

**UNIVERSIDAD NACIONAL DE SAN CRISTÓBAL
DE HUAMANGA**

FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD

ESCUELA PROFESIONAL DE ENFERMERIA



TESIS:

Patrones de autocuidado y adherencia al tratamiento de la hipertensión arterial de pacientes que acuden al Centro de Salud Carmen Alto, Ayacucho 2024.

Para optar el Título Profesional de:

LICENCIADO (A) EN ENFERMERÍA

PRESENTADO POR:

Bach. Jaime Jhonatan IRCAÑAUPA RUPAY

Bach. Monica Vanessa YAURI DE LA CRUZ

ASESOR:

Dr. Manglio AGUIRRE ANDRADE

AYACUCHO - PERÚ

2024

DEDICATORIA

Con todo mi cariño y gratitud a mis queridos padres y familia con quien se lucha día a día para lograr mis metas, sueños y objetivos a lo largo de mi vida. Gracias por ser mis guías, mis ejemplos y mi refugio, son mi inspiración diaria, y mi gratitud por ustedes no tiene fin.

Jaime Jhonatan Ircañaupa Rupay

A Dios, por ser mi guía y fortaleza. Gracias por darme sabiduría, paciencia y la fuerza necesaria para superar cada obstáculo en este proceso. Tu presencia ha sido el aliento que me ha sostenido a lo largo de este camino, y sin Ti, este logro no habría sido posible.

A mis padres, por su amor incondicional, por ser mi mayor fuente de apoyo y por confiar siempre en mí, incluso en los momentos de duda. Su sacrificio, su dedicación y su constante ejemplo de perseverancia me han inspirado a no rendirme y a seguir adelante. Este trabajo es tan suyo como mío.

Monica Vanessa Yauri De La Cruz

AGRADECIMIENTO

A Dios quien ha sido nuestra fuente de fortaleza por guiar nuestro camino a lo largo de todo este proceso y no dejar que nos demos por vencidos ante las adversidades.

A nuestra Alma Mater, la “Universidad Nacional San Cristóbal de Huamanga”, base para nuestra formación académica de calidad, con los recursos disponibles y el apoyo constante de profesores y personal administrativos y permitirnos la oportunidad de emprender nuestra carrera profesional.

A la Facultad de Ciencias de la Salud, por permitirnos generar las condiciones necesarias, para el desarrollo de nuestro trabajo de investigación.

A la Escuela Profesional de Enfermería y su plana docente, por la ardua dedicación, entrega de amplios conocimientos y experiencias, promoviendo la formación de Profesionales de Enfermería con cualidades éticas y humanistas, durante la formación profesional.

A nuestro asesor, Dr. Manglio Aguirre Andrade por su colaboración y por su invaluable guía, apoyo y dedicación a lo largo de la elaboración del presente trabajo de investigación. Su conocimiento, paciencia y orientación nos han permitido superar los desafíos y avanzar en el desarrollo de este trabajo.

Al Centro de Salud de Carmen Alto y al Personal de Enfermería por su apoyo para la recolección de datos y ejecución de este estudio.

A todas las personas que de una u otra manera contribuyeron a mejorar y enriquecer el contenido del presente estudio.

“Patrones de autocuidado y adherencia al tratamiento de la hipertensión arterial de pacientes que acuden al Centro de Salud Carmen Alto, Ayacucho 2024”.

Jaime Jhonatan Ircañaupa Rupay y Monica Vanessa Yauri De La Cruz

RESUMEN

El objetivo general del estudio fue: Establecer la relación de los patrones de autocuidado con la adherencia al tratamiento de la hipertensión arterial de pacientes que acuden al Centro de Salud de Carmen Alto, Ayacucho 2024. **Material y métodos:** El estudio pertenece a un diseño, descriptivo, explicativa de corte transversal; la población son pacientes del programa de control de daños no transmisibles del establecimiento de salud, la muestra fue de tipo no probabilístico intencionado (50). La técnica fue la entrevista estructurada, como instrumentos de recolección de datos, fue un cuestionario y el Test de Morisky y Green. **Resultados:** El 42% de los pacientes muestran un patrón de autocuidado inadecuado; mientras el 38% no muestran adherencia al tratamiento; el 94% de los pacientes con HTA, cumplen con el plan de alimentación, consume de forma adecuada grasas (92%), sal (82%) frutas (62%), verduras (82%), bebidas azucaradas (88%); sin embargo, el 40% consumen en forma inadecuada carbohidratos, el cual se asocia con la adherencia al tratamiento de la hipertensión arterial (OR: 5.86, IC 95, LI: 1.32, LS: 25.97); el 56% de los pacientes muestran actividad física de riesgo (conducta sedentaria), el 94% no consumen alcohol, 64% usan los días de descanso, 42% duermen menos de 08 horas, 72% acuden al control periódico, todos ellos no se asocian con la adherencia al tratamiento de la HTA (OR < 01). **Conclusión:** Los patrones de autocuidado no se asocia con la adherencia al tratamiento de la HTA, en los pacientes que acuden al Centro de Salud de Carmen Alto (OR: 02, IC 95, LI: 0.63, LS: 6.463).

Palabras clave: Patrones de autocuidado y adherencia al tratamiento de la hipertensión arterial

“Self-care patterns and adherence to treatment for high blood pressure in patients attending the Carmen Alto Health Center, Ayacucho 2024”.

Jaime Jhonatan Ircañaupa Rupay and Monica Vanessa Yauri De La Cruz

ABSTRAC

The general objective of the study was: To establish the relationship between self-care patterns and adherence to treatment for high blood pressure in patients attending the Carmen Alto Health Center, Ayacucho 2024. Material and methods: The study has a descriptive, explanatory, cross-sectional design; the population is made up of patients from the non-communicable damage control program of the health facility, the sample was intentionally non-probabilistic (50). The technique was a structured interview, and data collection instruments were a questionnaire and the Morisky and Green Test. Results: 42% of patients show an inadequate self-care pattern; while 38% do not show adherence to treatment; 94% of patients with hypertension comply with the diet plan, adequately consume fats (92%), salt (82%) fruits (62%), vegetables (82%), sugary drinks (88%); however, 40% consume carbohydrates inappropriately, which is associated with adherence to treatment for hypertension (OR: 5.86, CI 95, LI: 1.32, LS: 25.97); 56% of patients show risky physical activity (sedentary behavior), 94% do not consume alcohol, 64% use rest days, 42% sleep less than 08 hours, 72% attend periodic control, all of them are not associated with adherence to treatment for hypertension (OR < 01). Conclusion: Self-care patterns are not associated with adherence to hypertension treatment in patients attending the Carmen Alto Health Center (OR: 02, CI 95, LI: 0.63, LS: 6.463).

Keywords: Self-care patterns and adherence to hypertension treatment

ÍNDICE

DEDICATORIA	ii
AGRADECIMIENTOS	iii
RESUMEN	iv
ABSTRAC	v
INTRODUCCIÓN	01
CAPÍTULO I: MARCO TEÓRICO	09
1.1. ANTECEDENTES DE ESTUDIO	09
1.2. BASE TEÓRICA	16
1.3. HIPÓTESIS	35
1.4. VARIABLES DE ESTUDIO	35
CAPITULO II: MATERIALES Y MÉTODOS	38
2.1. ENFOQUE DE ESTUDIO	38
2.2. TIPO DE INVESTIGACIÓN	38
2.3. MÉTODO DE DISEÑO DE INVESTIGACIÓN	38
2.4. AREA DE ESTUDIO	39
2.5. POBLACIÓN	39
2.6. MUESTRA	39
2.7. TECNICAS E INSTRUMENTO DE RECOLECCIÓN DE DATOS	40
2.8. RECOLECCIÓN DE DATOS	42
2.9. PROCESAMIENTO Y PRESENTACIÓN DE DATOS	43
CAPITULO III: RESULTADOS	44
CAPITULO IV: DISCUSIÓN	53
CONCLUSIONES	61
RECOMENDACIONES	62
REFERENCIAS BIBLIOGRAFICA	63
ANEXOS	69

INTRODUCCIÓN

Diversos estudios afirman que hipertensión arterial es una enfermedad que va afectando a las poblaciones adultas de 50 años en adelante, se sabe que esta enfermedad no presenta síntomas en sus fases tempranas lo que agrava los casos en adelante. Las personas diagnosticadas con HTA no rehúyen a esta realidad ya que incumplen con el esquema de tratamiento farmacológico y no farmacológico, ya que el control de los valores de la presión arterial va a depender de la modificatoria de los estilos de vida dañinos para la salud además del consumo de drogas antihipertensivas (1).

En esa dinámica se plantea el presente estudio cuyo propósito es determinar la relación que existe entre los patrones de autocuidado entre las cuales se identifican: la alimentación saludable, ejercicio físico, control médico, consumo de sustancias psicoactivas, uso adecuado del tiempo libre y la adherencia al tratamiento de la hipertensión arterial; de esta manera determinar el nivel de vulnerabilidad de la población, para desarrollar riesgo de enfermedades cardiovasculares, así como de sus complicaciones irreversibles, los que incrementan los costos de hospitalización y recuperación de los pacientes.

En general la hipertensión arterial es un tema relevante debido a que a nivel mundial la prevalencia de esta enfermedad se ha duplicado en cantidad en los últimos años, a nivel de Latinoamérica la prevalencia va en incremento, en el Perú en los últimos 20 años las causas de mortalidad de sus habitantes han cambiado drásticamente, la HTA es la segunda causa de muerte por complicaciones cardiovasculares como el desarrollo de ACV, ERC, etc (1). La región de Ayacucho no es ajena a esta realidad ya que hasta la actualidad a principios del mes de abril del presente año se han diagnosticado a 3606 casos (2).

Según la OMS el número de personas con hipertensión arterial se duplicó entre 1990 y 2019, pasando de 650 millones a 1300 millones de adultos de 30 a 79 años. Actualmente, casi la mitad de las personas con hipertensión arterial en todo el mundo no saben que padecen esta condición. De ese total, más del 75% de los adultos con hipertensión residen en países de ingresos medianos y bajos (3). La hipertensión arterial es el factor de riesgo reversible más significativo para las enfermedades cardiovasculares (ECV) y la mortalidad. En la región, más del 50% de los eventos vinculados a las ECV y el 17% de las muertes son causados por la presión arterial alta (1).

Esta enfermedad desempeña un doble papel: es una de las enfermedades no transmisibles más comunes, afectando entre el 15% y el 30% de la población adulta, lo que equivale a unos 1000 millones de personas. Además, es un factor de riesgo crucial en el desarrollo de enfermedades cardiovasculares, cerebrovasculares y renales, siendo la principal causa de muerte y generadora de incapacidad temporal o permanente en la población en edad laboral. Su prevalencia aumenta con la edad, y se ha comprobado que, después de los 50 años, casi el 50% de la población la padece (4). La hipertensión arterial resulta de complejos procesos sanitarios, sociales y genéticos, y ha alcanzado proporciones epidémicas, empeorando debido a un conjunto de factores de riesgo en crecimiento, como el tabaquismo, la mala alimentación, el sedentarismo y el consumo excesivo de alcohol. Estos factores son consecuencia de la urbanización desorganizada, la globalización comercial y el envejecimiento de la población, entre otros. (4).

La Organización Panamericana de Salud (5) categoriza la mortalidad en el Perú en tres grupos principales, se observa que en el año 2019 la tasa de mortalidad ajustada por edad a causa de enfermedades no transmisibles ascendió a 303.8% por 100000 habitantes, siendo mayor en hombres a diferencia de las mujeres. Por otro lado, en

un estudio realizado el año 2021 por Ruiz, Carrillo y Bernabé (6) “Uno de cada cinco peruanos tiene hipertensión, y que aparecen cuatro nuevos casos por 100 personas en un año, además solo la mitad de los pacientes hipertensos tienen el diagnóstico previo de su condición”.

De acuerdo al reporte del Instituto Nacional de Estadística e Informática del 2021 (7), el 21.7% de las personas de 15 y más años de edad tiene hipertensión arterial y el 68% de ellos recibieron tratamiento; asimismo, el 24,5% de las personas afectadas son hombres y el 19,1% son mujeres; siendo mayor la incidencia en el quintil superior de riqueza 27,7%. Por otro lado, según ENDES 2022 (8), la región de la costa presenta las mayores cifras de hipertensos, los departamentos que encabeza la lista son: La provincia constitucional del Callao con 21.3%, y Lima con 21.1%, las regiones de la Selva y Sierra se ubican después de la costa; asimismo solo 62% del total de casos identificados reciben tratamiento.

En los últimos años se observó un aumento de las enfermedades cerebro vasculares y enfermedades isquémicas del corazón en 3,3 y 3,0 veces en el número de muertes entre el 2010 y el 2018, este incremento está condicionado entre otros al incremento de la hipertensión arterial, diabetes mellitus, dislipidemia y obesidad (9), en el caso de la hipertensión arterial se constituye la principal causa de las enfermedades cerebro vasculares y enfermedades isquémicas; asimismo la mortalidad está asociado por el diagnóstico inoportuno, tratamiento inadecuado, sobre todo por la no adherencia al tratamiento de la hipertensión arterial y sobre todo debido al incumplimiento de los patrones de autocuidado durante el proceso de la enfermedad.

En la región de Ayacucho el 10.3% de personas de 15 a más, presenta hipertensión arterial, se considera preocupante debido a que el promedio nacional en ese año fue de 16.2%. Durante el presente año, hasta inicios del mes de abril, se tiene identificado

3606 casos de hipertensión arterial en toda la región de Ayacucho, en la capital de la región se reporta 250 casos de HTA (2).

Existen múltiples factores que dificultan el tratamiento adecuado de diversas enfermedades, entre los cuales se encuentran la falta de recursos para ofrecer atención médica adecuada, sistemas de protección social deficientes y un manejo incorrecto de las condiciones de salud. Además, los hábitos poco saludables, como una mala alimentación, la falta de actividad física y el consumo de sustancias psicoactivas, empeoran la situación. Como consecuencia, más del 40% de las muertes prematuras ocurren en personas menores de 70 años, y el 75% de estas muertes se registran en países de ingresos bajos y medios. (4).

Para aminorar el impacto de la enfermedad es vital la educación sanitaria y la prevención de riesgos, por ello es vital que los pacientes tengan la posibilidad para acceder a servicios de salud; estos servicios cuenten con la capacidad resolutive necesaria, tanto en recursos humanos, como en equipamiento; los pacientes tengan acceso a la medicación necesaria, cumplan con el tratamiento médico establecido, sobre todo se garantice la adherencia a la medicación y se cumpla con los patrones de autocuidado esenciales (10).

Actualmente, una de las maneras más efectivas de controlar los efectos o secuelas de la hipertensión arterial (HTA) es mediante el tratamiento farmacológico. Sin embargo, se ha observado que la presión alta persiste incluso cuando el tratamiento está bajo control. Existen varias posibles explicaciones para este fenómeno, como la adherencia al tratamiento, las indicaciones médicas, los efectos adversos de los fármacos, las condiciones biológicas del paciente, como la refractariedad y la variabilidad entre individuos, así como factores psicosociales de riesgo, como la depresión, la ansiedad y el estrés (10).

La dificultad para alcanzar un buen control de la enfermedad se debe a diversas razones, tanto relacionadas con el médico como con el paciente. Entre estos factores se incluyen la falta de diagnóstico adecuado y el retraso en la modificación o aumento de la medicación, falta de compromiso del paciente, al consumo elevado de sal, el sobrepeso y obesidad, falta de adherencia al tratamiento por factores educativos, desconocer sobre los efectos secundarios de la enfermedad, el poco entendimiento de las recetas médicas; también se identifican los factores socioeconómicos, costo de los medicamentos, cantidad de drogas, cantidad de tomas diarias, edad del paciente, deterioro cognitivo y evolución silente de la enfermedad, que conlleva a la suspensión de la medicación y permanecer con el estilo de vida inadecuado (10) (11). Para muchos pacientes con hipertensión arterial, seguir el tratamiento se vuelve complicado, especialmente cuando deben tomar varios medicamentos para controlar su presión arterial. Además, dado que esta enfermedad suele ser asintomática, muchos pacientes no perciben la necesidad de ser estrictos con las indicaciones médicas, lo que les lleva a abandonar el tratamiento total o parcialmente (11).

Por otro lado, los patrones de autocuidado están orientados en la prevención de las complicaciones de la hipertensión arterial, también al cumplimiento estricto de la medicación farmacológica, así como en la modificatoria de los estilos de vida de la persona hipertensa. Debe destacarse que la práctica periódica del ejercicio físico está relacionado con el control de la presión arterial, así como la dieta baja en sodio, consumo elevado de verduras y frutas, la reducción del peso corporal en caso de encontrarse con sobrepeso y obesidad; asimismo se recomienda reducir la ingesta de sal (2,4 g/día de Na o 6 g/día de NaCl, disminuye la PAS entre 2 y 8 mmHg), modificación de los patrones de consumo (12). En esencia el cambio en los estilos de vida va a repercutir directamente en el descenso de las cifras de la presión arterial y en consecuencia en la disminución del riesgo cardiovascular.

En relación a los niveles de adherencia al tratamiento de la HTA a nivel internacional, en el año 2003 la Organización Mundial de la Salud, reveló que en los países desarrollados la adherencia al tratamiento para el control de las enfermedades crónicas asciende al 50%. En cuanto a la hipertensión arterial, solo un 27%, 43% y 51% de los pacientes siguen correctamente su tratamiento en Gambia, China y Estados Unidos, respectivamente. Estos porcentajes son similares a los de otras enfermedades, como la depresión (40%-70%), el asma (43% en el tratamiento agudo y 28% en el de mantenimiento) y el VIH/SIDA (37%-83%) (13).

En relación a la adherencia del tratamiento y control de la HTA a nivel nacional; menos del 50% de la población logra un control óptimo de su tratamiento y presión arterial, lo que los hace vulnerables a desarrollar complicaciones graves, e incluso fatales, como infartos de miocardio y accidentes cerebrovasculares, entre otras (14). Solo 1 de cada 5 adultos con hipertensión tiene su presión arterial controlada. Incluso con cambios en la medicación y el estilo de vida, solo el 26% de los pacientes logra controlar su presión arterial. Además, entre los adultos tratados cuya presión no está controlada, casi el 60% tiene una tensión arterial de 140/90 mmHg o más (15).

En relación al Centro de Salud de Carmen Alto, jurisdicción de la Red de Salud de Huamanga, es un establecimiento de salud que pertenece al primer nivel de atención, ubicado en la zona urbana en el distrito del mismo nombres; a la fecha tiene identificado 64 pacientes con hipertensión arterial, sobre todo en la población adulta, adulta mayor, gran parte de ellos no está controlada la enfermedad debida entre otros a la no adherencia al tratamiento de la enfermedad, incumplimiento a los patrones de autocuidado, de ahí la necesidad de abordar la relación de los patrones de autocuidado en la adherencia al tratamiento de la hipertensión arterial de pacientes que acuden al Centro de Salud de Carmen Alto, Ayacucho 2024.

En consideración a los antecedentes, se formuló el problema de investigación: ¿Cuál es la relación de los patrones de autocuidado con la adherencia al tratamiento de la hipertensión arterial de pacientes que acuden al Centro de Salud de Carmen Alto, Ayacucho 2024? Frente al problema el objetivo general del estudio fue: Establecer la relación de los patrones de autocuidado con la adherencia al tratamiento de la hipertensión arterial de pacientes que acuden al Centro de Salud de Carmen Alto, Ayacucho 2024, mientras los objetivos específicos fueron:

- a. Establecer la relación de los patrones de autocuidado en la dimensión de alimentación, con la adherencia al tratamiento de la hipertensión Arterial de pacientes que acuden al Centro de Salud de Carmen Alto, Ayacucho 2024.
- b. Establecer la relación de los patrones de autocuidado en la dimensión de ejercicio físico, con la adherencia al tratamiento de la hipertensión Arterial de pacientes que acuden al Centro de Salud de Carmen Alto, Ayacucho 2024.
- c. Establecer la relación de los patrones de autocuidado en la dimensión de consumo de sustancias psicoactivas, con la adherencia al tratamiento de la hipertensión Arterial de pacientes que acuden al Centro de Salud de Carmen Alto Ayacucho 2024.
- d. Establecer la relación de los patrones de autocuidado en la dimensión de uso adecuado del tiempo libre, sueño, con la adherencia al tratamiento de la hipertensión Arterial de pacientes que acuden al Centro de Salud de Carmen Alto, Ayacucho 2024.
- e. Establecer la relación de los patrones de autocuidado en la dimensión del control médico, con la adherencia al tratamiento de la hipertensión arterial de pacientes que acuden al Centro de Salud de Carmen Alto, Ayacucho 2024.
- f. Evaluar el estado nutricional y la adherencia al tratamiento de la hipertensión arterial de pacientes que acuden al Centro de Salud de Carmen Alto, Ayacucho 2024.

El estudio pertenece a un diseño, descriptivo, explicativa de corte transversal; la población estuvo formado por pacientes del programa de control de daños no transmisibles del establecimiento de salud, la muestra fue de tipo no probabilístico intencionado (50). La técnica empleada fue la entrevista estructurada, como instrumentos de recolección de datos, fue un cuestionario y el Test de Morisky y Green. Resultados: El 42% de los pacientes muestran un patrón de autocuidado inadecuado; mientras el 38% no muestran adherencia al tratamiento; el 94% de los pacientes con HTA, cumplen con el plan de alimentación; sin embargo, el 40% consumen en forma inadecuada carbohidratos, el cual se asocia con la adherencia al tratamiento de la hipertensión arterial (OR: 5.86, IC 95, LI: 1.32, LS: 25.97); el 56% de los pacientes muestran actividad física de riesgo (conducta sedentaria), el 94% no consumen alcohol, 64% usan los días de descanso, 42% duermen menos de 08 horas, 72% acuden al control periódico, todos ellos no se asocian con la adherencia al tratamiento de la HTA (OR < 01). En conclusión, los patrones de autocuidado no se asocian con la adherencia al tratamiento de la HTA, en los pacientes que acuden al Centro de Salud de Carmen Alto (OR: 02, IC 95, LI: 0.63, LS: 6.463).

El presente informe consta de lo siguiente: Introducción, Capítulo I: Marco Teórico, Capítulo II: Materiales y Métodos, Capítulo III: Resultados, Capítulo IV: Discusión, conclusiones y recomendaciones.

CAPITULO I

MARCO TEÓRICO

1.1. ANTECEDENTES DEL ESTUDIO

1.1.1. ANTECEDENTES INTERNACIONALES:

Angulo I, Benítez V, Coral N, Pauta I y Rodríguez A (16), en Colombia el año 2015, realizó un estudio que tuvo por objetivo: “Describir los factores asociados a la adherencia al tratamiento farmacológico en pacientes con hipertensión arterial que asisten a consulta médica de primer nivel de atención en tres municipios del departamento de Nariño y en un municipio de Putumayo”. Metodología: El estudio, responde a un diseño descriptivo de corte transversal, incluyó una muestra de 316 pacientes. Para la recolección de datos, se utilizó la técnica de encuesta y el instrumento fue un cuestionario. Los resultados revelaron que el 46,5% de los pacientes no seguían adecuadamente el tratamiento, mientras que el 54,9% indicaron que recurrían a tratamientos de origen natural. Se concluyó que los factores socioeconómicos tienen un impacto significativo en la adherencia al tratamiento para la hipertensión arterial (HTA).

Salguero N (17), en Colombia el año 2020, llevo a cabo una investigación que tuvo por objetivo fue: “Determinar el nivel de adherencia al tratamiento farmacológico de un grupo de personas con diagnóstico de Hipertensión Arterial, durante el mes de marzo del año 2020”. Estudio de tipo descriptivo, transversal; la población estuvo conformada por 31 pacientes; la técnica empleada fue la entrevista y el instrumento fue un cuestionario. Resultados: El 16% de los pacientes encuestados presentaron alta adherencia, 39% adherencia moderada y 45% tuvo baja adherencia; en relación a las preguntas del test Morisky (MMAS-8), el 77.42% olvida tomar su medicación, así también el 83.87% deja de tomar la medicación cuando sus síntomas están bajo

control. En conclusión, los factores relacionados con la persona y al componente socioeconómico intervienen principalmente en la adherencia al tratamiento.

Anrango D (18), en Ecuador el año 2021, desarrolló una investigación que tuvo por objetivo: “Identificar los factores que intervienen en la adherencia al tratamiento farmacológico de la Hipertensión Arterial y Diabetes en los adultos mayores del Centro de Salud Imbaya de Atuntaqui”. La metodología responde a un diseño descriptivo, de corte transversal; la población y la muestra estuvo constituida por 33 adultos mayores; la técnica empleada fue la encuesta y el instrumento un cuestionario. Resultados: El 75.76% de encuestados no presentaron adherencia al tratamiento y 24.24% si presento adherencia; y el 69.7% tuvo ingresos bajos y 30.3% tuvo ingresos medios y altos. En conclusión, la adherencia al tratamiento se relaciona con los factores socioeconómicos la pobreza, el nivel de educación; en cuanto a factores del paciente: la edad y el olvido; y en relación con la enfermedad, la cronicidad y el tiempo de evolución de la HTA.

Cumbal J (19) en Ecuador el año 2021, realizó un estudio que tuvo por objetivo: “Conocer la adherencia al tratamiento integral en pacientes con hipertensión arterial en los barrios Mariano Acosta y Pugacho”. El estudio fue de tipo descriptivo, de corte transversal, con una población de 42 pacientes. La técnica para la recolección de datos fue la entrevista, como instrumento un cuestionario: Los factores más importantes para la no adherencia al tratamiento fue el socioeconómico con 38%, el sistema de salud con 21% y los factores relacionados con la enfermedad 29%; además que el 54.76% presento riesgo alto, es decir que estos pacientes no responden a la adherencia al tratamiento. Conclusión: La adherencia al tratamiento está influenciada por los factores socioeconómicos principalmente.

Pozo A (20), en Ecuador el año 2022, realizó un estudio que tuvo por objetivo: “Determinar el estado nutricional en pacientes con hipertensión arterial de 40-50 años, Centro de Salud Bambil Deshecho, Santa Elena”. Metodología: Estudio descriptivo, de corte transversal; la población fue 45 pacientes, mientras la muestra fue de 30; la técnica empleada fue la encuesta y el instrumento aplicado fue un cuestionario. Resultados: El 57% de los pacientes consumen sal en mayor proporción y el 27% consume mucha sal a veces, 47% consume alimentos altos en grasa y el 40% consume a veces; el 50% de los pacientes a veces consume verduras y frutas y el 23% mencionaron que no consumen; 67% de los pacientes tiene sobrepeso y el 33% tiene obesidad I, II, III. Conclusión: El estado nutricional influye en la hipertensión arterial.

Montealegre L (21), en España en el año 2022, realizó una investigación que tuvo por objetivo: “Establecer el grado de adherencia al tratamiento farmacológico para el manejo de la hipertensión arterial y su relación con el estilo de vida, en el distrito de Barranquilla-Colombia”. Metodología: Estudio descriptivo-analítico de corte transversal; la muestra estuvo constituida por 400; la técnica empleada fue la encuesta y el instrumento un cuestionario. Resultados: De los encuestados, el 39% nunca realiza actividad física, el 54% tiene una dieta baja en sal, el 46% evita el consumo de grasas, azúcares y harinas, el 82% no consume bebidas alcohólicas y el 98% no fuma. Conclusión: Se encontró una relación estadísticamente significativa entre los estilos de vida y la adherencia a los tratamientos tanto farmacológicos como no farmacológicos.

1.1.2. ANTECEDENTES NACIONALES

Ramírez K (22), en Chiclayo el año 2018 desarrolló un estudio cuyo objetivo fue “Determinar los factores relacionados a la adherencia al tratamiento antihipertensivo en el adulto mayor de un Hospital – Chiclayo, 2018. El estudio responde a un diseño

descriptivo, transversal, correlacional; la muestra estuvo constituida por 76 pacientes adultos mayores; la técnica utilizada fue la encuesta y el instrumento fueron dos cuestionarios. Resultados: Los factores socioeconómicos y aquellos relacionados con el paciente muestran una asociación estadísticamente significativa con la adherencia al tratamiento ($p < 0,05$). El 76,3% de los adultos mayores hipertensos presentaron adherencia parcial al tratamiento antihipertensivo, mientras que solo el 23,7% lograron una adherencia total. En conclusión, los adultos mayores hipertensos del Hospital Las Mercedes tienen una adherencia parcial al tratamiento médico, y los factores negativos más influyentes son los socioeconómicos y los relacionados con el paciente.

Sánchez E (23), en Tumbes el año 2021 realizó un estudio cuyo objetivo fue: “Determinar el nivel adherencia al tratamiento farmacológico en pacientes con hipertensión arterial esencial en el Hospital I EsSalud Tumbes”. La metodología responde a un diseño analítico, descriptivo, de corte transversal; la población estuvo conformada por 5000 pacientes y la muestra de 227 pacientes; la técnica empleada fue la encuesta y el instrumento fue un cuestionario. Resultados: El 69% de los pacientes presentaron un nivel de adherencia al tratamiento farmacológico, el 26% un nivel de adherencia parcial y el 4% no tienen adherencia al tratamiento farmacológico. El 57% cumple con la frecuencia del tratamiento, el 74% cumple con las indicaciones médicas. En conclusión, el mayor porcentaje presenta adherencia al tratamiento de la HTA.

Sotelo H (24) en Ica el año 2022, desarrollo una investigación que tuvo por objetivo “Determinar los factores asociados a la AT en pacientes con diagnóstico de HTA del Hospital San Juan de Dios de Pisco, 2022. El estudio responde a un diseño descriptivo, de corte transversal; la población y la muestra estuvo conformado por 125 pacientes, la técnica empleada fue la encuesta y el instrumento utilizado un

cuestionario. Resultados: Un 78.4% no presenta adherencia al tratamiento. Para el factor socioeconómico el 56% no puede responder con comportamientos de adherencia al tratamiento. Mientras que, para los factores relacionados con el proveedor en el sistema y equipo de salud, los relacionados con la terapia y los relacionados con el paciente, la mayoría presentó ventaja para adherencia al tratamiento en un 62.4%, 51.2% y 84.4% respectivamente. Se encontró que existe una relación entre las variables del factor asociado a la adherencia al tratamiento y la adherencia al tratamiento de HTA con valores de $X^2 = 1.650$. Conclusiones: La mayoría de los pacientes están en riesgo de no desarrollar adherencia a tratamientos farmacológicos y no farmacológicos; asimismo, se observó una falta de adherencia en la mayoría de los pacientes.

Torres H (25) en Tarma el año 2019, realizó una investigación con el objetivo: “determinar los factores asociados a la no adherencia al tratamiento farmacológico en pacientes hipertensos del Hospital Félix Mayorca Soto de Tarma, 2018”. Metodología: Estudio analítico de tipo Caso-Control; la muestra fue 124 pacientes hipertensos; la técnica empleada fue la entrevista y el instrumento fue un cuestionario. Resultados: Se encontró una asociación significativa con $p < 0,05$ y OR = 2,62 (IC del 95% = 1,16 - 5,92) entre el sexo femenino y la no adherencia al tratamiento; así como también una asociación significativa ($p < 0,05$) entre el nivel de conocimiento sobre la enfermedad y la no adherencia, con un OR = 2,65 (IC del 95% = 1,16 - 6,01). En conclusión, el sexo femenino y el bajo nivel de conocimiento sobre la hipertensión arterial son factores de riesgo para la no adherencia al tratamiento farmacológico antihipertensivo.

Velásquez Y (26) en Piura el año 2023, desarrolló un estudio que tuvo por objetivo “Determinar la relación entre estilos de vida saludable y adherencia al tratamiento en dolientes hipertensos de un hospital de Piura”. Metodología: Estudio correlacional, no

experimental; La muestra fue 76 pacientes hipertensos, utilizando la técnica de encuesta y como instrumentos el cuestionario de estilos de vida saludable y el cuestionario de adherencia al tratamiento: Resultados: El 42% de los pacientes hipertensos presentó un nivel bajo de estilos de vida saludable, el 36% un nivel medio y el 22% un nivel alto. Se encontró que el 41% de los pacientes tiene un nivel medio de adherencia, el 32% tiene un nivel bajo y el 21% tiene un nivel alto. Conclusión: Se observó una relación significativa entre los estilos de vida saludables y la adherencia al tratamiento, (Rho de Spearman de 0,883), lo que permite aceptar la hipótesis de investigación.

1.2.3. ANTECEDENTES REGIONALES.

Huamán R (27) el año 2018, realizó una investigación que tuvo por objetivo: “Determinar la adherencia terapéutica en pacientes con hipertensión arterial hospital II Carlos Tuppia García Godos - EsSalud”. Metodología: Estudio descriptivo, prospectivo y transversal. La muestra fue 82 pacientes. Se utilizó la técnica de encuesta y el instrumento aplicado fue el cuestionario MBG (Martin-Bayarre-Grau). El 64,6% de los pacientes presentó adherencia parcial. En cuanto a la edad, los pacientes de 30 a 40 años predominaban en el estudio. Los resultados por sexo fueron similares. En relación al empleo, tanto los desempleados como los empleados mostraron un mayor porcentaje de adherencia parcial. Los pacientes con nivel educativo de secundaria fueron los que más presentaron adherencia parcial, al igual que aquellos que estaban casados. Además, la mayoría seguía un hábito higiénico-dietético regular.

Falconi V (28) en el año 2019, se llevó a cabo un estudio con el propósito de evaluar el efecto del seguimiento farmacoterapéutico (SFT) en la calidad de vida relacionada con la salud (CVRS) en pacientes con hipertensión del Hospital Regional “Miguel Ángel Mariscal Llerena”. Metodología: diseño cuasi-experimentol, incluyendo una

muestra de 20 pacientes. El método Dáder fue utilizado para el SFT, y el cuestionario MINICHAL. Resultados: Se identificaron 14 resultados negativos asociados a la medicación (RNM), tales como problemas de salud sin tratamiento (36%) e ineficacia no cuantitativa (21%), originados por 14 problemas relacionados con los medicamentos (PRM), como el incumplimiento del tratamiento (50%) y actitudes desfavorables de los pacientes (36%). Conclusión: El seguimiento farmacoterapéutico mejoró la calidad de vida relacionada con la salud en los pacientes hipertensos.

Llalliri J (29) en el año 2023, se realizó un estudio con el objetivo de analizar la relación entre el índice de masa corporal (IMC) y los niveles de hipertensión arterial (HTA) en pacientes del Centro de Salud Belén, en Ayacucho, 2023. Metodología: analítico, de corte transversal; la muestra estuvo compuesta por 127 historias clínicas. La técnica utilizada fue la revisión documental, como instrumento fue una ficha de recolección de datos. Resultados: Del total de participantes, el 52.76% eran mujeres, el 48.8% tenía entre 65 y 70 años, y el 57.48% contaba con antecedentes de HTA. Entre quienes tenían HTA, el 76.2% se encontraba en estadio I y el 23.8% en estadio II. Además, el 39.4% presentaba sobrepeso y el 15.7% tenía obesidad grado I. Conclusión: Existe una asociación significativa ($p=.006$) entre el índice de masa corporal (IMC) y el nivel de hipertensión arterial (HTA) en los pacientes adultos mayores del Centro de Salud de Belén.

Cerda R y León M (30) En 2022, se llevó a cabo un estudio cuyo objetivo fue determinar los conocimientos, prácticas y actitudes de los pacientes hipertensos que asisten al centro de salud Conchopata. Metodología: Diseño descriptivo, de corte transversal, con una población de 90 pacientes. La técnica utilizada fue la encuesta, empleando un cuestionario y una escala de Likert. Resultados: Del total de participantes, el 40% mostró conocimiento sobre su condición, mientras que el 60%

no. En cuanto a prácticas, el 70% realizaba prácticas adecuadas, mientras que el 30% no. Respecto a las actitudes, el 24.4% presentó actitudes favorables, el 56.7% actitudes medianamente favorables y el 18.9% actitudes desfavorables. Conclusión: El 60% de pacientes no tienen conocimiento sobre hipertensión arterial; 70% de pacientes realizan prácticas adecuadas y el 56,7% de pacientes tienen actitudes medianamente favorables sobre Hipertensión Arterial.

Cárdenas G y Gómez Y (31), el año 2023 desarrollaron un estudio que tuvo por objetivo: “Determinar las prácticas de autocuidado en adultos mayores con hipertensión arterial, que acuden al Centro de Salud de Belén Ayacucho 2023.” Metodología: no experimental, descriptivo de corte transversal; la población fue 120 adultos mayores y la muestra estuvo conformada por 80, la técnica empleada fue la entrevista, como instrumento “la escala de nivel de autocuidado del adulto mayor con hipertensión arterial”. Resultados: el 72,15% lleva a cabo prácticas de autocuidado de manera regular, mientras que el 18,9% lo hace de forma inadecuada. En cuanto a los hábitos alimenticios, el 65,8% mantiene un patrón alimentario regular, el 17,7% lo lleva a cabo adecuadamente, y el 16,46% de manera inadecuada. Respecto a la actividad física, el 50% la realiza de forma inadecuada. Además, el 37,5% de la población no consume sustancias psicoactivas, el 23,7% sigue la medicación prescrita correctamente, y el 46,2% realiza sus controles médicos de forma inadecuada, mientras que el mismo porcentaje lo hace de manera regular. Conclusión: El mayor porcentaje de la población adulta mayor con hipertensión arterial, desarrollan prácticas de autocuidado de forma regular.

1.2. BASE TEÓRICA:

1.2.1. PATRONES DE AUTOCUIDADO

Para la OMS “El autocuidado es la capacidad de las personas, las familias y las comunidades para promover la salud, prevenir las enfermedades, mantener la salud y hacer frente a las enfermedades y discapacidades con o sin el apoyo de un profesional de la salud” (32). Cabe recalcar que el autocuidado es un concepto introducido por Dorothea E Orem, y menciona que es una conducta que se manifiesta en situaciones específicas de la vida, dirigida por las personas hacia sí mismas, hacia los demás o hacia su entorno, con el fin de regular los factores que influyen en su propio desarrollo y funcionamiento, buscando mejorar su vida, salud o bienestar. (33).

A. Teoría del autocuidado

Dorothea E. Orem desarrolló la teoría del déficit de autocuidado como un modelo integral conformado por tres teorías interconectadas: la teoría del autocuidado, la teoría del déficit de autocuidado y la teoría de los sistemas de enfermería. Además, estableció los requisitos de autocuidado, los cuales se definen como las actividades que una persona debe realizar para atender sus propias necesidades. La capacidad de realizar el autocuidado está condicionada por factores como la edad, el género, el estado de salud, el sistema familiar y los recursos disponibles, entre otros (33).

El autocuidado debe ser aprendido y practicado de manera consciente y constante a lo largo del tiempo, ajustándose siempre a las necesidades de regulación que presentan las personas según su etapa de crecimiento y desarrollo, su estado de salud, sus características individuales, las condiciones del entorno y sus niveles de consumo energético. (33). El autocuidado, entendido como una función reguladora que las personas deben realizar de manera deliberada, es una actividad que el individuo lleva a cabo de forma consciente, aprendida y orientada a un objetivo específico. Esta conducta se presenta en situaciones concretas de la vida y se dirige tanto hacia el propio individuo como hacia su entorno, con el fin de regular los factores que afectan su desarrollo y bienestar. En este sentido, podemos considerar el

autocuidado como un sistema de acción orientado al cuidado de la vida, la salud y el bienestar. (34).

A.1. Teoría del déficit de autocuidado

Dorothea E Orem estableció la teoría del déficit de autocuidado describe una relación entre la demanda de cuidado terapéutico y las acciones de autocuidado que se originan en las cualidades humanas. En esta teoría, las habilidades adquiridas para el autocuidado, que conforman la acción, no resultan operativas o adecuadas para reconocer e identificar algunos o todos los elementos que integran la demanda de autocuidado terapéutico, ya sea actual o anticipada.

Los seres humanos tienen una notable capacidad para adaptarse a los cambios que ocurren tanto en su interior como en su entorno. No obstante, puede haber situaciones en las que la demanda total que se le exige a un individuo supere su capacidad de respuesta. En tales circunstancias, la persona podría necesitar asistencia, la cual puede provenir de diversas fuentes, incluyendo intervenciones de familiares, amigos y profesionales de enfermería.

Dorothea Elizabeth Orem emplea el término agente de autocuidado para referirse a la persona que lleva a cabo el cuidado o realiza una acción específica. Cuando los individuos se encargan de su propio cuidado, se les considera agentes de autocuidado.

La agencia de autocuidado se define como la capacidad de los individuos para participar activamente en el cuidado de sí mismos. Aquellos que saben cómo satisfacer sus propias necesidades de salud poseen una agencia de autocuidado bien desarrollada y son capaces de cubrir sus propias necesidades de autocuidado. En otros casos, la agencia de autocuidado está en proceso de desarrollo, como sucede con los niños. También existen individuos con una agencia de autocuidado

desarrollada que no es funcional. Un ejemplo de esto ocurre cuando el miedo y la ansiedad inhiben la búsqueda de ayuda, aunque la persona sepa que la necesita. (73).

B. Patrones de autocuidado en la HTA

Existen aspectos en el estilo de vida y las conductas que se relacionan con el incremento del desarrollo de la hipertensión arterial, estos se clasifican como factores modificables y no modificables, la modificación de los comportamientos debe ser enfocados en los factores modificables, entre los cuales se encuentra el elevado consumo de sodio, lípidos, tabaco y consumo de alcohol, el sedentarismo y el estrés (35).

B.1. Alimentación del paciente hipertenso

Considerando la importancia de combatir la hipertensión, se creó la dieta DASH (Dietary Approaches to Stop Hypertension), que promueve el aumento en el consumo de frutas, vegetales, lácteos bajos en grasa, granos enteros, nueces, legumbres y semillas, bajo ingesta de carne, sodio, grasas saturadas, azúcares añadidos. Esta dieta DASH ha demostrado resultados favorables en el control de la PA (20).

Diversos factores relacionados con la nutrición y el estilo de vida pueden jugar un papel importante en el control de la presión arterial. Aunque las pautas más conocidas y seguidas son la restricción en la ingesta de sodio, el control de peso y la moderación en el consumo de alcohol, es relevante destacar que la mejora de la dieta (aumento en el consumo de cereales, verduras, frutas, entre otros) y realizar actividad física pueden tener un efecto notable en el manejo de los niveles de presión arterial. Además, una menor ingesta de grasas saturadas (aumentando de AGM y omega-3), una ingesta adecuada de calcio, magnesio, proteínas, vitamina D, fibra y el fortalecimiento de la capacidad antioxidante de la dieta podrían jugar un papel

relevante en combatir este problema. Considerando que la dieta promedio en España no cubre los niveles recomendados para muchos de estos nutrientes beneficiosos para el control de la presión arterial, un ajuste de la alimentación hacia un modelo ideal podría ser de gran ayuda en la lucha contra este problema, que representa un considerable impacto en la salud pública. (36).

El mayor estudio epidemiológico internacional INTERSALT participaron 52 centros de 32 países. Se observó que una variación de 100 mmol en el consumo de sodio altera la presión arterial sistólica en 2,2 mmHg, mientras que su impacto en la presión diastólica es menos relevante. Al examinar los datos, se identificó una relación positiva y significativa entre la ingesta de sodio y el aumento de la presión sistólica asociado a la edad. Los investigadores concluyeron que reducir la ingesta de sodio podría generar un ahorro significativo de vidas debido a la disminución de la mortalidad cardiovascular. (37).

Aunque la dieta es fundamental para el manejo de estos pacientes, no actúa como un factor aislado; debe complementarse con otros aspectos, como la actividad física y la adherencia al tratamiento. (36)

B.2. Control médico del paciente hipertenso

Los conceptos de hipertensión controlada han variado en las últimas 2 décadas. Actualmente se acepta que un paciente hipertenso, diagnosticado como tal, tiene control de la HTA, cuando presenta cifras de presión arterial menores de 140 mmHg de presión arterial sistólica y menos de 90 mmHg de presión diastólica (11).

Existen guías internacionales (Guía Británica NICE 2011; guía europea ESH-ESC2013; guía norteamericana JNC8 y la guía canadiense CHEP 2016): Las cuales orientan el objetivo terapéutico para el paciente menor de 60 años, “no frágil”, con HTA no complicada. En ellos la meta de PA es menor de 140/90mmHg, por otro lado,

la terapéutica de los hipertensos con complicaciones o con patologías agregadas como la diabetes mellitus, enfermedad renal crónica además de los adultos mayores es más compleja y hasta el momento no existe un consenso de una meta específica (38).

Segura L (39) menciona que “El hombre andino y las poblaciones ubicadas en la Cordillera de los Andes que tienen características biológicas y genéticas muy diferentes a las establecidas a nivel del mar. En su estudio determino que las cifras referenciales para la PA controlada en nuestra realidad es de 134/89 mmHg”.

B.3. Consumo de sustancias psicoactivas del paciente hipertenso

La relación que hay entre el consumo de alcohol y la prevalencia de hipertensión arterial (HTA) es claramente evidente en la mayoría de los estudios epidemiológicos, tanto en los de tipo transversal como en los prospectivos. Más de 50 estudios epidemiológicos transversales han evidenciado que un consumo crónico de alcohol se asocia con valores de presión arterial más altos o una mayor prevalencia de hipertensión arterial (HTA). Estos estudios abarcan poblaciones de distintas regiones, como Norteamérica, Europa, Australia y Japón, y confirman que esta relación se mantiene independientemente de otros factores de riesgo para la hipertensión, como la obesidad, el consumo de sal o el tabaquismo. Además, esta correlación es válida tanto en hombres como en mujeres, en todos los grupos etarios, en diversas razas y con distintos tipos de bebidas alcohólicas, incluidas el vino, la cerveza y los licores. Sin embargo, es necesario hacer algunas aclaraciones: aunque la mayoría de los estudios evidencian un efecto hipertensivo del consumo de alcohol crónico al superar cierto umbral (alrededor de 60 gramos de alcohol diarios, equivalente a unas tres bebidas), consumos inferiores a estas cantidades no parecen tener un impacto en la presión arterial. Además, con el tiempo, un consumo elevado de alcohol se asocia con un incremento progresivo de la presión arterial. (40).

El tabaquismo eleva la PA en personas normotensos. Gropelli y sus colegas realizaron un monitoreo ambulatorio de presión arterial (MAPA) en fumadores normotensos durante 8 horas (de 9:00 a 17:00), permitiéndoles fumar un cigarrillo cada 30 minutos y compararon estos datos con un período idéntico sin fumar. Observaron que los niveles de presión se mantenían constantemente más altos mientras los participantes fumaban. Tras el primer cigarrillo, hubo un incremento inmediato y sostenido de aproximadamente 12 mmHg en la presión sistólica y 15 mmHg en la diastólica. De Cesaris también identificó este aumento continuo en personas hipertensas. Al dejar de fumar, se observa ya en la primera semana una disminución en la frecuencia cardíaca y la presión arterial. Se ha comprobado que, tras el primer cigarrillo, se produce un incremento en las catecolaminas circulantes, lo que provoca un aumento en la frecuencia cardíaca, en los niveles de presión arterial, en el gasto cardíaco, así como una mayor vasoconstricción periférica. (41).

B.4. Uso adecuado del tiempo libre, del paciente hipertenso.

El ocio es un recurso clave para el desarrollo personal, social y económico y representa un elemento importante en la calidad de vida. Según lo investigado, el ocio es fundamental para el individuo, ya que constituye un derecho básico que le permite disfrutar de una mejor calidad de vida. Además, el ocio contribuye a mantener estilos de vida saludables, ya que permite realizar actividades distintas de la rutina diaria, brindando diversión y descanso. A su vez, el ocio fomenta la creación de empleos y la producción de bienes y servicios, apoyando el desarrollo tanto de quienes los promueven como de quienes los disfrutan, al liberarlos de actividades monótonas y ofrecer espacios para el descanso y la recreación. (42).

B.5. Actividad física del paciente hipertenso.

La actividad física es una estrategia eficaz en el tratamiento de la hipertensión arterial, logrando reducir las cifras de presión arterial de niveles desfavorables a

rangos deseables en personas con hipertensión. La actividad aeróbica es uno de los pilares fundamentales del tratamiento no farmacológico para pacientes con hipertensión. Hay evidencia de que la práctica regular de ejercicios aeróbicos (como por ejemplo: caminar de 30 o 40 minutos a paso vivo, 3 o 4 veces a la semana semana), se puede reducir la presión sanguínea, disminuyendo significativamente los valores de presión arterial sistólica (PAS) y presión arterial diastólica (PAD) (43).

Cano y otros investigadores, al impartir instrucción educativa en Chile, reportaron una disminución significativa de la presión arterial sistólica (PAS) en un grupo de pacientes hipertensos que participaron en sesiones de ejercicio, pasando de 143 ± 10 a 126 ± 9 mmHg, alcanzando un consenso de hasta el 87%. De manera similar, en pacientes hipertensos colombianos, también se observaron mejoras en los valores de presión arterial, así como en los niveles de triglicéridos y colesterol. Por lo tanto, la actividad física se considera una herramienta eficaz para mejorar la salud de los pacientes con hipertensión, lo que contribuye a reducir los costos de tratamiento y la mortalidad asociada a las complicaciones de esta enfermedad. (44).

B.6. Estado nutricional del paciente hipertenso

Existen pruebas sólidas en la literatura que vinculan la hipertensión arterial con un aumento de la grasa corporal. Para evaluar la cantidad y distribución de esta grasa, los indicadores antropométricos han demostrado ser efectivos. La identificación indirecta de la presión arterial elevada mediante estos indicadores puede ser una estrategia útil para su detección y control, especialmente porque estas mediciones se pueden realizar sin necesidad de equipos técnicos especializados. Esta estrategia permite hacer un triaje de pacientes con alteraciones en la presión arterial y derivarlos a una evaluación clínica más detallada. (45)

Estudios epidemiológicos realizados en Estados Unidos han observado que existe una clara asociación entre el incremento de peso de su población y la prevalencia de desarrollar hipertensión arterial, diabetes mellitus 2 e hipercolesterolemia (46). El estudio de Framingham encontró que un aumento del 10% en el peso corporal explicaba un aumento de 7 mm Hg en la presión arterial sistólica. Asimismo, la presión arterial sistólica y diastólica disminuyó 0,33 mmHg y 0,43 mmHg, respectivamente, por cada kilogramo de peso perdido. Por otro lado, la prevalencia de hipertensión entre sujetos obesos en la Encuesta Nacional de Examen de Salud y Nutrición II (NHANES II) fue 2,9 veces mayor que entre sujetos no obesos. Lo anterior sugiere que las personas con sobrepeso y obesidad tienen mayor riesgo de padecer DM-2, dislipidemia e hipertensión que las personas normales y con bajo peso. (46).

1.2.2. ADHERENCIA AL TRATAMIENTO DE LA HTA

A. Definición de la hipertensión arterial

Según la OMS (47) la hipertensión arterial es un trastorno que se presenta por la tensión incrementada de los vasos sanguíneos, es decir cuando los valores de medición de la presión arterial son superiores (de 140/90 mmHg o más). Según la Asociación americana del corazón - AHA (48) después de 14 años redefinió los valores de HTA donde; la presión arterial alta es una presión sistólica de 130 o superior o una presión diastólica de 80 o superior, que permanece alta con el tiempo, generalmente no presenta signos ni síntomas por eso es tan peligrosa, pero se puede controlar. Es un problema frecuente, de avance silencioso que puede ser grave y mortal si no se trata. (49)

B. Tipos de hipertensión arterial.

La clasificación se puede realizar según varios criterios: según el valor de la presión arterial, según el grado de efecto visceral, según la causa y según el grado de actividad de la renina plasmática. (49).

Según el valor de la presión arterial:

Hipertensión arterial diastólica (HTAD).

- Leve: 90-104 mmHg; moderada: 105-114 mmHg, y grave: superior a 115 mmHg.

Hipertensión arterial sistólica (HTAS).

- Superior a 160 mmHg.

Según el grado de repercusión visceral (OMS, 1978)

- Fase I. No se observan signos objetivos de daño orgánico..
- Fase II. Aparecen uno o más de los siguientes signos: hipertrofia del ventrículo izquierdo, estrechamiento focal o generalizado de las arterias retinianas, proteinuria y/o aumento de la concentración de creatinina en el plasma.
- Fase III. Se presentan signos clínicos en varios órganos: en el corazón (insuficiencia ventricular izquierda, y en ocasiones angina de pecho o infarto de miocardio), en el cerebro (hemorragia cerebral, trombosis y encefalopatía hipertensiva), en el fondo de ojo (hemorragias y exudados retinianos), en los riñones (insuficiencia renal) y en los vasos sanguíneos (aneurisma disecante).

Según la etiología

- Hipertensión arterial esencial. Cuando no existen causas fisiológicas de origen conocido.
- Hipertensión secundaria. Se debe a una gran variedad de causas. Se trata de una manifestación de otra patología. Según la enfermedad, los mecanismos

que contribuyen a la patogenia de la HTA varían desde efectos hormonales sobre la musculatura lisa vascular a cambios en la hemodinámica. En la mayoría de los casos la hipertensión secundaria se debe a enfermedades renales o tiene su origen en trastornos endocrinometabólicos con alteración en la producción de hormonas como la estimulante del tiroides, tiroideas, aldosterona, glucocorticoides o mineralocorticoides.

Según el grado de actividad de renina plasmática

- Hipertensión arterial con actividad de renina plasmática baja.
- Hipertensión arterial con actividad de renina plasmática normal.
- Hipertensión arterial con actividad de renina plasmática elevada. (49)

C. Factores asociados a la hipertensión arterial

Actualmente, los factores de riesgo relacionados con la hipertensión arterial (HTA) se dividen en modificables (como la dieta y los estilos de vida) y no modificables (como la edad, el género y la herencia). Los factores modificables para la HTA se pueden clasificar como comportamentales, es decir, aquellos vinculados al estilo de vida y que pueden modificarse a través de cambios en los hábitos adquiridos. Estos incluyen el tabaquismo, una dieta inadecuada rica en calorías o grasas y baja en el consumo de frutas y vegetales, la escasa actividad física, el consumo excesivo de sodio, el estrés y la interacción entre genes y nutrientes (epigenética), entre otros factores que podrían influir en el riesgo de desarrollar enfermedades asociadas. (50).

Los autores Ferrazzo, Meinke, y Silva, citado por Montero O, Guzmán G, Acosta R y Peñafiel M afirman que “la presión arterial de un individuo está determinada por la interacción entre factores ambientales y genéticos (herencia), que generalmente se refieren a los factores modificables y no modificables, respectivamente”. En tanto a los factores hereditarios, “estudios desarrollados en la era pre molecular han

demostrado que estos factores contribuyen al menos del 20% al 50% de la variación de la presión arterial en humanos” (Ferrazzo, Meinke, y Silva, 2014).

Los factores dietéticos incluyen: sodio y obesidad, como factores de riesgo importantes para la HTA en la mayoría de los estudios, Asimismo, el sedentarismo, el estrés, el tabaquismo y el consumo de alcohol también juegan un papel importante en el desarrollo de la hipertensión. (51).

Desde el punto de vista antropométrico, la obesidad es sin duda uno de los mayores factores de riesgo para el desarrollo de diversas enfermedades crónicas no transmisibles. Resulta que un IMC superior a 25 kg/m y una CC mayor son factores independientes para el desarrollo de HTA. (52).

D. Dx de la hipertensión arterial

El diagnóstico de esta enfermedad y su tratamiento se basa en una correcta medición de la presión arterial. Universalmente no hay un número aceptado de mediciones ni de visitas necesarias para el diagnóstico de HTA. El informe norteamericano JNC VI establece que el diagnóstico de hipertensión arterial (HTA) debe basarse en el promedio de dos o más mediciones realizadas en visitas posteriores a una visita inicial de tamizaje. Además, se deben tomar lecturas adicionales en cada visita si las dos primeras difieren en más de 5 mmHg. Por su parte, las guías de la OMS/ISH recomiendan que el diagnóstico de HTA se haga a partir de múltiples mediciones de la presión arterial, realizadas en varias visitas en diferentes días, aunque no especifican cuántas visitas deben ser necesarias. (53).

Tomando en cuenta la Guía de práctica clínica para la prevención y control de la enfermedad hipertensiva en el primer nivel de atención del Ministerio de Salud del Perú (54): Donde menciona que los criterios de diagnóstico en nuestro país incluyen

“La historia médica, evaluación médica, mediciones repetidas de la presión arterial y exámenes de laboratorio”.

En la historia clínica se tendrá en cuenta los datos de filiación, antecedentes familiares, factores psicosociales y ambientales, tiempo de diagnóstico de la HTA, los factores de riesgo como el sedentarismo, tabaquismo, etc y los hábitos alimentarios.

Método para la medición adecuada de la presión arterial

1. Es muy importante el uso de un tensiómetro calibrado.
2. La persona debe estar en reposo durante al menos 5 minutos antes de la medición de la presión arterial. Debe estar sentada, con ambos pies apoyados en el suelo, y el brazo extendido y descubierto, descansando sobre una superficie, asegurándose de que esté a la altura del corazón. Es importante que la persona no haya fumado, bebido café, alcohol o bebidas calientes antes de los 30 minutos.
3. En el primer control de la PA realizar la medición en ambos brazos, a partir de esta medición se medirá en el brazo en el que se obtuvo mayor valor.
4. El brazalete debe situarse a 2cm por encima de la flexura del codo.
5. Insuflar hasta que desaparezca el pulso palpatorio (presión arterial sistólica palpatoria).
6. Después de determinar la presión arterial palpatoria, insuflar 30mmHg, por encima del valor de la presión arterial palpatoria, la velocidad del desinflado es de 2 mmHg/segundo.
7. La presión arterial sistólica corresponde al primer sonido audible al escuchar con el estetoscopio sobre la arteria, mientras que la presión arterial diastólica se mide en el momento justo antes de la desaparición de los ruidos. Se deben realizar tres mediciones de la presión arterial sistólica y diastólica, con intervalos de dos minutos entre cada una. El valor promedio de estas mediciones debe ser utilizado para el análisis y la clasificación final.

8. Además, medir la Presión Arterial por lo menos 3 minutos después de ponerse de pie en personas con diabetes mellitus, sospechar de hipotensión ortostática y en personas adultas mayores.

E. Tratamiento de la hipertensión arterial

Las bases terapéuticas para el tratamiento de la hipertensión arterial (HTA) incluyen tanto las modificaciones en el estilo de vida (tratamiento no farmacológico) como el tratamiento farmacológico. Las modificaciones en el estilo de vida son fundamentales para el manejo de la HTA en específico, y para la prevención de enfermedades cardiovasculares en general. (54).

En los pacientes con hipertensión, el objetivo principal del tratamiento es lograr la mayor reducción posible en el riesgo cardiovascular total a largo plazo, al mismo tiempo que se mantiene una buena calidad de vida. Para lograr esto, es necesario tratar no solo los valores elevados de la presión arterial, sino también abordar todos los factores de riesgo asociados que sean reversibles, con el fin de reducir el riesgo cardiovascular. De esta manera, cualquier disminución en la presión arterial, aunque no sea óptima, contribuye a reducir el riesgo total. (55).

El tratamiento inicialmente no farmacológico se recomienda únicamente en casos de hipertensión grado 1 y con riesgo cardiovascular (RCV) en niveles bajos. En otras situaciones, como en hipertensión grados 2 o 3, o en hipertensión grado 1 con RCV elevado (especialmente si hay daño en órganos diana), se debe iniciar de forma simultánea tanto la modificación del estilo de vida como el tratamiento farmacológico. Además, se indicará tratamiento farmacológico en casos de hipertensión grado 1 con bajo RCV si, después de tres a seis meses de tratamiento no farmacológico, no se logra un control adecuado. También se considerará el tratamiento farmacológico en

pacientes con presión arterial normal-alta y enfermedades cardiovasculares establecidas. (56).

En el tratamiento de la hipertensión arterial se incluyen varios grupos de fármacos, como los inhibidores de la enzima convertidora de angiotensina (IECA), los bloqueadores de los receptores de angiotensina (BRA), los beta bloqueadores, los bloqueadores de los canales de calcio (BCC) y los diuréticos tipo tiazidas (54).

El esquema de tratamiento sugerido para pacientes hipertensos que no presenten diabetes mellitus o daño de órgano blanco.

Iniciar tratamiento con un IECA (Enalapril), de no lograr el objetivo (PA<140/90mmHg), añadir un diurético (Hidroclorotiazida).

De no lograr el objetivo, añadir un calcio antagonista (Amlodipino). En cada caso evaluar la respuesta terapéutica a las 4 semanas de inicio de tratamiento, y posteriormente, el esquema terapéutico cambiara en base a los factores de riesgo cardiovascular y estadio de HTA (54).

F. Complicaciones de la hipertensión arterial

Cuando se mencionan las complicaciones de la hipertensión arterial (HTA), se hace referencia a los daños en los órganos, que son alteraciones estructurales o funcionales en las arterias u otros órganos causadas por el aumento de la presión arterial. Este tipo de daño es un indicador precoz de enfermedades cardiovasculares. Aunque es más frecuente en personas con hipertensión grado 3 de larga duración, también puede ocurrir en casos de hipertensión más leves. Muchos de estos daños orgánicos pueden ser reversibles con un tratamiento adecuado para la hipertensión, especialmente si se inicia de forma temprana. (57)

Las complicaciones o daño a órgano más comunes:

En el cerebro La prevalencia de daño cerebral aumenta en los pacientes hipertensos, con un mayor riesgo de sufrir accidentes cerebrovasculares (ACV), accidentes isquémicos transitorios (AIT) y deterioro cognitivo. (57).

El corazón es el órgano que sufre más complicaciones de la HTA y de acuerdo a Pico A, Anchundia D, Basurto M y Fernández D. (58) “Es el principal factor de riesgo para la angina de pecho e infarto de miocardio”.

El daño en **el riñón** ocurre por el incremento de la presión intraglomerular junto con la presencia de proteinuria, la disminución progresiva en la tasa de filtrado glomerular y albuminuria incrementada son elementos patogénicos directamente relacionados con la HA y la progresión del daño renal (57) (59).

A nivel ocular, La hipertensión arterial (HTA) puede causar daños en la retina, la coroides y la cabeza del nervio óptico, lo que puede resultar en un amplio rango de lesiones, que van desde un leve estrechamiento de los vasos sanguíneos hasta una pérdida visual grave debido a neuropatía óptica isquémica. (60).

Los vasos sanguíneos En particular, las arterias y las modificaciones en la viscosidad sanguínea son afectadas, lo que inicia la hipertrofia del músculo liso vascular y la proliferación del tejido conectivo. Esto lleva a una reducción progresiva de la relación entre la luz arterial y la pared, lo que a su vez provoca un aumento en la resistencia vascular. Dado que existe una relación inversa entre la resistencia vascular y el radio de la arteria a la cuarta potencia, una disminución de tan solo 1 mm en el radio arterial puede generar un incremento de la resistencia cuatro veces mayor. (61).

G. Adherencia al tratamiento de la HTA

G.1. Definición de la adherencia al tratamiento de la HTA

La Organización Mundial de la Salud (OMS) define la adherencia al tratamiento como el grado en que un paciente sigue las indicaciones del tratamiento, lo que implica tomar la medicación según las dosis prescritas en el programa establecido. Por otro lado, la persistencia se refiere a la capacidad del paciente para seguir tomando la medicación de manera continua durante un periodo prolongado (62).

También se entiende a la adherencia como la medida en que el paciente responde a las indicaciones médicas y las hace suyas (63). Por lo tanto, la adherencia al tratamiento de la hipertensión es el cumplimiento de un régimen de medicamentos indicados por profesionales médicos, incluye la capacidad de los pacientes para asistir a consultas programadas, realizar cambios en los hábitos de estilo de vida y completar análisis y pruebas solicitadas (13).

Los cálculos sobre el grado de adherencia de los pacientes a la farmacoterapia para la hipertensión varían entre un 50% y un 70%. Esta variabilidad se debe a las diferencias en los grupos estudiados, la duración del seguimiento, los métodos utilizados para evaluar la adherencia y los regímenes de medicamentos empleados en los distintos estudios. (13). Otros estudios que analizaron la interrupción de los medicamentos antihipertensivos informaron tasas de adherencia que oscilan entre el 43% y el 88%. Además, se ha estimado que, durante el primer año de tratamiento, entre el 16% y el 50% de los pacientes con hipertensión dejan de tomar sus medicamentos antihipertensivos. Entre aquellos que continúan con el tratamiento a largo plazo, es común que se presenten dosis perdidas de medicación. (13).

G.2. Factores que afectan la adherencia del tratamiento de la HTA

La adherencia terapéutica es un fenómeno complejo que depende de la interacción de cinco grupos de factores: socioeconómicos, relacionados con el tratamiento, con el paciente, con la enfermedad y con el personal médico. Estos factores actúan de

manera recíproca, influyendo en el grado de adherencia al tratamiento. Los factores que contribuyen a la no adherencia incluyen la falta de información sobre la enfermedad, una mala relación entre el médico y el paciente, y el desconocimiento de las consecuencias de no seguir las indicaciones del tratamiento. Este aspecto es relevante, ya que, si el paciente no se involucra activamente en su tratamiento, como tomar la medicación correctamente y adoptar hábitos de vida saludables, no podrá mejorar su condición de salud (64).

Los factores socioeconómicos juegan un papel importante en la adherencia al tratamiento. Entre estos se destacan la pobreza, el analfabetismo, un bajo nivel educativo, el desempleo, la falta de apoyo social adecuado, condiciones de vida inestables, la distancia al centro de atención médica, los altos costos de transporte y medicación, factores ambientales cambiantes, así como creencias culturales y populares sobre la enfermedad y su tratamiento. Además, la disfunción familiar también afecta negativamente la adherencia al tratamiento (65).

Los factores relacionados con el sistema o equipo de atención sanitaria también influyen en la adherencia al tratamiento. Una buena relación entre el proveedor y el paciente puede mejorar la adherencia, pero existen varios aspectos que tienen un efecto negativo, tales como: servicios de salud poco desarrollados, con reembolsos insuficientes o inexistentes por parte de los planes de seguro, sistemas deficientes para la distribución de medicamentos, falta de capacitación y conocimientos del personal en el manejo de enfermedades crónicas, sobrecarga de trabajo de los proveedores de salud, ausencia de incentivos y retroalimentación sobre el desempeño, consultas breves, limitación en la capacidad del sistema para educar a los pacientes y brindar seguimiento, falta de apoyo comunitario y de fomento del autocuidado, y desconocimiento sobre la adherencia y las intervenciones necesarias para mejorarla (66).

Los factores relacionados con el tratamiento son numerosos y tienen un impacto significativo en la adherencia terapéutica. Entre los más relevantes se encuentran la complejidad del régimen de tratamiento, la duración del mismo, los fracasos previos en el tratamiento, los cambios frecuentes en el tratamiento, los efectos secundarios y la disponibilidad de apoyo médico para gestionarlos. Aunque las características específicas de las enfermedades y los tratamientos no son más importantes que los factores generales que afectan la adherencia, sí modifican su impacto. Por lo tanto, las intervenciones para mejorar la adherencia deben ajustarse a las necesidades individuales del paciente para ser más efectivas (66).

Los factores relacionados con el paciente que influyen en la adherencia incluyen la falta de recursos, creencias religiosas, nivel educativo, ausencia de percepción de mejora en la enfermedad, confianza en el médico, deseo de control sobre la salud, autoeficacia y aspectos de salud mental. La falta de adherencia puede generar costos significativamente mayores para el paciente. Sin embargo, existen pocos estudios que se enfoquen en intervenciones a este nivel para abordar estos factores (66).

Los factores vinculados con la enfermedad que afectan la adherencia terapéutica incluyen la gravedad de los síntomas, el grado de discapacidad (física, psicológica y social), la velocidad de progresión de la enfermedad y la disponibilidad de tratamientos efectivos. La repercusión de estos factores depende de cómo los pacientes perciben el riesgo, la importancia del seguimiento del tratamiento y la prioridad que le dan a la adherencia terapéutica.

La depresión es un factor frecuente en la falta de adherencia, por lo que, ante la sospecha de un trastorno depresivo, es fundamental realizar una valoración psicológica para abordarlo y tratarlo de manera temprana, reduciendo así la falta de adherencia relacionada (66). La falta de adherencia al tratamiento se ha relacionado

con un incremento en las hospitalizaciones de los pacientes, lo que a su vez eleva los costos de los recursos sanitarios y genera un mayor agotamiento en el personal de salud. (66).

Existen diversos factores psicosociales que influyen en la adherencia terapéutica, tales como las creencias, actitudes, atribuciones, representación mental de la enfermedad y el apoyo social. Al comparar estos aspectos con los datos de nuestro estudio, podemos concluir que factores similares influyen en el comportamiento del paciente respecto a la adherencia al tratamiento, ya sea motivándolo o desincentivándolo. Consideramos como factores facilitadores aquellos que hacen más fácil el cumplimiento del tratamiento, y como factores dificultadores aquellos que suponen un obstáculo para el manejo adecuado del régimen terapéutico. (67).

1.3. HIPÓTESIS:

Hi: Los patrones de autocuidado se relacionan con la adherencia al tratamiento de la hipertensión arterial de pacientes que acuden al Centro de Salud de Carmen Alto, Ayacucho 2024.

Ho: Los patrones de autocuidado no se relacionan con la adherencia al tratamiento de la hipertensión arterial de pacientes que acuden al Centro de Salud de Carmen Alto, Ayacucho 2024.

1.4. VARIABLES DE ESTUDIO:

1.4.1. IDENTIFICACIÓN DE VARIABLES:

a. Variable independiente:

- Patrones de autocuidado
 - Alimentación
 - Ejercicio.
 - Consumo de sustancia psicoactivas.
 - Uso adecuado del tiempo libre y sueño.

- Control médico
- Estado nutricional

b. Variable secundaria:

- Adherencia al tratamiento de la hipertensión arterial

1.4.2. OPERACIONALIZACION DE VARIABLES.

Variables	Definición operacional	Dimensiones	Indicadores	Escala de medición
Prácticas de autocuidado	“Son acciones intencionadas para controlar las condiciones de riesgo, que pueden afectar la salud de las personas⁷⁴ Las prácticas de autocuidado se realizará el cuestionario de Actividades de Autocuidado de la Diabetes (SDSCA) es una herramienta que mide con qué regularidad o constancia se llevan a cabo ciertos comportamientos y acciones vinculados al control y cuidado de esta enfermedad.	Alimentación Ejercicio. Consumo de sustancia psicoactivas. Uso adecuado del tiempo libre y sueño. Control médico	Durante la semana en más de 05 días cumple con un plan de alimentación saludable. Durante la semana en más de 05 días consume más carbohidratos como papas, harinas en relación a otros alimentos. Durante la semana en más de 05 días consume más alimentos con alto contenido de grasa, en relación a otros alimentos. Durante la semana a diario consume alimentos con alto contenido de sal. Durante la semana a diario consume frutas y verduras. Durante la semana a diario o interdiario consumió bebidas azucaradas, tortas, galletas, helados Durante la semana como mínimo 03 veces a la semana realiza por lo menos 30 minutos de actividad física. Durante la semana consume de forma frecuente cigarrillo, tabaco. Durante se semana consume bebidas alcohólicas. Durante se semana hace pausas para descansar y evitar el estrés. Durante se semana duerme en promedio 08 horas. De forma periódica acude al Centro de Salud o al médico.	Escala ordinal: Adecuado Inadecuado

			Periódicamente realiza control, presión arterial, peso, examen de glucosa, colesterol, entre otros	
Adherencia al tratamiento oral de la DM2	Para evaluar el grado de cumplimiento del tratamiento se utilizará el Cuestionario de Morisky-Green, el cual consiste en formular al paciente cuatro interrogantes que requieren respuestas binarias afirmativas o negativas acerca de sus conductas y creencias sobre la medicación prescrita. Estas preguntas se intercalan casualmente durante la consulta médica. Si las actitudes detectadas hacia la farmacoterapia no son las recomendables, se determinará que el paciente presenta falta de adherencia a la terapia indicada.	“Se olvida alguna vez tomar los medicamentos para tratar su enfermedad”. “Toma los medicamentos a las horas indicadas”. “Cuando se encuentra bien, deja de tomar la medicación”. “Si alguna vez le sienta mal, deja de tomar su medicamento”.	“Se considera adherencia al tratamiento, en caso de que el paciente responde correctamente a las 04 preguntas”	Escala Nominal Valor final: Si No

CAPÍTULO II

MATERIALES Y MÉTODOS

2.1. ENFOQUE DE ESTUDIO:

El presente estudio responde a un enfoque cuantitativo, al respecto Hernández et al., sostienen que, para evaluar el comportamiento de las variables, hace uso de indicadores, asimismo para contrastar la hipótesis de investigación, hace uso de la estadística descriptiva e inferencial (68).

2.2. TIPO DE INVESTIGACIÓN.

El estudio pertenece a una investigación de carácter aplicada, es decir los resultados del estudio están orientados a contrastar con otros antecedentes de estudio, asimismo está orientado a resolver problemas prácticos (68).

2.3. METODO DE DISEÑO DE INVESTIGACIÓN.

El estudio pertenece a un diseño, no experimental, descriptivo, explicativa de corte transversal (68). En este tipo de diseño no se realizará manipulación alguna, solo se observará y analizarán el comportamiento de las variables en un solo periodo de tiempo.

A partir del diseño explicativo se pretende explicar en qué medida la variable independiente se asocia con la variable dependiente. Por otro lado, en el diseño de casos y controles se identificará una población de casos y controles, luego en el pasado se examina la exposición al factor de riesgo.

ODDS RATIO O RAZÓN DE DISPARIDAD

	EFECTO		Total
	Casos+	Controles-	
Fr+	a	b	
Fr-	c	d	
Total	(a+c)	(b+d)	n

a= Individuos con factor de riesgo positivo y efecto positivo

b= Individuos con factor de riesgo positivo y efecto negativo.

c= Individuos con factor de riesgo negativo y efecto positivo
d= Individuos con factor de riesgo negativo y efecto negativo.

2.4. AREA DE ESTUDIO:

El estudio se llevó a cabo en el Centro de Salud de Carmen Alto, es un establecimiento de salud tipo CLAS (Comité Local de Administración de Salud) que pertenece al primer nivel de atención, cuyo nivel de complejidad es del I.3, el cual está ubicado en la zona urbana del Distrito de Carmen Alto, provincia de Huamanga.

2.5. POBLACION:

La población de estudio estuvo constituida por todos los pacientes que han sido incorporados al programa de control de daños no transmisibles del establecimiento de salud, que presentan el diagnóstico de hipertensión arterial, que suman un total de 65 pacientes para el efecto se tendrá en cuenta los siguientes criterios:

2.5.1. Los criterios de inclusión fueron:

- Pacientes adultos, adultos mayores con diagnóstico hipertensión esencial de grado I, que reciben tratamiento ambulatorio.
- Pacientes adultos, adultos mayores no mayor de 80 años, que se encuentra lucidos, orientados en tiempo espacio y persona.
- Pacientes adultos, adultos mayores que residen en la jurisdicción del establecimiento de salud.
- Pacientes adultos, adultos mayores que muestran predisposición para realizar el estudio.

2.5.2. Los criterios de exclusión son:

- Pacientes adultos, adultos mayores con hipertensión esencial de grado II, III, que no reciben tratamiento ambulatorio.

- Pacientes adultos, adultos mayores mayor de 80 años, o que no se encuentran lucidos, orientados en tiempo espacio y persona.
- Pacientes adultos, adultos mayores que no residen en la jurisdicción del establecimiento de salud.
- Pacientes adultos, adultos mayores que no muestran predisposición para realizar el estudio.

2.6. Muestra

Debido al tamaño y comportamiento de la población, las unidades de análisis fueron seleccionados mediante un muestreo no probabilístico intencionado, que asciende a un total de 50.

2.7. TECNICAS E INSTRUMENTO DE RECOLECCION DE DATOS.

2.6.1. Técnicas de recolección de datos

La Técnica a emplear fue la entrevista estructurada.

2.6.2. Instrumento de recolección de datos

A. Cuestionario para evaluar patrones de autocuidado para control la HTA

El propósito es identificar los patrones de autocuidado en los pacientes que reciben tratamiento de la HTA, entre las dimensiones a valorar son:

A continuación, realice la evaluación sobre sus conductas o estilos de vida saludable teniendo en cuenta los siguientes ítems:

N°	DIMENSIONES
01	ALIMENTACIÓN
02	EJERCICIOS
03	CONSUMO DE SUSTANCIAS PSICOACTIVAS
04	USO ADECUADO DEL TIEMPO LIBRE Y DEL SUEÑO
05	CONTROL MÉDICO

En cada dimension se plantean una serie de reactivos, para así identificar conductas de riesgo, en caso que se identifique conductas de riesgo se valora con cero, mientras los patrones de buen cuidado se califican con uno; los resultados de la evaluación arrojan lo siguiente:

- Patrones inadecuados (00-10)
- Patrones adecuados (11-14)

B.Test de Morisky y Green

Este método fue desarrollado originalmente por Morisky, Green y Levine para valorar el cumplimiento de la medicación en pacientes con hipertensión arterial (HTA). El test consiste en 04 preguntas de contraste con respuesta dicotómica sí/no, que refleja la conducta del enfermo respecto al cumplimiento. Se pretenden valorar si el enfermo adopta actitudes correctas con relación con el tratamiento para su enfermedad; se asume que si las actitudes son incorrectas el paciente es incumplidor. Presenta la ventaja de que proporciona información sobre las causas del incumplimiento. Las preguntas, que se deben realizar entremezcladas con la conversación y de forma cordial, son las siguientes (69):

¿Olvida alguna vez tomar los medicamentos para tratar su enfermedad?

¿Toma los medicamentos a las horas indicadas?

Cuando se encuentra bien, ¿deja de tomar la medicación?

Si alguna vez le sienta mal, ¿deja usted de tomarla?

2.6.3. Criterios de validez y confiabilidad

El cuestionario para evaluar patrones de autocuidado para control la HTA, fue adaptado del estudio realizado por Toapanta RE. Adherencia al tratamiento en pacientes con diabetes mellitus tipo 2 del dispensario San Vicente 4. Comuna San Vicente Santa Elena. 2021, por lo tanto, será sujeto de validación y confiabilidad.

Mientras el instrumento para evaluar la adherencia al tratamiento farmacológico de la HTA (*Test de Morisky y Green*) cuenta con la validación necesaria.

Uno de los instrumentos que fue objeto de adaptación, fue sometido a juicio de 05 expertos, cuya valoración fue contrastado con una prueba binomial, dando como resultado lo siguiente:

ITEMS	JUEZ 01	JUEZ 02	JUEZ 03	JUEZ 04	JUEZ 05	SUMA	PRUEBA BINOMIAL
CLARIDAD	1	1	1	1	1	5	0.031
OBJETIVIDAD	1	1	1	1	1	5	0.031
CONSISTENCIA	1	1	1	1	1	5	0.031
COHERENCIA	1	1	1	1	1	5	0.031
PERTINENCIA	1	1	1	1	1	5	0.031
SUFICIENCIA	1	1	1	1	1	5	0.031

Si los resultados de la prueba binomial resultan de un $p < 0.05$, se acepta que los ítems del instrumento son coherentes, por lo tanto se consideran válido.

2.8. RECOLECCIÓN DE DATOS:

Las acciones a desarrollar fueron las siguientes:

Aprobado el proyecto de investigación, y emitido el acto resolutivo por la Facultad, se solicitó a la Red de Salud Huamanga y a la Gerencia del CLAS Carmen Alto, la autorización y apoyo para recabar la información, debiendo realizar, además se efectuará lo siguientes acciones:

- Coordinación con los representantes del establecimiento de salud, para explicar sobre el propósito del estudio, forma de administración y recolección de la información.
- Determinación de la población de estudio, conforme a los criterios de inclusión y exclusión a partir de ello determinar la muestra.
- Verificar los instrumentos de recolección de datos, asimismo socializar los criterios de administración del instrumento con el equipo responsable.

- Identificar a las unidades de análisis y previo consentimiento administrar el instrumento.

2.9. PROCESAMIENTO Y PRESENTACIÓN DE DATOS:

Culminado con la administración de los instrumentos de recolección de datos, se realizó el control de calidad de los instrumentos administrados, luego se procedió a:

- Realizar la codificación de cada ítem de los instrumentos administrados.
- Formular la base de datos en software SPSS versión 26.
- Ingreso de los datos en la base de datos.
- Calculo y recodificación de las variables en el software SPSS versión 26, a partir de ello generar una base de datos final.

Concluido con el procesamiento de datos se procedió analizar la información, mediante el software SPSS versión 26, luego los resultados se presentaron en tablas compuestas, a partir de ello se realiza la interpretación correspondiente; para contrastar la hipótesis de investigación se hizo uso de la estadística descriptiva e inferencial. Para contrastar la hipótesis de investigación, se utilizó la prueba de asociación de ODD RATTIO, sí como el análisis de regresión logística.

CAPÍTULO III

RESULTADOS

TABLA 01: PATRONES DE AUTOCUIDADO Y ADHERENCIA AL TRATAMIENTO DE LA HIPERTENSIÓN ARTERIAL DE PACIENTES DEL CENTRO DE SALUD DE CARMEN ALTO, AYACUCHO 2024.

PATRÓN DE AUTOCUIDADO	ADHERENCIA TRATAMIENTO DE LA HTA				TOTAL	
	NO		SI			
	Nº	%	Nº	%	Nº	%
INADECUADO	10	20	11	22	21	42
ADECUADO	9	18	20	40	29	58
TOTAL	19	38	31	62	50	100

Fuente: Entrevista realizada a los pacientes que acuden al EE.SS

Sig.	Exp(B)	95% C.I. para EXP(B)	
		LI	LS
0.236	2	0.631	6.463

En la tabla 01, se evidencia que el 58% del total de pacientes muestran un patrón de autocuidado adecuado, mientras el 42% un patrón inadecuado. En relación a la adherencia al tratamiento de la hipertensión arterial (HTA), el 38% no muestran adherencia, mientras el 62% si muestra adherencia. Respecto a la asociación del patrón de autocuidado en la adherencia al tratamiento de la HTA, en los pacientes con adherencia que se representa el 62%, el mayor porcentaje que representa el 40% muestran un patrón de autocuidado adecuado; mientras en los pacientes que no poseen adherencia que representa el 38%, el 20% poseen un patrón de autocuidado inadecuado, pero esas diferencias no son considerables.

En general se determina que la adherencia al tratamiento de la hipertensión arterial, no se asocia a los patrones de autocuidado de los pacientes que acuden al Centro de Salud de Carmen Alto (OR: 02, IC 95, LI: 0.63, LS: 6.463)

TABLA 02.1: PATRONES DE AUTOCUIDADO EN LA DIMENSIÓN DE ALIMENTACIÓN Y ADHERENCIA AL TRATAMIENTO DE LA HIPERTENSIÓN ARTERIAL, EN PACIENTES DEL CENTRO DE SALUD DE CARMEN ALTO, AYACUCHO 2024.

PATRÓN DE ALIMENTACIÓN	ADHERENCIA TRATAMIENTO DE LA HTA				TOTAL	
	NO		SI			
	N°	%	N°	%	N°	%
Cumple plan de alimentación						
INADECUADO	2	4	1	2	3	6
ADECUADO	17	34	30	69	47	94
TOTAL	19	38	31	62	50	100
Consumo de carbohidratos						
INADECUADO	11	22	9	18	20	40
ADECUADO	8	16	22	44	30	60
TOTAL	19	38	31	62	50	100
Consumo de grasas						
INADECUADO	0	0	4	8	4	8
ADECUADO	19	38	27	54	46	92
TOTAL	19	38	31	62	50	100
Consumo de sal						
INADECUADO	2	4	7	14	9	18
ADECUADO	17	34	24	48	41	82
TOTAL	19	38	31	62	50	100
Consumo de frutas						
INADECUADO	7	14	12	24	19	38
ADECUADO	12	24	19	38	31	62
TOTAL	19	38	31	62	50	100
Consumo de Verduras						
INADECUADO	4	8	5	10	9	18
ADECUADO	15	30	26	52	41	82
TOTAL	19	38	31	62	50	100
Consumo bebidas azucaradas						
INADECUADO	1	2	5	10	6	12
ADECUADO	18	36	26	53	44	88
TOTAL	19	38	31	62	50	100

Fuente: Entrevista realizada a los pacientes que acuden al EE.SS

En la tabla 02, se advierte respecto al cumplimiento del plan de alimentación de los pacientes que reciben tratamiento de la HTA, el 94% cumple con dicho plan, mientras el 06% no cumple con el plan de alimentación establecido. Respecto a los pacientes que no presentan adherencia del tratamiento de la HTA que representa el 38%, el

mayor porcentaje (34%) muestran un plan de alimentación adecuado, similar comportamiento en los que si poseen adherencia. Por otro lado, el 60% de pacientes muestran un adecuado consumo de carbohidratos, mientras el 40% consume de forma inadecuado los carbohidratos. En los pacientes que no muestran adherencia al tratamiento de la HTA (38%), el mayor porcentaje que representa el 22% consume carbohidratos de forma inadecuado, a diferencia de los que si muestran adherencia (62%), donde el 44% señalan consumo adecuado de carbohidratos.

Respecto al consumo de grasas, el 92% del total pacientes que reciben tratamiento de la HTA, consume en forma adecuada, el cual representa el mayor porcentaje, mientras el 08% consume de forma inadecuada; tanto en los pacientes que poseen adherencia y no poseen adherencia al tratamiento de la HTA, el mayor porcentaje de los pacientes, consume de forma adecuada las grasas.

En relación al consumo de sal, el 82% del total de pacientes consume en forma adecuada, mientras el 18% consume de forma inadecuada; respecto de los que poseen adherencia y no adherencia al tratamiento de la HTA, el mayor porcentaje de los pacientes consume de forma adecuada la sal.

Con relación al consumo de frutas, el 62% consume de forma adecuada; mientras respecto al consumo de verduras el 82% consume en forma adecuada. En los pacientes que poseen adherencia y no adherencia al tratamiento de la HTA, el mayor porcentaje de los pacientes consume de forma adecuada frutas y verduras. Respecto al consumo de bebidas azucaradas, el 88% de los pacientes con HTA, consume de forma adecuada; asimismo respecto a los pacientes que poseen adherencia y no adherencia al tratamiento de la HTA, el mayor porcentaje consumen en forma adecuada las bebidas azucaradas.

TABLA 02.a: ANÁLISIS DE REGRESIÓN DE LOS PATRONES DE ALIMENTACIÓN Y ADHERENCIA AL TRATAMIENTO DE LA HIPERTENSIÓN ARTERIAL, EN PACIENTES DEL CENTRO DE SALUD DE CARMEN ALTO, AYACUCHO 2024.

Patrones de alimentación	Sig.	Exp(B)	95% C.I. para EXP(B)	
			LI	LS
Cumple con un plan de alimentación	0,578	2,322	0.119	45,149
Consumo de carbohidratos	0,020	5,865	1,324	25,973
Consumo de grasas	0,999	0,000	0,000	.
Consumo de sal	0,576	1,833	0.22	15,306
Consumo de frutas	0,477	1,747	0.376	8,129
Consumo de verduras	0,992	1,012	0.12	8,535
Consumo de bebidas azucaradas	0,594	0,510	0.043	6,037
Constante	0,035	0,289		

Respecto al análisis de regresión, el patrón de alimentación que se asocia con la adherencia al tratamiento de la hipertensión arterial, se encuentra el consumo de carbohidratos (OR: 5.86, IC 95, LI: 1.32, LS: 25.97); es decir los pacientes que consumen carbohidratos de forma inadecuada, poseen 5.8 más probabilidad de no lograr la adherencia al tratamiento de la hipertensión arterial.

TABLA 03: PATRONES DE AUTOCUIDADO EN LA DIMENSIÓN DE EJERCICIO FÍSICO Y ADHERENCIA AL TRATAMIENTO DE LA HIPERTENSIÓN ARTERIAL, EN PACIENTES DEL CENTRO DE SALUD DE CARMEN ALTO, AYACUCHO 2024.

ACTIVIDAD FISICA	ADHERENCIA TRATAMIENTO DE LA HTA				TOTAL	
	NO		SI			
	N°	%	N°	%	N°	%
RIESGO	8	16	20	40	28	56
NORMAL	11	22	11	22	22	44
TOTAL	19	38	31	62	50	100

Fuente: Entrevista realizada a los pacientes que acuden al EE.SS

Sig.	Exp(B)	95% C.I. para EXP(B)	
		LI	LS
0.125	0.4	0.12	1.29

En la tabla 03 se advierte que el 56% del total de pacientes muestran una actividad física de riesgo, mientras el 44% realiza actividad física de forma normal; en los que no muestran adherencia al tratamiento de la HTA (38%), el 22% muestra actividad física de forma normal, lo que representa el mayor porcentaje; mientras en los que muestran adherencia al tratamiento (62%), el 40% que representa el mayor porcentaje muestra actividad física de riesgo, es decir no hay relación del impacto de la actividad física; en ese sentido la adherencia al tratamiento de la HTA, no se asocia con la actividad física de los pacientes con HTA (OR: 0.4, IC 95, LI: 0.12, LS: 1.29).

TABLA 04: PATRONES DE AUTOCUIDADO EN LA DIMENSIÓN DE CONSUMO DE SUSTANCIAS PSICOACTIVAS Y ADHERENCIA AL TRATAMIENTO DE LA HIPERTENSIÓN ARTERIAL, EN PACIENTES DEL CENTRO DE SALUD DE CARMEN ALTO AYACUCHO 2024.

CONSUMO DE ALCOHOL	ADHERENCIA TRATAMIENTO DE LA HTA					
	NO		SI		TOTAL	
	N°	%	N°	%	N°	%
INADECUADADO	3	6	0	0	3	6
NO CONSUMO	16	32	31	62	47	94
TOTAL	19	38	31	62	50	100

Fuente: Entrevista realizada a los pacientes que acuden al EE.SS

*El 100% de los pacientes no consumen tabaco.

Sig.	Exp(B)	95% C.I. para EXP(B)	
		LI	LS
0.999	031	00	00

En la tabla 04 se evidencia que el 94% del total de pacientes con HTA, no consumen el alcohol, mientras el 06% del total de pacientes consumen el alcohol de forma inadecuada; asimismo respecto a los pacientes que poseen adherencia y no adherencia al tratamiento de la HTA, el mayor porcentaje de pacientes no consumen el alcohol; determinándose que la adherencia al tratamiento de la HTA no se asocia con el consumo de alcohol ($OR < 0.01$).

TABLA 05: PATRONES DE AUTOCUIDADO EN LA DIMENSIÓN DE DESCANSO, SUEÑO Y ADHERENCIA AL TRATAMIENTO DE LA HIPERTENSIÓN ARTERIAL DE PACIENTES DEL CENTRO DE SALUD DE CARMEN ALTO, AYACUCHO 2024.

DESCANSO Y SUEÑO	ADHERENCIA TRATAMIENTO DE LA HTA					
	NO		SI		TOTAL	
	N°	%	N°	%	N°	%
DESCANSO EN LA SEMANA						
NO	7	14	11	22	18	36
SI	12	24	20	40	32	64
TOTAL	19	38	31	62	50	100
DUERME PROMEDIO 08 HOR.						
NO	14	28	7	14	21	42
SI	5	10	24	48	29	58
TOTAL	19	38	31	62	50	100

Fuente: Entrevista realizada a los pacientes que acuden al EE.SS

Sig.	Exp(B)	95% C.I. para EXP(B)	
		LI	LS
0.196	2.82	0.58	13.57
0.002	0.091	0.19	0.429

En la tabla 05 se observa que el 36% del total de pacientes con HTA, no descansan en la semana después de la jornada laboral, mientras el 64% si hace uso de los días de descanso después de la jornada laboral; asimismo respecto a los pacientes que poseen adherencia y no adherencia al tratamiento de la HTA, el mayor porcentaje de pacientes hacen uso del descanso en la semana, determinándose que esta condición no se asocia con la adherencia al tratamiento de la HTA (OR: 2.82, IC 95, LI: 0.58, LS: 13.57). Respecto al numero de horas que emplea para dormir, el 58% duerme en promedio 08 horas, mientras el 42% duerme en promedio menos de 08 horas. En los pacientes que no poseen adherencia al tratamiento de la HTA (38%), el 28% que representa el mayor porcentaje duerme en promedio menos de 08 horas; mientras en los que poseen adherencia al tratamiento de la HTA (62%), el 48% que representa el mayor porcentaje duerme en promedio 08 horas; pero esta condición no se asocia con la adherencia al tratamiento de la HTA (OR: 0.091, IC 95, LI: 0.19, LS: 0.42).

TABLA 06: PATRONES DE AUTOCUIDADO EN LA DIMENSIÓN DEL CONTROL MÉDICO, Y ADHERENCIA AL TRATAMIENTO DE LA HIPERTENSIÓN ARTERIAL DE PACIENTES DEL CENTRO DE SALUD DE CARMEN ALTO, AYACUCHO 2024.

Control médico	ADHERENCIA TRATAMIENTO DE LA HTA					
	NO		SI		TOTAL	
	Nº	%	Nº	%	Nº	%
NO	9	18	5	10	14	28
SI	10	20	26	52	36	72
TOTAL	19	38	31	62	50	100

Fuente: Entrevista realizada a los pacientes que acuden al EE.SS

Sig.	Exp(B)	95% C.I. para EXP(B)	
		LI	LS
0.881	1.2	0.111	12.95

En la tabla 06 se observa que el 72% del total de pacientes con HTA, acuden al establecimiento de salud para su control periódico, mientras el 28% no acuden de forma periódica; asimismo respecto a los pacientes que poseen adherencia y no adherencia al tratamiento de la HTA, el mayor porcentaje de pacientes acuden a su control periódico; determinándose que la adherencia al tratamiento de la HTA no se asocia con el control médico (OR: 0.881, IC 95, LI: 0.111, LS: 12.95).

CAPÍTULO IV

DISCUSIÓN

Los pacientes con hipertensión arterial, necesitan de un cuidado especial y de un control exhaustivo, debido al riesgo de desarrollar grandes complicaciones a corto, mediano y largo plazo, generando mayor estancia hospitalaria, movilización de ingentes cantidades recursos humanos altamente especializados, equipamiento de punta entre otros, lo que genera incremento de los costos en la atención entre otros, por ende el objetivo principal del presente estudio fue relacionar los patrones de autocuidado con la adherencia al tratamiento de la hipertensión arterial de pacientes que acuden al Centro de Salud de Carmen Alto, ubicado en la ciudad de Ayacucho, al respecto de acuerdo a los resultados de la tabla 01, el mayor porcentaje de los pacientes (58%) muestran un patrón de autocuidado adecuado, mientras el 42% un patrón inadecuado. En relación a la adherencia al tratamiento de la hipertensión arterial (HTA), el 38% no muestran adherencia, mientras el 62% si muestra adherencia, el cual representa al mayor porcentaje. Es evidente que una proporción considerable de los pacientes desarrollan conductas riesgo; asimismo es vulnerable a desarrollar complicación alguna, más aún cuando el 48% de los pacientes al momento de la valoración muestran hipertensión arterial.

De acuerdo a los resultados de la tabla 01, en los pacientes con adherencia al tratamiento de la HTA que se representa el 62%, el mayor porcentaje (40%) muestran un patrón de autocuidado adecuado; mientras en los pacientes que no poseen adherencia (38%), el 20% poseen un patrón de autocuidado inadecuado, pero esas diferencias no son considerables; en general se determina que la adherencia al tratamiento de la hipertensión arterial, no se asocia a los patrones de autocuidado de los pacientes que acuden al Centro de Salud de Carmen Alto (OR: 02, IC 95, LI: 0.63, LS: 6.463).

El comportamiento de la adherencia al tratamiento de la hipertensión arterial varía en diferentes poblaciones; al respecto en un estudio realizado por Angulo I, et al (16), en Colombia el 2015, en pacientes hipertensos que asisten a consulta médica de primer nivel de atención, determinaron que el 46.5% de pacientes encuestados no presentaron adherencia al tratamiento; señalan a su vez que el 54.9% hace uso de tratamiento de origen natural.

En el estudio realizado por Anrango D (18), en Ecuador el 2021, en los adultos mayores del Centro de Salud Imbaya de Atuntaqui, determinaron que el 75.7% de encuestados no presentaron adherencia al tratamiento, el cual estuvo asociado a factores socioeconómicos como la pobreza, el nivel de educación, en pacientes con edad avanzada, el olvido; duración de la enfermedad, la cronicidad y el tiempo de evolución de la HTA, en el presente estudio la magnitud del problema afecta a más de dos tercios de los pacientes.

Mientras en el estudio realizado por Salguero N (17), en Colombia el 2020, en personas hipertensas, identificaron que el 16% presentaron alta adherencia, 39% adherencia moderada, mientras el 45% tuvo baja adherencia; debido entre otros a que el 77.42% olvida tomar su medicación, el 83.87% deja de tomar la medicación cuando sus síntomas están bajo control; es decir son factores que están relacionados con las respuestas del propio paciente frente al tratamiento.

En el estudio desarrollado por Sánchez E (23), en Tumbes el año 2021 en pacientes con hipertensión arterial esencial del Hospital I EsSalud Tumbes, determinaron que el 69% de los pacientes, presentaron un nivel de adherencia al tratamiento farmacológico, el 57% cumple con la frecuencia del tratamiento, el 74% cumple con las indicaciones médicas, es el mayor porcentaje de los pacientes muestran una

respuesta favorable frente al tratamiento de la enfermedad, lo que reduce el riesgo de complicación alguna.

Por otro lado en el estudio desarrollado por Velásquez Y (26) en Piura el año 2023, en pacientes hipertensos de un hospital de Piura, determinaron que el 42% de los pacientes hipertensos mostraron un nivel bajo de estilos de vida saludable, el 36% denotan un nivel medio y solo el 22% un nivel alto, lo que representa el menor porcentaje; asimismo; evidenciándose que los estilos de vida saludables se relacionan significativamente con la adherencia del tratamiento (Rho de Spearman fue de 0,883), lo que difiere con los resultados del presente estudio, porque la adherencia al tratamiento de la hipertensión arterial, no se asocia a los patrones de autocuidado del paciente.

Uno de los objetivos específico del presente estudio fue establecer la relación de los patrones de autocuidado en la dimensión de alimentación, con la adherencia al tratamiento de la hipertensión arterial de pacientes del Centro de Salud de Carmen Alto, según los resultados de la tabla 02, el mayor porcentaje de los pacientes (94%) que reciben tratamiento de la HTA, cumplen con el plan de alimentación, el 40% de pacientes muestran un inadecuado consumo de carbohidratos, el 92% consume en forma adecuada las grasas, el 82% consume la sal de forma adecuada; asimismo el mayor porcentaje consume de forma adecuada frutas (62%), verduras (82%), a la vez el 88% de los pacientes, no excede en el consumo de las bebidas azucaradas.

Respecto al análisis de regresión, el patrón de alimentación que se asocia con la adherencia al tratamiento de la hipertensión arterial, se encuentra el consumo de carbohidratos (OR: 5.86, IC 95, LI: 1.32, LS: 25.97); es decir los pacientes que consumen carbohidratos de forma inadecuada, poseen 5.8 más probabilidad de no lograr la adherencia al tratamiento de la hipertensión arterial. Es de conocimiento que

el consumo excesivo de carbohidratos puede condicionar el desarrollo de otros problemas como el sobrepeso, la obesidad, la diabetes mellitus tipo 2 entre otros; en general el mayor porcentaje de los pacientes no muestran conductas de riesgo alimenticio, excepto el del consumo frecuente de carbohidratos.

Conforme al estudio realizado por Pozo A (20), en Ecuador el año 2022, en pacientes con hipertensión arterial de 40-50 años del Centro de Salud Bambil, lograron identificar que el 57% de los pacientes consumen sal en mayor proporción, el 47% consume alimentos altos en grasa, el 50% de los pacientes a veces consume verduras y frutas y el 23% mencionaron que no consumen; el 67% de los pacientes tiene sobrepeso y el 33% tiene obesidad I, II, III, en general el mayor porcentaje de los pacientes desarrollan patrones de alimentación de riesgo, que no favorece el control de la HTA, resultados que difiere de forma significativa a los del presente estudio.

Otro de los objetivos específicos del presente estudio fue establecer la relación de los patrones de autocuidado en la dimensión de ejercicio físico, con la adherencia al tratamiento de la hipertensión Arterial en los pacientes del Centro de Salud de Carmen Alto. Conforme a los resultados de la tabla 03, el mayor porcentaje de los pacientes (56%) muestran una actividad física de riesgo, es decir son sedentarios; mientras el 44% realiza actividad física de forma normal; en los que no muestran adherencia al tratamiento de la HTA (38%), el 22% muestra actividad física de forma normal, lo que representa el mayor porcentaje; mientras en los que muestran adherencia al tratamiento (62%), el 40% que representa el mayor porcentaje muestra actividad física de riesgo, es decir no hay relación del impacto de la actividad física; en ese sentido la adherencia al tratamiento de la HTA, no se asocia con la actividad física de los pacientes con HTA (OR: 0.4, IC 95, LI: 0.12, LS: 1.29).

De acuerdo al estudio realizado por Montealegre L (21), en España en el año 2022, en pacientes del régimen subsidiado del distrito de Barranquilla-Colombia". Se pudo identificar que el 39% presentan conductas sedentarias, el 54% tiene una dieta baja en sal, 46% evita el consumo de grasas, azúcares y harinas, el 82% no consume bebidas alcohólicas y 98% no fuma, determinándose una significancia estadística de los estilos de vida con la adherencia al tratamiento farmacológico, condición que difiere de forma sustancial con los resultados del estudio.

El tercer objetivo específico del presente estudio fue establecer la relación de los patrones de autocuidado en la dimensión de consumo de alcohol, con la adherencia al tratamiento de la hipertensión Arterial, en pacientes del Centro de Salud de Carmen Alto, según los resultados de la tabla 04 se evidencia que el 94% del total de pacientes con HTA, no consumen el alcohol, mientras el 06% del total de pacientes consumen el alcohol de forma inadecuada; asimismo respecto a los pacientes que poseen adherencia y no adherencia al tratamiento de la HTA, el mayor porcentaje de pacientes no consumen el alcohol; determinándose que la adherencia al tratamiento de la HTA no se asocia con el consumo de alcohol ($OR < 0.01$).

Está demostrado el efecto hipertensivo del consumo crónico de alcohol cuando se sobrepasa un cierto umbral de bebida, correspondiente a unos 60 gramos de alcohol diarios (unas tres bebidas), asimismo el no consumo de bebidas alcohólicas no genera efecto alguno sobre la PA (40). En los resultados del presente estudio el mayor porcentaje de los pacientes que representa el 94% no consume alcohol, más aún que esta condición no se relaciona con la adherencia al tratamiento de la HTA.

El cuarto objetivo específico del presente estudio fue relacionar los patrones de autocuidado en la dimensión de descanso, sueño, con la adherencia al tratamiento de la hipertensión Arterial, en pacientes del Centro de Salud de Carmen Alto. De

acuerdo a los resultados de la tabla 05, el 36% del total de pacientes con HTA, no descansan en la semana después de la jornada laboral, mientras el 64% si hace uso de los días de descanso; asimismo respecto a los pacientes que poseen adherencia y no adherencia al tratamiento de la HTA, el mayor porcentaje de pacientes hacen uso del descanso en la semana, condición que no repercute en la adherencia al tratamiento de la HTA (OR: 2.82, IC 95, LI: 0.58, LS: 13.57).

Respecto al número de horas que emplea para dormir, el 58% duerme en promedio 08 horas, mientras el 42% duerme en promedio menos de 08 horas. En los pacientes que no poseen adherencia al tratamiento de la HTA (38%), el 28% que representa el mayor porcentaje duerme en promedio menos de 08 horas; mientras en los que poseen adherencia al tratamiento de la HTA (62%), el 48% que representa el mayor porcentaje duerme en promedio 08 horas; condición que no se asocia con la adherencia al tratamiento de la HTA (OR: 0.091, IC 95, LI: 0.19, LS: 0.42).

El ocio es un derecho fundamental del individuo, lo que favorece en la mejorar de la calidad de vida; es importante reducir los niveles de estrés, preocupación, ligado con la elevada carga laboral, presión social en poblaciones de alto riesgo, como son las personas con hipertensión arterial, en ese sentido hace necesario alternar con espacios de diversión, deporte, actividades lúdicas, uso de espacios para el esparcimiento (42). En los resultados de la tabla 05, se advierte que más de un tercio de los pacientes que representa el 36% no hacen uso de días de descanso en la semana posterior a la jornada laboral, asimismo el 42% duerme en promedio menos de 08 horas, ambos son condiciones de riesgo que va afectar la calidad de vida de las personas afectadas con HTA.

Otro de los objetivos específicos del presente estudio fue establecer la relación de los patrones de autocuidado en la dimensión del control médico, con la adherencia al

tratamiento de la hipertensión arterial, en pacientes del Centro de Salud de Carmen Alto, conforme a los resultados de la tabla 06 se observa que el 72% del total de pacientes con HTA, acuden al establecimiento de salud para su control periódico, mientras el 28% no acuden de forma periódica; asimismo respecto a los pacientes que poseen adherencia y no adherencia al tratamiento de la HTA, el mayor porcentaje de pacientes acuden a su control periódico; determinándose que la adherencia al tratamiento de la HTA no se asocia con el control médico (OR: 0.881, IC 95, LI: 0.111, LS: 12.95).

En el estudio desarrollado por Sotelo H (24) en Ica el 2022, en pacientes con diagnóstico de HTA del Hospital San Juan de Dios de Pisco, lograron establecer que el 78.4% no presenta adherencia al tratamiento, entre los factores se encuentra el factor socioeconómico (56%), mientras los factores relacionados con el proveedor en el sistema y equipo de salud, la mayoría presentó ventaja para adherencia al tratamiento en un 62.4%; es decir los pacientes con mayor acceso al control médico presentan mejor adherencia al tratamiento de la HTA, resultados que difieren del presente.

Conforme a los resultados del presente estudio, se hace evidente que los patrones de autocuidado no se asocian con la adherencia al tratamiento de la HTA, pero según los resultados del estudio desarrollado por Cumbal J (19) en Ecuador el 2021, en pacientes con hipertensión arterial en los barrios Mariano Acosta y Pugacho, se logró identificar que el 54.7% de los pacientes no responden a la adherencia al tratamiento, debido a factores socioeconómicos (38%), condición del sistema de salud (21%), el cual incluye el acceso a los servicios, disponibilidad de medicamentos, control médico; se identifica en los factores relacionados con la enfermedad (29%), como la evolución de la enfermedad, reacciones adversas al medicamento, entre otros.

En el presente estudio el 28% de los pacientes con HTA, no acuden de forma periódica a los servicios de salud, a diferencia del mayor porcentaje que acude en forma periódica a los servicios de salud, condición que repercute en los niveles de adherencia al tratamiento de la HTA; en ese sentido cerca de un tercio de los pacientes con HTA, viven en condición de vulnerabilidad, más aún cuando el 48% del total de pacientes al momento del abordaje muestran valores elevados de la presión arterial, condición empeora la condición de vulnerabilidad.

CONCLUSIONES

1. El 42% de los pacientes muestran un patrón de autocuidado inadecuado; mientras el 38% no muestran adherencia al tratamiento de la HTA, condición que no se asocia a los patrones de autocuidado en los pacientes que acuden al Centro de Salud de Carmen Alto (OR: 02, IC 95, LI: 0.63, LS: 6.463).
2. El mayor porcentaje (94%) de los pacientes con HTA, cumplen con el plan de alimentación, consume de forma adecuada grasas (92%), sal (82%) frutas (62%), verduras (82%), bebidas azucaradas (88%); sin embargo, el 40% consumen en forma inadecuada carbohidratos, el cual se asocia con la adherencia al tratamiento de la hipertensión arterial (OR: 5.86, IC 95, LI: 1.32, LS: 25.97).
3. El mayor porcentaje (56%) de los pacientes muestran actividad física de riesgo (conducta sedentaria), condición que no se asocia con la adherencia al tratamiento de la HTA (OR: 0.4, IC 95, LI: 0.12, LS: 1.29).
4. El mayor porcentaje de los pacientes con HTA (94%), no consumen alcohol, condición que no se asocia con la adherencia al tratamiento de la HTA (OR<01).
5. El uso de los días de descanso (OR: 2.82, IC 95, LI: 0.58, LS: 13.57), así como dormir menos de 08 horas (OR: 0.091, IC 95, LI: 0.19, LS: 0.42), no se asocia con la adherencia al tratamiento de la HTA; destacar que el 36% no descansan en la semana; asimismo el 42% duerme en promedio menos de 08 horas.
6. El mayor porcentaje de los pacientes (72%) con HTA, acuden al establecimiento de salud para su control periódico, mientras el 28% no acuden de forma periódica; determinándose que esta condición no se asocia con la adherencia al tratamiento de la HTA (OR: 0.881, IC 95, LI: 0.111, LS: 12.95).

RECOMENDACIONES

A la Dirección Regional de Salud a fin de fortalecer el Programa de Control y Manejo de Daños No transmisibles; asimismo fortalecer la vigilancia epidemiológica.

A las redes de Salud a fin de identificar y evaluar el nivel de riesgo de la población con HTA no controlada, que desarrollan patrones inadecuados de autocuidado y no muestran adherencia al tratamiento de la HTA.

Al Centro de Salud de Carmen Alto, a fin de fortalecer el seguimiento, control y manejo adecuado de los pacientes con HTA.

REFERENCIA BIBLIOGRÁFICA

1. Campbell N, Paccot M, Whelton P, Angell S, Jaffe M, Espinoza A & et ál. Directrices de la Organizavion Mundial de la Salud del 2021 sobre tratamiento farmacológico de la hipertensión implicaciones de política para la Región de las Américas. Revista Panamericana Salud Publica. 2022; 46(54).
2. Ayacucho D. sirisayacucho. [Online]; 2024. Acceso 10 de abril de 2024. Disponible en: <https://app.powerbi.com/view?r=eyJrljoiMTE0ZDEzMTMtZWJmYi00ZGY3LWJlZDgtZmEzMWU4ZjRiMjlxliwidCI6ImQ5OWFkOWI5LTE1ZDQtNGJlYy05MDE3LWFmOTdhOGFIMTk0MSIsImMiOiR9>.
3. Salud OMdl. Organizacion Mundial de la Salud. [Online]; 2023. Acceso 03 de abrilde 2024. Disponible en: <https://www.who.int/es/news/item/19-09-2023-first-who-report-details-devastating-impact-of-hypertension-and-ways-to-stop-it>.
4. Díaz A RABSGRyÁN. Evaluacion de la atencion medica a pacientes con hipertension arterial en cuatro areas urbanas. Revista Finlay. 2018; 8(2).
5. Salud OPd. Salud en las Americas. [Online]; 2021. Acceso 10 de abrilde 2024. Disponible en: <https://hia.paho.org/es/paises-2022/perfil-peru>.
6. Ruiz A CRyBA. Prevalencia e incidencia de hipertension arterial en Perú: Revision sistematica y metaanálisis. Revista peruana de medicina experimental y salud publica. 2021; 38(4).
7. informatica INdEe. INEI.GOB.PE. [Online]; 2021. Acceso 08 de abrilde 2024. Disponible en: <https://m.inei.gob.pe/prensa/noticias/el-399-de-peruanos-de-15-y-mas-anos-de-edad-tiene-al-menos-una-comorbilidad-12903/>.
8. Informatica INdEe. [internet].; 2022. Acceso 11 de abril de 2024. Disponible en: https://proyectos.inei.gob.pe/endes/2022/SALUD/ENFERMEDADES_ENDES_2022.pdf.
9. J GOyC. Mortalidad en el Perú. Cambios entre los años 2010 y 2018. Revista medica Herediana. 2022; 33(3).
10. González R MMCDROyHJ. Caracterización clínico-epidemiológica de la hipertensión arterial en adultos mayores. Revista Finlay. 2017; 7(2).
11. Perez M LJyFM. El control de la hipertension arterial: Un problema no resuelto. Revista Cubana de Medicina. 2011; 50(3).
12. B L. Hipertensión arterial: hechos esenciales. Revista uruguaya de cardiologia. 2012; 27(3).
13. Conte E. Morales Y NCZCBMyDM&e. La adherencia a los medicamentos en pacientes hipertensos y en muestra de la poblacion general. Revista de la OFIL. 2020; 30(4).
14. Herrera P PJVGyMG. Autoconocimiento, adherencia al tratamiento y control de la hipertension arterial en el Perú: una revision narrativa. Revista Peruana de Medicina Experimental y Salud Publica. 2017; 34(3).

- 15 G B. Manual MSD. [Online]; 2022. Acceso 12 de abril de 2024. Disponible en:
 . <https://www.msdmanuals.com/es-pe/professional/trastornos-cardiovasculares/hipertensi%C3%B3n/hipertensi%C3%B3n>.
- 16 Angulo I BVCNPIyRA. Factores asociados a la adherencia al tratamiento farmacológico en pacientes con hipertensión arterial que asisten a consulta médica de primer nivel de atención en tres municipios del departamento de Nariño y un municipio de Putumayo. tesis para optar el título de especialista en gerencia de la salud pública. San Juan de Pasto: Universidad Cesmedellin.
- 17 N S. Adherencia al tratamiento farmacológico en personas con diagnóstico de hipertensión arterial. Tesis para optar el título de especialista en auditoría en salud. Bogotá: Universidad Santo Tomás.
- 18 D A. Factores que intervienen en la adherencia al tratamiento farmacológico de hipertensión arterial y diabetes en los adultos mayores del centro de salud Imbaya de Atuntaqui. Tesis para optar el título de magister en salud pública- Mención Enfermería familiar. Ibarra: Universidad Técnica del Norte.
- 19 J C. Adherencia al tratamiento integral en pacientes con hipertensión arterial, barrios Mariano Acosta y Pugacho. Tesis para optar el título profesional de licenciada en Enfermería. Ecuador : Universidad Técnica del Norte.
- 20 A P. estado nutricional en pacientes con hipertensión arterial de 40-50 años, Centro de salud Bambil Deshecho, Santa Elena. Tesis para optar el título profesional de licenciada en Enfermería. Universidad estatal Península de Santa Elena, Ecuador.
- 21 Montealegre. Adherencia al tratamiento farmacológico y no farmacológico para el manejo de la hipertensión arterial y su relación con el estilo de vida y creencias en pacientes del régimen subsidiado en el distrito de Barranquilla-Colombia. tesis para optar el doctorado en metodología de la investigación biomédica y salud pública. Barcelona: Universidad Autónoma de Barcelona.
- 22 K R. Factores relacionados a la adherencia al tratamiento antihipertensivo en el adulto mayor de un hospital-Chiclayo, 2018. Tesis para optar el título profesional de licenciada en Enfermería. Universidad Señor de Sipán, La Libertad.
- 23 E S. Nivel de adherencia al tratamiento farmacológico en pacientes con hipertensión arterial esencial del Hospital I Essalud Tumbes 2021. Tesis para optar el título profesional de Médico cirujano. Universidad Nacional de Tumbes, Tumbes.
- 24 H S. Factores asociados a la adherencia al tratamiento en pacientes hipertensos del Hospital San Juan de Dios de Pisco, 2022. Tesis para optar el título profesional de médico cirujano. Universidad Privada San Juan Bautista, Ica.
- 25 H T. Factores de riesgo asociados en la no adherencia al tratamiento farmacológico antihipertensivo. Tesis para optar el título profesional de médico cirujano. Universidad Peruana Los Andes, Junín.
- 26 Y V. Estilos de vida saludable y adherencia al tratamiento en pacientes hipertensos de un hospital de Piura. Tesis para optar el grado de magister en gestión de los servicios de salud. Universidad César Vallejo, Piura.
- 27 R H. Adherencia terapéutica en pacientes con hipertensión arterial de 30 a 60 años atendidos en el servicio de cardiología del Hospital II Carlos Tupiza García Godos

- EsSalud. Ayacucho - 2018. Tesis para obtener el título profesional de químico farmacéutico. Universidad Nacional de San Cristóbal de Huamanga, Ayacucho.
- 28 V F. Seguimiento farmacoterapéutico en la calidad de vida relacionada con la salud en pacientes con hipertensión arterial atendidos en el Hospital Regional "Miguel Angel Mariscal Llerena", Ayacucho 2019. Tesis para optar el grado académico de maestra en atención farmacéutica y farmacia clínica. Universidad Nacional de San Cristóbal de Huamanga, Ayacucho.
- 29 J L. "Asociación entre índice de masa corporal y el nivel de hipertensión arterial en pacientes adultos mayores atendidos en el Centro de Salud Belén, enero - abril, Ayacucho 2023". Tesis para obtener el título profesional de médico cirujano. Universidad Nacional de San Cristóbal de Huamanga, Ayacucho.
- 30 M CRyL. Conocimientos, prácticas y actitudes en pacientes hipertensos en consulta externa en el centro de salud de Conchopata, agosto-septiembre Ayacucho 2022. Tesis para optar el título profesional de médico cirujano. UNIVERSIDAD NACIONAL DE SAN CRISTÓBAL DE HUAMANGA, Ayacucho.
- 31 Y CGyG. "Prácticas de autocuidado en adultos mayores con hipertensión arterial, que acuden al Centro Salud de Belén, Ayacucho 2023". Tesis para obtener el título profesional de licenciada en Enfermería. Universidad Nacional de San Cristóbal de Huamanga, Ayacucho.
- 32 OMS. NIH National Library of Medicine. [Online]; 2022. Acceso 12 de abril de 2024. Disponible en: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK586739/>.
- 33 Naranjo Y CJyRM. La teoría Déficit de autocuidado: Dorothea Elizabeth Orem. Gaceta Médica Espirituana. 2017; 19(3).
- 34 Prado L GMPNyRK. La teoría Déficit de autocuidado: Dorothea Orem punto. SciELO Cuba. 2014.
- 35 O O. Investigación y educación en Enfermería Colombia; 1993.
- 36 Ortega R JAPJCEyLSA. Pautas nutricionales en prevención y control de la hipertensión arterial. Nutrición hospitalaria. 2016; 33.
- 37 De Luis D ARyBJ. Aspectos terapéuticos de la dieta en la hipertensión arterial. Revista Nefrología Plus. 2008; 1(1).
- 38 M TRyA. OBJETIVOS TERAPÉUTICOS EN HIPERTENSIÓN ARTERIAL: METAS DE PRESIÓN ARTERIAL EN LOS DIVERSOS SUBGRUPOS DE HIPERTENSOS. Revista médica clínica las Condes. 2018; 29(1).
- 39 L S. Nuevas cifras de la presión arterial en las poblaciones peruanas de altura y la nueva guía americana de hipertensión arterial. Revista peruana de ginecología y obstetricia. 2018; 64(2).
- 40 Á DISAyU. Consumo de alcohol e hipertensión arterial. EDITORIAL. 2000; 17(2): p. 39;40;41.
- 41 Galán M CMyPS. Efectos del tabaquismo sobre la presión arterial de 24 h- evaluación mediante monitoreo ambulatorio de presión arterial. Revista cubana de Medicina. 2004; 43(5-6).

- 42 Ruiz D TSCMyMD. El tiempo libre y el ocio en el mejoramiento de la calidad de vida del adulto mayor. Dominio de las Ciencias. 2021; 7(4).
- 43 E B. Ejercicios fisicos en la prevencion de hipertension arterial. MEDISAN. 2016; 20(1).
- 44 Brito J MCFMyCV. Consumo de alimentos y actividad fisica en pacientes hipertensos de un cnetro de atencion primaria. Revista Cubana de Medicina General Integral. 2022; 38(1).
- 45 Lara E GSSGGDPEyLM. Evaluacion antropometrica del estado nutricional en pacientes hipertensos. Revista de Ciencias Medicas de Pinar del Rio. 2022; 26(1).
- 46 J PJyS. Estado nutricional del adulto en relacion al riesgo cardiovascular. Revista Sociedad Peruana de Medicina Interna. 2010; 23(3).
- 47 Salud Omdl. Hipertension arterial. [Online]; 2023. Acceso 03 de abrilde 2024. Disponible en: <https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/hypertension>.
- 48 corazon Aad. [internet].; 2021. Acceso 12 de abril de 2024. Disponible en: https://www.heart.org/-/media/files/health-topics/answers-by-heart/answers-by-heart-spanish/what-is-highbloodpressure_span.pdf.
- 49 R L. Etiologia y riesgos de la hipertension. ELSEVIER. 2001; 20(10).
- 50 Álvarez R TLGJIDBDLVe. Factores de riesgo de hipertension arterial en adultos.Una revision critica. Revista lationoamericana de hipertension. 2022; 17(2).
- 51 Montero O G,RyPM. Principales factores de riesgo de la hipertensión arterial. RECIMUNDO. 2023.
- 52 Petermann F DELAMMLAGA&e. Factores de riesgo asociados al desarrollo de hipertensión arterial en Chile. Revista medica de Chile. 2017; 145(8).
- 53 Arterial DdH. Diagnostico de Hipertension Arterial. Revista Médica Clínica Las Condes. 2018; 29(1).
- 54 Perú MdSd. Guia de practica clinica para la prevencion y control de la enfermedad hipertensiva en el primer nivel de atencion. Lima: Ministerio de Salud del Perú, Lima.
- 55 Sánchez R AMBH,CGKO&e. Guías Latinoamericanas de Hipertensión Arterial. Revista chilena de cardiologia. 2010; 29(1).
- 56 Gorostidi M GTDISAREREyVE&e. Guia practica sobre el diagnostico y tratamiento de la hipertension arterial, España.Sociedad española de hipertension-Liga española para lalucha de la hipertension arterial (SEH-LELHA). Hipertension y riesgo vascular. 2022; 39.
- 57 M R. Hipertension arterial : Novedades de las guias 2018. Revista Uruguaya de . Cardiologia. 2019; 34(1).
- 58 Pico A ADMYFD. Caracterización de la población diagnosticada con hipertensión arterial en una. Polo del conocimiento. 2020.
- 59 M SRyG. Presión arterial y progresión de la enfermedad renal crónica. NefroPlus – Nefrología Basada en la Evidencia. 2013.

- 60 A RNyZ. Manifestaciones oftalmológicas de la hipertensión arterial. Anales del Sistema Sanitario de Navarra. 2008; 31(3).
- 61 A V. Consecuencias de la hipertensión. Revista de la Sociedad de Medicina Interna. .
- 62 -pacientes IFdP. La adherencia al tratamiento: Cumplimiento y constancia para mejorar la calidad de vida [internet].Acceso 04 de abril de 2024. Disponible en: <http://envejecimiento.csic.es/documentos/documentos/pfizer-adherencia-01.pdf>.
- 63 Hernández I SNGIGSDIBAyTS&. Adeherencia al tratamiento en los pacientes de consulta externa de los centros de salud de Quito. Revista metro ciencia. 2018; 26(1).
- 64 Garcés J QSDESSSXSG&e. Adherencia al tratamiento de la hipertension arterial en adultos mayores. Revista latinoamericana de Hipertension. 2020; 15(5).
- 65 salud Omdl. Adherencia a los tratamientos a largo plazo [internet].; 2004. Acceso 19 de abril de 2024. Disponible en: <https://www3.paho.org/hq/dmdocuments/2012/WHO-Adherence-Long-Term-Therapies-Spa-2003.pdf>.
- 66 Ortega J SDROyOJ. Adherencia terapeutica: Un problema de atencion medica. Acta medica Grupo Ángeles. 2018; 16(3).
- 67 Zurera I CMyRM. Ánlisis de los factores que determinan la adherencia terapeutica del paciente hipertenso. Enfermeria nefrologica. 2014; 17(4).
- 68 Hernández R. Fernández C. y Baptista P. Metodología de la Investigación. 5th ed. . Mexico: Mc Graw- Hill; 2013.
- 69 Rodríguez M GEAPRAYFM. Revisión de tests de medición del cumplimiento . terapéutico utilizados en la práctica clínica. Atencion primaria. 2008; 40(8).
- 70 OMS. Micronutrientes multiples en polvo para el enriquecimiento domestico de los . alimentos consumidos por niños de 6 a 23 meses..
- 71 MINSA. plan nacional para la reduccion de desnutricion cronicaa infantil y la . prevalencia de la anemia en el pais 2014-2016. Lima:, Lima.
- 72 Elizabeth MDY. Conocimientos, actitudes y practicas de las madres sobre la . prevencion de la anemia ferropenica en niños menores de 5 años de edad que asisten a la MICRO RED Jae- Puno, Setiembre - Octubre del 2017. Tesis para obter el titulo profesional de licenciada en Nutricion Humana. puno: Universidad Nacional del Antiplano Facultad de CIENCIAS de la Salud Escuela Profesional de Nutricion Humana.
- 73 Caceda PE YRK. Nivel de conocimiento y practicas del uso de . multimicronutrientes administrados por madres a lactantes que acuden al Centro de Salud Union - Trujillo 2017. Tesis para obter el título profesional de licenciada en enfermería. Trujillo: Universidad privada Antenor Orrego Facultad de Ciencias de la salud Escuela Profesional de Enfermeria.

ANEXOS

ANEXO N° 1

UNIVERSIDAD NACIONAL DE SAN CRISTOBAL DE HUAMANGA FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD CUESTIONARIO PARA EVALUAR PATRONES DE AUTOCUIDADO PARA CONTROL LA HTA

INSTRUCCIONES:

Buenos días, somos egresados de la Escuela Profesional de Enfermería, venimos realizando un estudio, cuyo propósito es identificar los patrones de autocuidado para el control de la HTA, la información que se proporciona será de carácter anónimo y confidencial en tal sentido solicitamos su colaboración para la ejecución de dicho instrumento. A continuación, realice la evaluación sobre sus conductas o estilos de vida saludable teniendo en cuenta los siguientes ítems:

ITEMS	DIMENSIONES	SI	NO	Observaciones
	ALIMENTACIÓN			
01	¿Durante la semana en más de 05 días cumple con un plan de alimentación saludable?	0	1	
02	¿Durante la semana en más de 05 días consume más carbohidratos como papas, harinas en relación a otros alimentos?	1	0	
03	¿Durante la semana en más de 05 días consume más alimentos con alto contenido de grasa, en relación a otros alimentos?	1	0	
04	¿Durante la semana a diario consume alimentos con alto contenido de sal?	1	0	
05	¿Durante la semana a diario consume frutas?	0	1	
06	¿Durante la semana a diario consume verduras?	0	1	
07	¿Durante la semana a diario o interdiario consumió bebidas azucaradas, tortas, galletas, helados?	1	0	
	EJERCICIOS			
08	¿Durante la semana como mínimo 03 veces a la semana realiza por lo menos 30 minutos de actividad física? (incluyendo caminar).	0	1	

	CONSUMO DE SUSTANCIAS PSICOACTIVAS			
09	¿Durante la semana consume de forma frecuente cigarrillo, tabaco?	1	0	
10	¿Durante se semana consume bebidas alcohólicas?	1	0	
	USO ADECUADO DEL TIEMPO LIBRE Y DEL SUEÑO			
11	¿Durante se semana hace pausas para descansar y evitar el estrés?	0	1	
12	¿Durante se semana duerme en promedio 08 horas?	0	1	
	CONTROL MÉDICO			
13	¿De forma periódica acude al Centro de Salud o al médico?	0	1	
14	¿Periódicamente realiza control, presión arterial, peso, examen de glucosa, colesterol, entre otros?	0	1	

Los resultados de la evaluación arrojan lo siguiente:

- Patrones de conducta inadecuados (00-10)
- Patrones de adecuados (11-14)

Autores:

Quichca Infanzon, Zyntia Esperanza y Bellido Quispe, Yuly Marleni, adaptado de Toapanta RE. Adherencia al tratamiento en pacientes con diabetes mellitus tipo 2 del dispensario San Vicente 4. Comuna San Vicente Santa Elena. 2021.

ANEXO N° 2:

UNIVERSIDAD NACIONAL DE SAN CRISTOBAL DE HUAMANGA ESCUELA DE POS GRADO – MAESTRIA EN SALUD PÚBLICA TEST MORISKY GREEN

Antes de formular algunas preguntas sobre el tratamiento que está recibiendo para la diabetes, por favor, tome en cuenta lo siguiente:

¿En qué año le diagnosticaron la enfermedad?.....

¿Hace cuantos años viene recibiendo el tratamiento contra la enfermedad?.....

¿Recuerda el nombre de los medicamentos que está recibiendo?

Sí () No ()

Precise el nombre de los medicamentos que está recibiendo:

.....
.....
.....
.....

A Continuación, responda los enunciados siguientes:

ITEMS	SI	NO
1. ¿Se olvida alguna vez de tomar los medicamentos para tratar su enfermedad?	X1	2
2. ¿Toma los medicamentos a las horas indicadas?	1	X2
3. Cuando se encuentra bien, ¿deja de tomar la medicación?	X1	2
4. Si alguna vez se siente mal, ¿deja usted de tomar la medicación?	X1	2

Valoración:

- Sin adherencia (1,2,1,1)
- Con adherencia (2,1,2,2)

ANEXO N° 03
MATRIZ DE CONSISTENCIA

“PATRONES DE AUTOCUIDADO Y ADHERENCIA AL TRATAMIENTO DE LA
HIPERTENSIÓN ARTERIAL DE PACIENTES QUE ACUDEN AL CENTRO DE SALUD
CARMEN ALTO, AYACUCHO 2024”

PROBLEMA	OBJETIVOS	HIPOTESIS	VARIABLE	METODOLOGIA
PROBLEMA CENTRAL: ¿Cuál es la relación de los patrones de autocuidado en la adherencia al tratamiento de la hipertensión arterial de pacientes que acuden al Centro de Salud de Carmen Alto, Ayacucho 2024? PROBLEMAS ESPECÍFICOS: -¿Cuál es la influencia de los patrones de autocuidado en la dimensión de alimentación, en la adherencia al tratamiento de la hipertensión Arterial de pacientes que acuden al Centro de Salud de Carmen Alto, Ayacucho 2024? -¿Cuál es la relación de los patrones de autocuidado en la dimensión de ejercicio físico, en la adherencia al tratamiento de la hipertensión Arterial de pacientes que acuden al Centro de Salud de Carmen Alto, Ayacucho 2024? -¿Cuál es la relación de los patrones de autocuidado en la dimensión de consumo de sustancias psicoactivas, en la adherencia al tratamiento de la hipertensión Arterial de pacientes que acuden al Centro de Salud de Carmen Alto Ayacucho 2024? -¿Cuál es la relación de los patrones de autocuidado en la dimensión de uso adecuado del tiempo libre, sueño, en la adherencia al tratamiento de la hipertensión Arterial de pacientes que acuden al Centro de Salud de Carmen Alto, Ayacucho 2024? -¿Cuál es la relación de los patrones de autocuidado en la dimensión del control médico, en la adherencia al tratamiento de la hipertensión Arterial de pacientes que acuden al Centro de Salud de Carmen Alto, Ayacucho 2024? -¿Cómo es el estado nutricional y la adherencia al tratamiento de la hipertensión Arterial de pacientes que acuden al Centro de Salud de Carmen Alto, Ayacucho 2024?	OBJETIVO GENERAL: Establecer la relación de los patrones de autocuidado con la adherencia al tratamiento de la hipertensión arterial de pacientes que acuden al Centro de Salud de Carmen Alto, Ayacucho 2024. OBJETIVOS ESPECIFICOS: -Establecer la relación de los patrones de autocuidado en la dimensión de alimentación, en la adherencia al tratamiento de la hipertensión Arterial de pacientes que acuden al Centro de Salud de Carmen Alto, Ayacucho 2024. -Establecer la relación de los patrones de autocuidado en la dimensión de ejercicio físico, en la adherencia al tratamiento de la hipertensión Arterial de pacientes que acuden al Centro de Salud de Carmen Alto, Ayacucho 2024. -Establecer la relación de los patrones de autocuidado en la dimensión de consumo de sustancias psicoactivas, en la adherencia al tratamiento de la hipertensión Arterial de pacientes que acuden al Centro de Salud de Carmen Alto Ayacucho 2024. -Establecer la relación de los patrones de autocuidado en la dimensión de uso adecuado del tiempo libre, sueño, en la adherencia al tratamiento de la hipertensión Arterial de pacientes que acuden al Centro de Salud de Carmen Alto, Ayacucho 2024. -Establecer la relación de los patrones de autocuidado en la dimensión del control médico en la adherencia al tratamiento de la hipertensión arterial de pacientes que acuden al Centro de Salud de Carmen Alto, Ayacucho 2024. -Evaluar el estado nutricional y la adherencia al tratamiento de la hipertensión arterial de pacientes que acuden al Centro de Salud de Carmen Alto, Ayacucho 2024.	Hi: Los patrones de autocuidado se relacionan con la adherencia al tratamiento de la hipertensión arterial de pacientes que acuden al Centro de Salud de Carmen Alto, Ayacucho 2024. Ho: Los patrones de autocuidado no se relacionan con la adherencia al tratamiento de la hipertensión arterial de pacientes que acuden al Centro de Salud de Carmen Alto, Ayacucho 2024.	a. Variable independiente: Patrones de autocuidado Alimentación Ejercicio. Consumo de sustancia psicoactivas. Uso adecuado del tiempo libre y sueño. Control médico Estado nutricional b. Variable secundaria: Adherencia al tratamiento de la hipertensión arterial	Estudio de tipo aplicada. Diseño: No experimental, descriptivo, explicativa de corte transversal. Población: Pacientes con HTA, que acuden al Centro de Salud de Carmen Alto. Muestreo no probabilístico accidentado: Técnica: Entrevista estructurada.

ANEXO N° 04

FORMATO DE JUICIO DE EXPERTOS

I. ASPECTOS GENERALES

1.1. Apellidos y nombres del informante (Experto):

.....

1.2. Grado académico del experto:

.....

1.3. Profesión del experto:

.....

1.4. Institución donde labora el experto:

.....

1.6 Denominación del Instrumento:

- CUESTIONARIO PARA EVALUAR PATRONES DE AUTOCUIDADO PARA

1.7. Autores del instrumento:

- Jaime Jhonatan Ircañaupa Rupay y Monica Vanessa Yauri De La Cruz

1.8. Título de la tesis:

"PATRONES DE AUTOCUIDADO Y ADHERENCIA AL TRATAMIENTO DE LA HIPERTENSIÓN ARTERIAL DE PACIENTES QUE ACUDEN AL CENTRO DE SALUD CARMEN ALTO, AYACUCHO 2024"

II. CRITERIOS DE VALIDACIÓN

CRITERIOS	Indicadores de evaluación del instrumento	SI	NO	Observaciones
1. CLARIDAD	Están formulados con lenguaje apropiado que facilita su comprensión.			
2. OBJETIVIDAD	Están expresados en conductas observables, medibles.			
3. CONSISTENCIA	Existe una organización lógica en los contenidos y relación con la teoría.			
4. COHERENCIA	Existe relación de los contenidos con los indicadores de la variable			
5. PERTINENCIA	Las categorías de respuestas y sus valores son apropiados.			
6. SUFICIENCIA	Son suficientes la cantidad y calidad de ítems presentados en el instrumento.			

Ayacucho,

del 2024

FIRMA DEL EXPERTO

ANEXO 05
MODELO DE CONSENTIMIENTO INFORMADO

Yo.....identificado con DNI

N°.....

Domiciliado

en.....Distrito.....Región.....

He tomado conocimiento del estudio titulado:

“PATRONES DE AUTOCUIDADO Y ADHERENCIA AL TRATAMIENTO DE LA HIPERTENSIÓN ARTERIAL DE PACIENTES QUE ACUDEN AL CENTRO DE SALUD CARMEN ALTO, AYACUCHO 2024”, y declaro participar como informante, y me comprometo a participar y dar la información fidedigna para el estudio arriba mención, debido a que este acto no compromete mi integridad, física y psicológica. Para dar conformidad este acto firmo y estampo mi huella digital al pie.

Lugar y Fecha.....

FIRMA Y HUELLA.

ANEXO N° 06

ADHERENCIA Y CONTROL DE LA HIPERTENSIÓN ARTERIAL DE PACIENTES QUE ACUDEN AL CENTRO DE SALUD DE CARMEN ALTO, AYACUCHO 2024.

Tabla cruzada PRESIONACTUAL*ADHERENCIA

		ADHERENCIA		Total
		CON ADHERENCIA	SIN ADHERENCIA	
PRESIONACTUAL	CONTROLADO	Recuento	19	7
		% del total	38,0%	14,0%
	ELEVADO	Recuento	12	12
		% del total	24,0%	24,0%
Total	Recuento		31	19
	% del total		62,0%	38,0%
				100,0%

ANEXO N° 07
Formato de juicio de experto

FORMATO DE JUICIO DE EXPERTOS

I. ASPECTOS GENERALES

- 1.1. Apellidos y nombres del informante (Experto): ESQUIVELA GONZALEZ GIANCARLOS
- 1.2. Grado académico del experto: UNIVERSITARIO PSE GRADO
- 1.3. Profesión del experto: MAESTRO EN CIENCIAS
- 1.4. Institución donde labora el experto: CS BELÉN
- 1.5. Cargo que desempeña: ENFERMEDADES DE DAÑOS NO TRANSMISIBLES
- 1.6. Denominación del Instrumento: CUESTIONARIO PARA CUALQUIER PATRONES DE AUTOCUIDADO PARA CONTROL DE HTA
- 1.7. Autor del instrumento:
- 1.8. Título de la tesis:

"PATRONES DE AUTOCUIDADO Y ADHERENCIA AL TRATAMIENTO DE LA HIPERTENSIÓN ARTERIAL DE PACIENTES QUE ACUDEN AL CENTRO DE SALUD CARMEN ALTO, AYACUCHO 2024"

II. CRITERIOS DE VALIDACIÓN

CRITERIOS	Indicadores de evaluación del instrumento	SI	NO	Observaciones
1. CLARIDAD	Están formulados con lenguaje apropiado que facilita su comprensión.	✓		
2. OBJETIVIDAD	Están expresados en conductas observables, medibles.	✓		
3. CONSISTENCIA	Existe una organización lógica en los contenidos y relación con la teoría.	✓		
4. COHERENCIA	Existe relación de los contenidos con los indicadores de la variable	✓		
5. PERTINENCIA	Las categorías de respuestas y sus valores son apropiados.	✓		
6. SUFICIENCIA	Son suficientes la cantidad y calidad de ítems presentados en el instrumento.	✓		

Ayacucho, 24 de junio del 2024.


Giancarlo Esquivela
 MEDICO CIRUJANO
 C.M.P. 095096 DNI: 71081111

FORMATO DE JUICIO DE EXPERTOS

I. ASPECTOS GENERALES

- 1.1. Apellidos y nombres del informante (Experto): Noemi Delfina Cruz Quispe
 1.2. Grado académico del experto: Universidad sup.
 1.3. Profesión del experto: Enfermera
 1.4. Institución donde labora el experto: C.S. "Belen"
 1.5. Cargo que desempeña: D.N.T.
 1.6. Denominación del Instrumento: Cuestionario p/ evaluar patrones de autocuidado
 1.7. Autor del instrumento: .
 1.8. Título de la tesis:

"PATRONES DE AUTOCUIDADO Y ADHERENCIA AL TRATAMIENTO DE LA HIPERTENSIÓN ARTERIAL DE PACIENTES QUE ACUDEN AL CENTRO DE SALUD CARMEN ALTO, AYACUCHO 2024"

II. CRITERIOS DE VALIDACIÓN

CRITERIOS	Indicadores de evaluación del instrumento	SI	NO	Observaciones
1. CLARIDAD	Están formulados con lenguaje apropiado que facilita su comprensión.	✓		
2. OBJETIVIDAD	Están expresados en conductas observables, medibles.	✓		
3. CONSISTENCIA	Existe una organización lógica en los contenidos y relación con la teoría.	✓		
4. COHERENCIA	Existe relación de los contenidos con los indicadores de la variable	✓		
5. PERTINENCIA	Las categorías de respuestas y sus valores son apropiados.	✓		
6. SUFICIENCIA	Son suficientes la cantidad y calidad de ítems presentados en el instrumento.	✓		

Ayacucho, 24 de junio del 2024.


 Noemi D. Cruz Quispe
 LIC. EN ENFERMERIA
 CEP: 34114

FORMATO DE JUICIO DE EXPERTOS

I. ASPECTOS GENERALES

- 1.1. Apellidos y nombres del informante (Experto): Livia Gualde Willy Sami
- 1.2. Grado académico del experto: Universitario
- 1.3. Profesión del experto: Médico Cirujano
- 1.4. Institución donde labora el experto: C.S. San José de Secce
- 1.5. Cargo que desempeña: Programa de Enfermedades de Dejar no Transmisibles
- 1.6. Denominación del Instrumento:
- 1.7. Autor del instrumento:
- 1.8. Título de la tesis:

"PATRONES DE AUTOCUIDADO Y ADHERENCIA AL TRATAMIENTO DE LA HIPERTENSIÓN ARTERIAL DE PACIENTES QUE ACUDEN AL CENTRO DE SALUD CARMEN ALTO, AYACUCHO 2024"

II. CRITERIOS DE VALIDACIÓN

CRITERIOS	Indicadores de evaluación del instrumento	SI	NO	Observaciones
1. CLARIDAD	Están formulados con lenguaje apropiado que facilita su comprensión.	✓		
2. OBJETIVIDAD	Están expresados en conductas observables, medibles.	✓		
3. CONSISTENCIA	Existe una organización lógica en los contenidos y relación con la teoría.	✓		
4. COHERENCIA	Existe relación de los contenidos con los indicadores de la variable	✓		
5. PERTINENCIA	Las categorías de respuestas y sus valores son apropiados.	✓		
6. SUFICIENCIA	Son suficientes la cantidad y calidad de ítems presentados en el instrumento.	✓		

Ayacucho, 24 de junio del 2024.


 Dr. Willy Samir Livia Gualde
 MEDICO CIRUJANO
 C.M.P. 94863

FORMATO DE JUICIO DE EXPERTOS

I. ASPECTOS GENERALES

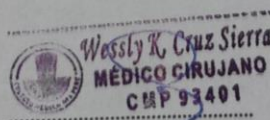
- 1.1. Apellidos y nombres del informante (Experto): Cruz Sierra Wessly K.
 1.2. Grado académico del experto: Univarsitario Superior
 1.3. Profesión del experto: Medico Cirujano
 1.4. Institución donde labora el experto: C.S. Vinchas
 1.5. Cargo que desempeña: Medico (DNT)
 1.6. Denominación del Instrumento: Cuestionario para evaluar patrones de autocuidado HTA
 1.7. Autor del instrumento:
 1.8. Título de la tesis:

"PATRONES DE AUTOCUIDADO Y ADHERENCIA AL TRATAMIENTO DE LA HIPERTENSIÓN ARTERIAL DE PACIENTES QUE ACUDEN AL CENTRO DE SALUD CARMEN ALTO, AYACUCHO 2024"

II. CRITERIOS DE VALIDACIÓN

CRITERIOS	Indicadores de evaluación del instrumento	SI	NO	Observaciones
1. CLARIDAD	Están formulados con lenguaje apropiado que facilita su comprensión.	✓		
2. OBJETIVIDAD	Están expresados en conductas observables, medibles.	✓		
3. CONSISTENCIA	Existe una organización lógica en los contenidos y relación con la teoría.	✓		
4. COHERENCIA	Existe relación de los contenidos con los indicadores de la variable	✓		
5. PERTINENCIA	Las categorías de respuestas y sus valores son apropiados.	✓		
6. SUFICIENCIA	Son suficientes la cantidad y calidad de ítems presentados en el instrumento.	✓		

Ayacucho, 24 de junio del 2024.



FORMATO DE JUICIO DE EXPERTOS

I. ASPECTOS GENERALES

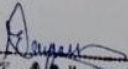
- 1.1. Apellidos y nombres del informante (Experto): Polloypueri Velásquez, Eliza Caro
- 1.2. Grado académico del experto: Universitario
- 1.3. Profesión del experto: Lic. en Enfermería
- 1.4. Institución donde labora el experto: C.S. San José de Sece
- 1.5. Cargo que desempeña: Responsable del programa de enfermedades de daños notorios
- 1.6. Denominación del Instrumento:
- 1.7. Autor del instrumento:
- 1.8. Título de la tesis:

"PATRONES DE AUTOCUIDADO Y ADHERENCIA AL TRATAMIENTO DE LA HIPERTENSIÓN ARTERIAL DE PACIENTES QUE ACUDEN AL CENTRO DE SALUD CARMEN ALTO, AYACUCHO 2024"

II. CRITERIOS DE VALIDACIÓN

CRITERIOS	Indicadores de evaluación del instrumento	SI	NO	Observaciones
1. CLARIDAD	Están formulados con lenguaje apropiado que facilita su comprensión.	✓		
2. OBJETIVIDAD	Están expresados en conductas observables, medibles.	✓		
3. CONSISTENCIA	Existe una organización lógica en los contenidos y relación con la teoría.	✓		
4. COHERENCIA	Existe relación de los contenidos con los indicadores de la variable.	✓		
5. PERTINENCIA	Las categorías de respuestas y sus valores son apropiados.	✓		
6. SUFICIENCIA	Son suficientes la cantidad y calidad de ítems presentados en el instrumento.	✓		

Ayacucho, 24 de junio del 2024.


 Lic. Eliza C. Polloypueri Velásquez
 C.E.P. 68660

ANEXO N° 08

SOLICITO: PERMISO PARA REALIZAR
TRABAJO DE INVESTIGACIÓN EN EL
CENTRO DE SALUD DE CARMEN ALTO.

Lic. Yolanda Mancilla Castro

DIRECTORA EJECUTIVA DE LA RED DE SALUD HUAMANGA



Yo, IRCAÑAUPA RUPAY, Jaime Jhonatan
identificado con DNI: 71006531, domiciliado
en el Psj. Santa Rosa de Lima Mz. T. Lt. 13 -
Carmen Alto - Huamanga - Ayacucho y
YAURI DE LA CRUZ, Monica Vanessa con
DNI: 70390560 domiciliado en JR. Cavallales
Mz. G Lt. 6, con el debido respeto nos
presentamos y exponemos:

Que, habiendo culminado nuestros estudios en la Universidad Nacional
San Cristóbal De Huamanga de la Escuela Profesional De Enfermería,
solicitamos a Ud. permiso para poder ejecutar nuestro proyecto de tesis
titulado: "PATRONES DE AUTOCUIDADO Y ADHERENCIA AL
TRATAMIENTO DE LA HIPERTENSIÓN ARTERIAL DE PACIENTES QUE
ACUDEN AL CENTRO DE SALUD CARMEN ALTO, AYACUCHO 2024",
Aprobado mediante la RESOLUCIÓN DECANAL N° 902-2024-UNSC-FCSA-
D. Siendo el tipo de información requerida sumamente importante, para dicha
recolección de datos se usara cuestionario elaborado por los investigadores previo
consentimiento informado.

POR TANTO

Rogamos a usted, acceder a nuestra solicitud por ser justa y necesaria.

Ayacucho, 26 de agosto del 2024


IRCAÑAUPA RUPAY, Jaime Jhonatan
DNI N.º 71006531
COD. 14171217


YAURI DE LA CRUZ, Monica Vanessa
DNI N.º 70390560
COD. 14160101



"Año del Bicentenario, de la consolidación de nuestra Independencia, y de la conmemoración de las heroicas batallas de Junín y Ayacucho"

AUTORIZACIÓN DE EJECUCIÓN DE INVESTIGACIÓN

Referencia: Solicitud de autorización para realizar trabajo de investigación

Reg. Doc N°08535577
Reg. Exp N°04604201

La Red de Salud Huamanga, por medio del presente, comunica a:

Los Egresados de la Facultad de Ciencias de la Salud de la Universidad Nacional de San Cristóbal Jaime Jhonatan Ircañupa Rupay y Mónica Vanessa Yauri De La Cruz, presentaron el Proyecto de Tesis titulado. "Patrones de autocuidado y adherencia al tratamiento de la hipertensión arterial de pacientes que acuden al Centro de Salud Carmen Alto, Ayacucho 2024".

Que, al haberse evaluado la solicitud recibida, se **AUTORIZA** la ejecución del trabajo de investigación, la presente tiene vigencia hasta el 31 de diciembre del año 2024.

RESPONSABILIDAD DE LOS INVESTIGADORES:

- 1) Programar y coordinar con la oficina de Recursos Humanos del Centro de Salud Carmen Alto para el ingreso en el desarrollo de la presente investigación
- 2) Cumplir con brindar el instrumento para el levantamiento de información
- 3) Una vez concluido el trabajo de investigación, se solicita brindar la información mediante un informe resumido con atención al área de investigación de la SEDE administrativa de la Red de Salud Huamanga, para la socialización al área competente.

Ayacucho, 03 de setiembre del 2024



M.V. S. Melina Córdova Zorrilla
Resp. Área de Investigación
Red de Salud Huamanga



MEMORANDO MULT. N° 455 -24-GRA/GG-GRDS-DRSA-RS HGA-DE-ORRH

A : JEFES DE ESTABLECIMIENTOS DE SALUD DE LA RED DE SALUD HUAMANGA

ASUNTO: Brindar facilidades para ejecución de Trabajos de Investigación

Doc. Ref.: Solicitudes de autorización Reg. Doc N°08517611

Reg. Doc N°08535577

FECHA : Ayacucho, 03 de setiembre del 2024

Por el presente, se da constancia de autorización para la ejecución de trabajos de investigación, a los solicitantes; debiendo brindar facilidades a partir de la fecha hasta el 31 de diciembre del 2024, según indica, los cronogramas de actividades que se adjuntan.



Proyecto de Investigación Científica - UNSCH	Tema
Dra Nilda Aurea Apayco Espinoza	"Caracterización molecular de factores de virulencia asociados a cepas de <i>Staphylococcus aureus</i> resistentes a meticilina (SARM) aisladas del personal de salud de la Red de Salud Huamanga, Ayacucho, Perú, 2023"
Mg. Alexandra Antonieta Urrutia Zegarra	
Bach. Yesenia Palmira Ccorimanya De La Cruz	
Bach. Ana Melina Rojas Mendoza	
Investigadores (Tesis)	Tema
Jaime Jhonatan Ircañaupa Rupay	"Patrones de autocuidado y adherencia al tratamiento de la hipertensión arterial de pacientes que acuden al Centro de Salud Carmen Alto, Ayacucho 2024"
Mónica Vanessa Yauri De La Cruz	

Al presente se adjuntan al presente la constancia de autorización.

Atentamente,

RED DE SALUD HUAMANGA
OFICINA DE ADMINISTRACIÓN
UNIDAD DE RECURSOS HUMANOS
CONDEZO SALVATIERRA
JEFE (E)

C.c.
Archivo

ANEXO N° 08

Fotos



Ilustración 1: Mapa de riesgos no transmisibles de Carmen Alto



Ilustración 2: Aplicación de encuesta a paciente hipertenso



Ilustración 3: Aplicación de encuesta a paciente hipertenso



Ilustración 4: Aplicación de encuesta a paciente hipertenso



Ilustración 5: Aplicación de encuesta a paciente hipertenso

ACTA DE SUSTENTACIÓN DE TESIS
RESOLUCIÓN DECANAL N° 1310 2024-UNSCH-FCSA-D

En la ciudad de Ayacucho, siendo las 15 horas del día 10 de diciembre del año dos mil veinticuatro, se reunieron en el Auditorio de la Escuela Profesional de enfermería los docentes miembros del jurado de la Escuela Profesional de Enfermería por mayoría, debido a la ausencia de la Dra. Iris Jara de Aronés, para el acto de sustentación de trabajo de tesis titulado: **Patrones de autocuidado y adherencia a tratamiento de la hipertensión arterial de pacientes que acuden al Centro de Salud Carmen Alto, Ayacucho 2024**, presentado por los Bachilleres: **Jaime Jhonatan IRCAÑAUPA RUPAY y Monica Vanessa YAURI DE LA CRUZ**, para optar el título profesional de Licenciado(a) en Enfermería.

Miembros del Jurado de Sustentación conformado por:

Presidente : Prof. Julia C. Salcedo Cancho (delegado por el decano)
Miembros : Prof. Iris Jara de Aronés
: Prof. Indalecio Tenorio Acosta
: Prof. Juli F. Palomino Mayhua
Miembro asesor : Prof. Manglio Aguirre Andrade
Secretario Docente : Prof. Eva E. Yauri Güere

Con el quorum de reglamento por mayoría debido a la ausencia de la Dra. Iris Jara de Aronés se inició la sustentación de tesis, la presidente del Jurado Evaluador la Dra. Julia C. Salcedo Cancho, quien solicita a la secretaria Docente a dar lectura a los documentos presentados por la recurrente, y da algunas indicaciones a los sustentantes. Da inicio la exposición los Bachilleres: **Jaime Jhonatan IRCAÑAUPA RUPAY y Monica Vanessa YAURI DE LA CRUZ**, una vez concluida con la exposición, la presidenta de la comisión solicita a los miembros del jurado evaluador realizar sus respectivas preguntas, dudas y o aclaraciones, iniciando Profesora Julia F. Palomino Mayhua, luego el Profesor Indalecio Tenorio Acosta y la Profesora Julia C. Salcedo Cancho; inmediatamente se da pase al asesor de tesis Profesor Manglio Aguirre Andrade, para que pueda aclarar algunas preguntas, interrogantes o aclaraciones. La presidenta invita a las sustentantes abandonar el espacio del auditorio de la escuela profesional de Enfermería para que puedan proceder con la calificación.

RESULTADO DE LA EVALUACIÓN FINAL

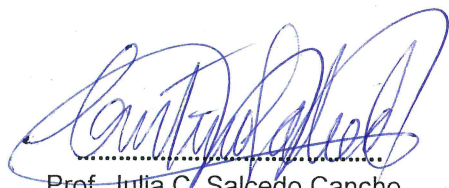
Bachiller: JAIME JHONATAN IRCAÑAUPA RUPAY

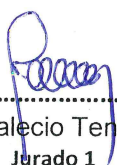
JURADOS	TEXT O	EXPOSICIÓ N	PREGUNTA S	P. FINAL
Prof. Julia C. Salcedo Cancho	18	18	18	18
Prof. Indalecio Tenorio Acosta	18	18	18	18
Prof. Juli F. Palomino Mayhua	18	18	18	18
Prof. Manglio Aguirre Andrade	18	18	18	18
PROMEDIO FINAL	18			

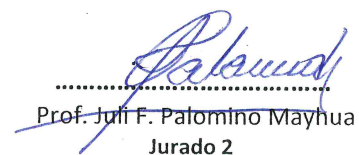
Bachiller: MONICA VANESSA YAURI DE LA CRUZ

JURADOS	TEXT O	EXPOSICIÓ N	PREGUNTA S	P. FINAL
Prof. Julia C. Salcedo Cancho	18	18	18	18
Prof. Indalecio Tenorio Acosta	18	18	18	18
Prof. Julia F. Palomino Mayhua	18	18	18	18
Prof. Manglio Aguirre Andrade	18	18	18	18
PROMEDIO FINAL		18		

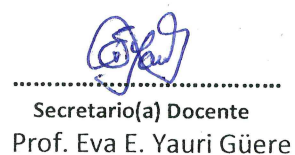
De la evaluación realizada por los miembros del jurado calificador, llegaron al siguiente resultado: Aprobar por unanimidad a la Bachiller **JAIME JHONATAN IRCAÑAUPA RUPAY** que obtuvo la nota final de Dieciocho (**18**); y aprobar al Bachiller **MONICA VANESSA YAURI DE LA CRUZ**, que obtuvo la nota final de Dieciocho (**18**) para lo cual los miembros del jurado evaluador firman al pie del presente, siendo las 17 horas con cuarenta horas del mismo día se da por concluido el presente Acto Académico.


Prof. Julia C. Salcedo Cancho
Presidenta


Prof. Indalecio Tenorio Acosta
Jurado 1


Prof. Juli F. Palomino Mayhua
Jurado 2


Asesor
Prof. Manglio Aguirre Andrade


Secretario(a) Docente
Prof. Eva E. Yauri Güere

Ayacucho, 10 de diciembre del 2024

**UNSCH**FACULTAD DE
CIENCIAS DE LA SALUDESCUELA PROFESIONAL DE
ENFERMERÍA

Nro: 078 – 2024

CONSTANCIA DE ORIGINALIDAD DE TRABAJO DE TESIS CON DEPÓSITO

LA QUE SUSCRIBE, DIRECTORA DE LA ESCUELA PROFESIONAL DE ENFERMERÍA DE LA FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD DE LA UNIVERSIDAD NACIONAL DE SAN CRISTOBAL DE HUAMANGA; (segunda instancia de verificación de la originalidad de los trabajos de investigación de tesis (borrador final antes de la sustentación), en el marco del Reglamento de Originalidad de Trabajos de Investigación, aprobado por Resolución N° 039-2021-UNSCH-CU),

DEJA CONSTANCIA:

Que:

Bach. Jaime Jhonatan Ircañaupa Rupay
Bach. Monica Vanessa Yauri De La Cruz

Con el informe de tesis titulado: **Patrones de autocuidado y adherencia al tratamiento de la hipertensión arterial de pacientes que acuden al Centro de Salud Carmen Alto, Ayacucho 2024.** ha sido verificado y sometido al sistema de análisis TURNITIN CON DEPOSITO mediante el cual se concluye que presenta un porcentaje de **22% de similitud.**

Por lo que, se concede la Constancia de Originalidad con Depósito.

Ayacucho, 27 de noviembre de 2024.

Dra. Marizabel Llamocca Machuca

Adscripción: Departamento Académico de Enfermería

Dra. Marizabel Llamocca Machuca
DIRECTORA

Escuela Profesional ENFERMERÍA
Av. Independencia S/N. Ayacucho
Ciudad Universitaria - Pab."U"
Correo: ep.enfermeria@unsch.edu.pe

Patrones de autocuidado y adherencia al tratamiento de la hipertensión arterial de pacientes que acuden al Centro de Salud de Carmen Alto, Ayacucho 2024.

por Jaime Jhonatan IRCAÑAUPA RUPAY– Monica Vanessa YAURI DE LA CRUZ

Fecha de entrega: 26-nov-2024 09:38p.m. (UTC-0500)

Identificador de la entrega: 2533526859

Nombre del archivo: TESIS_IRCA_AUPA-_YAURI.docx (29.61M)

Total de palabras: 20198

Total de caracteres: 108756

INFORME DE ORIGINALIDAD

22%

INDICE DE SIMILITUD

24%

FUENTES DE INTERNET

7%

PUBLICACIONES

17%

TRABAJOS DEL
ESTUDIANTE

FUENTES PRIMARIAS

1

Submitted to Universidad Nacional de San
Cristóbal de Huamanga

Trabajo del estudiante

7%

2

hdl.handle.net

Fuente de Internet

2%

3

www.elsevier.es

Fuente de Internet

1%

4

repositorio.upsjb.edu.pe

Fuente de Internet

1%

5

repositorio.unsch.edu.pe

Fuente de Internet

1%

6

repositorio.uss.edu.pe

Fuente de Internet

1%

7

www.revfinlay.sld.cu

Fuente de Internet

1%

8

Submitted to Universidad Cientifica del Sur

Trabajo del estudiante

1%

9	repositorio.utn.edu.ec Fuente de Internet	< 1 %
10	dehesa.unex.es Fuente de Internet	< 1 %
11	repositorio.unac.edu.pe Fuente de Internet	< 1 %
12	Submitted to uninorte.py Trabajo del estudiante	< 1 %
13	dspace.unl.edu.ec Fuente de Internet	< 1 %
14	repositorio.unitec.edu Fuente de Internet	< 1 %
15	www.revistadelaofil.org Fuente de Internet	< 1 %
16	smiba.org.ar Fuente de Internet	< 1 %
17	Submitted to Universidad de Burgos UBUCEV Trabajo del estudiante	< 1 %
18	Submitted to Universidad TecMilenio Trabajo del estudiante	< 1 %
19	Submitted to Fundación Universitaria de Ciencias de la Salud Trabajo del estudiante	< 1 %
20	www.revmedicaelectronica.sld.cu	

Fuente de Internet

< 1 %

21

ateneo.unmsm.edu.pe

Fuente de Internet

< 1 %

22

[Submitted to Universidad Autónoma de Ica](#)

Trabajo del estudiante

< 1 %

23

[Submitted to Universidad de Guayaquil](#)

Trabajo del estudiante

< 1 %

24

scielo.isciii.es

Fuente de Internet

< 1 %

25

[Submitted to Universidad Catolica San Antonio de Murcia](#)

Trabajo del estudiante

< 1 %

26

[Submitted to Universidad Catolica De Cuenca](#)

Trabajo del estudiante

< 1 %

27

www.slideshare.net

Fuente de Internet

< 1 %

28

repositorio.uchile.cl

Fuente de Internet

< 1 %

29

[Submitted to Universidad Nacional de Trujillo](#)

Trabajo del estudiante

< 1 %

30

[Submitted to usmp](#)

Trabajo del estudiante

< 1 %

31

dokumen.pub

Fuente de Internet

< 1 %

32

oldri.ues.edu.sv

Fuente de Internet

< 1 %

33

hive.blog

Fuente de Internet

< 1 %

34

repositorio.udch.edu.pe

Fuente de Internet

< 1 %

35

repositorio.unap.edu.pe

Fuente de Internet

< 1 %

36

revistas.upch.edu.pe

Fuente de Internet

< 1 %

Excluir citas

Activo

Excluir coincidencias < 30 words

Excluir bibliografía

Activo