA) ;(PEPSI-I) Nola Pender (1999)

Introducción

Este cuestionario está diseñado con el propósito de evaluar el estilo saludable relacionado con la hipertensión arterial, su opinión será muy valiosa. El cuestionario será completamente confidencial y sólo será utilizada con fines de la investigación en estudio. Agradecemos su valiosa participación.

Instrucciones

Marque con una **(X)** o con un (\surd) o escriba con claridad en la opción que cumpla con lo requerido. Recuerde no se puede marcar dos opciones.

En la sección de datos sobre la calidad de vida usted debe marcar según la siguiente escala:

N: nunca

A: veces

F: frecuentemente

R: rutinariamente

I. Datos Generales

1. Edad: _____

2. Género: M () F ()

3. Estado civil: Soltero () Casado () Divorciado () Viudo ()

4. Lugar de procedencia: Costa () Sierra () Selva ()

5. Filiación religiosa: Católico () Adventista () Evangélico ()
Otros: _____

6. Ocupación: _____

7. Profesión: _____

II. Estilos de vida

Nº	Pregunta				
1	Come al levantarse en la mañana	N	V	F	R
2	Relata el medico cualquier síntoma extraño de su hipertensión	N	V	F	R
3	Hace ejercicio para estirar los músculos al menos 3 veces por semana	N	V	F	R
4	Escoge comida que no tengan ingredientes artificiales o químicos para preservar la comida	N	V	F	R
5	Utiliza diferentes estrategias para evitar consumir alcohol	N	V	F	R
6	Toma tiempo al día para el relajamiento	N	V	F	R
7	Sabe, el nivel de colesterol en su sangre	N	V	F	R
8	Lee revistas o folletos que hablan sobre el daño a la salud que el tabaco produce	N	V	F	R
9	Es consciente de las fuentes de tensión en su vida	N	V	F	R
10	Hace ejercicio vigoroso por 20 o 30 minutos al menos 3 veces por semana para el control de la presión arterial y reducir el peso corporal	N	V	F	R
11	Come tres comidas buenas al día	N	V	F	R
12	Utiliza diferentes estrategias para evitar consumir tabaco	N	V	F	R
13	Lee libros o artículos sobre promoción a la salud	N	V	F	R
14	Lee las etiquetas de las comidas empaquetadas para identificar los nutrientes y escoger los que estén bajos en colesterol y sal	N	V	F	R
15	Lee las revistas o folletos que le informan del daño al organismo que el alcohol produce	N	V	F	R
16	Interroga a otro doctor en busca de otra opción cuando no está de acuerdo con lo que su médico le recomienda	N	V	F	R
17	Participa en el programa de actividades de ejercicio físico bajo supervisión para reducir peso y mejorar su presión arterial	N	V	F	R
18	En lugares cerrados decide sentarse en área de no fumadores	N	V	F	R
19	Incluye en su dieta alimentos que contiene fibra (granos enteros, frutas crudas, verduras crudas)	N	V	F	R

20	Pasa 15 a 20 minutos en relajamiento o meditación	N	V	F	R
21	Discute con profesionales calificados sus inquietudes respecto al cuidado de su salud con relación a su presión arterial	N	V	F	R
22	Evalúa su pulso durante el ejercicio físico	N	V	F	R
23	Evita consumir alcohol en reuniones sociales sin sentirse forzado porque sabe que beneficia su presión arterial	N	V	F	R
24	Hace evaluar su presión en sangre y sabe el resultado	N	V	F	R
25	Planea o escoge comidas que incluyan los cuatro grupos básicos en la comida del día	N	V	F	R
26	Asiste a programas educativos sobre el control de su presión arterial	N	V	F	R
27	Conscientemente evita fumar para mejorar su presión arterial	N	V	F	R
28	Relaja conscientemente los músculos a la hora de dormir		V	F	R
29	Hace actividades físicas de recreo como caminar, nadar, jugar, fútbol, montar bicicleta para reducir de peso corporal y controlar su presión arterial	N	V	F	R
30	Se concentra en pensamientos agradables antes de dormir	N	V	F	R
31	Usa métodos específicos para controlar la tensión	N	V	F	R
32	Encuentra manera positiva para expresar sus sentimientos	N	V	F	R
33	Pide información a los profesionales de salud sobre cómo cuidarse para evitar complicaciones de su hipertensión arterial	N	V	F	R
34	Observa al menos cada mes su cuerpo para ver cambios o físicos o señas de peligro consecuencia de la hipertensión arterial	N	V	F	R
35	Conscientemente evita consumir alcohol para controlar su presión arterial	N	V	F	R
36	Asiste a programas educativos sobre el cuidado de la salud personal	N	V	F	R

Cuestionario de Adherencia al tratamiento

III. Adherencia a la hipertensión arterial

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

4.3. Anexo 2. Frecuencias de resultados.

ITEM	Nunca		A veces		frecuentemente		rutinariamente	
	n	%	n	%	n	%	N	%
	E1 Come al levantarse en la mañana			16	10.3	67	43.2	72
E2 Relata el medico cualquier síntoma extraño de su hipertensión			29	18.7	87	56.1	39	25.1
E3 Hace ejercicio para estirar los músculos al menos 3 veces por semana	10	6.5	61	39.4	57	36.8	27	17.4
E4 Escoge comida que no tengan	21	13.5	46	29.7	54	34.8	34	21.9

ingredientes artificiales o químicos para preservar la comida								
E5 Utiliza diferentes estrategias para evitar consumir alcohol	9	5.8	55	35.5	54	34.8	37	23.9
E6 Toma tiempo al día para el relajamiento	3	1.9	76	49	51	32.9	25	16.1
E7 Sabe, el nivel de colesterol en su sangre	23	14.8	84	54.2	43	27.7	5	3.2
E8 Lee revistas o folletos que hablan sobre el daño a la salud que el tabaco produce	4	2.6	85	54.8	60	38.7	6	3.9

E9 Es consciente de las fuentes de tensión en su vida	5	3.2	76	49	70	45.2	4	2.6
E10 Hace ejercicio vigoroso por 20 o 30 minutos al menos 3 veces por semana para el control de la presión arterial y reducir el peso corporal	8	5.2	84	54.2	61	39.4	2	1.3
E11 Come tres comidas buenas al día			36	23.2	52	33.5	67	43.2
E12 Utiliza diferentes estrategias para evitar consumir tabaco	4	2.6	54	34.8	44	28.4	53	34.2

E13 Lee libros o artículos sobre promoción a la salud	6	3.9	80	51.6	63	40.6	6	3.9
E14 Lee las etiquetas de las comidas empaquetadas para identificar los nutrientes y escoger los que estén bajos en colesterol y sal	1	0.6	92	59.4	44	28.4	18	11.6
E15 Lee las revistas o folletos que le informan del daño al organismo que el alcohol produce	9	5.8	85	54.8	58	37.4	3	1.9
E16 Interroga a otro doctor en busca de otra	13	8.4	90	58	46	30	6	3.9

opción cuando no está de acuerdo con lo que su médico le recomienda								
E17 Participa en el programa de actividades de ejercicio físico bajo supervisión para reducir peso y mejorar su presión arterial	40	26	75	48.4	38	25	2	1.3
E18 En lugares cerrados decide sentarse en área de no fumadores	4	2.6	41	26.5	73	47	37	23.9
E19 Incluye en su dieta alimentos que contiene fibra (granos enteros, frutas			57	36.8	65	41.9	33	21.3

crudas, verduras crudas)								
E20 Pasa 15 a 20 minutos en relajamiento o meditación	1	0.6	63	40.6	82	52.9	9	5.8
E21 Discute con profesionales calificados sus inquietudes respecto al cuidado de su salud con relación a su presión arterial	22	14.2	99	63.9	34	21.9		
E22 Evalúa su pulso durante el ejercicio físico	31	20	77	49.7	46	29.7	1	0.6
E23 Evita consumir alcohol en reuniones sociales sin	2	1.3	59	38.1	52	33.5	42	27.1

sentirse forzado porque sabe que beneficia su presión arterial								
E24 Hace evaluar su presión en sangre y sabe el resultado			76	49	51	32.9	28	18.1
E25 Planea o escoge comidas que incluyan los cuatro grupos básicos en la comida del día			68	43.9	55	35.5	32	20.6
E26 Asiste a programas educativos sobre el control de su presión arterial	45	29	64	41.3	41	26.5	5	3.2
E27 Conscientemente			59	38.1	55	35.5	41	26.5

evita fumar para mejorar su presión arterial								
E28 Relaja conscientemente los músculos a la hora de dormir	1	0.6	70	45.2	58	37.4	26	16.8
E29 Hace actividades físicas de recreo como caminar, nadar, jugar, futbol , montar bicicleta para reducir de peso corporal y controlar su presión arterial			63	40.6	75	48.4	17	10.9
E30 Se concentra en pensamientos			54	34.8	86	56.5	15	9.7

agradables antes de dormir									
E31 Usa métodos específicos para controlar la tensión	1	0.6	66	42.6	74	47.7	14	9	
E32 Encuentra manera positiva para expresar sus sentimientos			63	40.6	74	47.7	18	11.6	
E33 Pide información a los profesionales de salud sobre cómo cuidarse para evitar complicaciones de su hipertensión arterial			56	36.1	84	54.2	15	9.7	

E34 Observa al menos cada mes su cuerpo para ver cambios o físicos o señas de peligro consecuencia de la hipertensión arterial	2	1.3	54	34.8	82	52.9	17	11
E35 Conscientemente evita consumir alcohol para controlar su presión arterial	2	1.3	69	44.5	64	41.3	20	12.9
E36 Asiste a programas educativos sobre el cuidado de la salud personal	3	2	90	58.1	58	37.4	2	1.3

Adherencia al tratamiento

ITEM				
	Si		No	
	N	%	n	%
A1 Se te olvida alguna vez tomar la medicina para su hipertensión arterial	46	29.7	109	70.3

<p>A2 A algunas personas se les pasa tomarse sus medicinas por otras razones y no un simple olvido. Si recuerda las últimas dos semanas ¿hubo algún día en el que se le olvido tomar la medicina para su hipertensión arterial?</p>	40	25	115	74.2
<p>A3 ¿Alguna vez ha reducido la dosis o directamente dejado de tomar la medicina sin decírselo a su médico porque se</p>	24	15.5	131	84.5

sentía peor al tomarla?				
A4 Cuando viaja o está fuera del hogar ¿se le olvida llevar la medicina para su hipertensión arterial alguna vez?	31	26.5	114	73.5
A5 ¿Tomó la medicina para su hipertensión arterial ayer?	149	96.1	6	3.9
A6 Cuando siente que su hipertensión arterial está bajo control ¿deja a veces de tomar su medicina?	12	7.7	143	92.3

<p>A7 Tomar medicamentos cada día puede ser un problema para muchas personas. ¿Se siente alguna vez presionado por seguir el tratamiento médico para su hipertensión arterial?</p>	<p>41</p>	<p>26.5</p>	<p>114</p>	<p>73.5</p>
<p>A8 ¿Con que frecuencia tiene dificultades para recordar tomar todas sus medicinas?</p>	<p>65</p>	<p>41.9</p>	<p>90</p>	<p>58.1</p>

4.4. Anexo 3. Validación de instrumentos.

En el caso del test de MoriskyGreen,(Morisky, Verde, & Levine, 1986) es un método de medición indirecto de la adherencia a los tratamientos no solamente de Hipertensión Arterial, sino de otras patologías crónicas que requieren de la toma constante y descontinuada de medicamentos; el nivel de validez reportado esta dado con una fiabilidad alfa = 0,61 (Morisky, Verde, & Levine, 1986), además ha sido validado al Español (Val Jimenez, Amoros Ballesteros, Martinez Visa, 35 Fernandez Ferre, & Leon Sanroma, 1992), encontrando ser útil en la medición de adherencia a diferentes tratamientos farmacológicos de patologías crónicas.

el instrumento diseñado por Nola Pender. Este es un cuestionario denominado Perfil de estilo de vida (PEPS-I) elaborado en el año 1996. En el Perú validado por Gamarra (2010) con un Alpha de Cronbach de 0.87 .Está integrado por 48 reactivos tipo Likert, con un patrón de respuesta en 4 criterios (Nunca: 1; A veces: 2; Frecuentemente: 3; Rutinariamente: 4. El valor mínimo es 48 y el máximo de 192. La mayor puntuación refiere mejor estilo de vida.

4.5. Anexo4. Carta de autorización de la institución



PERÚ

Ministerio de Salud

Hospital de Huaycán

"DECENIO DE LA IGUALDAD DE OPORTUNIDADES PARA MUJERES Y HOMBRES"
"AÑO DEL DIÁLOGO Y LA RECONCILIACIÓN NACIONAL"

PROVEÍDO DE INVESTIGACIÓN Nº 017-2018

LOS QUE SUSCRIBEN:

Dr. Juan Carlos Yafac Villanueva

Director del Hospital de Huaycán.

Lic. Raúl Felipe Chuquiyaury Justo

Jefe de la Unidad de Apoyo a la Docencia e Investigación.

Dejan Constancia que:

La Srta. Bustamante Valencia, Milagros Elizabeth y la Srta. Vallejos Shica Raquel, han presentado el proyecto de investigación titulado:

“Adherencia al Tratamiento de Hipertensión Arterial y Estilo de Vida de los Adultos Mayores de un Establecimiento de Salud Huaycán, Lima, 2018”

El cual ha sido aprobado para su ejecución en nuestra institución, no teniendo valor alguno en acciones en contra del estado.



MINISTERIO DE SALUD
HOSPITAL DE HUAYCÁN

Dr. Juan Carlos Yafac Villanueva
C. M. N. 024359
DIRECTOR(a)

Lima, 8 de noviembre del 2018.

HOSPITAL HUAYCÁN

Av. J.C. Mariátegui S/N Zona "B" Huaycán - Ate
Telf. 371-6049 / 371-6797 / 371-5979 / 371-5530
E-mail: hhuaycan@hotmail.com

4.6. Anexo 5. Consentimiento informado

Estilo de vida y Adherencia al tratamiento antihipertensivo de los adultos mayores en el Hospital de Huaycán, Lima 2018

Propósito y procedimiento

Esta investigación está a cargo de Elizabeth Milagros Valencia Bustamante y Raquel Vallejos Shica

El propósito de este proyecto es determinar la adherencia al tratamiento antihipertensivo en adultos mayores del Hospital de Huaycán.

El adulto mayor del Hospital de Huaycán, participará brindando información en un cuestionario.

Beneficios

Este trabajo de investigación, permite generar reflexión sobre Adherencia al tratamiento de hipertensión arterial en adultos mayores, también, sistematizará información actualizada sobre estas variables de estudio y beneficiar de manera especial a los adultos mayores al implementar programas para mejorar su enfermedad

Derechos del participante y confidencialidad

La participación del adulto mayor en este estudio es completamente voluntaria. Tiene el derecho a aceptar o negarse a participar en el estudio, asimismo, puede terminar su participación en cualquier momento, sin que esto afecte su relación con los investigadores. Los datos reportados por el participante serán manejados únicamente por los investigadores y para efectos del estudio.

DECLARACION DE INFORME DE CONSENTIMIENTO

Yo _____

He leído el contenido de este documento de CONSENTIMIENTO INFORMADO dado por los investigadores, y quiero colaborar con este estudio. Por esta razón firmo el documento.

Firma

Fecha: _____