

**FACTORES CONDICIONANTES BÁSICOS RELACIONADOS CON LA  
ADHERENCIA TERAPÉUTICA DE LAS PERSONAS CON HIPERTENSIÓN  
ARTERIAL QUE ASISTEN A LA PRIMERA IGLESIA BAUTISTA 2016.**

**INVESTIGADORES:**

**ADRIAN MAURICIO FAJARDO**

**DIANA ROCIO IDROBO**

**MARLYN JOHANNA IMBACHI**

**ANA MARIA JARAMILLO**

**ASESORA:**

**ENF. ESP.MAG GLORIA AMPARO MIRANDA**

**UNIVERSIDAD DEL CAUCA  
FACULTAD CIENCIAS DE LA SALUD  
PROGRAMA ENFERMERIA  
POPAYAN 2017**

## **AGRADECIMIENTOS**

Los autores expresan sus agradecimientos:

A Gloria Amparo Miranda Martínez. Docente de la facultad de Ciencias de la Salud de la universidad del Cauca y asesora de este trabajo.

A Cristóbal Rivera Ochoa, Reverendo de la Primera Iglesia Bautista, Popayán

A Adriana Castro Mañunga. Docente de la facultad de ciencias de la Salud de la Universidad del Cauca, asesora estadística.

A todas aquellas personas que en una u otra forma colaboraron en la realización de este trabajo.

## **CONTENIDO**

- 0. Introducción**
- 1. Objetivos**
  - 1.1 Objetivo general**
  - 1.2 Objetivos específicos**
- 2. Marco conceptual**
  - 2.1 Hipertensión**
  - 2.2 Adherencia terapéutica en hipertensión arterial**
  - 2.3 Factores que influyen en la adherencia terapéutica**
  - 2.4 Percepción**
  - 2.5 Elementos que intervienen en el proceso de percepción**
  - 2.6 Marco teórico enfermero**
- 3. Diseño metodológico**
- 4. Consideraciones éticas**
  - 4.1 Autonomía**
  - 4.2 Beneficencia**
  - 4.3 Justicia**
  - 4.4 Confidencialidad**
- 5. Análisis resultados**
- 6. Discusión**
- 7. Conclusiones**
- 8. Recomendaciones**
- 9. Anexos**
- 10. Webgrafía**

## LISTA DE TABLAS

	Pág.
<b>Tabla N°1.</b> Clasificación y manejo de la presión arterial en adultos mayores de 18 años	11
<b>Tabla N°2.</b> Factores de condicionamiento básico individual o Descriptivos de la persona	35-36
<b>Tabla N°3.</b> Factores de condicionamiento básico del estado de salud y sistema de salud	37
<b>Tabla N°4.</b> Factores Básicos Condicionantes del patrón de vida	38
<b>Tabla N°5</b> Factores Básicos Condicionantes del estado de desarrollo	39
<b>Tabla N°6</b> Conocimientos de las personas sobre los FBC que influyen en su adherencia al régimen terapéutico	40-41
<b>Tabla N°7.</b> Indicadores determinantes de adherencia terapéutica	42
<b>Tabla N°8.</b> Adherencia terapéutica	42
<b>Tabla N°9.</b> Percepción de la población hipertensa sobre los FBC que influyen en su adherencia al régimen terapéutico	43-44
<b>Tabla N°10.</b> Cruce de variables por medio de la prueba chi cuadrado.	44-45

## **LISTA DE ANEXOS**

**ANEXO N°1.** Cronograma

**ANEXO N°2.** Presupuesto general proyecto de investigación.

**ANEXO N°3.** Instrumento para la recolección de información.

**ANEXO N°4.** Consentimiento informado.

## RESUMEN

**Objetivo** Identificar los factores condicionantes básicos que influyen en la adherencia terapéutica en las personas diagnosticadas con hipertensión arterial. **Método.** Estudio descriptivo con abordaje cuantitativo de corte transversal, selección de la población por conveniencia, muestra compuesta por 30 participantes, se utilizó la entrevista semiestructurada la cual nos permitió establecer datos acerca de la motivación, autoestima y conocimiento, y un instrumento que incluyó los FBC ( factores de condicionamiento básico individual, estado de salud, del sistema de salud, factores socioculturales, del sistema familiar, del medio ambiente, del patrón de vida, y disponibilidad y adecuación de los servicios) propuestos por Dorothea Orem. **Resultados:** Entre los FBC descriptivos de la persona que no favorecen la adherencia terapéutica encontramos (primaria incompleta, desempleo), de los factores del estado de salud y sistema de salud: (control del peso, ejercicio, alimentación, alcohol, tabaco y la asistencia a controles). En cuanto al conocimiento en los factores descriptivos de la persona (edad, ingresos económicos) en los factores del estado del desarrollo (complicaciones y los síntomas), patrón de vida (alimentación adecuada y realización de ejercicio), medio ambiente (estrés y preocupaciones), y dentro del rango de una buena adherencia se encuentran 9 personas, 30% de la población, y 21 personas con mala adherencia es decir el 70%.**Conclusiones:**según la opinión de los participantes hay FBC que les permite adherirse mejor al régimen terapéutico, pero no todos los aplica en su diario vivir.

**Palabras claves:** Terapéutico, Tratamiento, Hipertensión, Modelos de enfermería

*Fuente:* MeSH,

## 0. INTRODUCCION

La Hipertensión Arterial es una de las enfermedades crónicas que aquejan la vida moderna, se inicia generalmente en la edad productiva y mientras más elevada es la presión arterial, la esperanza y la calidad de vida se reducen en forma significativa, esta es considerada un problema de salud pública a nivel mundial que afecta alrededor de un 50% de la población en países desarrollados como Estados Unidos y a 140.000 millones de Latinoamericanos, de los cuales solo 2 de cada 8 pacientes reconocidos en tratamiento tienen cifras tensionales bajo control, de acuerdo a cifras de la Organización Panamericana de Salud (OPS).

En la Encuesta Nacional de Salud (ENS) sobre Hipertensión Arterial (1), realizada en 2007 se estimó en 8,80%, la proporción de personas entre 18 y 69 años que refieren haber sido diagnosticadas como hipertensas en dos o más consultas. Los resultados de esta encuesta por grupos de edad, género y población hipertensa, muestran que el grupo de 60 a 69 años presenta una prevalencia del 58.9%. Por otra parte se identificó, que la prevalencia de hipertensión informada es mayor en personas de bajo nivel educativo y entre quienes tienen un peso corporal aumentado respondiendo al hecho de que dentro de las causas que pueden llevar a los bajos índices de control de la enfermedad, se encuentra la falta de adherencia al tratamiento, la edad avanzada, el bajo nivel de escolaridad, la residencia en áreas rurales, así como el mantenimiento de estilos de vida no saludables (consumo de alcohol y tabaco, dieta inadecuada y sedentarismo).

A nivel local, se sabe que el Departamento del Cauca no es ajeno a la situación Nacional; según cifras de la Secretaria Departamental del Cauca (SDSC) (2), Popayán es uno de los municipios con más alto índice de personas que presentan la enfermedad, de tal forma que en el año 2012 se registraron 4.833 nuevos casos de hipertensión.

El identificar como las personas relacionan los factores descriptivos de la persona, del estado de salud, del sistema de salud, del patrón de vida y del estado de desarrollo con su adherencia al régimen terapéutico, repercute en amplios beneficios puesto que una adecuada adherencia disminuirá en gran porcentaje el riesgo de padecer otras patologías cardiacas y sus complicaciones, el paciente tendrá un mejor manejo de su enfermedad, teniendo en cuenta las recomendaciones fundamentadas en el autocuidado. Dentro de los beneficios se encuentran: en el entorno familiar no se verán afectadas las relaciones familiares, ni habrá cambios de roles, manteniendo un afrontamiento positivo ante la patología; el entorno social y económico del paciente no se verán afectados ya que los pacientes podrán desarrollar sus labores cotidianas, manteniendo estable su autoestima y continuando como personas productivas dentro de la sociedad, en cuanto a los beneficios a las instituciones de atención en salud, conocer e identificar las características de la población que asiste a los programas de hipertensión permitirá implementar

estrategias para el mejoramiento de la adherencia y de la calidad de vida de los pacientes que asisten a la institución y esto se verá reflejado en el aspecto económico porque una adecuada adherencia al tratamiento reduce el riesgo de presentar complicaciones de la enfermedad que impliquen largas estadías hospitalarias que son altas generadoras de costos.

El presente estudio constituye un aporte de gran relevancia para el equipo de salud especialmente los profesionales de enfermería, porque la información recolectada podrá ser de utilidad para fomentar el desarrollo de nuevas estrategias conducidas a la identificación y prevención de los factores que obstaculizan un buen desarrollo del tratamiento, igualmente conocer estos factores y su influencia en la adherencia al tratamiento promueve el mejoramiento de la participación y compromiso del paciente en el manejo de su enfermedad.

En base a los resultados de este trabajo el propósito que se busca es realizar sugerencias para el implemento de estrategias en programas de hipertensión de los centros de salud, que logren promover los factores condicionantes básicos relacionados con una adecuada adherencia terapéutica y disminuir las barreras que obstaculizan la misma, además de establecer la base de futuras investigaciones.



## **1. OBJETIVOS**

### **1.1 OBJETIVO GENERAL:**

Determinar los factores básicos condicionantes que se relacionan con la adherencia al régimen terapéutico que tienen las personas diagnosticadas con hipertensión arterial.

### **1.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS:**

- Caracterizar a la población hipertensa que asiste a la primera iglesia bautista desde los FCB
- Identificar la adherencia de las personas con hipertensión arterial que asisten a la primera iglesia bautista
- Identificar los factores condicionantes básicos que las personas con hipertensión arterial relacionan con su adherencia al régimen terapéutico

## 2. MARCO CONCEPTUAL

Es evidente entonces que la hipertensión arterial es un problema de salud pública a nivel mundial y que aumenta progresivamente con la edad, la raza negra y el género y que presenta una alta tasa de mortalidad en pacientes mayores de 65 años, si estos no son diagnosticados oportunamente y no se adhieren al tratamiento adecuado, es por esto que es de gran importancia profundizar en la enfermedad sus signos y síntomas, clasificación, factores de riesgo, complicaciones y régimen terapéutico, comprendiéndose por este el tratamiento farmacológico y no farmacológico de la enfermedad, teniendo claros estos conceptos, se podrá identificar aquellos factores que las personas desconocen o no consideran importantes y que influyen en una correcta adherencia terapéutica.

### 2.1 HIPERTENSION:

Se define como hipertensión a la elevación crónica de las presiones arteriales sistólicas o diastólicas. Una presión arterial alta es cuando la presión arterial es de 140/90 mmhg o mayor a estos valores.<sup>1</sup>

#### 2.1.1 CLASIFICACION SEGÚN LA ETIOLOGIA<sup>2</sup>

- **HIPERTENSION PRIMARIA O ESENCIAL:** Es la elevación de la presión arterial sin causa evidente.
- **HIPERTENSION SECUNDARIA:** Es la elevación de la presión arterial que tiene una causa identificable.

---

<sup>1</sup> Hipertensión Arterial/ Enfermedades descripción. En: <http://salud.discapnet.es/Castellano/Salud/Enciclopedia/H/Paginas/Hipertension%20arterial.aspx>

<sup>2</sup> GUIAS DE PRACTICA CLINICA BASADAS EN LA EVIDENCIA. Asociación colombiana de facultades de medicina-ASCOFAME- En: <http://www.1.ascofame.org.co/images/GUIAS/HIPERTENSION%20ARTERIAL.pdf>

## CLASIFICACION DE LA HIPERTENSION ARTERIAL ACTUAL

Tabla N°1. Clasificación y manejo de la presión arterial en adultos mayores de 18 años.

Clasificación	Presión Arterial Sistólica (mm Hg)	Presión Arterial Diastólica (mm Hg)
Normal	120	80
Pre hipertensión	120-139	80-89
Hipertensión estadio 1	140-159	90-99
Hipertensión estadio 2	>160	>100

*Tomado de Nueva Clasificación según el JNC- VII. (2008)*

### 2.1.2 SINTOMATOLOGIA:

La hipertensión arterial no suele provocar síntomas es una enfermedad silenciosa, aunque cuando se presentan pueden variar de forma individual en cada paciente, algunos de los síntomas más comunes son: cefalea, mareo, visión borrosa, náuseas, vómitos, dolor torácico, disnea.

### 2.1.3 FACTORES DE RIESGO PARA ADQUIRIR HIPERTENSION ARTERIAL:

Existen varios factores que pueden aumentar la posibilidad de adquirir esta patología algunos de ellos son: edad avanzada, género, raza, ciclo de vida, IMC, estrés, sueño, hábitos saludables como alimentación y ejercicio y factores socioeconómicos. A continuación describiremos algunos de ellos y su relación con el desarrollo de la Hipertensión arterial.

#### *EDAD AVANZADA:*

La presión arterial tiende a aumentar con la edad. Un hombre de más de 45 años o una mujer de más de 55, corren más riesgo de presentar Hipertensión arterial.

#### *GENERO PREDOMINANTE:*

Entre las personas adultas, son los hombres los que se encuentran más afectados por esta patología en comparación con las mujeres. Sin embargo, entre las mujeres de más de 60 años que han recibido tratamiento, el control de la presión arterial es menor que en los hombres del mismo grupo de edad.

### *RAZA:*

La presión arterial alta puede afectar a cualquier persona. Sin embargo, se presenta con más frecuencia en adultos afroamericanos (personas de raza negra) que en adultos caucásicos (personas de raza blanca) o en adultos hispanos.

### *CICLOS DE VIDA:*

La presión arterial se puede desarrollar durante los siguientes ciclos de la vida:

Adolescencia: 13 a 21 años (afectar el 12.08% de la población).

Adulto joven: 21 a 45 años (24% de la población)

Adulto medio: 45 a 60 años (48 % de la población)

Adulto mayor: mayor de 60 años.

(66% de la población)

### *INDICE DE MASA CORPORAL (IMC):*

Personas con un IMC mayor a 25, que no perciben el sobrepeso como un factor de riesgo, son más vulnerables a adquirir HTA, sumándole a esto que si presentan antecedentes familiares de esta patología el riesgo será aún mayor.

### *FACTORES DEL MEDIO AMBIENTE (estrés y sueño):*

Manejar altos niveles de estrés, no mantener un patrón de sueño adecuado y que el entorno y las circunstancias no brinden la posibilidad de mantenerse en un estado de relajación, constituyen actualmente uno de los principales factores de riesgo para alterar las cifras arteriales y también para disminuir el control de la HTA, aunque se encuentren en tratamiento farmacológico.

### *FACTORES DE HABITOS SALUDABLES:*

Ciertos hábitos poco saludables pueden elevar el riesgo de que una persona sufra presión arterial alta. Entre estos se encuentran: el consumo excesivo de sal, grasas, alcohol y cigarrillo, no consumir suficiente potasio en la alimentación y no realizar suficiente actividad física.

### *FACTOR SOCIOECONOMICO:*

Este es un factor determinante porque el estado económico puede influenciar en que una persona no tenga la posibilidad de acceder a una alimentación sana, y mantener una dieta adecuada, también en el hecho de que no pueda acceder a un servicio de salud que le brinde el apoyo diagnóstico y terapéutico.

#### **2.1.4 COMPLICACIONES:**

Las complicaciones de la hipertensión arterial se ven evocadas en los órganos blanco como son: los ojos, el cerebro, el corazón, arterias, los riñones; cuando existe una lesión directa sobre estos órganos se puede desarrollar: ictus, infarto del miocardio, enfermedad renal.

#### **2.1.5 TRATAMIENTO TERAPEUTICO DE LA HIPERTENSION ARTERIAL:**

El tratamiento en la hipertensión arterial tiene dos enfoques importantes: el no farmacológico y el farmacológico.

##### **NO FARMACOLOGICO<sup>3</sup>:**

Consiste en todas aquellas modificaciones al estilo de vida que un paciente hipertenso debe realizar para mejorar sus condiciones de salud entre esas modificaciones se encuentra:

##### *CONTROL DE PESO:*

Se ha demostrado como la reducción de 5 a 6 kilogramos de peso puede tener modificaciones sustanciales y producir impacto en el aparato cardiovascular y osteo-muscular. En los hipertensos con sobrepeso u obesidad, la reducción de solo 3 kg produce una caída de 7 a 4 mmHg de la presión arterial, mientras que la reducción de 12 kg produce una caída entre 21 – 13 mmHg en la presión arterial sistólica y diastólica.

##### *DIETA:*

Además del control de peso y la reducción de consumo de sodio, otras modificaciones alimenticias han probado un beneficio importante en el control de la hipertensión, especialmente la dieta DASH la cual reduce la PAS de 8 a 14 mmHg, la dieta conlleva la reducción de grasas, carne roja, dulces y las bebidas azucaradas, reemplazándolos con granos integrales, carnes de aves, productos lácteos bajos en grasa, pescado y frutos secos.

##### *CONSUMO DE SAL:*

---

<sup>3</sup> BOLETIN EPIDEMIOLOGICO SEMANAL volumen 3(18) año 2014 HIPERTENSION ARTERIAL. En: [http://prestadores.colsanitas.com/portal/documents/233493/2617888/Boletin\\_Epidemiologico\\_Semanal\\_No\\_18.pdf](http://prestadores.colsanitas.com/portal/documents/233493/2617888/Boletin_Epidemiologico_Semanal_No_18.pdf)

Aunque existen muchos factores relacionados con el aumento de la presión arterial, se ha identificado que el consumo de sal está directamente relacionado con este aumento, la limitación del consumo de alimentos ricos en sal se añade a las demás modificaciones, además potencia el mecanismo de acción de la mayoría de los fármacos antihipertensivos (IECA, ARA II betabloqueantes), y previene la hipo potasemia inducida por diuréticos.

#### *ACTIVIDAD FISICA:*

El ejercicio físico tiene un moderado efecto antihipertensivo presenta una disminución de entre 3 a 4 mmHg de la presión arterial, la cantidad y el tipo de ejercicio de ser individualizado para cada paciente, teniendo en cuenta la edad, el entrenamiento previo y las preferencias en la práctica deportiva.

#### *ABANDONO DEL TABACO:*

El abandono del tabaco es tal vez la medida más eficaz en la prevención, control y manejo de la hipertensión, aunque su abandono no ha demostrado efectos directos sobre la presión, si ha mostrado reducción en los riesgos cardiovasculares.

#### *DISMINUCION DEL CONSUMO DE ALCOHOL:*

El consumo de más de una onza de alcohol diariamente eleva la presión arterial en forma permanente. Epidemiológicamente existe una relación directa entre el consumo de alcohol, las cifras de la presión arterial y la prevalencia de la hipertensión, la moderación del consumo de alcohol o su cese reduce las cifras de la presión arterial en hipertensos bebedores. La medida de reducción es de 3 a 2 mmHg, aunque en sujetos con un consumo muy elevado dicha reducción puede ser más intensa.

#### *MANEJO DEL ESTRÉS:*

El estrés es la respuesta del cuerpo a estímulos intensos, como temperaturas frías, ruidos y conflictos, es así como el estrés puede desempeñar un papel importante en el desarrollo y transcurso de la hipertensión arterial a través de múltiples vías como por ejemplo: Aumentando el gasto cardíaco, potenciando el sistema renina angiotensina aldosterona esto finalmente conlleva a una elevación de los niveles de la tensión arterial; Hay diversas técnicas para el manejo del estrés que pueden ser utilizadas como ayuda para disminuir o mantener la hipertensión arterial, entre estas diversas técnicas están: acupuntura, relajación, masajes, musicoterapia, ejercicio físico.

## **FARMACOLOGICO:**

Independientemente de la causa de la hipertensión arterial, hay un amplio abanico de medicamentos para tratarla, que suelen emplearse por etapas. Hay seis clases principales de medicamentos utilizados en todo el mundo para el control de la hipertensión arterial (HTA): los diuréticos, los bloqueadores b adrenérgicos, los antagonistas del calcio, los inhibidores de la enzima convertidora de la angiotensina (ECA), los antagonistas de angiotensina II y los bloqueadores a adrenérgicos.

Actualmente<sup>4</sup> el cumplimiento o no cumplimiento de los tratamientos médicos, sean farmacológicos o no farmacológicos, es de gran trascendencia dado que una serie de conductas de riesgo y problemas de salud requieren, necesariamente, que las personas pongan en práctica las recomendaciones terapéuticas y/o de salud que se les han indicado, lo cual no siempre se realiza correctamente. Es por esta razón que resulta importante para este proyecto abordar el tema de la adherencia terapéutica y aquellos factores que influyen de forma positiva o negativa en esta.

## **2.2 ADHERENCIA TERAPEUTICA EN HIPERTENSIÓN ARTERIAL**

### **2.2.1 ADHERENCIA**

Se refiere a la medida en que el paciente asume las normas o consejos dados por el médico o el equipo de salud, tanto desde el punto de vista de los hábitos o estilo de vida recomendados como del propio tratamiento farmacológico prescrito, expresándose como el grado de coincidencia entre las orientaciones sugeridas por el profesional y el cumplimiento de las mismas por el paciente. La adhesión al tratamiento es entendida como la colaboración y participación proactiva y voluntaria del paciente con su tratamiento, para obtener unas mejores condiciones de salud y de vida, que van más allá del cumplimiento pasivo de las indicaciones del profesional de la salud

Según la OMS<sup>5</sup> La adherencia ha sido definida como “el grado en que el comportamiento de una persona – tomar el medicamento, seguir un régimen alimentario y ejecutar cambios en el modo de vida – se corresponden con las recomendaciones acordadas con un prestador de asistencia sanitaria”.

---

<sup>4</sup>Rev. cubana salud publica v.30 n.4 2004 Acerca del concepto de adherencia terapéutica [en línea] [http://scielo.sld.cu/scielo.php?pid=S0864-34662004000400008&script=sci\\_arttext](http://scielo.sld.cu/scielo.php?pid=S0864-34662004000400008&script=sci_arttext)

<sup>5</sup> V CONGRESO NACIONAL DE ATENCION SANITARIA AL PACIENTE CRONICO. De la enfermedad a la persona. En: <http://v.congresocronicos.org/documentos/ponencias/mejores-evidencias-enfermeria-adherencia.pdf>

Haynes<sup>6</sup> define la adherencia como: “el grado en que la conducta de un paciente, en relación con la toma de medicamentos, el seguimiento de una dieta o la modificación de hábitos de vida, coincide con las instrucciones proporcionadas por el médico o personal sanitario” Esta forma de percibir la adherencia deja al paciente en un lugar de pasividad, que reduce su función en el tratamiento a la de obedecer las prescripciones del profesional, y coloca en segundo plano la responsabilidad, iniciativa y capacidades que el paciente puede tener frente al desarrollo de su tratamiento; además, no contempla los aspectos subjetivos involucrados en la asunción de conductas de riesgo, éstas Incluye procesos específicos, como tomar medicamentos, y otros de carácter más general, como mantener prácticas saludables de estilo de vida”. Si bien este autor contempla aspectos puntuales como el seguimiento de la prescripción médica y las prácticas de estilo de vida saludable en general, sigue estableciendo como medida de la adherencia el grado de concordancia entre lo que el médico propone y el paciente hace; sin abordar los diferentes aspectos del carácter psicosocial que están detrás de este actuar del paciente.

## **2.3 FACTORES QUE INFLUYEN EN LA ADHERENCIA**

### **2.3.1 SOCIOECONÓMICAS**

En este factor se incluyen varios aspectos como el estado socioeconómico deficiente, pobreza, analfabetismo, bajo nivel educativo, falta de redes de apoyo social, condiciones de vida inestable, lejanía del centro de tratamiento, costo elevado del transporte, alto costo de los medicamentos, disfunción familiar, cultura y creencias populares acerca de la enfermedad y del tratamiento, los cuales de manera conjunta actúan negativamente sobre la adherencia terapéutica en personas con procesos crónicos como la hipertensión.

### **2.3.2 FACTORES DEL PACIENTE**

En los factores del paciente se identifican varias variables como la falta de conocimiento y la habilidad inadecuada para controlar los síntomas de la enfermedad y el tratamiento. Entre estas características del paciente que afectan de manera negativa la adherencia se encuentran: la falta de comprensión de la enfermedad y sus desenlaces; el modelo implícito del enfermar, apatía, pesimismo, la historia previa de falta de adhesión; las creencias relacionadas con la salud; la insatisfacción con el profesional o el tratamiento. Otras variables importantes son las relacionadas con las características personales como la motivación y la colaboración del paciente, sus conocimientos, la actitud sobre la enfermedad y su tratamiento.

---

<sup>6</sup>Martin Alfonso. Acerca del concepto de adherencia terapéutica ESCUELA NACIONAL DE SALUD PUBLICA En: [http://bvs.sld.cu/revistas/spu/vol30\\_4\\_04/spu08404.htm](http://bvs.sld.cu/revistas/spu/vol30_4_04/spu08404.htm)



### **2.3.3 FACTORES RELACIONADOS CON LA ENFERMEDAD.**

Se relaciona con la ausencia de los síntomas estabilidad de ellos y características asociadas al trastorno (confusión, distorsión visual, reacciones psicológicas) Estos factores constituyen exigencias particulares que enfrenta el paciente. Algunos determinantes son los relacionados con la gravedad de los síntomas, el grado de la discapacidad (física, psicológica y social), la velocidad de progresión y la gravedad de la enfermedad. Su repercusión depende de cuánto influyen en la percepción del paciente y en la prioridad asignada a la adherencia terapéutica.

Al parecer resulta más difícil seguir las recomendaciones profilácticas, como modificaciones de estilos de vida o cambios de comportamiento que aquellas indicaciones terapéuticas que atenúan el efecto de los síntomas que están produciendo malestar.

### **2.3.4 DIAGNÓSTICO ADECUADO.**

En este factor identificamos La hipertensión arterial como uno de los grandes problemas de salud pública por su alta prevalencia, porque muchos hipertensos no han sido detectados o son inapropiadamente tratados y porque constituye un factor de riesgo primario de enfermedad coronaria, insuficiencia cardíaca, accidente cerebrovascular y enfermedad renal. De acuerdo con estimativos de la Organización Panamericana de la Salud, en Colombia la hipertensión arterial tiene una prevalencia de 11,6% en población mayor de 15 años, aunque en mayores de 18 años de origen africano (25% de los colombianos) alcanza el 39% y asciende al 50% en personas de 49 años o más

### **2.3.5 RÉGIMEN TERAPÉUTICO Y CORRECTA PRESCRIPCIÓN DEL TRATAMIENTO.**

Estos factores se refieren a las características del tratamiento, de los medicamentos y efectos secundarios de la medicación y el desembolso económico que se deba realizar. En la no-adherencia al medicamento, las situaciones más frecuentes son no iniciar la toma del medicamento, no tomarlo de acuerdo a las instrucciones, omitir una o más dosis, duplicar la dosis (sobredosis) , suspensión prematura del tratamiento, tomar la dosis a una hora equivocada y tomar medicamentos por sugerencia de personal no médico.

La complejidad del tratamiento, incluye el grado de cambio comportamental que exige el tratamiento, si implica cambios en los

hábitos y estilos de vida, el número de dosis y el tiempo de tratamiento, También se destaca la presencia de efectos secundarios o indeseables. Los regímenes terapéuticos que provocan efectos secundarios afectan las tasas de adherencia puesto que estos pueden llegar a ser más perturbadores que los propios síntomas de la enfermedad.

### **2.3.6 COMUNICACIÓN ENTRE LOS PROFESIONALES DE SALUD Y LOS PACIENTES.**

En la adherencia influyen de manera significativa la comunicación inadecuada; empatía pobre; ausencia de las actitudes y conductas necesarias para lograr la satisfacción del paciente y realizar una supervisión adecuada. Los modelos conductuales sugieren que las terapias prescritas controlarán la HTA solo si el paciente está motivado para tomar la medicación prescrita y para establecer y mantener estilos de vida saludables, de esta manera La motivación mejora cuando se tienen experiencias positivas con el personal de salud y cuando se tiene relación de confianza y empatía que logra establecer la relación entre paciente –personal de salud y su motivación.

### **2.3.7 ANÁLISIS DEL SERVICIO**

Este factor es muy importante porque requiere de la responsabilidad en la adherencia terapéutica que debe compartirse entre el prestador de asistencia sanitaria, el paciente y el sistema de atención de salud. En cuanto a los factores relacionados con el sistema de asistencia sanitaria, la OMS 2004, plantea el efecto de los servicios de salud poco desarrollados, los sistemas deficientes de distribución de medicamentos, la falta de conocimientos y adiestramiento del personal de salud en el control de las enfermedades crónicas y la falta de incentivos para ello.

### **2.3.8 FACTORES ASOCIADOS A LA PERCEPCION DEL BENEFICIO DEL TRATAMIENTO**

La percepción del beneficio se traduce en el comportamiento y compromiso serio y responsable del paciente hipertenso con el tratamiento, basado en el entendimiento, la motivación, la convicción para influir de forma positiva sobre su estado de salud.

La respuesta de un paciente al tratamiento depende de cómo perciba la patología. Si la considera un revés o un obstáculo, en vez de una oportunidad de crecimiento, quizás se sienta indiferente hacia el

tratamiento y los cambios en su estilo de vida e incluso es posible que lo rechace

### **2.3.9 FACTORES FAMILIARES**

La familia es un recurso importante de apoyo para el paciente en lo relacionado con la adherencia al tratamiento ya que influye notablemente sobre las expectativas del paciente, el esquema que este aplica para entender la enfermedad y la forma de usar los servicios de salud el apoyo familiar requiere compromiso integral con el paciente esto es brindar apoyo afectivo, económico, y motivación encaminados al lograr el cumplimiento del tratamiento. Según algunos estudios antropológicos hay sociedades en las que la aprobación de la familia es un factor que determina de manera importante la medida en la que el paciente cumple los tratamientos.

En efecto cuando una persona logra identificar aquellos factores que influyen tanto positiva como negativamente en la adherencia terapéutica y los adaptan a su vida y a su entorno se dice que puede llegar a adherirse mejor a su tratamiento, para esta comprensión se necesita identificar la percepción que tienen las personas con respecto a estos factores, conocer como la persona percibe desde diferentes esferas su enfermedad y los factores que la benefician o no; Podría decirse que existen tantas definiciones de percepción como autores se han ocupado de ella, sin que haya una que sea aceptada unánimemente por todos los psicólogos y personal de salud es por esto que precisaremos aclarar su definición y sus componentes.

### **2.4 PERCEPCION**

La noción de percepción deriva del término latino *perceptio* y describe tanto a la acción como a la consecuencia de percibir, es decir, de tener la capacidad para recibir mensajes mediante los sentidos, las imágenes, impresiones o sensaciones externas, o comprender y conocer algo.

Es un proceso cognoscitivo a través del cual las personas son capaces de comprender su entorno y actuar en consecuencia a los impulsos que reciben; se trata de entender y organizar los estímulos generados por el ambiente y darles un sentido. De este modo lo siguiente que hará el individuo será enviar una respuesta en consecuencia.

Describe el conjunto de procesos mentales mediante el cual una persona selecciona, organiza e interpreta la información proveniente de estímulos, pensamientos y sentimientos, a partir de su experiencia previa, de manera lógica.

Según la psicología, la percepción consiste en organizar e interpretar los estímulos que fueron recibidos por los sentidos que ayudan a identificar los

objetos y acontecimientos. En este sentido, la percepción posee dos etapas: la sensorial e intelectual, ya que las sensaciones no proporcionan la visión real y completa y debe de ser completada por el intelecto.

La diferencia entre la percepción y la sensación, con la que suele confundirse el término, es que mientras la percepción incluye la interpretación y el análisis de los estímulos, la sensación es la experiencia inmediata que apunta a una respuesta involuntaria y sistémica.

## **2.4 ELEMENTOS QUE INTERVIENEN EN EL PROCESO DE PERCEPCION**

### **2.5.1 Sustrato neurofisiológico:**

Secuencia neurofisiológica consistente en la presencia del estímulo, la excitación de un receptor especializado, la producción de la sensación, y por último, la elaboración de esta, lo que constituye la verdadera percepción.

### **2.5.2 Organización de la percepción**

La llamada psicología de Gestalt o de la forma se preocupó a principios de este siglo del modo como se organizan en nuestra mente las percepciones a partir de diferentes sensaciones entendiendo que la percepción de determinados objetos se hacía de forma global a partir de múltiples sensaciones (Gestalt significa forma o conjunto total) la percepción, por tanto, se articula según las leyes de la respuesta perceptiva. El campo de la percepción se estructura dependiendo de las tendencias autónomas del organismo y de la propia experiencia.

### **2.5.3 Las leyes de la percepción**

- Ley de la estructuración: por medio de esta todos los elementos de la percepción tienden a organizarse, bien por proximidad o por semejanza.
- Ley de la figura fondo: las formas tienden a destacarse como conjuntos independientes, estructurados, y a constituir una figura que va a resaltar del fondo aunque algunas veces en el campo de la percepción puede contemplarse como figura o fondo indistintamente.

- Ley de la generalización: según la cual lo percibido lo hacemos según su significado. Así aprendemos a diferenciar independientemente de lo que percibamos.
- Ley de la pregnancia: toda figura destaca de un fondo, hecho que será más acusado cuanto más perfecta y simétrica sea dicha figura.
- Ley de la constancia: por medio de la cual tendemos a percibir el mundo con una notable estabilidad en cuanto a forma, tamaño y brillo.

#### **2.5.4 Factores personales**

- Atención: la percepción es selectiva en función de la atención y esta se modifica con arreglo a factores internos y externos; entre los segundos encontramos la intensidad, el movimiento, el contraste y la repetición.
- Motivación: la percepción es más completa en una situación de mayor motivación y viceversa.
- Afectividad: situaciones afectivas extremas producen una distorsión en la percepción. Es sabido que estados depresivo o tendientes a la depresión
- Aprendizaje: los conocimientos previos actúan de forma discriminatoria en la percepción de la realidad.
- Personalidad: existe una estrecha relación entre personalidad y percepción. Esto se pone de manifiesto con test proyectivos, el sujeto tiende a emitir sus respuestas según su personalidad; en realidad esta se proyecta sobre las figuras que se le presenten de modo que a partir de sus respuestas se puede inferir determinados rasgos de la personalidad y de la posible patología.
- La percepción de sí mismo: al hablar de percepción de sí mismo, se tratan varios conceptos, derivados de la dificultad que supone establecer un único concepto acerca de nosotros mismos.

Habría sin embargo que distinguir varios conceptos previos que partiendo de lo corporal intenta llegar a aspectos más profundos del YO personal. Así el concepto de cuerpo- objeto hace referencia al cuerpo material, objeto de estudio. El concepto de esquema corporal hace referencia a la representación que cada uno se hace de su propio cuerpo y que se desarrolla a lo largo de nuestra vida, que somos capaces de reconocer sensaciones y de situarnos con respecto a nuestro entorno. Por otra parte la imagen corporal hace referencia a la imagen de nuestro cuerpo que se desarrolla con nuestra personalidad. El self (sí mismo) es el resultado de nuestra percepción, de cómo nos ven o nos perciben los demás, el concepto que cada uno tiene de sí mismo de sus rasgos, carácter o de su personalidad y de cómo se valora y se estima.

### **2.5.5 Factores sociales:**

Existen varios factores socioculturales que influyen decisivamente en la percepción de las personas quizás los más importantes son los fenómenos de presión social y sugestión, y las actitudes y valores culturales predominantes en el grupo.

### **2.5.6 MOTIVACION**

Según la psicología define la motivación como la necesidad o el deseo que activa y dirige nuestro comportamiento. Para alcanzar una meta, las personas han de tener suficiente activación y energía, un objetivo claro y la capacidad y disposición de emplear su energía durante un período de tiempo lo suficientemente largo para poder alcanzar su meta.

La motivación también es considerada como el impulso que conduce a una persona a elegir y realizar una acción entre aquellas alternativas que se presentan en una determinada situación. En efecto, la motivación está relacionada con el impulso, porque éste provee eficacia al esfuerzo individual orientado a conseguir los objetivos propuestos.

#### **2.5.6.1 TECNICAS DE MEDICION DE LA MOTIVACION**

El estudio de las diferencias individuales y el desarrollo de las posibilidades de registro hizo que comenzaran los estudios sobre la motivación, Según Petri y Govern, existen distintos planos de análisis que pueden ser agrupados en cuatro categorías: Análisis fisiológico, Análisis individual, Análisis social, Análisis filosófico.

Estas cuatro categorías reflejan distintas posturas teóricas pero también utilizan distintas técnicas de investigación ya que los requerimientos son diferentes.

Las técnicas de medida e investigación se agrupan en tres grandes bloques:

1. Técnicas basadas en la medición de la conducta instrumental, manifiesta u observable.
2. Técnicas basadas en la medición de respuestas fisiológicas
3. Técnicas basadas en la medición de estados subjetivos y sentimientos (también llamadas medidas de auto-informe).

Técnicas basadas en la medición de la conducta instrumental, manifiesta u observable.

El presupuesto básico de estas técnicas en el estudio de la motivación es que dicho proceso, de algún modo se puede inferir a partir de la conducta públicamente emitida espontáneamente por un sujeto. La motivación es considerada como fuerza motriz, activadora del comportamiento.

### **2.5.6.2 FACTORES INTEGRADORES DE LA MOTIVACION**

#### *Tasa de respuesta*

Hace referencia al número de veces que una respuesta se emite durante un periodo concreto de tiempo, por lo que tiene que ver con la frecuencia de emisión de dicha respuesta. Por lo tanto se infiere que la motivación es mayor cuantas más veces se ejecute la conducta.

#### *Número de aciertos y errores*

Se trata de una medida de exactitud y se refiere al grado de eficiencia en la realización de una tarea o conducta. Inferiremos que si un sujeto presenta un alto grado de exactitud o eficacia en la realización de una tarea, existe una alta motivación.

#### *Acción de libre elección*

Una situación de libre elección es aquella en la que existen varias posibilidades de respuesta y libremente se opta por una. Se infiere que el sujeto está más motivado a realizar la opción escogida que el resto.

#### *Tiempo de reacción (TR)*

Se trata de una medida temporal del amplio uso en investigación básica. Se considera también una medida de tiempo de ejecución (tiempo que tarda el sujeto en contestar a un estímulo o en solucionar un problema). Es el tiempo que transcurre desde que a un sujeto se le presenta un estímulo hasta que dicho sujeto emite su respuesta. Además de la intensidad, duración o modalidad del estímulo, también permite analizar aspectos de memoria.

La obtención de TR pequeños en la realización de la tarea es un indicador de alta motivación.

### **2.5.7 CONOCIMIENTO**

Se denomina conocimiento a un conjunto de conceptos que interrelacionados dan cuenta del comportamiento del universo en un determinado aspecto. Esto significa que existe una relación estrecha entre un fenómeno en particular y el conocimiento que de éste se tiene; en tanto, el conocimiento es una representación mental de un fenómeno específico. Dada esta circunstancia, son comprensibles los esfuerzos que continuamente se hacen para reforzar nuestros saberes en un determinado sentido; en efecto, si queremos tomar una dirección en un determinado tema, debemos tener una comprensión de éste.

### **2.5.7.1 TECNICAS DE MEDICION DEL CONOCIMIENTO**

Para lograr un sistema contable cognitivo eficiente, que permita efectuar una medición acertada de todos los componentes del conocimiento, es preciso que el investigador contable contemple los cuatro componentes básicos de la medición, los cuales son:

**Instrumento de medida:** es aquella herramienta que permite dimensionar el conocimiento objeto de medición. (Algo parecido como al metro u otro medidor).

**El objeto de medición:** es el elemento del conocimiento, el factor perturbador del proceso de conocimiento sobre el cual el sujeto busca determinar su dimensión que posibilite incorporarlo a los flujos de información generados por este.

**La base de medición:** permite establecer las dimensiones del objeto de medición, como son los tipos de medida, v. Gr. Indicadores, cantidad, números, porcentajes entre otros.

**La Unidad de medida:** la cual para el caso cognitivo no puede ser la moneda, ya que el conocimiento como recurso amerita definir una unidad alternativa, como son las unidades de conocimiento, o indicadores.

### **2.5.8 OPINIÓN**

Una opinión es un juicio que se forma sobre algo cuestionable. Es la percepción, pensamiento o parecer que alguien tiene sobre una situación o sobre un individuo.

- Desde la Filosofía, la opinión está considerada como el nivel de tenencia de la verdad en relación a un concepto o conocimiento que se afirma como cierto aunque no se dispone una total certeza de su validez.



- la opinión pública es el concepto que se emplea popularmente para designar al pensamiento sobre determinados asuntos de interés general con el cual convienen la mayoría de los individuos.

#### 2.5.8.1 Metodología para medir la opinión pública:

- **ENCUESTA:** es un instrumento de medición que se considera con un proceso de investigación descriptiva que utiliza cuestionarios, tiene el objetivo de recopilar datos de una muestra.
- **CUESTIONARIO:** conjunto o serie de preguntas que deben ser contestadas, con el propósito de obtener una información.

**Ventajas:** requieren de poco tiempo para obtener la información, es un instrumento de investigación estructurado.

**Desventajas:** no se tiene certeza de las ventajas y son difíciles de tabular

- **Tipos:**

**Cerrado:** Están estructurados de tal manera que al informante se le ofrecen sólo determinadas alternativas de respuesta. Es más fácil de codificar y contestar. Como desventaja, podemos mencionar que las categorías que se ofrecen pueden no ser las más adecuadas, o que la persona no haya pensado sus respuestas en términos de las categorías que se le ofrecen.

**Abierto:** Son aquellos en los que se pregunta al sujeto algo y se le deja en libertad de responder como quiera. Este tipo de cuestionario es muy útil y proporciona mucha información, pero requiere más tiempo por parte del informante y es más difícil de analizar y codificar por parte del investigador.

**Mixto:** Es aquél que considera en su construcción tanto preguntas cerradas como abiertas

## 2.6 MARCO TEORICO ENFERMERO:

Dorothea Orem una de las enfermeras americanas más destacadas, desarrolló su teoría de enfermería sobre el déficit de autocuidado como una teoría general compuesta por tres teorías relacionadas: la teoría del autocuidado, que describe el por qué y cómo las personas cuidan de sí mismas; la teoría de déficit de autocuidado que describe y explica como la enfermería puede ayudar a la gente, y la teoría de los sistemas, que describe y explica las relaciones que

hay que tener para la atención de enfermería, basándonos en esto, podemos relacionar los cuidados esenciales que el personal de enfermería debe brindar a una persona según su estado de salud, el entorno, y la enfermedad identificando que requisito del autocuidado está alterado para poder brindar un cuidado íntegro y eficaz según las necesidades del paciente.

## **2.6.1 TEORIA DE DOROTHEA OREM**

Orem nos da a conocer cuatro conceptos básicos e importantes para poder aplicar su teoría y un cuidado esencial, íntegro y global a toda persona. En su primera teoría del autocuidado podemos identificar factores alternos a la persona que pueden influir en una mejor adaptación de su enfermedad como lo podemos identificar en cada requisito del autocuidado. Respecto a la teoría del déficit del autocuidado pretendemos determinar las causas que provocan este déficit y la alteración del estado de salud del paciente, lo anterior va relacionado con el sistema de enfermería quien dependiendo de la necesidad de la persona brinda un cuidado totalmente compensatorio o parcialmente compensatorio, buscando siempre una mejoría total e íntegra en cada uno de los individuos.

### **2.6.1.1 CONCEPTOS SEGÚN DOROTHEA OREM:**

**LA PERSONA:** Orem concibe al ser humano, como un organismo biológico, racional y pensante, que es afectado por el entorno, realizando acciones predeterminadas que le afectan a él mismo, a otros y a su entorno, condiciones que le hacen capaz de llevar a cabo su autocuidado.

**LA SALUD:** Es un estado de la persona que se caracteriza por la firmeza en la totalidad del desarrollo de las estructuras humanas y de la función física y mental. Es inseparable de los factores físicos, psicológicos, interpersonales y sociales, incluye por tanto la promoción y el mantenimiento de la salud, el tratamiento de la enfermedad y la prevención de complicaciones.

**EL ENTORNO:** los factores físicos, químicos, biológicos y sociales ya sean comunitarios o familiares que pueden influir e interactuar con la persona.

**LA ENFERMERIA:** los cuidados de enfermería deben centrarse en “ayudar al individuo a llevar a cabo o mantener, por sí mismo, acciones de autocuidado para conservar la salud y la vida, recuperarse de la enfermedad, y afrontar las consecuencias de esta”

## **6.1.2 LA TEORÍA DEL AUTOCUIDADO**

En esta teoría se explica el concepto de autocuidado como una contribución constante del individuo a su propia existencia: "El autocuidado es una actividad aprendida por los individuos, orientada hacia un objetivo. Es una conducta que existe en situaciones concretas de la vida, dirigida por las personas sobre sí mismas, hacia los demás o hacia el entorno, para regular los factores que afectan a su propio desarrollo y funcionamiento en beneficio de su vida, salud o bienestar".

Define además tres requisitos de autocuidado, entendiendo por tales los objetivos o resultados que se quieren alcanzar con el autocuidado, indican una actividad que un individuo debe realizar para cuidar de sí mismo:

- **REQUISITOS DE AUTOCUIDADO UNIVERSAL:** son comunes a todos los individuos e incluyen la conservación del aire, agua, eliminación, actividad y descanso, soledad e interacción social, prevención de riesgos e interacción de la actividad humana.
- **REQUISITOS DE AUTOCUIDADO DEL DESARROLLO:** promover las condiciones necesarias para la vida y la maduración, prevenir la aparición de condiciones adversas o mitigar los efectos de dichas situaciones, en los distintos momentos del proceso evolutivo o del desarrollo del ser humano: niñez, adolescencia, adulto y vejez.
- **REQUISITOS DE AUTOCUIDADO DE DESVIACIÓN DE LA SALUD:** Este autocuidado se precisa cuando la persona sufre una enfermedad o lesión y requiere cuidados específicos, puesto que las alteraciones de la salud provocan cambios en las estructuras, el funcionamiento, la conducta y los hábitos de la persona, por lo que pueden hacer a la persona dependiente de otra.

### **Categorías:**

1. Exposición a agentes físicos o biológicos específicos o a condiciones ambientales asociadas con acontecimientos y estados humanos patológicos, o condiciones psicológicas que se sabe que producen o están asociadas a una patología.
2. Prestar atención a los efectos y resultados de los procesos patológicos, en los que se incluyen los efectos sobre el desarrollo.
3. Llevar a cabo efectivamente las medidas diagnósticas, terapéuticas y de rehabilitación prescritas, dirigidas a prevenir tipos específicos de

patología o a regular el funcionamiento humano integrado, a corregir deformidades o anomalías o a compensar incapacidades.

4. Tener conciencia y prestar atención o regular los efectos de las medidas de cuidados prescritos por el médico que puedan producir malestar o deterioro, entre los que se incluyen los efectos sobre el desarrollo.
5. Modificar el auto concepto y la autoimagen para aceptarse uno mismo como ser humano con un estado de salud particular y necesitado de formas específicas de cuidados.
6. Aprender a vivir con los efectos de los estados patológicos y los de las medidas de diagnóstico y tratamiento médico, con la adaptación de un estilo de vida que fomente el desarrollo personal continuo

### **2.6.2 LA TEORÍA DEL DÉFICIT DE AUTOCUIDADO:**

En esta teoría se describe y explica las causas que pueden provocar dicho déficit. Los individuos sometidos a limitaciones a causa de su salud o relaciones con ella, no pueden asumir el autocuidado o el cuidado dependiente. Determina cuándo y por qué se necesita de la intervención de la enfermera.

### **2.6.3 LA TEORÍA DE SISTEMAS DE ENFERMERÍA:**

En la que se explican los modos en que las enfermeras/os pueden atender a los individuos, identificando tres tipos de sistemas:

**Sistemas de enfermería totalmente compensadores:** La enfermera sule al individuo.

**Acción de la enfermera:** Cumple con el autocuidado terapéutico del paciente; Compensa la incapacidad del paciente; da apoyo al paciente y le protege.

**Sistemas de enfermería parcialmente compensadores:** El personal de enfermería proporciona autocuidados:

- Acción de la enfermera: Desarrolla algunas medidas de autocuidado para el paciente; compensa las limitaciones de autocuidado; ayuda al paciente.
- Acción del paciente: Desempeña algunas medidas de autocuidado; regula la actividad de autocuidado; acepta el cuidado y ayuda a la enfermera.

**Sistemas de enfermería de apoyo-educación:** la enfermera actúa ayudando a los individuos para que sean capaces de realizar las actividades de autocuidado, pero que no podrían hacer sin esta ayuda:

- Acción de la enfermera: regula el ejercicio y desarrollo de la actividad de autocuidado.
- Acción del paciente: Cumple con el autocuidado.

Una vez aclarados los conceptos de la teoría de Dorothea Orem, es de notar la importancia que tiene entender los aspectos que dificultan o benefician el transcurso de la vida del paciente y la relación de salud-enfermedad, para que de esta manera brindemos un cuidado integral. A continuación se enumeran y definen los factores de condicionamiento básico que nos ayudaran a comprender mejor al paciente y su entorno, dentro de estos encontramos: género, edad, nivel sociocultural, su ambiente familiar, entre otros, que harán de nuestro propósito algo práctico para identificar las necesidades de las personas y brindar así una mejor atención.

#### **2.6.4 FACTORES DE CONDICIONAMIENTO BASICO**

En la teoría de Orem se describen 10 factores básicos que condicionan el autocuidado, sin embargo sólo se conceptualizan algunos, por lo cual para el desarrollo de la presente investigación se definieron de la siguiente forma:

- Edad: Número de años cumplidos.
- Sexo: Género del individuo.
- Estado de desarrollo: Etapa evolutiva en la que se encuentran los individuos de acuerdo a la edad y características establecidas por las 8 etapas de desarrollo definidas por Eric Erickson<sup>23</sup>: (0-1 año) Confianza vs. Desconfianza, (1-2 años) Autonomía vs Vergüenza y duda, (3 a 5 años) Iniciativa vs. Culpa, (6-11) Industria vs. Inferioridad, (12-19) Identidad vs. Confusión de roles, (20- 30 jóvenes adultos) Intimidad vs. Aislamiento, (40-50 adulto maduro) Generatividad vs. Estancamiento, (Mayores de 60 vejez- senescente) Integridad vs. Desesperación.
- Estado de Salud: Es la autopercepción del individuo del nivel de funcionalidad y bienestar en relación con su salud y se define para esta investigación a través de la medición del índice de masa corporal, nivel de tensión arterial, percepción del estado de salud y antecedentes familiares y personales.
- Factores del sistema de salud: Son aquellas características que permiten de acuerdo a la línea de vinculación al sistema la mayor o

menor accesibilidad a la atención en salud, y se definen en esta investigación a través de las variables tipo de afiliación al sistema, acceso a citas y medicamentos.

- Factores socioculturales: Son las condiciones o elementos que le permiten la vinculación al individuo con su entorno social y cultural; para el estudio se definen por las variables nivel educativo, religión y asistencia a grupos de interacción social.
- Factores del sistema familiar: Cantidad de interacción y apoyo que percibe el individuo de su núcleo familiar para conseguir una mayor estado de salud; se define a través de las variables: estado civil, apoyo para el cuidado de salud y relaciones familiares<sup>7</sup>.
- Factores del medio ambiente: Condiciones del entorno y del individuo que le permite alcanzar un nivel óptimo de bienestar, definido por las variables zona de vivienda, estrés, relajación y descanso- sueño.
- Factor patrones de vida: Es el comportamiento del individuo en torno a los hábitos que influyen o determinan el estado de salud; para el estudio se consideran el consumo de cigarrillo, alcohol, sal, frutas, verduras, grasas y actividad física.
- Disponibilidad y adecuación de los recursos: Son las condiciones económicas que presentan los individuos para cubrir sus necesidades personales y familiares básicas y están determinadas por el estrato, ocupación, proveedor de recursos para el hogar y salario.

En la presente investigación han sido agrupados los factores de condicionamiento básico según lo propuesto para el desarrollo de la teoría de Orem en cuatro grupos:

- **DESCRIPTIVOS DE LA PERSONA:** edad y sexo, residencia y características ambientales, factores del sistema familiar, sociocultural y socioeconómico.
- **DEL PATRON DE VIDA:** incluye las medidas de autocuidado habituales que lleva a cabo la persona: ocupaciones, responsabilidades, relaciones, medidas de autocuidado.
- **DEL ESTADO Y FACTORES DE SALUD:** incluye el estado de salud fisiológico y psicológico: condiciones de salud, características de salud, características del sistema de salud.
- **DEL ESTADO DEL DESARROLLO:** Dentro de este parámetro se puede destacar características así:
  - Las capacidades de autogobierno observadas por la enfermera y descritas por la persona sobre sus condiciones de vida

---

<sup>7</sup> 23 RICE, F. Philip. Desarrollo humano: estudio del ciclo vital. 2ª. Ed. Editorial Pearson.1997. p. 3

actuales, proyectadas dentro de los entornos físico y social específicos y en las condiciones impuestas del estado de salud.

- Los factores del autogobierno o aquellos que lo afectan negativamente, identificados por el paciente o la enfermera. Infiere en el grado en el que tendrían que satisfacerse los requisitos de autocuidado universal y del desarrollo.
- El Potencial de desarrollo personal: evidenciado por la perspectiva del paciente, los objetivos fijados y la estimación objetiva de su posible desarrollo para la satisfacción de los requisitos del desarrollo y de autocuidado universal.

### **3. METODOLOGIA**

#### **3.1 DISEÑO**

La presente investigación se enmarca en la investigación cuantitativa, el tipo de estudio es descriptivo, transversal; descriptivo por que busca identificar la relación entre los factores de condicionamiento básico y la adherencia al régimen terapéutico de las personas diagnosticadas con hipertensión arterial y transversal por que se realizara en los 4 meses comprendidos entre febrero a Mayo del año 2016 que será el tiempo que se empleara para recolectar la información.

#### **3.2 UNIVERSO**

El universo estará conformado por 166 Personas que asisten a la primera iglesia Bautista de Popayán.

#### **3.3 POBLACION:**

Dentro del universo anteriormente descrito se encuentran 67 personas diagnosticadas con HTA.

#### **3.4 MUESTRA:**

Se realizó un muestreo por conveniencia en el cual se incluyeron a aquellas personas que quisieron participar voluntariamente de la investigación, y que

han sido diagnosticadas con hipertensión arterial. Dejando una muestra total de 30 participantes.

### **3.5 CRITERIOS DE INCLUSION**

- Personas con hipertensión arterial diagnosticada y en tratamiento actualmente
- Personas que decidan participar voluntariamente en el estudio
- Personas que se encuentren dentro del rango de edad de 50 a 70 años
- Personas que vivan dentro del área urbana

### **3.6 CRITERIOS DE EXCLUSION**

- Personas que tengan alteraciones cognitivas y no puedan responder la encuesta
- Personas que no se encuentren en el momento de la visita domiciliaria.

### **3.7 VARIABLES**

#### **3.7.1 VARIABLE INDEPENDIENTE:**

Factores condicionantes básicos.

#### **3.7.2 VARIABLE DEPENDIENTE:**

Adherencia al régimen terapéutico de Hipertensión Arterial.

### **3.8 TECNICA Y ESTRATEGIAS DE RECOLECCION DE INFORMACION**

#### **3.8.1 TECNICAS**

**ENTREVISTA:** Para el presente estudio se utiliza la entrevista semi-estructurada, técnica que permite recolectar datos relacionados con la



motivación, auto estima y conocimientos de las personas entrevistadas. Cuyo objetivo es determinar los factores que se relacionan con la adherencia a tratamientos farmacológicos y no farmacológicos que tienen las personas diagnosticadas con hipertensión arterial.

**INSTRUMENTO:** Formato que busca determinar cuáles son los FBC que se relacionan con la adherencia al régimen terapéutico que tienen las personas diagnosticadas con hipertensión arterial, y está compuesto por ocho parámetros que incluyen los factores de condicionamiento básico individual, condicionamiento básico familiar y social, los factores de sistema de salud y los relacionados con la terapia. (**Ver anexo N°1**)

### **3.8.2 TECNICAS, TABULACION Y ANALISIS**

- El instrumento de recolección de información fue sometido a una prueba piloto, con el fin de perfeccionar la técnica de recolección de datos y mejorar el instrumento.
- La información será analizada y descrita, desde el referente teórico, para identificar y relacionar los datos con el fenómeno estudiado
- Los resultados se presentaran en tablas
- Se utilizara el programa Excel 2013 para el almacenamiento de la información.
- Cruce de variables por medio de la prueba chi cuadrado y su valor estadístico menor del 5% y razón de prevalencia con su intervalo de confianza del 95%, a través del programa IBM SPSS statistics 22.

### **3.8.3 PROCEDIMIENTO.**

- En primera instancia se realizará una solicitud por escrito del permiso al responsable de la Primera Iglesia Bautista de Popayán para la realización del presente trabajo.
- Se aplicará una prueba piloto del instrumento diseñado para la recolección de datos y al mismo tiempo se realizará la revisión por expertos.
- Posteriormente, se procederá al análisis de los resultados de las pruebas anteriores y se harán los ajustes necesarios
- Luego, previo consentimiento informado, se pedirá a los pacientes su colaboración para la recolección de la información a través del instrumento diseñado, previamente ajustado.
- Después se tabularán los datos obtenidos y a continuación se elaborarán las gráficas necesarias para su presentación, que a su vez facilitaran el análisis de resultados
- Por último se construirá el informe final.

## 4. CONSIDERACIONES ETICAS

En el presente estudio se tendrán en cuenta los principios bioéticos de autonomía, beneficencia, justicia y confidencialidad que se encuentran plasmados en el consentimiento informado, estos aspectos serán manejados de la siguiente manera:

**4.1 Autonomía:** se brindará información veraz y comprensible a cada participante entrevistado, se respetara a las personas como individuos libres y se tendrán en cuenta sus decisiones, valores y convicciones personales, donde posteriormente cada uno decidirá en forma voluntaria si desea participar o no de la investigación, garantizando el respeto y confidencialidad de los datos que la persona suministrará en la entrevista

**4.2 Beneficencia:** se garantizará este principio en la medida en que la investigación no generara ningún riesgo para la salud física y/o mental de los participantes, porque no se realizara ningún tipo de intervención en ellos

**4.3 Justicia:** dentro del proceso investigativo y metodológico se seleccionaran a los pacientes que cumplan con los criterios de inclusión sin distinción de género, etnia, edad, religión y situación socioeconómica y que desearon participar voluntariamente de la investigación.

**4.4 Confidencialidad:** la información brindada por las personas solo será manejada por los investigadores, el instrumento contara con un código de números que servirá como identificación por consecuente se respetara la privacidad de las personas.

## 5. ANALISIS DE RESULTADOS

La presentación de los resultados sigue la siguiente secuencia

- Caracterización de la población
- Adherencia terapéutica
- FCB que se relacionan con la adherencia terapéutica

### 5.1 CARACTERIZACION DE LA POBLACION SEGÚN FACTORES CONDICIONANTES BASICOS

La información se presenta teniendo en cuenta Factores descriptivos de la persona, del estado de salud y del servicio de salud, del patrón de vida y del estado del desarrollo, a continuación se presenta la información relacionada con el primero de ellos

**Tabla N° 2. Factores de condicionamiento básico individual o descriptivos de la persona.**

	<b>n=</b>	<b>%</b>
<b>Edad</b>	8	26.66%
60 A 65	22	73.33%
>65		
<b>Genero</b>		
Masculino	16	53.33%
Femenino	14	46.66%
<b>Estado civil</b>		
Soltero (a)	15	50%
Casado (a)	9	30%
Unión libre	2	6.66%
Viudo (a)	4	13.33%
<b>Nivel educativo</b>		
Sin escolaridad	5	16.66%
Primaria completa	6	20%
Primaria incompleta	16	53.33%
Secundaria completa	2	6.66%
Secundaria incompleta	1	3.33%
<b>Ocupación</b>		
Empleado (a)	4	13.33%
Independiente	7	23.33%
Desempleado	19	63.33%
<b>Ingresos aportados</b>		
Paciente	16	53.3%
Conyugue/compañero(a)	5	16.6%

<b>Continuación tabla N°2</b>		
Otro		9 30%
<b>Creencias religiosas</b>		
Católica romana		21 70%
Cristiana		5 16.6%
Otro		3 10%
Ninguna		1 3.33%
<b>Apoyo familiar</b>		
Si		25 83.33%
No		5 16.66%
<b>Relaciones familiares</b>		
B		12 40%
R		14 46.6%
M		2 6.66%
<b>Persona con la que vive</b>		
Familia nuclear	incompleta	10 33.33%
Familia nuclear	completa	2 6.66%
Familia extensa	incompleta	18 60%
Unidad familiar		10 33.3%
<b>Duerme solo</b>		
Si		23 76.6%
No		7 23.33%
<b>Ruido</b>		
Si		16 53.33%
No		14 46.66%

*Fuente: elaboración propia con datos del estudio*

La tabla anterior, reporta que la población se encuentra en el rango de edad entre 60 a 85 años, la edad media de las personas entrevistadas es de 72.5; predomina el sexo masculino en un 53.33%; con respecto al estado civil el 50% de la población refiere estar solteros, el 30% son casados, el 13.33% son viudos y el 6.66% están en unión libre. El nivel educativo del 16.6% de la población es sin escolaridad, el 20% primaria completa y el 53.33% primaria incompleta, el 6.66% refiere haber cursado bachillerato completo y el 3.33% un bachillerato incompleto; en cuanto a la ocupación el 63.33% son desempleados, 23.33% son independientes, y el 13.33% son empleados, respecto a los ingresos económicos en el 53.3% son aportados por el paciente, el 30% son aportados por otros miembros de la familia y el 16.6% son aportados por el compañero sentimental, hay predominio de la religión católica romana con el 70%, el 16.6% son cristianos, el 10 % pertenecen a otro tipo de religión y el 3.33% no pertenece a ninguna. En cuanto al apoyo familiar recibido el 83.33% de la población refiere que si recibe apoyo contrario al 16.66%

quienes refieren no tener ningún apoyo familiar; en cuanto a las relaciones familiares el 46.6% expresa tener relaciones regulares, el 40% buenas y el 6.66% relaciones malas, respecto al tipo de familia predomina la familia extensa incompleta con un 60%, el 33.33% pertenece al tipo de familia nuclear incompleta, en cuanto a los factores del medio ambiente el 76.6% de la población duerme en una habitación individual, en cuanto al ruido el 53.33% de la población manifiesta que se encuentran expuestos al ruido constantemente contrario al 46.66% quienes expresan que no están expuestos al ruido.

**Tabla N°3. Factores de condicionamiento básico del estado de salud y sistema de salud**

	<b>n=</b>	<b>%</b>
<b>Estado de salud</b>		
<b>Actualmente en tratamiento</b>		
Si	28	93.33%
No	2	6.66%
<b>Tiempo de diagnostico</b>		
< 1 año	7	23.33%
1-2 años	11	36.66%
3-5 años	6	20%
>5años	6	20%
<b>Antecedentes familiares</b>		
Si	11	36.66%
No	19	63.33%
<b>Sistema de salud</b>		
<b>EPS</b>		
EMSSANAR	8	26.66%
Salud vida	17	56.66%
Ninguno	2	6.66%
Asmet salud	2	6.66%
AIC	1	3.33%
<b>Centro de salud urgencias</b>		
Primer nivel	16	53.33%
Segundo nivel	7	23.33%
Tercer nivel	4	13.33%
Ninguno	2	6.66%
<b>Satisfacción con atención</b>		
Si	22	73.33%
No	8	26.66%
<b>Tiempo de consulta</b>		
Si	23	76.66%
No	7	23.33%

*Fuente: elaboración propia con datos del estudio*

Los factores del sistema de salud, muestran que un 93.33% de la población se encuentra actualmente en tratamiento para la HTA, en cuanto al tiempo de diagnóstico el rango que prevalece es de 1 a 2 años con un 36.66% seguido del rango de menor a 1 año con un 23.33%, el rango de 3 a 5 años y mayor de 5 años con el 20% respectivamente. En cuanto a la afiliación al sistema de salud el 89.98% de la población se encuentra afiliada al régimen subsidiado; el 56.66% de la población asiste al primer nivel de atención cuando tiene alguna urgencia, el 23.33% asiste al segundo nivel, el 13.33% de la población asiste al tercer nivel de atención y el 6.66% de la población no asiste a ningún servicio de salud cuando tiene una urgencia.

En cuanto a las características del servicio prestado por estas entidades, el 73.33% refieren que se encuentran satisfechos con la atención prestada, el 76.66% de la población considera que el tiempo de duración de la consulta es adecuado.

**Tabla N°4. Factores Básicos Condicionantes del patrón de vida**

	<b>N</b>	<b>%</b>
<b>Medidas de autocuidado</b>		
<b>Influencia en tratamiento</b>	<b>SI</b>	
Peso	22	73.33%
Ejercicio y alimentación	29	96.66%
Hábitos nocivos (tóxicos)	8	26.66%
<b>Controles</b>		
Ultimo control		
< 1 mes	10	33.33%
1-3 meses	15	50%
3-6 meses	2	6.66%
>6 meses	3	10%
Conoce cifra tensional actual		
Si	7	23.33%
No	23	76.66%
<b>Responsabilidades</b>		
De su cuidado		
Si	30	100%

*Fuente: elaboración propia con datos del estudio*

Como se observa en la tabla anterior, este factor se ha analizado a partir de tres aspectos: Influencia en el tratamiento, controles, responsabilidades.

En cuanto a las medidas de autocuidado que las personas consideran influyen en su adherencia terapéutica, se encuentran: el control del peso en un 73.33%; el 96.66% de la población considera que el ejercicio y la alimentación son los factores más influyentes para el control de su patología. En cuanto a la

presencia de hábitos nocivos considerando como tóxicos el consumo de alcohol y tabaco un 26.66% de la población refiere que estos son factores que influyen para la adherencia de su tratamiento.

En torno a la asistencia a los controles como medida de autocuidado encontramos que el 50% de la población asistió a controles en el periodo de tiempo de 1 a 3 meses, el 33.33% asistió en un periodo de tiempo menor a 1 mes, el 10% de la población asistió a controles en un periodo de tiempo mayor a 6 meses, y el 6.66% asistió a controles en un rango de 3 a 6 meses; esta información no puede ser confrontada con el conocimiento de la cifra tensional actual debido a que el 76.66% de la población refiere no ser informados al respecto, lo que no nos brinda información suficiente para corroborar la asistencia a los controles.

En cuanto a las responsabilidades que posee la población para emplear medidas de autocuidado se identifica, que el 100% de la población se reconoce a sí misma como el sujeto responsable del cuidado de su salud.

**Tabla N°5. Factores Básicos Condicionantes del estado de desarrollo.**

	<b>N</b>	<b>%</b>
<b>Estado del desarrollo</b>	<b>S</b>	
Dependiente	<b>16</b>	53.33%
<b>Factores de autogobierno</b>		
Conocimiento		
- Patología curable	19	63.33%
- Causas	2	6.66%
- Eficacia de Tto	27	90%
- Síntomas	5	16.66%
- Consecuencias	2	6.66%
Asistencia medica		
- Termina tratamiento	25	83.33%
- Efectos adversos	0	---
- Síntomas	3	10%
- Otra	2	6.66%
Grado de satisfacción relaciones sociales		
- B	14	46.66%
- R	14	46.66%
- M	2	6.66%
Grado de cumplimiento		
Tratamiento		
- Si	28	93.33%
Controles		
- Si	25	83.33%

*Fuente: elaboración propia con datos del estudio*

Los factores relacionados con el estado de desarrollo, muestran que el 100% de la población se halla en la etapa adulta tardía y el 53.33% de la población es independiente; en cuanto a los factores de autogobierno, en lo relacionado con el conocimiento, en promedio el 90% de la población tienen conocimientos favorables sobre la eficacia del tratamiento, el 16.66% tiene conocimientos sobre los síntomas y el 13.33% de la población posee conocimientos sobre causas y consecuencias, sin embargo un 63.33% de la población considera que la patología es curable, lo que permite evidenciar que el conocimiento sobre la patología es escaso.

En cuanto a la asistencia médica el 83.33% de la población acude al médico cuando se termina el tratamiento, el 10% acude cuando se presentan síntomas y un 6.66% acude por otras situaciones.

En torno al grado de satisfacción de las relaciones sociales un 46.66% de la población manifestó tener buenas relaciones, un 46.66% regulares y un 6.66% malas.

En la población el grado de cumplimiento en el tratamiento es bueno el 93,33% de la población manifiesta que cumple con su tratamiento y el 83.33% asiste cumplidamente a los controles.

### 5.1.1 CONOCIMIENTOS

Teniendo en cuenta que el conocimiento de las personas sobre los factores básicos condicionantes es un factor determinante sobre la adherencia al régimen terapéutico, puesto que entre más conocimientos tenga la persona sobre la patología, sus síntomas, complicaciones y los FBC que la influyen tanto positiva o negativamente, mejor será su adherencia al régimen terapéutico; se desarrolló el análisis de la siguiente manera.

**Tabla N°6. Conocimientos de las personas sobre los FBC que influyen en su adherencia al régimen terapéutico**

<b>CATEGORIAS</b>	<b>SI</b>	<b>NO</b>
<b>FACTORES DESCRIPTIVOS DE LA PERSONA</b>		
Edad	63.3%	36.6%
Genero	46.6%	53.3%
Estado civil	33.3%	66.6%
Nivel educativo	76.6%	23.3%
Situación laboral	50%	50%
Creencias religiosas	26.6%	73.3%
Ingresos económicos	66.6%	24.4%
Apoyo social y familiar	43.3%	56.6%
<b>ESTADO DEL DESARROLLO</b>		
<b>Patología</b>		
Complicaciones	6.66%	93.3%



Síntomas	16.66%	83.3%
<b>Tratamiento Farmacológico</b>		
Medicamentos	63.3%	36.6%
<b>Continuación tabla N° 6 ...</b>		
Control	83.3%	16.6%
<b>PATRON DE VIDA</b>		
<b>Tratamiento No farmacológico</b>		
Alimentación y ejercicio	96.6%	3.33%
<b>MEDIO AMBIENTE</b>		
Estrés/preocupaciones	63.3%	36.6%
Ruido	50%	50%

*Fuente: datos propios obtenidos del estudio*

Una vez analizados los datos, se obtiene que para los factores descriptivos de la persona un 63.3% de la población entrevistada tiene el conocimiento de que la edad es un factor influyente en su adherencia terapéutica, 66.6% no tienen los conocimientos adecuados sobre la influencia del estado civil en su adherencia, el 66.6% de los entrevistados tienen la conciencia y el conocimiento de que sus ingresos económicos influyen positiva o negativamente en su régimen terapéutico, para los factores del estado del desarrollo donde se valoran los conocimientos sobre la patología, enfocándose en los síntomas y sus complicaciones encontramos que el 93.3% de la población no poseen los conocimientos sobre las complicaciones de la patología y el 83.3% a su vez no conocen todos los síntomas que se pueden presentar con la HTA, lo que puede influir negativamente en la adherencia terapéutica puesto que al no conocer las complicaciones o los síntomas no se va a tener una percepción de riesgo adecuada que les indique que deben continuar con su tratamiento farmacológico y no farmacológico, ni cuándo deben acudir o buscar la ayuda médica necesaria, caso contrario ocurre con los conocimientos sobre los medicamentos y la importancia de la asistencia a controles puesto que el 63.3% tienen conocimientos sobre los medicamentos que reciben en su tratamiento y los efectos adversos que se pueden presentar por los mismos, así mismo el 83.3% de los entrevistados presentan adecuado conocimientos sobre la importancia de la asistencia a los controles médicos. En cuanto al patrón de vida, 96.6% de las personas conocen la importancia de mantener una alimentación adecuada y la realización de ejercicios para el control de su patología, sin embargo, se encontró que a pesar de tener estos conocimientos una gran mayoría no lo aplicaban, para el factor de medio ambiente se halló que el 63.3% poseen los conocimientos de que el estrés y las preocupaciones también son influyentes en su patología y tratamiento.

## **5.2 ADHERENCIA TERAPEUTICA**

Para el análisis de este parámetro se ha tenido en cuenta la definición de *Haynes*, en torno a adherencia terapéutica quien la concibe como “el grado en que la conducta de un paciente, en relación con la toma de medicamentos, el seguimiento de una dieta o la modificación de hábitos de vida, coincide con las instrucciones proporcionadas por el médico o personal sanitario”.<sup>8</sup> En esta medida se espera que las personas cumplan con el tratamiento farmacológico y otros aspectos higiénicos sanitarios como: como seguir una dieta, no fumar, realizar ejercicios físicos regularmente, evitar el estrés, no tomar o al menos no abusar del alcohol, realizar visitas médicas periódicas o cumplir con las de seguimiento, programadas como parte del propio tratamiento.

**Tabla N°7. Indicadores determinantes de adherencia terapéutica**

INDICADOR	FRECUENCIA	PORCENTAJE
Cumple tratamiento farmacológico	25	83.3%
Sigue una dieta adecuada	20	66.6%
No fuma	22	73.3%
Realiza ejercicio físico	17	56.6%
Maneja el estrés	11	36.6%
No consume alcohol	22	73.3%
Asiste a consulta medica	28	93.3%
Asiste a controles programados	25	83.3%

*Fuente: datos propios obtenidos del estudio*

En cuanto a la adherencia terapéutica se muestra que un 93.3% de la población asisten a la consulta médica, un 83.3% asisten a los controles programados y cumplen con el tratamiento farmacológico, un 73.3% no fuman ni consumen alcohol, un 66.6% de la población sigue una dieta adecuada, un 56.6% de la población realiza ejercicio físico y un 36.6% de los participantes refieren manejar el estrés.

Para realizar un análisis individual de los indicadores que intervienen en la adherencia en el presente estudio se determinó que, si los participantes cumplen entre 7- 8 indicadores tienen una buena adherencia, si cumplen entre 5- 6 indicadores una regular adherencia y si cumplen entre 4 y menos indicadores se considera una baja adherencia.

**Tabla N° 8. Adherencia terapéutica.**

INDICADOR	FRECUENCIA	PORCENTAJE
Buena adherencia	9	30%
Mala adherencia	21	70%

<sup>8</sup> [http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0864-34662004000400008](http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0864-34662004000400008)

*Fuente: datos propios obtenidos del estudio*

Al analizar los parámetros por cada persona se puede identificar que dentro del rango de buena adherencia se encuentran 9 personas, los cuales acuden al médico, asisten a controles y no consumen alcohol, 8 de ellos cumplen con el tratamiento, la dieta y no fuman, 7 personas manejan el estrés y 5 de ellos realizan ejercicio constantemente; lo que refleja que solo un 30% de la población se adhiere al tratamiento.

Se destaca que el 70% de la población no se encuentra adherida a su régimen terapéutico, es decir, 21 personas de la muestra de las cuales 17 cumplen con el tratamiento farmacológico, 11 siguen una dieta adecuada, 13 no fuman ni consumen alcohol, 12 realizan ejercicio, solo 4 logran manejar el estrés, 19 asisten a consulta médica y 16 asisten a controles médicos.

### **5.3 OPINION**

Teniendo en cuenta que si las personas comprenden su entorno e identifican los FCB que se relacionan con su adherencia, esta se verá influenciada bien sea positiva o negativamente, se analizaron aquellos factores básicos condicionantes que las personas relacionan en la adherencia a su régimen terapéutico de la siguiente manera.

**Tabla N°9. Opinión de la población hipertensa sobre los FBC que influyen en su adherencia al régimen terapéutico.**

<b>FCB</b>	<b>FRECUENCIA</b>	<b>PORCENTAJE</b>
<b>DESCRIPTIVOS DE LA PERSONA</b>		
Edad	19	63.3%
Genero	14	46.6%
Estado civil	10	33.3%
Nivel educativo	23	76.6%
Creencias religiosas	8	26.6%
Situación laboral	15	50%
Ingresos económicos	20	66.6%
Apoyo familiar	13	43.3%
Tipo de familia	17	56.6%
Costos de transporte	16	53.3%
Estado socioeconómico	20	66.6%
Condición vivienda RUIDO	15	50%
<b>PATRON DE VIDA</b>		
Alimentación	10	33.3%
Ejercicio	13	43.3%
Peso	17	56.6%
Sueño y descanso	11	36.6%
Hábitos nocivos	8	26.6%
Estrés/preocupaciones	19	63.3%
<b>DEL ESTADO DE SALUD Y SISTEMA DE SALUD</b>		

<b>DEL ESTADO DE SALUD</b>		
Tiempo de la enfermedad	14	46.6%
Afectación en la vida diaria	18	60%
<b>SISTEMA DE SALUD</b>		
<b>Continuación tabla N°9 ...</b>		
Atención prestada	8	26.6%
Información suministrada	15	50%
Tiempo de consulta	10	33.3%
<b>DEL DESARROLLO</b>		
Relaciones interpersonales	16	53.3%
Asistencia cumplida a controles	5	16.6%

*Fuente: datos propios obtenidos del estudio*

Al observar los resultados planteados en la tabla anterior se resalta que dentro de los factores básicos condicionantes que las personas perciben son los más influyentes en su adherencia terapéutica se encuentran: el nivel educativo con un 76.6%, ingresos y estado socioeconómico con un 66.6%, seguidos por la edad, estrés/preocupaciones con un 63.3%, por el contrario se identifica que los factores menos identificados como influyentes en la adherencia son las creencias religiosas, los hábitos nocivos y la atención prestada con un 26.6% y la asistencia cumplida a los controles con un 16.6%.

Una vez identificados los factores básicos condicionantes que relacionan con la adherencia terapéutica por la población hipertensa, se realiza un cruce de variables por medio de la prueba chi cuadrado, la cual arroja los siguientes resultados.

**Tabla N° 10. Cruce de variables por medio de la prueba chi cuadrado.**

<b>ADHERENCIA TERAPEUTICA</b>	
<b>FCB</b>	<b>(p)</b>
<b>DESCRIPTIVOS DE LA PERSONA</b>	
Edad	0.351
Genero	0.523
Estado civil	0.381
Nivel educativo	0.235
Creencias religiosas	0.292
Situación laboral	0.319
Ingresos económicos	<b>0.091</b>
Apoyo familiar	0.593
Tipo de familia	<b>0.091</b>
Costos de transporte	0.781
Condición vivienda RUIDO	0.523
<b>PATRON DE VIDA</b>	
Alimentación	<b>0,011</b>
Ejercicio	0.936
Peso	<b>0.091</b>

Sueño y descanso	0.160
Hábitos nocivos	<b>0.031</b>
Estrés/preocupaciones	<b>0.002</b>
<b>DEL ESTADO DE SALUD Y SISTEMA DE SALUD</b>	
<b>DEL ESTADO DE SALUD</b>	
Tiempo de la enfermedad	0.205
Afectación en la vida diaria	0.255
<b>SISTEMA DE SALUD</b>	
Atención prestada	0.207
Información suministrada	0.398
Tiempo de consulta	0.300
<b>DEL DESARROLLO</b>	
Relaciones interpersonales	0.580
Apoyo social	0.232
Asistencia cumplida a controles	0.109

*Fuente: elaboración propia con datos del estudio*

De acuerdo a los datos arrojados por el cruce de variables, y teniendo en cuenta que para que un factor se considere significativo por esta prueba es necesario que obtenga un valor inferior a 0.05, se encontraron como significativos los siguientes FBC: estrés/preocupaciones con 0.002, seguido por Alimentación con 0.011, y por último hábitos nocivos con un 0.031.

## 6. DISCUSION

La adherencia, está definida por la Organización Mundial de la salud (OMS) como “el grado en que el comportamiento de una persona – tomar el medicamento, seguir un régimen alimentario y ejecutar cambios en el modo de vida – se corresponden con las recomendaciones acordadas con un prestador de asistencia sanitaria”; lo anterior nos permite establecer que para que una persona se adhiera adecuadamente a su tratamiento, debe realizar una acción de manera repetitiva. Esta conducta repetitiva desde la revisión bibliográfica se puede considerar que es incentivada por la Motivación la cual es definida como: el impulso que conduce a una persona a elegir y realizar una acción entre aquellas alternativas que se presentan en una determinada situación.

En este contexto, para el presente trabajo se considera que la acción repetitiva de las actividades que realiza la población hipertensa se debe a que se encuentran motivados para llevarlas a cabo. Teniendo en cuenta los resultados encontrados, de las cinco categorías de los RADS analizadas se encontró que la población entrevistada solo estaba motivada en dos de ellos (Aprender a vivir con efectos de patología y tratamiento, y llevar a cabo medidas diagnosticas terapéuticas y de rehabilitación) lo cual evidencia que las personas no se encuentran motivadas para adherirse a su régimen terapéutico. Resultados que difieren de los presentados en el estudio de Arleth Herrera “Factores que influyen en la adherencia a tratamientos en pacientes con riesgo de enfermedad cardiovascular”<sup>9</sup>, en el que se encuentra que el 83.59% de los participantes están en la categoría Sin Riesgo de no adherirse, es decir, presentan una adecuada adherencia a los tratamientos farmacológicos y no farmacológicos.

En cuanto a las razones manifestadas por las personas para la no adherencia terapéutica se encontró que tan solo el 16.66% de los entrevistados se encontraban motivados para buscar información sobre su patología, esto debido a que la mayoría manifestaron una mala atención e inadecuada relación establecida entre el personal sanitario y el usuario, caso contrario referido en el estudio anteriormente citado en el cual el alto porcentaje de usuarios que se adhieren a su respectivo tratamiento refieren que se debe al grado de satisfacción, desde el punto de vista afectivo, con la relación establecida entre el terapeuta y el paciente, esto se ha asociado a un notable incremento del cumplimiento terapéutico.

Sin embargo, nuestros resultados también arrojan que un 84.61% de la población entrevistada se encuentra motivada para cumplir las medidas de su régimen terapéutico no farmacológico, realizando ejercicio y manteniendo una alimentación adecuada. Contrario a lo referido por Loachamin y Lata en su estudio: “Adherencia al tratamiento no farmacológico de la hipertensión arterial

---

<sup>9</sup> Herrera Lian A. FACTORES QUE INFLUYEN EN LA ADHERENCIA A TRATAMIENTOS EN PACIENTES CON RIESGO DE ENFERMEDAD CARDIOVASCUAR, artículo de investigación. EN AV. Enferm 2008; p, 36 – 42, Disponible en: <http://www.scielo.org.co/pdf/aven/v26n1/v26n1a04.pdf>

y sus determinantes en los pacientes ambulatorios atendidos en el servicio de Cardiología del Hospital Eugenio Espejo<sup>10</sup>, en el cual indica que solo el 32% de los participantes realiza actividad física rutinaria moderada a intensa, y el 31,4% llegó a modificar su dieta.

Con respecto al conocimiento de los participantes, este se evaluó en cuatro categorías dependientes de los FBC de la Teoría de Dorothea Orem: Factores descriptivos de la persona, Estado del desarrollo, Patrón de vida y Estado de Salud, obteniendo los siguientes resultados: la categoría en la que más conocimiento se evidenció respecto a su adecuada adherencia al tratamiento farmacológico y no farmacológico fue el patrón de vida, donde el 96.6% de la población conocen la importancia de mantener hábitos de vida saludable, como la alimentación y el ejercicio.

Respecto a los Factores Descriptivos de la persona, se encontró como principal factor influyente la escolaridad, esto debido a que un gran porcentaje de los entrevistados presenta un bajo nivel educativo (analfabetas y primaria incompleta), según la literatura el nivel educativo incide en la aplicación de conductas de autocuidado, dato encontrado por Tenahua, Landeros, y colaboradores<sup>11</sup> quienes refieren que el nivel educativo es un factor que condiciona la capacidad de agencia de autocuidado en la medida en que permite el aprendizaje y facilita la búsqueda de información. Este factor se relaciona con la adherencia terapéutica porque entre más estudios tenga una persona mejor va hacer su capacidad de comprensión de las medidas terapéuticas, mejorando su conducta de autocuidado y conciencia de su enfermedad, datos similares a los encontrados en el estudio de Monge (2004)<sup>12</sup> donde se encontró que la capacidad de agencia de autocuidado no está directamente relacionada con la situación de salud de las personas pero que el nivel de educación se encuentra relacionado directamente con la presencia o no de enfermedad cardiovascular.

---

<sup>10</sup> Loachamin Rafael Santiago, Lata Fabricio Xavier. ADHERENCIA AL TRATAMIENTO NO FARMACOLÓGICO DE LA HIPERTENSIÓN ARTERIAL Y SUS DETERMINANTES EN PACIENTES HIPERTENSOS AMBULATORIOS ATENDIDOS EN EL SERVICIO DE CARDIOLOGÍA DEL HOSPITAL EUGENIO ESPEJO, DURANTE EL SEGUNDO SEMESTRE DEL AÑO 2014. Universidad Central De Ecuador. Postgrado de Medicina Interna.

<sup>11</sup> Landeros y colaboradores. AGENCIA DE AUTOCUIDADO EN PACIENTES HIPERTENSOS DEL HOSPITAL ERASMO MEOZ; artículo de investigación, Rev. Colomb. enferm., Volumen 10, Págs. 45-56 Abril de 2015, Disponible en:  
[http://www.uelbosque.edu.co/sites/default/files/publicaciones/revistas/revista\\_colombiana\\_enfermeria/volumen10/006\\_articulo-4-Vol10%20A10.pdf](http://www.uelbosque.edu.co/sites/default/files/publicaciones/revistas/revista_colombiana_enfermeria/volumen10/006_articulo-4-Vol10%20A10.pdf)

<sup>12</sup> Monge M. ASOCIACION DE LOS FACTORES BASICOS CONDICIONANTES DEL AUTOCUIDADO Y LA CAPACIDAD DE AGENCIA DE AUTOCUIDADO DE ADULTOS CON SINDROME CORONARIO AGUDO HOSPITALIZADOS EN EL HOSPITAL UNIVERSITARIO CLINICA SAN RAFAEL; Tesis de investigación para optar al título de magister en enfermería con énfasis en el cuidado para la salud cardiovascular, Universidad Nacional de Colombia, Bogotá 2010. Disponible en:  
[http://www.uelbosque.edu.co/sites/default/files/publicaciones/revistas/revista\\_colombiana\\_enfermeria/volumen10/006\\_articulo-4-Vol10%20A10.pdf](http://www.uelbosque.edu.co/sites/default/files/publicaciones/revistas/revista_colombiana_enfermeria/volumen10/006_articulo-4-Vol10%20A10.pdf)

Otro factor que se relaciona es el ingreso económico de cada persona, donde los participantes son conscientes en su gran mayoría que entre mejor estabilidad económica se tengan mejor será su adherencia y su continuidad en el tratamiento, factor que en esta población en particular afecta considerablemente puesto que la mayoría de ellos se encuentran desempleados. En este aspecto se encontró que el 93.34% de los participantes pertenecen al régimen subsidiado de salud y un 63.33% son desempleados lo que afecta considerablemente su estabilidad financiera, y para el 50% de los participantes esta situación afectaba directamente su constancia en la asistencia a los controles, esto tiene relación con el estudio de Olga Marina Vega A. y colaboradoras: Agencia de autocuidado en pacientes hipertensos del Hospital Erasmo Meoz<sup>13</sup> donde se evidencia que el desempleo y la informalidad laboral se han convertido en condiciones de existencia de la mayoría de habitantes, lo cual limita la capacidad de ahorro y de recursos asegurados con el obstáculo creciente e inequitativo para afiliarse al Sistema General de Seguridad Social en Salud (SGSSS), subsidiado en las personas sin capacidad de pago, y la evidente dificultad para acceder a servicios de salud privados y mantener en su totalidad el cumplimiento de un régimen terapéutico y farmacológico.

En el Factor del Estado de Salud se encontró que más de la mitad de los participantes poseen los conocimientos de que el estrés y las preocupaciones son influyentes en su patología y tratamiento, esto es similar a lo encontrado en el estudio de Osana Molerio Pérez; El estrés como factor de riesgo de la hipertensión arterial esencial,<sup>14</sup> donde expone que el estrés como fenómeno multifactorial constituye una respuesta de adaptación del organismo para hacer frente a demandas del medio para las cuales la persona tiene o cree tener limitados recursos. Sin embargo, cuando estas repuestas ante las situaciones estresantes son muy intensas, frecuentes o duraderas, el estrés puede traer complicaciones en la salud, ya sea desencadenando la aparición de un trastorno, complejizando su cuadro clínico o perpetuando su sintomatología.

Se evidenció que, en lo que a la edad respecta, los participantes tienen el conocimiento de que entre mayor es la edad, mayor es el riesgo de padecer complicaciones y una inestabilidad de la enfermedad. En cuanto al género, nuestros participantes desconocen la influencia del mismo tanto en la patología como en su adherencia terapéutica. Estos resultados son comparados con el estudio de Navas L. Diana: Conductas de autocuidado de los pacientes con fibrilación auricular crónica que están recibiendo tratamiento con anticoagulación oral<sup>15</sup>, el cual arrojó que las personas adultas mayores tienen

---

<sup>13</sup> Vega A. Olga, Suarez Josefina, Acosta Sandra. AGENCIA DE AUTOCUIDADO EN PACIENTES HIPERTENSOS DEL HOSPITAL ERASMO MEOZ. Rev. Colombiana de Enfermería. Vol 10 abril de 2015. Pág. 45-56

<sup>14</sup> MSc. Osana Molerio Pérez, Dr. Manuel Antonio Arce González, Dra. Idania Otero Ramos y Dra. Zaida Nieves Achón. EL ESTRÉS COMO FACTOR DE RIESGO DE LA HIPERTENSION ARTERIAL ESENCIAL. Revisión Bibliográfica. Universidad Central De Villa Clara.

<sup>15</sup> Navas Luna Diana Carolina: CONDUCTAS DE AUTOCUIDADO DE LOS PACIENTES CON FIBRILACIÓN AURICULAR CRÓNICA QUE ESTÁN RECIBIENDO TRATAMIENTO CON



un deterioro biológico que produce cambios sensoriales y cognitivos, disminuyendo su capacidad de memoria, atención y percepción, y que esta situación por lo tanto puede afectar las conductas de autocuidado que pueden llegar a ser deficientes y aumentar el riesgo de presentar complicaciones, de igual forma nos muestra que respecto al género existe una menor adherencia y menor conducta de autocuidado respecto al manejo de su tratamiento en individuos de sexo masculino que del femenino; esto se debe al rol que desempeñan y a la influencia psicosocial de su sexo que genera compromiso laboral y económico disminuyendo así el interés por su tratamiento.

Respecto a la relación entre el estado civil y la adherencia al tratamiento la mayoría de los participantes no tienen el conocimiento sobre la influencia del mismo en su patología y otros refieren que independientemente de su estado civil actual es una obligación de cada uno el estar pendiente de su propio bienestar; esto se relaciona con el estudio anteriormente citado en el cual se encontró que el estado civil no afecta en nada las conductas de autocuidado, ya que las personas son independientes al momento de tomar decisiones acerca de los tratamientos farmacológicos a tomar.

En cuanto al apoyo social y familiar se evidenció que un 83.33% de la población cuentan con el apoyo de sus familias, sin embargo solo el 43.3% de ellos tienen el conocimiento de la influencia de este apoyo en su adherencia terapéutica, los participantes reconocen que su enfermedad depende de su autocuidado pero también conocen la importancia que tiene la familia en su enfermedad puesto que en la mayoría de los pacientes es la misma quien les colabora económicamente y emocionalmente para que continúen su control y no descuiden su enfermedad, esto relacionado con el estudio: Influencia del apoyo social en pacientes con hipertensión arterial esencial, C Menéndez Villalva<sup>16</sup> quien refiere que Los hipertensos con redes sociales bajas presentan un incremento de la presión arterial sistólica y diastólica, diferente esto a los pacientes hipertensos con redes sociales más amplias quienes presentan un descenso en sus cifras tensionales.

Con respecto al estado del desarrollo: conocimientos, el 83.3% no conocen todos los síntomas que se pueden presentar en la hipertensión arterial, lo que puede influir negativamente en su adherencia terapéutica puesto que al no contar con estos conocimientos no se va a tener una percepción de riesgo adecuada, esto también se ve evidenciado en el estudio de Luis Fernando Barraza-Araiza,<sup>17</sup> "Conocimiento de la enfermedad en una población hipertensa colombiana", donde los pacientes que llevan 11 años o más con su enfermedad

---

ANTICOAGULACIÓN ORAL EN UNA INSTITUCION DE 4 NIVEL DURANTE EL PERIODO DE SEPTIEMBRE A OCTUBRE 2008, tesis de investigación programa de Enfermería Pontificia Universidad Javeriana. Bogotá, Colombia 2008.

<sup>16</sup> Menéndez Villalva, A Montes Martínez, T Gamarra Mondelo, Carmen Núñez Losada, A Alonso Fachado, S Bujan Garmendia. INFLUENCIA DEL APOYO SOCIAL EN PACIENTES CON HIPERTENSION ARTERIAL. Elsevier. Vol. 31. Núm. 08. 15 de mayo 2003.

<sup>17</sup> Barraza-Araiza Luis Fernando, Limas Sarmiento Carlos Arturo. CONOCIMIENTO DE LA ENFERMEDAD EN UNA POBLACION HIPERTENSA COLOMBIANA. Rev. Fac. Med. 2014 Vol. 62. No. 3.

poseen un conocimiento notablemente superior al de los recién diagnosticados. Aun así, es insatisfactorio que, después de 11 años, 32% de ellos continúen ignorando el hecho de que la medicación para la hipertensión no debe suspenderse en ausencia de síntomas.

También, se evidenció que el 93.3% de la población no poseen los conocimientos sobre las complicaciones de la patología por lo tanto ignoran la importancia de llevar una vida saludable, contrario a lo que se encuentra en el estudio anteriormente citado, donde el conocimiento de los participantes respecto a estas fue elevado, a excepción de las complicaciones oftalmológicas, de las cuales desconoce el 35% de la población encuestada.

En el patrón de vida casi el 100% de los entrevistados son conscientes que al cambiar su alimentación y realizar ejercicio mejoran el control de su enfermedad, disminuyendo las cifras tensionales y encontrándose física y emocionalmente estables, sin embargo, se encontró que los participantes no tienen hábitos de vida saludable. Esto se correlaciona con estudios donde se evidencia la importancia de llevar a cabo estos cambios, según Cristian Moraga Rojas en su estudio: "Prescripción de ejercicio en pacientes con hipertensión arterial"<sup>18</sup> donde se observó que pacientes hipertensos físicamente activos tienen menor tasa de mortalidad que los sedentarios y se ha demostrado que el ejercicio aeróbico está asociado con una reducción de 4,9/3,7 mmHg en la presión arterial en pacientes hipertensos, descenso que no varía según la frecuencia o intensidad del ejercicio, sugiriendo así, que todas las formas son efectivas.

Por su parte Vanessa Rodríguez en su estudio: "Hipertensión arterial y hábitos alimentarios en adultos mayores"<sup>19</sup> nos manifiesta que los hábitos alimentarios saludables y las modificaciones en el estilo de vida proporcionan un papel primordial en el tratamiento y control de la hipertensión arterial, pudiendo representar la terapia definitiva para algunas personas, y un tratamiento complementario para otras, debido a que el mismo puede no alcanzar a corregir por completo la presión arterial pero si contribuir al aumento de la eficacia de los fármacos.

La categoría en la que menos conocimiento se evidenció fue en el Estado del desarrollo: síntomas y complicaciones de la enfermedad, lo que influye negativamente en la adherencia terapéutica puesto que no tienen una percepción de riesgo adecuada que les indique cuándo deben acudir o buscar la ayuda médica necesaria. La mayoría de las personas entrevistadas, no poseen conocimientos adecuados sobre la enfermedad, lo que se traduce en escasas acciones de autocuidado, resultado que es similar al encontrado en el

---

<sup>18</sup>Cristian Moraga Rojas PRESCRIPCIÓN DE EJERCICIO EN PACIENTES CON HIPERTENSIÓN ARTERIAL Rev. costarricense de cardiología 2008 Enero-Diciembre, Volumen 10, No. 1-2; disponible en: <http://www.scielo.sa.cr/pdf/rcc/v10n1-2/3933.pdf>

<sup>19</sup> Vanessa Rodríguez HIPERTENSIÓN ARTERIAL Y HÁBITOS ALIMENTARIOS EN ADULTOS MAYORES universidad abierta interamericana, buenos aires argentina. Disponible en: <http://imgbiblio.vaneduc.edu.ar/fulltext/files/TC110707.pdf>

estudio de Navas<sup>20</sup>, quien concluye que las personas pueden tener déficit en las conductas de autocuidado por presentar vacíos en el conocimiento de su enfermedad, signos de alarma, resultados de laboratorio, entre otros.

En lo correspondiente a la opinión, los resultados del estudio muestran que hay algunos de los FBC, donde la población entrevistada relaciona que son los más influyentes en su adherencia terapéutica, dentro de los descriptivos de la persona se encuentran que la opinión es negativa con respecto a los ingresos económicos con un 66.6% y el nivel educativo con un 76.6% resultado que se asemeja al encontrado por Ortega Oviedo y Vargas Rosero , donde se obtuvo que el mayor porcentaje de pacientes que contaba con la disponibilidad económica para atender las necesidades básicas, podía costear los medicamentos y asistir a todas las consultas, podían leer las formulas e indicaciones dadas por el médico y tenían una mayor ventaja para la adherencia al régimen terapéutico, contrario a lo encontrado en aquellos pacientes que no contaban con la disponibilidad económica y por ende su grado de adherencia terapéutica disminuía notablemente.

Por otro lado uno de los aspectos que en opinión de los participantes afecta de gran manera en su adherencia al tratamiento es el apoyo recibido por sus familias, resultado similar al obtenido por Guerra Herrera (39). En el cual reporta que El 50 % de la población siempre cuenta con el apoyo de su familia y allegados para cumplir el tratamiento. Estudios revelan que involucrar a la familia permite apoyar los esfuerzos del paciente para controlar la HTA . La adherencia al tratamiento en un alto porcentaje de hipertensos se asocia al apoyo de la familia. Los resultados de la presente investigación permitieron identificar la necesidad de favorecer la participación de la familia en el control de la HTA.

Otro factor determinante identificado por los participantes del presente estudio es la afectación que tiene el aumento del peso corporal directamente con el tratamiento, opinión que se asemeja a lo encontrado por Bastidas Vivas y Colaboradores en un estudio realizado en Manizales en el año 2010, en el cual obtuvieron que un gran porcentaje de la población se encontraba en sobrepeso y obesidad, demostrando así la baja adherencia al régimen no farmacológico como las dietas, y el ejercicio. Cancela María del Pilar destaca que aquellas personas que son obesas tienen un riesgo entre 2 a 3 veces mayor de padecer de presión alta, que aquellas personas que tienen su peso normal. Un aumento

---

<sup>20</sup> Navas Diana. CONDUCTAS DE AUTOCUIDADO DE LOS PACIENTES CON FIBRILACIÓN AURICULAR CRÓNICA QUE ESTÁN RECIBIENDO TRATAMIENTO CON ANTICOAGULACIÓN ORAL EN UNA INSTITUCIÓN DE CUARTO NIVEL DURANTE EL 2008, trabajo de grado para optar por el título de enfermería , pontificia universidad javeriana departamento de enfermería; Bogotá 2008; Disponible en: <http://www.javeriana.edu.co/biblos/tesis/enfermeria/2009/DEFINITIVA/tesis02.pdf>

de 10 kg, supone una diferencia de 3 mmHg en la presión máxima y de 2.2 mmHg en la presión mínima.

En cuanto al factor de estrés y preocupaciones los participantes opinaron que es uno de los más influyentes ya que puede causar afectación al momento de acoplarse al tratamiento y que puede conllevar a una mayor incidencia de complicaciones, contrario a lo encontrado por Icart y Colaboradores en su estudio realizado en pacientes de atención primaria que tuvo como objetivo identificar las opiniones respecto al tratamiento farmacológico y no farmacológico en la HTA, donde en la opinión de los participantes no se encontró el estrés como un factor predominante para la no adherencia al régimen terapéutico, Aunque si se evidenció que el estrés es un factor directamente relacionado con la elevación de la presión arterial.

En cuanto a los aspectos del proveedor de salud en la presente investigación fueron demarcados por los participantes como aspectos que afectaban en un gran porcentaje su adherencia al régimen terapéutico similar a lo encontrado por Herrera Guerra en un estudio elaborado en el año 2012 con personas que asistían a control de Hipertensión, en su estudio reportó que la educación y el apoyo por parte del equipo de salud eran poco percibidas por los participantes. El 49 % respondió que las personas que los atienden a veces responden sus inquietudes y dificultades con respecto a su tratamiento; el médico y la enfermera le dan explicaciones con palabras que ni su familia ni el paciente entienden. Teniendo en cuenta que la satisfacción del paciente en relación con la terapéutica se identifica como un factor que puede potenciar la adherencia, podemos establecer que para los participantes del presente estudio esta relación satisfactoria entre paciente y terapeuta se encuentra ausente lo que genera que este factor se convierta en un obstaculizador para lograr una mayor adherencia.

Durante el estudio se identificó que los factores que los pacientes opinan son los menos influyentes sobre su adherencia son aquellos relacionados con el tratamiento no farmacológico, aspectos tales como la alimentación y el ejercicio no son considerados influyentes negativos dado que las personas aplican bien este tratamiento y en cuanto a los hábitos nocivos, estos no son reconocidos por la población como dañinos para su salud y bienestar ya que no hacen parte de su estilo de vida.

Los hábitos nocivos como el tomar bebidas alcohólicas y el fumar no representaron opiniones negativas en los participantes de quienes afirman que este tipo de conductas no los afectan para su adherencia al tratamiento, sin embargo en un estudio realizado por Núñez Córdoba y Colaboradores, denominado: "Consumo de alcohol e incidencia de hipertensión en una cohorte mediterránea", se evidenció que el consumo de alcohol se asoció de manera

clara con el riesgo de hipertensión. Por otro lado, se observó que los individuos con preferencia por cerveza y licores tenían un riesgo de hipertensión ligeramente mayor que quienes mostraban preferencia por el vino. Además, el consumo de alcohol procedente de cerveza y licores, pero no de vino, se asoció con un riesgo de hipertensión incrementado.

En cuanto al consumo de tabaco los participantes tienen opiniones divididas aunque saben que son conductas que pueden generar daño un porcentaje mínimo de la muestra siguen consumiendo cigarrillos, resultado que se asemeja al obtenido por Cordero y Colaboradores , en un estudio realizado en España en el año 2011, los resultados reportaron que en un gran porcentaje de los pacientes que eran fumadores activos no tenían control de su patología, estos resultados pueden ser debidos a la falta de conocimiento y ausencia de la capacidad de los mismos para adaptarse a conductas menos nocivas para su salud y más benéficas para el control de su HTA.

En lo referente al control de la alimentación se encuentra que es bajo el número de participantes que indican que no es un aspecto que los afecte para tener un adecuado control de la HTA, según estudios reportados en la literatura se encontró que más allá de no consumir sal en los alimentos, existen diferentes medidas alimenticias que pueden conllevar a un mejor control de la HTA, tales como la dieta rica en frutas y verduras, el mayor consumo de potasio y magnesio, y la disminución de la ingesta de sacarosa, fructosa, cafeína.

En relación al factor Patrón de vida: medio ambiente, el ruido en un 50% fue en opinión de los participantes uno de los factores que más los afectaba esto debido a que la gran mayoría de ellos viven cerca de una avenida donde el flujo vehicular era constante o residían cerca a lugares comerciales que diariamente manejaban altos volúmenes auditivos, estos resultados son comparables al estudio realizado por Bodin T y colaboradores , denominado el “tráfico vehicular y la hipertensión: una encuesta de salud pública en la sección transversal en el sur de Suecia” en el año 2009, donde evidenciaron que el mayor porcentaje de la población que vivía cerca de las avenidas o estaba expuesto a niveles por encima de 65 decibeles, eran más propensos a sufrir alteraciones de su presión arterial, debido a que el sonido del tráfico es la fuente de ruido más importante para producir consecuencias sobre la salud entre las cuales se pueden detectar afectación de los niveles de presión arterial, el ritmo cardíaco y los niveles de hormonas del stress.

En este estudio se encontró asociación significativa entre el estrés/preocupación, la alimentación, hábitos nocivos y la adherencia terapéutica. En general, la literatura sostiene que las personas diagnosticadas con hipertensión arterial que no identifican los factores que impiden una adecuada adherencia al

régimen terapéutico se encuentran en una mayor predisposición para adquirir complicaciones cardiovasculares como lo resultados que concuerdan con el estudio realizado por Alayon N Alicia y Colaboradores, Complicaciones crónicas, hipertensión y obesidad en pacientes diabéticos en Cartagena, Colombia, en donde solo el (29%) de los participantes presentaban un peso normal, el (31%) mostraban obesidad, o sobrepeso (40%) los pacientes que presentaron mayor complicaciones estaban asociados a una baja asistencia a citas de control y baja adherencia al régimen no farmacológico de la HTA.

## 7. CONCLUSIONES

- Los indicadores asociados a cada Requisito de Autocuidado en Desviación de la Salud, (RADS) comprendidos en la teoría de Dorothea Orem, permitió determinar el bajo grado de motivación para adherirse al régimen terapéutico necesario para el control de la HTA, esto se ve influenciado principalmente por múltiples factores que son indispensables para la permanencia de los participantes, ya que varios de ellos afirmaron no buscar o contar con la información suficiente acerca de su patología y/o estado de salud, desconocer cómo actuar frente a ella en un estado de crisis o complicación y en algunos casos se ve interrumpida su motivación debido a los efectos secundarios de los medicamentos; lo cual se asocia al bajo índice de nivel educativo que presenta la gran mayoría de los adultos mayores hipertensos que asisten a la Primería Iglesia Bautista.
- Aunque la población objeto de estudio con HTA tiene conocimientos sobre las causas que afectan su adherencia al régimen terapéutico, la falta de motivación hace que no asuman medidas de autocuidado, lo cual se puede asociar al bajo nivel educativo determinándolo como una barrera de la comunicación y aprendizaje, ya que muchos de ellos poseen un grado de analfabetismo que impide al paciente ser más autosuficiente para desarrollar habilidades de autocuidado y por ende pueda adherirse satisfactoriamente al régimen terapéutico previamente establecido.
- Desarrollar la investigación haciendo uso de todos los FBC que menciona la Teoría de Orem en los pacientes con hipertensión arterial que asistieron a la Primera Iglesia Bautista, permitió observar de manera detallada las principales alteraciones en cada uno de los ítems que componen dicha teoría, dejándonos en evidencia que la población participe de la investigación requiere una pronta intervención por parte de Enfermería, con el objetivo de direccionar nuevas estrategias para el control y la prevención de las complicaciones que generan la HTA.
- Según la opinión de la población objeto de estudio, los FBC que más se relacionan son los descriptivos de la persona, ya que en base a ellos fueron considerados primordiales la edad, el género, el nivel educativo, la situación laboral y por ende los ingresos económicos, los cuales son vistos como la base fundamental para el desarrollo de dicha patología y que a futuro serán un obstáculo en la permanencia y adherencia al régimen terapéutico.
- Como aporte final, podemos inferir que la población objeto de estudio no se ha interesado por completo en adoptar medidas de salud y bienestar para así prolongar sus años de vida y compartir junto a sus familias como pudieron referirlo varios de los participantes. Es por ello, que

Enfermería juega un papel importante en esta temática, ya que es una profesión de inclusión social y generadora de cambios, que contribuyen a la adquisición de disciplinas tanto a nivel local como a nivel social; dado que la HTA es una de las principales enfermedades crónicas de morbi-mortalidad especialmente en este tipo de población y por lo tanto se debe enfatizar en una mejor educación de la salud reduciendo así los factores de riesgo y sus futuras complicaciones, promoviendo hábitos saludables de vida, fortaleciendo las actividades de autocuidado, entre otras. Logrando que no solo la población objeto de estudio sino la población hipertensa en general evite episodios de hospitalización, reingresos y la dependencia de medicamentos antihipertensivos.



## 8. RECOMENDACIONES

- A nivel investigativo se recomienda llevar a cabo este estudio en una población mayor demarcada dentro de diferentes contextos que no sea una población flotante o transeúnte sino una población cautiva, que involucre diferentes escenarios; dentro de ellos las instituciones prestadoras de servicios que cuenten con un programa desarrollado e implementado sobre Hipertensión Arterial donde se reconozca de manera directa el impacto de la enfermedad en torno a los factores básicos condicionantes y así mismo intervenir al respecto.
- A partir de esta investigación, se recomienda que futuros estudiantes del programa de Enfermería adelanten estudios que logren establecer o identificar las razones y percepciones que motivan al paciente hipertenso a adherirse a su tratamiento, ya que el éxito del tratamiento es el que nos conlleva a promover el fortalecimiento de la propia salud.

El autocuidado involucra diferentes componentes de auto concepto y autodeterminación que están dirigidos al fomento, conservación y cuidado de la propia salud, lo que incluye incrementar el conocimiento, adquirir habilidad en la toma de decisiones y sobre todo tener motivación para el cuidado; es por esto que se recomienda desde la Enfermería ampliar la motivación de las personas para que se adhieran a su tratamiento, de lo cual se evidenció que el solo conocimiento no es suficiente para que una persona ejerza su autocuidado.



**ANEXO. N°2. PRESUPUESTO GENERAL PROYECTO DE INVESTIGACION.**

FUENTES				
RUBROS	DESCRIPCION	UNIVERSIDAD DEL CAUCA		COSTO TOTAL
		EFFECTIVO ESTUDIANTES	ESPECIE	
<b>PERSONAL</b>	Honorarios: servicio profesionales.		Asesora: 1726400  Estudiantes: 1312720 (4)	6977280
<b>EQUIPOS</b>	De cómputo, comunicaciones, software.		350.000	350.000
<b>IMPRESOS – PUBLICACIONES</b>	Fotocopias	\$150.000		150.000
<b>COMUNICACIONES Y TRANSPORTE</b>	Transporte urbano, llamadas telefónicas	1.100.000		1.100.000
<b>TOTAL</b>				8.577.280
<b>% IMPREVISTOS</b>	El 10% del total			857.728

### ANEXO N° 3. INSTRUMENTO PARA LA RECOLECCION DE INFORMACION

#### FACTORES DE CONDICIONAMIENTO BÁSICO QUE SE RELACIONAN CON LA ADHERENCIA TERAPÉUTICA DE LAS PERSONAS CON HIPERTENSIÓN ARTERIAL QUE ASISTEN A LA PRIMERA IGLESIA BAUTISTA POPAYÁN 2015-2016

**INSTRUCCIONES:** lea cada una de las siguientes preguntas y marque la respuesta que le sea indicada por el entrevistado, pida que amplíe su respuesta en los casos que aplique.

	1	2	3	4
<b>FACTORES DE CONDICIONAMIENTO BASICO INDIVIDUAL</b>				
<b>1. Edad</b>				
<b>2. Genero</b>				
<b>3. Estado civil</b>				
<input type="checkbox"/> Soltero(a)				
<input type="checkbox"/> Casado(a)				
<input type="checkbox"/> Unión libre				
<input type="checkbox"/> Viudo(a)				
<b>4. Escolaridad</b>				
<input type="checkbox"/> Primaria completa				
<input type="checkbox"/> Primaria incompleta				
<input type="checkbox"/> Secundaria completa				
<input type="checkbox"/> Secundaria incompleta				
<input type="checkbox"/> Técnico				
<input type="checkbox"/> Profesional				
<input type="checkbox"/> Ninguno				
<b>5. Ocupación</b>				
<input type="checkbox"/> Empleado(a)				
<input type="checkbox"/> Independiente				
<input type="checkbox"/> Desempleado				
<input type="checkbox"/> Jubilado(a)				
<b>6. Los ingresos en su casa son aportados por</b>				

<input type="checkbox"/> Paciente				
<input type="checkbox"/> Conyugue/compañero(a)				
<input type="checkbox"/> Otro miembro. Cual				
<b>7. A que religión pertenece</b>				
<b>FACTORES DE CONDICIONAMIENTO BASICO: ESTADO DE SALUD</b>				
<b>8. Se encuentra actualmente en tratamiento</b>				
<input type="checkbox"/> Si				
<input type="checkbox"/> No				
<b>9. Asiste cumplidamente a los controles</b>				
<input type="checkbox"/> Si				
<input type="checkbox"/> No				
<input type="checkbox"/> ¿por qué?				
<b>10. Cuando fue su ultimo control</b>				
<b>11. Conoce usted su cifra tensional actual.</b>				
<b>12. ¿Hace cuánto tiempo fue diagnosticado con HTA?</b>				
<input type="checkbox"/> Menos de 6 meses				
<input type="checkbox"/> Mayor a 1 año. Cuanto?				
<b>13. ¿Conoce algún familiar de primer grado que haya sido diagnosticado con HTA?</b>				
<input type="checkbox"/> Si. Parentesco				
<input type="checkbox"/> No				
<b>14. ¿considera usted que esta enfermedad afecta su vida diaria?</b>				
<input type="checkbox"/> Si				
<input type="checkbox"/> No				
<input type="checkbox"/> ¿Por qué?				
<b>15. ¿se siente usted preocupado por su enfermedad?</b>				
<input type="checkbox"/> Si				
<input type="checkbox"/> No				
<input type="checkbox"/> ¿por qué?				

<b>16. Considera usted que su enfermedad es curable</b>				
<input type="checkbox"/> Si				
<input type="checkbox"/> No				
<input type="checkbox"/> ¿por qué?				
<b>17. Cuales considera usted son las causas que lo llevaron a tener HTA. Si responden 3/ 4 la respuesta es SI</b>				
<input type="checkbox"/> Herencia				
<input type="checkbox"/> Hábitos alimenticios				
<input type="checkbox"/> Consumo de alcohol y cigarrillo				
<input type="checkbox"/> Sobrepeso				
<b>18. Considera usted que el tratamiento recibido le ha servido</b>				
<input type="checkbox"/> Si				
<input type="checkbox"/> No				
<input type="checkbox"/> ¿Por qué?				
<b>19. Sigue las instrucciones medicas al pie de la letra</b>				
<input type="checkbox"/> Si				
<input type="checkbox"/> No				
<input type="checkbox"/> Cuáles y por qué?				
<b>20. De los siguientes síntomas que se pueden presentar cuando toma el medicamento, cuales reconoce</b>				
<input type="checkbox"/> Micción frecuente				
<input type="checkbox"/> Acidez				
<input type="checkbox"/> Mareo o nauseas				
<input type="checkbox"/> Dolor de cabeza				
<input type="checkbox"/> Somnolencia				
<b>21. Si llega a presentar alguno de los efectos adversos anteriormente mencionados usted considera suspender el tratamiento</b>				
<input type="checkbox"/> Si				
<input type="checkbox"/> No				
<input type="checkbox"/> Por qué?				
<b>22. Cuando acude usted al medico</b>				

<input type="checkbox"/> se termina el medicamento				
<input type="checkbox"/> presenta efectos adversos a los medicamentos				
<input type="checkbox"/> presenta síntomas de la enfermedad				
<input type="checkbox"/> otra ¿cuál?				
<b>23. Considera que si tiene la presión arterial controlada podría suspender el tratamiento</b>				
<input type="checkbox"/> Si				
<input type="checkbox"/> No				
<input type="checkbox"/> ¿por qué?				
<b>24. Cuando se siente usted mal (presenta dolor de cabeza, agitación, cambios en la visión) que hace</b>				
<input type="checkbox"/> Acude al medico				
<input type="checkbox"/> Aumenta la dosis de la medicación				
<input type="checkbox"/> Toma la dosis habitual				
<input type="checkbox"/> No hace nada				
<input type="checkbox"/> Otra. ¿cuál?				
<b>25. Conoce los síntomas que se presentan cuando tiene la P.A aumentada. Si responde 5/ 6 la respuesta es SI</b>				
<input type="checkbox"/> Cefalea				
<input type="checkbox"/> Mareo				
<input type="checkbox"/> Visión borrosa				
<input type="checkbox"/> Nauseas o vómitos				
<input type="checkbox"/> Dolor torácico				
<input type="checkbox"/> Dificultad respiratoria				
<b>26. Conoce usted las consecuencias de la presión arterial elevada. Si responde 3/ 4 la respuesta es SI</b>				
<input type="checkbox"/> Infarto de miocardio				
<input type="checkbox"/> Retinopatía				
<input type="checkbox"/> Enfermedad renal				
<input type="checkbox"/> Enfermedad cerebro vascular				
<b>FACTORES DEL SISTEMA DE SALUD</b>				

<b>27. ¿a qué empresa administradora del plan básico (EPS) pertenece?</b>				
<b>28. En caso de urgencia ¿a qué centro de salud debe asistir?</b>				
<b>29. Considera que recibe de su médico o enfermero la información suficiente para comprender el tratamiento</b>				
<input type="checkbox"/> Si				
<input type="checkbox"/> No				
<input type="checkbox"/> ¿por qué?				
<b>30. Se encuentra satisfecho con la calidad de atención de su servicio de salud</b>				
<input type="checkbox"/> Si				
<input type="checkbox"/> No				
<input type="checkbox"/> ¿por qué?				
<b>31. Considera que el tiempo que dura la consulta de control es adecuado</b>				
<input type="checkbox"/> Si				
<input type="checkbox"/> No				
<input type="checkbox"/> ¿por qué?				
<b>FACTORES SOCIOCULTURALES</b>				
<b>32. Considera usted que sus ingresos económicos influyen en su permanencia con el tratamiento</b>				
<input type="checkbox"/> Si				
<input type="checkbox"/> No				
<input type="checkbox"/> ¿por qué?				
<b>33. Cree usted que el costo de transporte y tiempos que gasta para poder llegar al centro de salud, influye en que usted tome los medicamentos adecuadamente</b>				
<input type="checkbox"/> Si				
<input type="checkbox"/> No				
<input type="checkbox"/> ¿por qué?				
<b>34. Considera que las redes de apoyo social favorecen su permanencia en su tratamiento</b>				
<input type="checkbox"/> Si				



<input type="checkbox"/> No				
<input type="checkbox"/> ¿por qué?				
<b>FACTORES DEL SISTEMA FAMILIAR</b>				
<b>35. Qué rol desempeña usted en su familia</b>				
<input type="checkbox"/> Padre				
<input type="checkbox"/> Madre				
<input type="checkbox"/> Esposo(a)				
<input type="checkbox"/> Hermano(a)				
<input type="checkbox"/> Hijo(a)				
<input type="checkbox"/> Otro. Cual				
<b>36. Considera usted que el apoyo de su familia influye en su adherencia al tratamiento</b>				
<input type="checkbox"/> Si				
<input type="checkbox"/> No				
<input type="checkbox"/> Por qué?				
<b>37. Considera usted que sus relaciones interpersonales son</b>				
<input type="checkbox"/> Buenas				
<input type="checkbox"/> Regulares				
<input type="checkbox"/> Malas				
<input type="checkbox"/> Por qué?				
<b>FACTORES DEL MEDIO AMBIENTE</b>				
<b>38. Con quien vive usted?</b>				
<b>39. Usted duerme solo o acompañado</b>				
<input type="checkbox"/> Si				
<input type="checkbox"/> No				
<input type="checkbox"/> Con quién? Por qué?				
<b>40. Considera que en su ambiente hay una presencia excesiva de ruido?</b>				
<input type="checkbox"/> Si				
<input type="checkbox"/> No				
<input type="checkbox"/> Por qué?				

**FACTOR DE PATRONES DE VIDA**

**41. Como lo hace sentir el tener presión arterial**

<input type="checkbox"/> Deprimido				
<input type="checkbox"/> Triste				
<input type="checkbox"/> Enojado				
<input type="checkbox"/> Otro. Cual				
<input type="checkbox"/> Por qué?				

**42. Considera usted que su peso influye en el control de su presión arterial**

<input type="checkbox"/> Si				
<input type="checkbox"/> No				
<input type="checkbox"/> ¿Por qué?				

**43. Considera usted que mantener costumbres sobre alimentos y ejercicios adecuados ayudara a mantener su tensión arterial controlada**

<input type="checkbox"/> Si				
<input type="checkbox"/> No				
<input type="checkbox"/> ¿Por qué?				

**44. Considera que usted es el responsable de seguir el cuidado de su salud**

<input type="checkbox"/> Si				
<input type="checkbox"/> No				
<input type="checkbox"/> ¿Por qué?				

**DISPONIBILIDAD Y ADECUACION DE LOS RECURSOS**

**45. Considera usted que dada la necesidad podrá costearse sus medicamentos**

<input type="checkbox"/> Si				
<input type="checkbox"/> No				
<input type="checkbox"/> ¿Por qué?				

De las siguientes condiciones cuales considera usted que se relacionan con su adherencia al régimen terapéutico y a su enfermedad. Marque con una equis (x) su respuesta.

Edad		Ruido	
Genero		Información adecuada	
Situación laboral		Tiempo de consulta	
Ingreso económico		Peso	
Nivel educativo		Ejercicio	
Creencias religiosas		Sueño	
Estado civil		Alimentación	
Apoyo social y familiar		Hábitos nocivos (alcohol, tabaco)	
Tipo de familia		Transporte y tiempo	
Estrés/ preocupaciones			

## **ANEXO. N°4. CONSENTIMIENTO INFORMADO**

### **CONSENTIMIENTO INFORMADO**

Este formulario de consentimiento informado se dirige a hombres y mujeres atendidos en el centro vida de Popayán, a los cuales se les invita a participar de la investigación PERCEPCIÓN DE FACTORES DE CONDICIONAMIENTO BÁSICO QUE SE ASOCIAN A LA ADHERENCIA TERAPÉUTICA DE LAS PERSONAS CON HIPERTENSIÓN ARTERIAL QUE ASISTEN A LA PRIMERA IGLESIA BAUTISTA POPAYÁN 2016 cuyo objetivo es: Determinar la percepción de la adherencia al régimen terapéutico que tienen las personas diagnosticadas con hipertensión arterial.

Yo \_\_\_\_\_ identificado con cedula de ciudadanía No \_\_\_\_\_ De \_\_\_\_\_ he sido informado claramente sobre los objetivos del proyecto investigativo y en pleno uso de mis facultades mentales, otorgo en forma libre a los estudiantes de séptimo semestre de enfermería de la universidad del cauca autorización para que utilicen la información que proporcionare en el transcurso del proyecto investigativo, comprendo que esta será utilizada con total confidencialidad y respetando el principio de no maleficencia. Se me han dado amplias oportunidades de formular preguntas y estas han sido respondidas y explicadas en forma satisfactoria. Por ello firmo este consentimiento informado de forma voluntaria para manifestar mi deseo de participar en el estudio de investigación.

FIRMA DEL PARTICIPANTE: \_\_\_\_\_

RESPONSABLES DEL PROYECTO: \_\_\_\_\_

N° TELEFONICO: \_\_\_\_\_

FECHA: \_\_\_\_\_

## 10. WEBGRAFIA

1. ORGANIZACIÓN PANAMERICANA DE LA SALUD (1990) La hipertensión arterial como problema de salud comunitario. (pág. 10). Recuperado el 20 agosto de 2015 disponible en: <http://iris.paho.org/xmlui/bitstream/handle/123456789/31113/La%20hipertensi%C3%B3n%20arterial%20como%20problema%20de%20salud%20comunitario.pdf?sequence=1>
2. Organización Sanitas Internacional (2014) Boletín Epidemiológico Semanal HIPERTENSION ARTERIAL. Rescatado el 20 de agosto de 2015 Disponibles en: <http://prestadores.colsanitas.com/portal/documents/233493/2617888/BoletinEpidemiologicoSemanalNo18.pdf>
3. Unión Temporal SEI s. a. – Pontificia Universidad Javeriana Observatorio de Salud Pública de Santander ( 2007) Encuesta Nacional de Salud ENS 2007, rescatado el 20 de agosto de 2015 disponibles en: [http://www.scp.com.co/ArchivosSCP/boletines\\_Pedianet/DocumentosPedianet/EncuestaNacionaldeSalud2007.pdf](http://www.scp.com.co/ArchivosSCP/boletines_Pedianet/DocumentosPedianet/EncuestaNacionaldeSalud2007.pdf)
4. Bescos, Crespo, Arias, Chaparro HIPERTENSION ARTERIAL, Universidad de Málaga. Recuperado el 12 de septiembre de 2015, de: <http://www.medynet.com/usuarios/jraguilar/Manual%20de%20urgencias%20y%20Emergencias/htaurg.pdf>
5. Programa de apoyo de reforma a la salud-ministerio de protección social, GUIA 13 GUIA DE ATENCION A LA HIPERTENSION ARTERIAL. Recuperado el 12 de septiembre de 2015, de: <http://www.nacer.udea.edu.co/pdf/libros/guiamps/guias13.pdf>.
6. EUGENIA HERRERA GUERRA, ADHERENCIA AL TRATAMIENTO EN PERSONAS CON HTA, Rev. Enferm, 2012, recuperado el 16 de septiembre de 2015 de: <http://www.scielo.org.co/pdf/aven/v30n2/v30n2a06.pdf>
7. Zambrano, Duitama, Posada, Flórez, (2012) PERCEPCION DE LA ADHERENCIA A TRATAMIENTOS EN PACIENTES CON FACTORES DE RIESGO CARDIOVASCULAR, Rev. Fac. Nac. Salud Publica recuperado el 16 de septiembre de 2015 de: <http://www.scielo.org.co/pdf/rfnsp/v30n2/v30n2a05.pdf>
8. L. Veliz-Rojas a, S. Mendoza-Parra b, O.A. Barriga c, ADHERENCIA TERAPÉUTICA Y CONTROL DE LOS FACTORES DE RIESGO CARDIOVASCULARES EN USUARIOS DE ATENCIÓN PRIMARIA, Revista de enfermería universitaria edición marzo 2015, recuperado el 16 de septiembre de 2015 de: <http://www.elsevier.es/es-revista-enfermeria->

[universitaria-400-articulo-adherencia-terapeutica-control-los-factores-90397761](https://www.google.com.co/?gfe_rd=cr&ei=98IFVu_Qluqw8weq3J6IDw&gws_rd=ssl#q=4.%09LA+RELACI%C3%93N+ENTRE+ADHERENCIA+TERAP%C3%89UTICA+Y+CALIDAD+DE+VIDA+EN+LA+HIPERTENSI%C3%93N+ARTERIAL)

9. Silvina Hirschberg, Sofía Donatti, Ignacio Rijana, Victoria Selan; LA RELACIÓN ENTRE ADHERENCIA TERAPÉUTICA Y CALIDAD DE VIDA EN LA HIPERTENSIÓN ARTERIAL.PDF; Revista latinoamericana de ciencia psicológica Edición 2014 descargado el 20 de septiembre de 2015 de: [https://www.google.com.co/?gfe\\_rd=cr&ei=98IFVu\\_Qluqw8weq3J6IDw&gws\\_rd=ssl#q=4.%09LA+RELACI%C3%93N+ENTRE+ADHERENCIA+TERAP%C3%89UTICA+Y+CALIDAD+DE+VIDA+EN+LA+HIPERTENSI%C3%93N+ARTERIAL](https://www.google.com.co/?gfe_rd=cr&ei=98IFVu_Qluqw8weq3J6IDw&gws_rd=ssl#q=4.%09LA+RELACI%C3%93N+ENTRE+ADHERENCIA+TERAP%C3%89UTICA+Y+CALIDAD+DE+VIDA+EN+LA+HIPERTENSI%C3%93N+ARTERIAL).
10. Inmaculada Zurera Delgado, M<sup>a</sup> Teresa Caballero Villarraso, Margarita Ruíz García, ANÁLISIS DE LOS FACTORES QUE DETERMINAN LA ADHERENCIA TERAPÉUTICA DEL PACIENTE HIPERTENSO, revista seden artículos originales octubre 2014; recuperado el 20 de septiembre de 2015 de: [http://www.revistaseden.org/files/Articulos\\_3378\\_32riginal144918.pdf](http://www.revistaseden.org/files/Articulos_3378_32riginal144918.pdf)
11. MSc. Magda Acosta González, Dra. Giselle Debs Pérez, Dr. Reynaldo de la Noval García y Dr. Alfredo Dueñas Herrera, 8. CONOCIMIENTOS, CREENCIAS Y PRÁCTICAS EN PACIENTES HIPERTENSOS, RELACIONADOS CON SU ADHERENCIA TERAPÉUTICA, Rev. Cubana Enfermer v.21 n.3 Ciudad de la Habana sep.-dic. 2005 recuperado el 20 de septiembre 2015 de: [http://scielo.sld.cu/scielo.php?pid=s0864-03192005000300008&script=sci\\_arttext](http://scielo.sld.cu/scielo.php?pid=s0864-03192005000300008&script=sci_arttext)
12. Magalhães Moreira, T. M. Leite de Araújo, T, LAS RELACIONES ENTRE EL PACIENTE CON NO ADHESIÓN AL TRATAMIENTO DE HIPERTENSIÓN Y LOS PROFESIONALES DE SALUD, Artículos científicos edición 2013 rescatado el 20 de septiembre de: <http://www.enfervalencia.org/ei/anteriores/articulos/rev57/artic04.htm>
13. Tatiana Prada (abril -12-2013) Día mundial de la salud con hipertensión en el cauca. Disponible en: <https://periferiapopayan.wordpress.com/2013/04/12/dia-mundial-de-la-salud-con-la-hipertension-en-el-cauca/>
14. ORGANIZACIÓN PANAMERICANA DE LA SALUD (1990) La hipertensión arterial como problema de salud comunitario. (pág. 10). disponible en: <http://iris.paho.org/xmlui/bitstream/handle/123456789/31113/La%20hipertensi%C3%B3n%20arterial%20como%20problema%20de%20salud%20comunitario.pdf?sequence=1>
15. Organización Sanitas Internacional (2014) Boletín Epidemiológico Semanal HIPERTENSION ARTERIAL. Disponibles en: [http://prestadores.colsanitas.com/portal/documents/233493/2617888/Boletin\\_Epidemiologico\\_Semanal\\_No\\_18.pdf](http://prestadores.colsanitas.com/portal/documents/233493/2617888/Boletin_Epidemiologico_Semanal_No_18.pdf)
16. Unión Temporal SEI s. a. – Pontificia Universidad Javeriana Observatorio de Salud Pública de Santander ( 2007) Encuesta Nacional de Salud ENS 2007,

disponibles en:  
[http://www.scp.com.co/ArchivosSCP/boletines\\_Pedianet/DocumentosPedianet/Encuesta\\_Nacional\\_de\\_Salud\\_2007.pdf](http://www.scp.com.co/ArchivosSCP/boletines_Pedianet/DocumentosPedianet/Encuesta_Nacional_de_Salud_2007.pdf)

17. Bolaños Cardozo José Yamid MD. Mag, Dr; Validación de un instrumento para valorar la adherencia de pacientes al tratamiento antihipertensivo, universidad nacional abierta y a distancia 2014; rescatado el 6 de octubre de 2015; disponible en <http://www.unicolmayor.edu.co/publicaciones/index.php/nova/article/view/255/510>
18. Aprende salud, fundamentos de enfermería; rescatado el 6 octubre de 2015; disponible en: [https://e1d1047af6e2b8c8ssites.googlegroups.com/a/aprendesalud.com/aprendesalud/fundamentosdeenfermeria.pdf?attachauth=ANoY7coRygVM7N4XpQSDrRUe4s2\\_Vt4q6KGR6IVff40SyleN\\_xoAM46Tr7VtxbyB4WMd1KrV19\\_ydrY87VfNW3QoKSrDnmWksqTAbos4loOKNqleoLCHGje\\_RBciWxSjuh6Aujeg5mmm9Qmg6wQjkNEnggspeEdpNbYIs5zrYKr1\\_fLspPtAqRhmR7QxcbUXhKncelb9faqQeWCPfOoShmiMOUg3AhsPTrwHQ0mL6AmEx30%3D&attredirects=1](https://e1d1047af6e2b8c8ssites.googlegroups.com/a/aprendesalud.com/aprendesalud/fundamentosdeenfermeria.pdf?attachauth=ANoY7coRygVM7N4XpQSDrRUe4s2_Vt4q6KGR6IVff40SyleN_xoAM46Tr7VtxbyB4WMd1KrV19_ydrY87VfNW3QoKSrDnmWksqTAbos4loOKNqleoLCHGje_RBciWxSjuh6Aujeg5mmm9Qmg6wQjkNEnggspeEdpNbYIs5zrYKr1_fLspPtAqRhmR7QxcbUXhKncelb9faqQeWCPfOoShmiMOUg3AhsPTrwHQ0mL6AmEx30%3D&attredirects=1)
19. Quiroz Mora Carlos Andrés; “DISEÑO Y VALIDACIÓN DE UN INSTRUMENTO PARA EVALUAR ADHERENCIA DE PACIENTES ADULTOS A PROCESOS DE NEUROREHABILITACION FUNCIONAL A LARGO PLAZO, BASADO EN LAS DIMENSIONES DE LA OMS” Universidad Santiago de Cali 2012; Rescatado el 6 de octubre de 2015; disponible en: <http://repositorio.autonoma.edu.co/jspui/bitstream/11182/588/1/Informe%20Final%20Adherencia%20Corregido%20-%2001oct2012.pdf>
20. Eliana Guic, P. Universidad Católica de Chile; cuestionario breve de percepción de enfermedad; rescatado el 6 de octubre de 2015 disponible en: [https://www.google.com.co/search?q=cuestionario+breve+de+percepcion+de+enfermedad&oq=cuestionario+breve+de+percepcion+de+enfermedad&aqs=chrome..69i57.12020j0j4&sourceid=chrome&es\\_sm=93&ie=UTF-8](https://www.google.com.co/search?q=cuestionario+breve+de+percepcion+de+enfermedad&oq=cuestionario+breve+de+percepcion+de+enfermedad&aqs=chrome..69i57.12020j0j4&sourceid=chrome&es_sm=93&ie=UTF-8)
21. Espitia Cuz Luz Carine; ASOCIACIÓN DE LOS FACTORES BÁSICOS CONDICIONANTES DEL AUTOCUIDADO Y LA CAPACIDAD DE AGENCIA DE AUTOCUIDADO EN PERSONAS CON HIPERTENSIÓN ARTERIAL QUE ASISTEN A CONSULTA EXTERNA DEL HOSPITAL UNIVERSITARIO LA SAMARITANA; Universidad Nacional de Colombia 2011; rescatado el 6 de octubre de 2015; disponible en: <http://www.bdigital.unal.edu.co/4828/1/luzcarineespitiacruz.2011.pdf>
22. Fundamentos de enfermería rescatado el 6 de octubre de 2015 de: [http://www.aulaeir.com/eir\\_temas/01\\_fundamentos\\_1\\_7.pdf](http://www.aulaeir.com/eir_temas/01_fundamentos_1_7.pdf)
23. Carnaciones MA. PSICOLOGÍA DEL DESARROLLO, ASPECTOS BIOLÓGICOS, PSICOLÓGICOS Y SOCIALES. Córdoba: Brujas; 2006. Disponible en: <http://www.monografias.com/trabajos-pdf4/psicologia-del-desarrollo-humano/psicologia-del-desarrollo-humano.pdf>

24. Olga Marina Vega A, y colaboradores, AGENCIA DE AUTOCUIDADO EN PACIENTES HIPERTENSOS DEL HOSPITAL ERASMO MEOZ. Rev. Colombiana de Enfermería, Volumen 10, Págs. 45-56, abril 2015. Disponible en:[http://www.uelbosque.edu.co/sites/default/files/publicaciones/revistas/revista\\_colombiana\\_enfermeria/volumen10/006\\_articulo-4-Vol10%20A10.pdf](http://www.uelbosque.edu.co/sites/default/files/publicaciones/revistas/revista_colombiana_enfermeria/volumen10/006_articulo-4-Vol10%20A10.pdf)
25. Dulcey E et ál. ENVEJECIMIENTO, COMUNICACIÓN Y POLÍTICA. COLOMBIA: MINISTERIO DE COMUNICACIONES, CENTRO DE PSICOLOGÍA GERONTOLÓGICA (Cepsiger); 2004. Disponibles en: <http://envejecimiento.csic.es/documentos/documentos/colombia-comunicacion-01.pdf>
26. Espinoza-Gómez F, y colaboradores, ANÁLISIS DE LOS FACTORES DE RIESGO DE LA HIPERTENSIÓN ARTERIAL EN COLIMA, MÉXICO. Revista Panamericana de Salud Pública. 2004;16(6):402–7. disponibles en: [http://www.scielosp.org/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1020-49892004001200006](http://www.scielosp.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1020-49892004001200006)
27. Morales Gonzáles C.G, Nivel de satisfacción de los pacientes que asisten al servicio de urgencias, frente a la atención de enfermería en una institución de primer nivel de atención en salud, en Mistrato Risaralda. Febrero a Abril de 2009. Pontificia Universidad Javeriana: Disponible en: <http://www.javeriana.edu.co/biblos/tesis/enfermeria/2009/DEFINITIVA/tesis12.pdf> friana, Facultad de Enfermería, Santafé de Bogotá D.C 2009.