



**FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD  
ESCUELA ACADÉMICO PROFESIONAL DE  
ENFERMERÍA**

**TESIS**

**FACTORES RELACIONADOS A LA ADHERENCIA  
AL TRATAMIENTO ANTIHIPERTENSIVO EN EL  
ADULTO MAYOR DE UN HOSPITAL – CHICLAYO,  
2018**

**PARA OPTAR TÍTULO PROFESIONAL DE  
LICENCIADA EN ENFERMERÍA**

**Autora:**

**Bach. Ramírez Olivera Karina Lizbeth**

**Asesora:**

**Dra. Gálvez Díaz Norma del Carmen**

**Línea de Investigación:**

**Gestión, Seguridad y Calidad del Cuidado**

**Pimentel – Perú**

**2018**

FACTORES RELACIONADOS A LA ADHERENCIA AL TRATAMIENTO  
ANTIHIPERTENSIVO EN EL ADULTO MAYOR DE UN HOSPITAL – CHICLAYO,  
2018

Presentada por la Bach. Ramírez Olivera Karina Lizbeth para optar el título de Licenciada  
en Enfermería de la Universidad Señor de Sipán.

Aprobado por los miembros del Jurado de Tesis:

---

Mg. Dalia Yaneht Reyes

Flores

Presidenta

---

Mg. Jimena Palomino Malca

Secretaria

---

Dra. Norma del Carmen Gálvez

Díaz

Vocal / Asesora de tesis

## **DEDICATORIA**

Esta tesis está dedicada: A Dios quien ha sido mi guía, fortaleza, amor y ha estado conmigo hasta el día de hoy.

A mis padres Raúl y María, quienes, con su amor, paciencia, esfuerzo y apoyo incondicional durante todo este proceso, me han permitido llegar a cumplir hoy una meta más.

A mis hijos Ariana Y Yariv que son la razón por la cual me levanto cada día, son mi mayor motivación para nunca rendirme.

*Karina*

## **AGRADECIMIENTO**

A Dios por haberme acompañado y guiado a lo largo de éste camino de mi carrera.

A mis padres, por haberme tenido la paciencia necesaria y por motivarme a seguir adelante en los momentos de desesperación.

De igual manera mis agradecimientos a la Dra. Norma del Carmen Gálvez Díaz, quien con sus valiosos conocimientos hicieron que pueda crecer día a día como profesional.

***Karina***

# Índice

<b>DEDICATORIA</b>	<b>iii</b>
<b>AGRADECIMIENTO</b>	<b>iv</b>
<b>RESUMEN</b>	<b>vi</b>
<b>ABSTRACT</b>	<b>vii</b>
<b>I. INTRODUCCIÓN</b>	<b>8</b>
1.1. Realidad problemática	8
1.2. Trabajos previos	11
1.3. Teorías relacionadas al tema	14
1.4. Formulación del problema	22
1.5. Justificación e importancia del estudio	22
1.6. Hipótesis	24
1.7. Objetivos	24
1.7.1. Objetivo general	24
1.7.2. Objetivos específicos	24
<b>II. MATERIAL Y MÉTODOS</b>	<b>25</b>
2.1 Tipo y Diseño de Investigación	25
2.2. Población y muestra	26
2.3 Variables, Operacionalización	27
2.4. Técnicas e instrumentos de recolección de datos, validez y confiabilidad.	32
<b>III. RESULTADOS</b>	<b>36</b>
3.1. Tablas y figuras	36
3.2. Discusión de resultados	45
<b>IV. CONCLUSIONES</b>	<b>47</b>
<b>V. RECOMENDACIONES</b>	<b>48</b>
<b>VI. REFERENCIAS</b>	<b>49</b>
<b>ANEXOS</b>	<b>54</b>

## RESUMEN

**Introducción:** La adherencia al tratamiento es el proceso por el cual el paciente toma los medicamentos, sigue las indicaciones dietéticas, realiza cambios del modo de vida y lleva a cabo todas las recomendaciones acordadas con el prestador de asistencia sanitaria.

**Objetivos:** Determinar los factores relacionados a la adherencia al tratamiento antihipertensivo en el adulto mayor de un Hospital – Chiclayo, 2018.

**Materiales y métodos:** Estudio descriptivo, transversal, co-relacional. La muestra estuvo constituida por 76 pacientes adultos mayores hipertensos que se atienden en el Hospital Las Mercedes en el 2018. Se utilizó dos instrumentos: Instrumento para evaluar los factores que influyen en la adherencia a tratamientos farmacológicos y no farmacológicos en personas que presentan factores de riesgo de enfermedad cardiovascular y el Cuestionario para la evaluación de la adherencia terapéutica MBG (Martín– Bayarre–Grau). Se utilizó la prueba Chi cuadrado para determinar la asociación entre la adherencia al tratamiento y los factores.

**Resultados:** Los factores socioeconómicos y los factores relacionados con el paciente tienen asociación estadísticamente significativa con la adherencia al tratamiento ( $p < 0,05$ ), ( $p < 0,05$ ). El grado de adherencia al tratamiento encontrado fue que el 76,3% de los adultos mayores hipertensos mostraron adherencia parcial al tratamiento antihipertensivo y solo el 23,7% mostraron adherencia total.

**Conclusiones:** Se concluye que los adultos mayores hipertensos del Hospital Las Mercedes tienen una adherencia parcial al tratamiento médico y los factores negativos más influyentes son los factores socioeconómicos y los factores relacionados con el paciente.

**PALABRAS CLAVE:** Hipertensión arterial, factores relacionados a la adherencia al tratamiento, adherencia al tratamiento.

## **ABSTRACT**

**Introduction:** Treatment adherence to treatment is the process by which the patient takes the medications, follows the dietary guidelines, makes changes in the way of life and carries out all the recommendations agreed with the health care provider. **Objectives:** To determine the factors related to adherence to antihypertensive treatment in the elderly of a Hospital - Chiclayo, 2018. **Materials and methods:** Descriptive, cross-sectional, co-relational study. The sample consisted of 76 elderly hypertensive elderly patients treated at Las Mercedes Hospital in 2018. Two instruments were used: An instrument to evaluate the factors that influence the adherence to pharmacological and non-pharmacological treatments in people with risk factors of cardiovascular disease and the Questionnaire for the evaluation of therapeutic adherence MBG (Martín-Bayarre-Grau). Chi square test was used to determine the association between adherence to treatment and factors. **Results:** Socioeconomic factors and factors related to the patient have a statistically significant association with adherence to treatment ( $p < 0.05$ ), ( $p < 0.05$ ). The degree of adherence to the treatment found was that 76.3% of hypertensive older adults showed partial adherence to antihypertensive treatment and only 23.7% showed total adherence. **Conclusions:** It is concluded that the elderly hypertensive patients of Las Mercedes Hospital have a partial adherence to medical treatment and the most influential negative factors are the socioeconomic factors and the factors related to the patient.

**KEYWORDS:** High blood pressure, factors related to adherence to treatment, adherence to treatment.

## **I. INTRODUCCIÓN**

### **1.1. Realidad problemática**

Según la OMS define a la adherencia al tratamiento como el grado de capacidad y compromiso que tienen los pacientes y su familia para seguir los planes de tratamiento establecidos por el profesional de salud, lograr que éstos cambios de los resultados se atribuyan al régimen sugerido y así incrementar su calidad de vida.<sup>1</sup> A lo largo del tiempo la adherencia se ha asociado únicamente al cumplimiento del tratamiento farmacológico, sin embargo abarca una serie de pautas como es el seguimiento de una dieta o la modificación en los hábitos de vida.<sup>1</sup> Hoy en día la adherencia al tratamiento es un problema mundial y que puede comprometer la efectividad de los propios medicamentos, deteriorar la calidad de vida del paciente y aumentar el gasto sanitario. La adherencia terapéutica no solo depende de seguir las prescripciones farmacológicas sino de la colaboración, voluntad y participación que debe tener el propio paciente y su familia para aumentar su esperanza de vida.

Asimismo, el equipo de salud y el paciente deberá establecer una relación de confianza, confidencialidad y respeto en todo momento. Igualmente, el personal sanitario tendrá la responsabilidad de brindar toda la información necesaria sobre su padecimiento para que ellos puedan adherirse al régimen terapéutico. Además, es necesario identificar los factores que influyen en el cumplimiento de ésta. Está comprobado que las personas hoy en día toman decisiones sobre su salud basándose en sus propios conocimientos, creencias, costumbres y preocupaciones. Por ello es importante que el profesional de la salud sensibilice a las personas sobre la importancia de continuar con el tratamiento y de este modo reducir las graves complicaciones de la hipertensión arterial.

En el mundo, las enfermedades cardiovasculares son responsables de aproximadamente 17 millones de muertes por año. Las complicaciones de la hipertensión causan anualmente 9,4 millones de muertes.<sup>2</sup> Se estima que para el año 2 025 la padecerían 1 500 millones de personas. En el Perú la Encuesta Demográfica y de Salud Familiar del año 2014 (ENDES 2014), indica que el 14,6% de las personas de 15 años a más tenía presión arterial elevada, siendo más frecuente en hombres (18,5%) que en mujeres (11,3%), de este total de diagnosticados, el 60,3% recibe tratamiento.<sup>3</sup>



Según la OMS la Hipertensión Arterial es una enfermedad crónica y degenerativa que se caracteriza por una elevación de presión arterial sistólica (PAS) mayor o superior a 140mm Hg. y una presión arterial diastólica (PAD) mayor o igual a 90 mm Hg<sup>1</sup>

En lo que refiere a la hipertensión arterial, el grado de conocimiento y el cumplimiento del régimen terapéutico desempeñan un papel muy importante en el propio paciente y el de su familia, ya que de ellos dependerán que se pueda evitar las complicaciones tanto médicas como psicosociales de dicha enfermedad. En los países de bajos ingresos económicos, los factores asociados a la adherencia al tratamiento son innumerables, teniendo como principales: edad mayor de 60 años, nivel de educación, pacientes con problemas de obesidad, sexo femenino, problemas de trastorno mental, consumo de alcohol, asimismo otro factor considerable es la situación crítica que hoy atraviesa los sistemas de salud, y las diversas deficiencias observadas durante muchos años y que aún no se logra solucionar, deficiencias no solo en la infraestructura, sino en el equipamiento y los recursos humanos, teniendo en cuenta que es el gobierno quien asume el compromiso de prevenir, promocionar, recuperar, rehabilitar la salud de toda la población atendida.

En un estudio en Venezuela en el 2015, de los pacientes estudiados, el 52,74 % fueron del sexo femenino. El 55,47 % conocían qué era la hipertensión, sin embargo, el 51,36 % reflejaron conocimientos regulares sobre la evolución crónica de la enfermedad.<sup>4</sup>

En Brasil, los resultados de este estudio evidenciaron que el 42,6% de los individuos con HTA, se consideraron no adherentes al tratamiento medicamentoso y que solamente el 17,7% poseían conocimiento insatisfactorio sobre la enfermedad, este se constituyó en un factor asociado a la no adhesión al tratamiento medicamentoso. Otros factores asociados a la no adhesión al tratamiento fueron: farmacoterapia compleja e insatisfacción con el servicio de salud.<sup>5</sup>

En Ecuador en una investigación se evidenció que el uso de un solo medicamento influyó en que haya una adherencia total 92%, mientras que los que utilizaban 3 fármacos solamente era adherente el 3%. Asimismo, se observa que los encuestados exhibieron mala adherencia en un 48,2% con un total de 53 encuestados, seguidos del grupo de poco de parcialmente adheridos con un total de 42 encuestados correspondientes al 38.2% y solo 13.6 % exhibió adherencia total.<sup>6</sup>

En el Perú, sobre el nivel de conocimiento del adulto mayor con hipertensión arterial del hospital I de EsSalud. Nuevo Chimbote, 2015, se observa que la mayoría de adultos mayores presentan un nivel de conocimiento insuficiente (57.9%) y el 42.1% un nivel de conocimiento suficiente sobre hipertensión arterial. Aproximadamente de cada 10 adultos con HTA, 6 de ellos presentan un nivel de conocimiento insuficiente sobre HTA. <sup>7</sup>

En el Perú, en un estudio realizado en Lima se conoció aquellos factores que se encuentran asociados a la adherencia al tratamiento, así mencionaremos al factor socioeconómico, en el que se analizó los recursos socioeconómicos de los pacientes y el apoyo social. Los pacientes manifestaron que algunas veces tenían disponibilidad económica para atender necesidades básicas (46%) y para costearse los medicamentos (46%); además, siempre los cambios en la dieta, se le dificultaban debido al costo de los alimentos recomendados (37%).<sup>8</sup>

Actualmente existe la creencia de que solo el paciente es el único responsable de su tratamiento, sin tener en cuenta que existen otros factores que impiden que el paciente adquiera un manejo adecuado de dicha enfermedad y logre la capacidad de adherirse a su tratamiento. De acuerdo a la OMS estos factores son: factores socioeconómicos, factores relacionados con el sistema o el equipo de salud, factores relacionados con la enfermedad, factores relacionados con el tratamiento, factores relacionados al cliente.<sup>1</sup>

En Chiclayo, en un estudio que evaluó la “Cartera de Servicios de Salud de Complejidad Creciente del Policlínico Chiclayo Oeste” en el 2015, solo el 11% de los pacientes evaluados eran adherentes a su tratamiento antihipertensivo, la misma que se evaluó usando el cuestionario "Martin Bayarre Grau". Asimismo, solo el 18,7% cumplían su tratamiento higiénico dietético, y casi la mitad tenía un grado de instrucción superior. <sup>9</sup>

En el Hospital Las Mercedes, en mi labor como estudiante de enfermería observé la cantidad de pacientes que acuden al establecimiento o algún otro servicio con diagnóstico de hipertensión arterial y el escaso conocimiento que tienen los pacientes acerca de esta enfermedad, por consiguiente si no hay conocimiento no existirá una buena adherencia al tratamiento, por ello el presente trabajo de investigación permitirá que las enfermeras desarrollen un plan estratégico para reforzar sus conocimientos e intervenir en las causas que no permiten un adecuado cumplimiento al régimen terapéutico, además contribuirá a que los pacientes consigan un mayor autocuidado y mejorar su calidad de vida.

## 1.2. Trabajos previos

Barraza L. Sarmiento C. En el 2014 en Colombia realizó un estudio titulado Conocimiento de la enfermedad en una población hipertensa, resultó que el 70% de la población encuestada sabe que la hipertensión es una enfermedad prevenible, aunque apenas el 48% sabe que no es curable. Solamente el 23% sabe que la hipertensión no causa dolor de cabeza en la mayoría de los casos y el 44% desconoce que no debe suspender la medicación para la hipertensión cuando no tiene síntomas. Tanto el conocimiento sobre las modificaciones recomendadas al estilo de vida, como el de las posibles complicaciones de la hipertensión fueron altos, mientras que el riesgo de una complicación oftalmológica fue el menos conocido. El conocimiento fue menor en pacientes con baja escolaridad y de reciente diagnóstico.<sup>10</sup>

Aid J. En el 2015 en Paraguay efectuó una investigación denominado Adherencia al tratamiento antihipertensivo en pacientes ambulatorios de un hospital urbano donde se demostró que sólo 39,7% se catalogaron como cumplidores. Estos se caracterizaron por menor tiempo de evolución de la hipertensión arterial, mayor grado de conocimiento sobre la enfermedad, nivel de instrucción superior al primario, menor número de comorbilidades y menor consumo de otros medicamentos.<sup>11</sup>

Ozamiz A. En el 2015 en España se ejecutó un estudio denominado Evaluación de la adherencia terapéutica en pacientes crónicos con hipertensión arterial en el que se constató las principales causas de no adhesión al tratamiento farmacológico: se olvidan alguna vez de tomar los medicamentos (un 18,97%) y que no toman los medicamentos a la hora indicada (6,90%). En cambio, un 98,28% no deja de tomar los medicamentos, aunque se encuentre bien.<sup>12</sup>

Vásquez G. En el 2016 en Guatemala en su estudio: Adherencia al Tratamiento Farmacológico en Pacientes con Hipertensión Arterial Esencial se utilizó el test de Morisky-Green-Levine para observar la adherencia del tratamiento farmacológico, según la distribución de las respuestas se pudo analizar que en la pregunta 1¿Se olvida alguna vez de tomar los medicamentos?; el olvido es uno de los razones por las cuales no existe una adecuada adherencia a los tratamientos farmacológicos y lo representa un 35,18% de la población. De acuerdo al Test en la pregunta No 3. Cuando se encuentra bien ¿deja de tomarlos? Vemos aquí que además del olvido los pacientes toman decisiones en cuanto a la

suspensión del medicamento a la hora de sentirse bien y esto hace un porcentaje del 27,77% de la población no adherente al tratamiento farmacológico. De la población total un 47,57 son adherentes y un 52,42% no es adherente al tratamiento farmacológico.<sup>13</sup>

Moura A., Godoy S., Cesarino C. y Mendes I. En el 2016 en Brasil en su investigación: Factores de no adhesión al tratamiento de la hipertensión arterial, se concluyó que la baja renta se configura como factor importante en la adhesión al tratamiento y fue referida por 10 pacientes (7,2 %), en cuanto a la edad fue referida por 13 (9,4%) pacientes. Además, entre los factores personales que interfieren en el descontrol de la presión arterial mencionados por los pacientes de este estudio están los factores psicológicos/estrés/alteraciones en el patrón de sueño y también dificultades de adaptación a las modificaciones en el estilo de vida n= 97 (70,3%). Asimismo, se evaluó la adherencia al tratamiento a través del Test de Morisky-Green demostró que 40 pacientes (29%) son adherentes al tratamiento medicamentoso, mientras que 98 (71%) tuvieron puntuación menor o igual a 3, caracterizándolos como no adherentes.<sup>14</sup>

López S. Chávez R. En el 2016 en Cuba en su investigación Adherencia al tratamiento antihipertensivo en pacientes mayores de 60 años se analizaron las causas de no cumplimiento a la medicación terapéutica. La causa más frecuente fue el olvido de las dosis, la refirieron 41 pacientes para 40,2 %. Se siente bien y por eso no toma los medicamentos fue la segunda causa, reportada por 39 pacientes para 38.2% del total de no cumplidores, solo 8 pacientes (7.8%) mencionaron como causa de incumplimiento las reacciones secundarias de los medicamentos.<sup>15</sup>

Muñoz C. Nova J. Muñoz A. En el 2017 en Colombia en su investigación Factores que influyen en los pacientes hipertensos para no generar comportamientos de adherencia al tratamiento farmacológico y no farmacológico se encontró un porcentaje del 78,2% de pacientes encuestados que tienen riesgo de no generar comportamientos de adherencia, entre los principales factores se encontraron los económicos y la capacidad de concebir cambios en hábitos saludables importantes para la adherencia en el tratamiento no farmacológico.<sup>16</sup>

Garzón C. Lluminaguó M. En el 2017 en Ecuador realizaron un estudio titulado Cuidados paliativos en el control de la hipertensión arterial del adulto y adulto mayor. Yaruquíes, 2017 aplicaron una encuesta para determinar el nivel de conocimiento, se observó que el 66,22 % conoce que padece una enfermedad crónica, las cifras en las que

persiste su presión arterial, que le han explicado sobre su enfermedad y consideran un valor elevado el 140/90 mmHg, el déficit de conocimiento es sobre la conceptualización de su patología, la falta de un control adecuado y continuo por parte de un personal de salud, los pacientes no cuentan con un dispositivo para su medición periódica; ni identifican valores relevantes de su diagnóstico.<sup>17</sup>

Fanarraga J. En el 2013 en Lima en su estudio Conocimiento y Práctica de Autocuidado Domiciliario en Pacientes Adultos con Hipertensión Arterial, en Consultorios Externos de Cardiología del Hospital Guillermo Almenara Irigoyen ESSALUD se evidenció que del 95 a 99% los pacientes conocen: los valores de la hipertensión, que la hipertensión daña otros órganos si se mantiene alta, la importancia de realizar caminatas, descansar durante el día, los signos y síntomas de la hipertensión, deben consumir alimentos bajos en sal, grasa; pero el 78% y 27% desconocen que los daños ocasionados por la hipertensión arterial se agravan con el tiempo, con el aumento de la edad y la obesidad.<sup>18</sup>

Rodríguez J. et. al. En el 2015 en Lima en su estudio “Asociación entre conocimiento de hipertensión arterial y adherencia al tratamiento en pacientes hipertensos”, de los resultados obtenidos se pudo observar que los pacientes no reciben una buena educación respecto a su enfermedad. Tras encontrar que más del 50% de pacientes tiene una adherencia inadecuada al tratamiento, se han hecho importantes recomendaciones como: aumentar el tiempo de consulta para instruir mejor al paciente, responder sus dudas de forma adecuada, ganar una mayor confianza con el médico y lograr un mejor control de la enfermedad.<sup>19</sup>

Limaylla M. En el 2016 en Lima en su investigación Adherencia al tratamiento farmacológico en pacientes adultos mayores con hipertensión arterial del Centro de Atención Primaria III Huaycan – EsSalud se midió el nivel de adherencia mediante el Test de Morisky-Green y se observó que el 68,2% de pacientes se olvidaban de tomar sus medicamentos antes y al término del estudio tal porcentaje declaró recordar tomar su medicación, 36,4% olvidaban tomar sus medicamentos a la hora indicada, 63,6% no dejaban de tomar sus medicamentos cuando se sentían bien y solo 27,3% de los pacientes afirmaron no dejar de tomar la medicación aun cuando sospechan que les habría causado malestar.<sup>20</sup>

Paredes V. En el 2015 en Chimbote realizó una investigación: Autocuidado y nivel de conocimiento en el adulto mayor con hipertensión arterial sobre el nivel de conocimiento del adulto mayor con hipertensión arterial del hospital I de EsSalud. Nuevo Chimbote, 2015, se

observa que la mayoría de adultos mayores presentan un nivel de conocimiento insuficiente (57.9%) y el 42.1% un nivel de conocimiento suficiente sobre hipertensión arterial. Aproximadamente de cada 10 adultos con HTA, 6 de ellos presentan un nivel de conocimiento insuficiente sobre HTA.<sup>21</sup>

Medina R. Rojas J. Vilcachagua J. En el 2016 en Lima en su investigación: Factores asociados a la adherencia al tratamiento en el adulto y adulto mayor con hipertensión arterial de un hospital general se basó, además, en conocer aquellos factores que se encuentran asociados a la adherencia al tratamiento, así mencionaremos al factor socioeconómico, en el que se analizó los recursos socioeconómicos de los pacientes y el apoyo social. Los pacientes manifestaron que algunas veces tenían disponibilidad económica para atender necesidades básicas (46%) y para costearse los medicamentos (46%); además, siempre los cambios en la dieta, se le dificultaban debido al costo de los alimentos recomendados (37%).<sup>22</sup>

Tafur C., Vásquez L., Nonaka M. En su estudio “Nivel de conocimiento y práctica de autocuidado del adulto mayor hipertenso, del centro de atención del adulto mayor del hospital regional de Loreto, Iquitos-2017, se observa el 100.0% (52) de adultos mayores, el 78.8% (41) presentan nivel de conocimiento inadecuado sobre hipertensión arterial y el 21.2% (11) tienen adecuado nivel de conocimiento.<sup>23</sup>

Campos J. Guerrero O. En el 2014 en Chiclayo en su investigación Prácticas de autocuidado según el nivel de conocimiento sobre la hipertensión arterial de los adultos mayores del centro de salud José Olaya, Chiclayo 2013 se obtuvo que el nivel de conocimiento sobre la hipertensión arterial fue bueno con un 83% y las prácticas de autocuidado de los adultos mayores son realizadas con un 62,8%, llegando a la conclusión que los adultos mayores con un buen nivel de conocimiento, tienen una mayor capacidad para poner en práctica su autocuidado.<sup>24</sup>

### **1.3. Teorías relacionadas al tema**

#### **Teoría del autocuidado de Dorothea Orem**

Para Orem, enfermería debe identificar las capacidades potenciales de autocuidado del individuo para que ellos puedan satisfacer sus necesidades de autocuidado con el fin de mantener la vida y la salud, recuperarse de los daños y de la enfermedad y manejarse con sus efectos. El foco de enfermería es identificar el déficit entre la capacidad potencial de

autocuidado y las demandas de autocuidado de los pacientes. La meta es eliminar este, de tal forma que se cubran los requerimientos/necesidades universales del desarrollo y se limiten las desviaciones en la salud.<sup>25</sup>

Los cuidados de enfermería se orientan en sistemas de enfermería donde se distinguen tres niveles de participación: *a)* totalmente compensatorio (la enfermera realiza todo el autocuidado del paciente); *b)* sistema parcialmente compensatorio (enfermera y paciente realizan el autocuidado) y *c)* el de apoyo educativo (la enfermera ayuda a superar cualquier limitación en el autocuidado). La enfermera proporciona asistencia especializada a personas con incapacidades tales que requieren más de una ayuda común para cubrir las necesidades diarias de autocuidado y para participar inteligentemente en los cuidados que recibe del Personal de salud.<sup>25</sup>

Para Orem "*El autocuidado es la práctica de actividades que los individuos realizan en su propio beneficio para el mantenimiento de la vida, la salud y el bienestar*". Específicamente puede considerarse que un individuo cuida de sí mismo si realiza efectivamente las siguientes actividades:<sup>25</sup>

1. Apoyo de los procesos vitales y el funcionamiento normal.
2. Mantenimiento del crecimiento, maduración y desarrollo normales.
3. Prevención o control de los procesos de enfermedad o lesiones.
4. Prevención de incapacidad o su compensación.
5. Promoción del bienestar.<sup>25</sup>

### **Requisitos de autocuidado**

Orem ha identificado y descrito ocho actividades que son esenciales o imprescindibles para ejercer el autocuidado, independientemente del estado de salud, edad, nivel de desarrollo o entorno ambiental de un individuo. Estas actividades, por ese carácter imprescindible, son llamadas *requisitos de cuidado universal* y comprenden:

Mantenimiento de un aporte suficiente de aire, mantenimiento de un aporte suficiente de agua, mantenimiento de un soporte suficiente de alimentos, provisión de cuidados asociados con los procesos de eliminación y los excrementos, mantenimiento del equilibrio entre la actividad y el reposo, mantenimiento del equilibrio entre la soledad y la interacción social, prevención de peligros para la vida, el funcionamiento humano y el bienestar humano y promoción del funcionamiento y desarrollo humano dentro de los grupos sociales de acuerdo con el potencial humano, las limitaciones humanas conocidas y deseo humano de ser normal (normalidad).<sup>25</sup>

Estas actividades de autocuidado universal abarcan los elementos físicos, psicológicos, sociales y espirituales esenciales de la vida. Cada uno de ellos importante para el funcionamiento humano.

### **Requisitos de autocuidado del desarrollo**

Además de las *actividades* de autocuidado universal, esenciales para todas las personas en todas las etapas del desarrollo, Orem identificó un segundo tipo de actividades asociadas con el desarrollo humano, que se presentan en circunstancias especiales y en ciertas etapas específicas, como el ser un neonato. En tales etapas debe de presentarse una especial consideración a aspectos del cuidado necesarios para sostener la vida y dirigidos específicamente a la promoción del desarrollo.<sup>25</sup>

Este segundo grupo implica la provisión de cuidados asociados con condiciones que pueden afectar adversamente el desarrollo humano. Este grupo se divide a su vez en dos subtipos; el primero se refiere a la provisión de cuidados para *prevenir* los efectos negativos de estas condiciones adversas, el segundo se refiere a la provisión de cuidados para *mitigar* o *superar* los efectos negativos existentes (o potenciales) de una condición o acontecimientos vitales específicos. Situaciones relevantes que pueden interferir en el desarrollo humano o en la capacidad de autocuidado y por tanto deben ser consideradas son:

1. Deprivación educacional.
2. Problemas de adaptación social.
3. Pérdida de familiares, amigos o colaboradores.



4. Pérdida de posesiones o del trabajo.
5. Cambio súbito de condiciones de vida.
6. Cambio de posición ya sea social o económica.
7. Mala salud, malas condiciones de vida o incapacidad.
8. Enfermedad terminal o muerte esperada.
9. Peligros ambientales.<sup>25</sup>

### **Requisitos de autocuidado en la desviación de la salud**

Cuando el individuo está enfermo, sufre alguna lesión, tiene incapacidades o está recibiendo atención médica tiene las siguientes demandas adicionales de cuidados de la salud: Buscar y asegurar la ayuda médica apropiada en caso de exposición a condiciones ambientales o agentes físicos o biológicos específicos asociados con acontecimientos y estados patológicos humanos, o cuando hay indicios o condiciones genéticas, fisiológicas o psicológicas que determinan patología humana o están asociadas a esta.<sup>25</sup>

Ser consciente de los efectos y resultados de las condiciones y estados patológicos, incluyendo los efectos sobre el desarrollo, y atender a ellos. Realizar eficazmente las medidas diagnósticas, terapéuticas y de rehabilitación previamente prescrita, dirigida a la prevención de tipos específicos de patología, a la propia patología, a la regulación del funcionamiento humano integrado, a la corrección de deformidades o anomalías, o a la compensación de incapacidades.<sup>25</sup>

Ser consciente de los efectos negativos de las medidas terapéuticas realizadas o prescritas por el médico, incluyendo su influencia sobre el desarrollo y atender dichos efectos o regularlos. Modificación del autoconcepto (y autoimagen) aceptándose uno mismo como ser con un estado particular de salud y que necesita formas específicas de cuidados de salud. Aprender a vivir con los efectos de condiciones y estados patológicos y los efectos de las medidas diagnósticas y terapéuticas, en un estilo de vida que promueva el desarrollo personal continuado.<sup>25</sup>

## **Factores condicionantes básicos para el autocuidado**

Las demandas de autocuidado terapéutico de las personas cuyo estado de salud está dentro de las normas de auto cuidados requeridos, se denominan factores básicos condicionantes, los cuales están constituidos por los requisitos (actividades) de autocuidado universal y los de autocuidado del desarrollo. Estos factores básicos de autocuidado tienen su fundamento en la naturaleza de los seres humanos como son: Edad, sexo, estado de desarrollo, estado de salud, orientación sociocultural, factores del sistema de cuidados de salud, factores del sistema familiar, patrón de vida, factores ambientales y disponibilidad y adecuación de los recursos.<sup>25</sup>

## **Factores asociados al abandono de tratamiento**

La capacidad de los pacientes para seguir los planes de tratamiento de una manera óptima con frecuencia se ve afectada por varias barreras, las cuales están relacionadas con diferentes aspectos del problema, según la OMS se pueden clasificar en cinco grandes grupos: factores socioeconómicos, factores relacionados al proveedor de salud, factores relacionados con el paciente, factores relacionados con el tratamiento, factores relacionados con la enfermedad.<sup>26</sup> Se aborda el detalle de cada uno:

### **Factores socioeconómicos:**

Capacidad adquisitiva que poseen los pacientes y el ambiente en el cual se desarrolla. Entre éstos están: el estado socioeconómico deficiente, la pobreza, el analfabetismo, el bajo nivel educativo, el desempleo, la falta de redes de apoyo social efectivos, las condiciones de vida inestables, la distancia al centro de tratamiento, el costo elevado del transporte y de la medicación, las situaciones ambientales cambiantes, la cultura y las creencias populares acerca de la enfermedad, el tratamiento y la disfunción familiar.<sup>26</sup>

### **Factores relacionados al proveedor de salud:**

Características propias del sistema proveedor de salud que condicionan la falta de adherencia al tratamiento; destacando los servicios de salud poco desarrollados, ausencia de los planes de seguro de salud, sistemas deficientes de distribución de medicamentos, falta de conocimiento y adiestramiento del personal sanitario en el control de las enfermedades,

proveedores de asistencia sanitaria recargados de trabajo, falta de incentivos y retroalimentación sobre el desempeño, consultas cortas, poca capacidad del sistema para educar a los pacientes y proporcionar seguimiento, incapacidad para establecer el apoyo de la comunidad y la capacidad de autocuidado, falta de conocimiento sobre la adherencia y las intervenciones efectivas para mejorarla. <sup>26</sup>

### **Factores relacionados al tratamiento:**

Característica del tratamiento que genera la no adherencia, dentro de los principales tenemos la complejidad del tratamiento, la duración del tratamiento, los fracasos de tratamientos anteriores, los cambios frecuentes en el tratamiento, el poco efecto beneficioso, los efectos colaterales y la disponibilidad de apoyo médico para tratarlos. <sup>26</sup>

### **Factores relacionados al paciente**

Son características del paciente los cuales condicionan el abandono del tratamiento, principalmente tenemos; falta de conocimiento de su enfermedad, malas actitudes y hábitos malsanos, creencias erróneas, pobres expectativas del paciente, el olvido; estrés psicosocial; angustia debido a los efectos adversos; baja motivación; el no percibir la necesidad de tratamiento; falta de efecto percibido del tratamiento; incredulidad en el diagnóstico; falta de percepción del riesgo para la salud relacionado con la enfermedad; entender mal las instrucciones de tratamiento; falta de aceptación del monitoreo; bajas expectativas de tratamiento; asistencia baja a los controles, desesperanza y los sentimientos negativos; frustración con el personal asistencial; temor de la dependencia; ansiedad sobre la complejidad del régimen medicamentoso y el sentirse estigmatizado por la enfermedad. <sup>26</sup>

## **GENERALIDADES SOBRE CONOCIMIENTOS**

El conocimiento, es el conjunto de información almacenada mediante la experiencia o el aprendizaje a posterior o a través de la introspección a priori, en su sentido más amplio, es una apreciación de la posesión de múltiples interrelacionados que por sí solos poseen menor valor cualitativo. Conocimiento comienza por los sentidos, pasa de estos al entendimiento y termina en la razón. Igual que en el caso del entendimiento, hay un uso meramente formal de la misma, es decir un uso lógico ya que la razón hacia abstracción de todo un contenido, pero también hay un uso real. <sup>27</sup>

Para Muñoz Seca y Riverola el conocimiento, es la capacidad de resolver un determinado conjunto de problemas con una efectividad determinada. el conocimiento es un conjunto integrado por información, reglas, interpretaciones y conexiones puestas dentro de un contexto y de una experiencia, que ha sucedido dentro de una organización, bien de una forma general o personal. El conocimiento solo puede residir dentro de un conocedor, una persona determinada que lo interioriza racional o irracionalmente.<sup>27</sup>

Para Mario Bunge, define al conocimiento como conjunto de ideas, conceptos, enunciados que pueden ser claros, precisos, ordenados, fundados, vagos e inexactos, en base a eso especifica el conocimiento científico y el conocimiento ordinario o vulgar. En conclusión, se puede decir que el conocimiento es un fenómeno complejo que implica los cuatro elementos (Sujeto, Objeto, Operación y Representación interna) de tal manera que, si fuera uno de estos, aquel no existe. La representación interna es el proceso cognoscitivo.<sup>27</sup>

### **Características del conocimiento**

- Es un proceso de carácter dialogal, de nosotros como sujeto con algo, lo conocido, que es el objeto, este dialogo se mediatiza por la conciencia, este actúa como frontera que, al mismo tiempo que une, separa o divide.

- Es un fenómeno consciente.

- Proceso consciente supone siempre una dualidad, sujeto objeto.<sup>27</sup>

### **Tipos de conocimientos**

• Conocimiento empírico. - Se define como el conocimiento basado, en la experiencia y en la percepción, que todo hombre adquiere debido a las diversas necesidades que se presentan en la vida, adquirido muchas veces por instinto y no pensamiento fundamentado donde todo conocimiento que se genera no implica a la ciencia o leyes.<sup>27</sup>

• Conocimiento científico. - A diferencia del conocimiento empírico el conocimiento empírico, el conocimiento científico es un saber crítico con fundamentos, metódico, verificable, sistemático, unificado, ordenado, universal, objetivo, racional, provisorio y que implica los sucesos a partir de leyes. Cabe indicar que para esto se utiliza también el método

científico que aparte de otras cosas muchas veces empieza trabajando en base a algo empírico que necesita ser probado.<sup>27</sup>

- Conocimiento explícito. - A diferencia del conocimiento tácito, de esta sabemos que lo toleramos y para ejecutarlos somos conscientes de ello. Por esto es más fácil de transmitir o representarlos en un lenguaje, debido a que sus características son: ser Estructurado y Esquemático.<sup>27</sup>

- Conocimiento tácito. - Es conocido como el tipo de conocimiento inconsciente, del cual podemos hacer uso, lo que hace que podamos implementarlo y ejecutarlo, como se diría, de una forma mecánica sin darnos cuenta de su contenido.<sup>27</sup>

- Conocimiento intuitivo. - El conocimiento intuitivo está definido como la aprehensión inmediata de las experiencias internas o externas en su experimentación o percepción.<sup>27</sup>

### **Adherencia al tratamiento**

En la literatura sobre el tema se han empleado diversos términos para referirse a la conducta de seguimiento de las indicaciones médicas por parte de los pacientes. Los más utilizados han sido "cumplimiento del tratamiento" y "adherencia al tratamiento" o "adherencia terapéutica", aunque se han propuesto muchos otros como: adhesión, cooperación, colaboración, obediencia, observancia, alianza terapéutica, seguimiento, concordancia y conformidad.<sup>28</sup>

La conducta de seguimiento de las indicaciones por el paciente depende entonces de su propia responsabilidad y también de las acciones efectuadas por el personal de la salud, en cuanto a claridad de las indicaciones y uso adecuado de los recursos de la comunicación para lograr su implicación activa y participativa en el proceso de tratamiento.<sup>28</sup>

La OMS adopta la definición de la adherencia terapéutica como: El grado en que el comportamiento de una persona —tomar el medicamento, seguir un régimen alimentario y ejecutar cambios del modo de vida— se corresponde con las recomendaciones acordadas de un prestador de asistencia sanitaria.<sup>1</sup>

## **LA ADHERENCIA AL TRATAMIENTO COMO PROCESO COMPLEJO Y FACTORES INFLUYENTES**

Como se puede entender el término adherencia terapéutica incluye con igualdad de importancia tanto el seguimiento de los tratamientos farmacológicos, como el de las recomendaciones higiénico-dietéticas en las personas enfermas.<sup>29</sup>

Al decir de *Martín Alfonso*, para que se produzca la adherencia al tratamiento es necesario que se vislumbren en este proceso los momentos siguientes:

- a) Aceptación convenida del tratamiento, entre el paciente y su médico, entendida como la relación de colaboración establecida entre médico y paciente, con vistas a elaborar la estrategia comportamental que garantiza el cumplimiento y la aceptación de esta por ambos.<sup>29</sup>
- b) Cumplimiento del tratamiento como la medida en que la persona ejecuta todas las prescripciones médicas indicadas por el terapeuta.<sup>29</sup>
- c) Participación activa en el cumplimiento, entendido como el grado de participación del paciente en la búsqueda de estrategias para garantizar el cumplimiento.<sup>29</sup>
- d) Carácter voluntario de las acciones para el cumplimiento, entendido como la medida en que la persona participa en la ejecución de las acciones realizando los esfuerzos necesarios para garantizar el cumplimiento de las prescripciones.<sup>29</sup>

### **1.4. Formulación del problema**

¿Cuál es la relación que existe entre los factores y la adherencia al tratamiento antihipertensivo en el adulto mayor de un Hospital, Chiclayo 2018?

### **1.5. Justificación e importancia del estudio**

La ciencia ha demostrado los riesgos que implica no controlar los niveles de presión arterial en los pacientes hipertensos; los bajos niveles de control de esta, hace que se eleve el riesgo de sufrir accidentes cerebrovasculares y/o complicaciones que deterioran la calidad

de vida de los pacientes, dañar otros órganos u originar incapacidades temporales o permanentes.

Actualmente la hipertensión arterial es un grave problema de salud pública, no solo en el contexto nacional sino también internacionalmente, debido a que las pacientes no poseen el nivel de conocimiento adecuado sobre dicha enfermedad, esto ha causado que el nivel de adherencia al tratamiento antihipertensivo sea bajo, que disminuya la eficacia de los Programas Nacionales de Control y que los sistemas de salud tengan que incrementar su presupuesto, no solo hablamos del gasto del gobierno que debe realizar para atender estas necesidades, sino también del gasto que va a conllevar a los pacientes y el de la familia a que empleen su insuficiente remuneración para subsidiar los altos costos que implica este padecimiento, ya sea farmacológico o modificación de las dietas convencionales.

En lo que respecta a la atención de los adultos mayores con hipertensión arterial se ha observado que los pacientes no poseen ningún conocimiento acerca de su enfermedad, asimismo no se ha evidenciado una adecuada adherencia al tratamiento farmacológico proporcionado por el personal de salud, ya sea por diversas causas: olvido, falta de entendimiento del régimen terapéutico o los insuficientes recursos que brindan los sistemas de salud.

El profesional de enfermería le proporcionará al paciente hipertenso identificar temprana y oportunamente aquellos factores negativos que influyen en la adherencia al tratamiento y de esta manera disminuir a la irregularidad en el tratamiento, ya que pone en riesgo la efectividad del mismo ocasionando resistencias a los medicamentos e incluso la muerte del paciente.

Frente a lo expuesto, es importante realizar este estudio, cuyos resultados permitirán conocer cuáles son los factores que podrían estar influyendo en los pacientes a abandonar el tratamiento antihipertensivo, impidiéndoles cumplir con el esquema terapéutico, además nos permitirá conocer la realidad problemática del hospital Las Mercedes, asimismo que servirá como antecedentes para posteriores investigaciones ya sea en el contexto nacional o internacional.

## **1.6. Hipótesis**

H1: Existe relación entre los factores y la adherencia al tratamiento antihipertensivo en el adulto mayor.

H2: No existe relación entre los factores y la adherencia al tratamiento antihipertensivo en el adulto mayor.

## **1.7. Objetivos**

### **1.7.1. Objetivo general**

Determinar los factores relacionados a la adherencia al tratamiento antihipertensivo en el adulto mayor de un Hospital – Chiclayo, 2018

### **1.7.2. Objetivos específicos**

- a) Identificar el nivel de adherencia al tratamiento antihipertensivo en el adulto mayor de un Hospital – Chiclayo, 2018
- b) Identificar los factores socioeconómicos que influyen en la adherencia al tratamiento antihipertensivo en el adulto mayor de un Hospital – Chiclayo, 2018
- c) Identificar los factores referidos al proveedor de salud relacionados a la adherencia al tratamiento antihipertensivo en el adulto mayor de un Hospital – Chiclayo, 2018
- d) Identificar los factores referidos al tratamiento relacionados a la adherencia al tratamiento antihipertensivo en el adulto mayor de un Hospital – Chiclayo, 2018
- e) Identificar los factores referidos al paciente relacionados a la adherencia al tratamiento antihipertensivo en el adulto mayor de un Hospital – Chiclayo, 2018
- f) Identificar la asociación entre los factores y la adherencia al tratamiento antihipertensivo en el adulto mayor de un Hospital – Chiclayo, 2018



## II. MATERIAL Y MÉTODOS

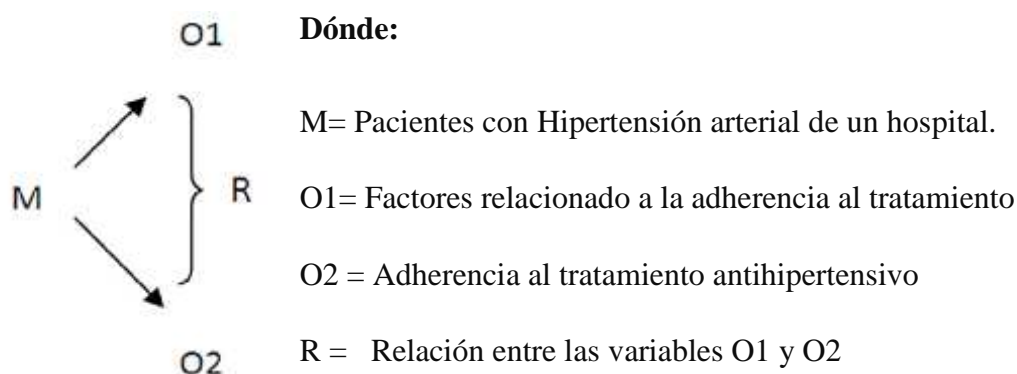
### 2.1 Tipo y Diseño de Investigación

Para la presente investigación se empleó el enfoque cuantitativo porque se utilizó la recolección y el análisis de datos para contestar preguntas de investigación y probar hipótesis previamente hechas, confía en la medición numérica, el conteo y frecuentemente en el uso de la estadística para establecer con exactitud patrones de comportamiento en una población.<sup>30</sup>

Se usó el diseño descriptivo, transversal, co-relacional. Se definió así porque pretendió medir o recoger información de manera independiente o conjunta sobre los conceptos o las variables a los que se refieren.<sup>30</sup> No existió la manipulación de variables o la intención de búsqueda de la causa-efecto con relación al fenómeno. Diseños descriptivos porque detalló lo que existe, determinó la frecuencia en que este hecho ocurre y se clasificó la información.<sup>31</sup>

Es correlacional porque permitió recolectar datos en un solo momento, en un tiempo único. Su propósito fue describir variables y analizar su incidencia e interrelación en un momento dado.<sup>30</sup>

Según Hernández el diseño transversal – correlacional tiene el siguiente esquema:



## 2.2. Población y muestra

### Población

Estuvo constituido por todos los pacientes con diagnóstico de hipertensión arterial atendidos en el hospital Las Mercedes durante los últimos meses correspondientes a Octubre, Noviembre y Diciembre del 2017.

**Tabla N°1:** Población de pacientes del hospital Las Mercedes en el 2017

Mes	Número
Octubre	80
Noviembre	75
Diciembre	72
<b>Total</b>	<b>76</b>

*Fuente: Registro de pacientes atendidos en el hospital Las Mercedes 2017*

### Muestra

Estuvo conformado por el total de la población estimada, 76 pacientes.

La muestra estuvo conformada por todos aquellos pacientes que de forma voluntaria quisieron participar en la presente investigación, asimismo previamente se les informó la finalidad del mismo y del procedimiento a seguir, además llenaron y firmaron un consentimiento informado.

### CRITERIOS DE INCLUSIÓN

- Pacientes hipertensos en tratamiento que acuden al hospital Las Mercedes.
- Pacientes hipertensos mayores de 60 años.
- Pacientes hipertensos que hayan firmado el consentimiento informado.

### CRITERIOS DE EXCLUSIÓN:

- Pacientes que voluntariamente no deseen participar en la investigación.
- Pacientes que padezcan alguna enfermedad psiquiátrica o con algún tipo de invalidez que no le capacitara para llevar un tratamiento de forma correcta.
- Pacientes con problemas de comprensión que impida la comunicación.

## **2.3 Variables, Operacionalización**

### **Variable independiente: FACTORES QUE INFLUYEN**

Se denomina factor a cada uno de los elementos, circunstancias, fuerzas o condiciones que determinan una situación o comportamiento.<sup>29</sup>

### **Variable dependiente: ADHERENCIA AL TRATAMIENTO**

Según la OMS, el término “adherencia” hace referencia a “el grado en que la conducta de un paciente, en relación con la toma de medicamentos, el seguimiento de una dieta o la modificación de hábitos de vida, se corresponde con las acordadas con el profesional sanitario”<sup>1</sup>

Variable	Dimensiones	Indicadores	Técnica e instrumento de recolección de datos
<p><b>Variable Independiente:</b></p> <p>Factores relacionados a la adherencia al tratamiento antihipertensivo</p>	<p>Factor socioeconómico</p>	<p>1. ¿Tiene disponibilidad económica su familia para atender las necesidades básicas? (alimentación, salud, vivienda, educación).</p> <p>2. ¿Puede costearse los medicamentos?</p> <p>3. ¿Cuenta con los recursos económicos para trasladarse al lugar de la consulta?</p> <p>4. ¿Los cambios en la dieta, se le dificultan debido al costo de los alimentos recomendados?</p> <p>5. ¿Puede leer la información escrita sobre el manejo de su enfermedad?</p> <p>6. ¿Cuenta con el apoyo de su familia o personas allegadas para cumplir su tratamiento?</p>	<p>Instrumento para evaluar los factores que influyen en la adherencia a tratamientos farmacológicos y no farmacológicos en personas que presentan factores de riesgo de enfermedad cardiovascular</p>
	<p>Factor referidos con el proveedor: sistema y equipo de salud</p>	<p>7. ¿Las personas que lo atienden responden a sus inquietudes y dificultades respecto a su tratamiento?</p> <p>8. ¿Se da cuenta que su médico controla si está siguiendo el tratamiento por las preguntas que le hace?</p> <p>9. ¿Recibe información sobre los beneficios de los medicamentos ordenados por su médico?</p>	<p>Instrumento para evaluar los factores que influyen en la adherencia a tratamientos farmacológicos y no farmacológicos en personas que presentan factores de riesgo de enfermedad cardiovascular</p>

<p><b>Variable Independiente:</b></p> <p>Factores relacionados a la adherencia al tratamiento antihipertensivo</p>		<p>10. ¿Recibe orientación sobre la forma de ajustar los horarios de los medicamentos de acuerdo con sus actividades diarias?</p> <p>11. ¿En el caso en que usted fallara en su tratamiento, su médico y su enfermera entenderían sus motivos?</p> <p>12. ¿El médico y la enfermera le dan explicaciones con palabras que su familia o usted entiendan?</p> <p>13. ¿El médico y la enfermera le han explicado los resultados que va a tener en su salud con el tratamiento que se le está dando?</p> <p>14. ¿Le parece que el médico y usted coinciden en la esperanza de mejoría con el tratamiento y los cambios que está haciendo en sus hábitos?</p>	
	<p>Factor referidos al tratamiento</p>	<p>15. ¿Las diversas ocupaciones que tiene dentro y fuera del hogar le dificultan seguir el tratamiento?</p> <p>16. ¿Las distancias de su casa o trabajo a los consultorios le dificultan el cumplimiento de sus citas?</p> <p>17. ¿Tienen dudas acerca de la manera de tomar sus medicamentos, en cuanto a la cantidad, los horarios y la relación con las comidas?</p> <p>18. ¿Cuándo mejoran sus síntomas, usted suspende el tratamiento?</p>	<p>Instrumento para evaluar los factores que influyen en la adherencia a tratamientos farmacológicos y no farmacológicos en personas que presentan factores de riesgo de enfermedad cardiovascular</p>

		<p>19. ¿Anteriormente ha presentado dificultades para cumplir su tratamiento?</p> <p>20. ¿Cree que hay costumbres sobre alimentos y ejercicios difíciles de cambiar?</p>	
	Factor referidos con el paciente	<p>21. ¿Está convencido que el tratamiento es beneficioso y por eso sigue tomándolo?</p> <p>22. ¿Se interesa por conocer sobre su condición de salud y la forma de cuidarse?</p> <p>23. ¿Cree que es importante seguir su tratamiento para mejorar su salud?</p> <p>24. ¿Cree que usted es el responsable de seguir el cuidado de su salud?</p>	Instrumento para evaluar los factores que influyen en la adherencia a tratamientos farmacológicos y no farmacológicos en personas que presentan factores de riesgo de enfermedad cardiovascular.
<p><b>Variable Dependiente:</b></p> <p>Adherencia al tratamiento</p>	Niveles de adherencia	<p>25. Toma los medicamentos en el horario establecido</p> <p>26. Se toma todas las dosis indicadas</p> <p>27. Cumple las indicaciones relacionadas con la dieta</p> <p>28. Asiste a las consultas de seguimiento programadas</p> <p>29. Realiza los ejercicios físicos indicados</p> <p>30. Acomoda sus horarios de medicación, a las actividades de su vida diaria</p>	Cuestionario para la evaluación de la adherencia terapéutica MBG (Martín-Bayarre-Grau)

		<p>31. Usted y su médico, deciden de manera conjunta, el tratamiento a seguir</p> <p>32. Cumple el tratamiento sin supervisión de su familia o amigos</p> <p>33. Lleva a cabo el tratamiento sin realizar grandes esfuerzos</p> <p>34. Utiliza recordatorios que faciliten la realización del tratamiento</p> <p>35. Usted y su médico analizan, cómo cumplir el tratamiento</p> <p>36. Tiene la posibilidad de manifestar su aceptación del tratamiento que ha prescrito su médico</p>	<p>Cuestionario para la evaluación de la adherencia terapéutica MBG (Martín-Bayarre-Grau)</p>
--	--	---	---

## **2.4. Técnicas e instrumentos de recolección de datos, validez y confiabilidad.**

Proceso de validez del instrumento se realizó por juicio de expertos, éstas tuvieron las siguientes características: experiencia profesional en el cuidado de pacientes hipertensos, experiencia en investigación en esta línea de estudio o profesionales que enseñaron o asesoraron investigaciones referidas del tema.

Posteriormente y una vez obtenida la validación de los tres expertos se procedió a aplicar la prueba piloto aproximadamente mínimo el 10 % de la muestra, el piloto fue aplicado a personas que tienen características semejantes a la muestra de investigación, pero en otro escenario para no repetir el dato. Posteriormente se aplicó la prueba estadística para obtener la confiabilidad, solo si esta es mayor de 0.7, por ser una investigación en salud se considerará confiable y estará apta para ser aplicada en la recolección de datos.

Para la presente investigación se utilizó dos instrumentos: Instrumento para evaluar los factores que influyen en la adherencia a tratamientos farmacológicos y no farmacológicos en personas que presentan factores de riesgo de enfermedad cardiovascular y Cuestionario para la evaluación de la adherencia terapéutica MBG (Martín– Bayarre–Grau).

### **Instrumento para evaluar los factores que influyen en la adherencia a tratamientos farmacológicos y no farmacológicos en personas que presentan factores de riesgo de enfermedad cardiovascular**

Está dividido en 4 dimensiones:

Factores socioeconómicos: Reconocimiento en las personas de la importancia de adherirse a los tratamientos, presencia de redes de apoyo de la familia y grupos de amigos. Consta de 6 ítems.<sup>32</sup>

Factores relacionados con el proveedor de salud: aprobación hacia la institución y los servicios que presta, por parte del cliente interno y externo. Conformada por 8 ítems.

Factores relacionados con el tratamiento: confianza en los beneficios del tratamiento. Integrada por 6 ítems.<sup>32</sup>

Factores relacionados con el paciente: Importancia de continuar su tratamiento para mejorar su salud. Constituida por 4 ítems. El instrumento utiliza una escala de calificación tipo Likert de 1-3 con las siguientes puntuaciones:<sup>32</sup>

- Nunca= 0



- A veces= 1
- Siempre= 2

### **Cuestionario para la evaluación de la adherencia terapéutica MBG (Martín– Bayarre– Grau)**

Consta de 12 ítems en forma de 12 afirmaciones que recorren las categorías que conforman la definición operacional de adherencia terapéutica. Se le da al paciente la opción de respuesta en una escala Lickert compuesta por cinco posibilidades que van desde Siempre hasta Nunca, marcando con una X la periodicidad que ejecuta lo planteado. El cuestionario recoge, además, datos generales del paciente (nombre, edad, sexo, ocupación, años de diagnosticada la enfermedad e información acerca del tratamiento médico que tiene indicado: medicamentoso y/o higiénico-dietético.<sup>33</sup>

Para calcular la puntuación obtenida por cada paciente se asignó el valor 0 a la columna Nunca, 1 a Casi nunca, 2 para A Veces, 3 a Casi Siempre y 4 a Siempre, siendo 48 la totalidad de puntos posibles a alcanzar. Su calificación se estima a partir del siguiente puntaje, que divide en proporciones la totalidad de los puntos obtenidos por cada paciente, considerando como:<sup>33</sup>

Adheridos Totales a los que obtienen de 38 a 48 puntos.

Adheridos Parciales de 18 a 37 puntos.

No Adheridos a los que obtienen entre 0 y 17, de modo que se pueda cuantificar con rapidez la respuesta del paciente y determinar tres tipos o niveles de adherencia al tratamiento: Total, Parcial y No adherido.<sup>33</sup>

## **2.5. Procedimiento de análisis de datos**

El procesamiento de datos y análisis estadístico se operará con el Statistical Package for the Social Sciences SPSS v.23.0 (Paquete estadístico para las Ciencias Sociales), y con el auxiliar de Microsoft Excel 2013. Se vaciarán los datos de los evaluados en Excel 2013, en el mismo se determinará la validez ítem-test y se calculará la confiabilidad de los instrumentos para la muestra de estudio. Además, se operarán los baremos con el objeto de poder realizar los análisis posteriores por niveles. También se convertirán las puntuaciones a puntajes generales y específicos de acuerdo a las dimensiones de cada instrumento.

Se procederá a recopilar los datos de Excel 2013 y alojarlos en SPSS 23, para ello se tendrá en cuenta que las variables operen como medidas cuantitativas, tanto para las variables totales como las sub-variables, una vez efectuado esto se procederá a realizar los análisis de frecuencia y porcentaje.

## **2.6 Aspectos éticos**

Para la realización de esta investigación se tendrá en cuenta el proceso de confidencialidad de los participantes en los resultados de las pruebas aplicadas. Los criterios éticos asumidos en la presente investigación están consignados en el Informe Belmont. Entre los principios básicos aceptados tres son particularmente apropiados a la ética de investigaciones que incluyen sujetos humanos:<sup>34</sup>

Respeto por las personas. Este respeto incorpora al menos dos convicciones éticas; primera: que los individuos deben ser tratados como agentes autónomos; segunda: que las personas con autonomía disminuida tienen derecho a protección. El principio del respeto por las personas se divide entonces en dos requerimientos Morales separados: el de reconocer la autonomía y el de proteger a quienes la tienen disminuida. Una persona autónoma es un individuo capaz de deliberar acerca de sus metas y de actuar bajo la guía de tal deliberación. Respetar es dar peso a las opiniones y escogencia de las personas autónomas y refrenarse de obstaculizar sus acciones a menos que sean claramente perjudiciales para otras.<sup>34</sup>

Beneficencia. Las personas son tratadas éticamente no sólo respetando sus condiciones y protegiéndolas del daño, sino también haciendo esfuerzos para asegurar su bienestar. Tal tratamiento cae bajo el principio de "beneficencia"; este término se entiende a menudo como

indicativo de actos de bondad o caridad que sobrepasan lo que es estrictamente obligatorio. Se han formulado dos reglas generales como expresiones complementarias de acciones de beneficencia en este sentido: 1) no hacer daño; 2) aumentar los beneficios y disminuir los posibles daños lo más que sea posible. El proverbio Hipocrático "no hagas daño" ha sido desde hace mucho tiempo un principio fundamental, de ética médica. Claude Bernard lo extendió al campo de la investigación, diciendo que uno no debería lesionar a una persona independientemente a los beneficios que pudieran derivarse para otras.<sup>34</sup>

Sin embargo, aún para evitar el daño se requiere saber qué es dañino y, en el proceso de obtener esta información, las personas pueden ser expuestas al riesgo del daño. Además, el juramento Hipocrático exige que los médicos beneficien a sus pacientes "de acuerdo a su mejor juicio". Para aprender lo que, de hecho, beneficiará, puede necesitarse exponer las personas al riesgo.<sup>34</sup>

Justicia. ¿Quién debiera recibir los beneficios de la investigación y quién soportar sus cargas?; esta es una cuestión de justicia en el sentido de "equidad en la distribución" o "lo que se merece". Ocurre injusticia cuando se le niega a una persona algún beneficio al que tiene derecho sin que para ello haya una buena razón, o se le impone indebidamente alguna carga. Otra manera de concebir el principio de la justicia es que los iguales deben ser igualmente tratados. Las cuestiones de justicia han estado asociadas durante mucho tiempo con prácticas sociales como el castigo, la tributación y la representación política. Hasta recientemente estas cuestiones no han estado asociadas, en general, con la investigación científica. Sin embargo, estaban prefiguradas aún en las reflexiones más precoces sobre la ética de la investigación con seres humanos. La justicia exige que estos se empleen no sólo para quienes pueden pagarlos y que tal investigación no implique indebidamente personas de grupos que improbablemente estarán entre los beneficiarios de las aplicaciones ulteriores de la investigación.<sup>34</sup>

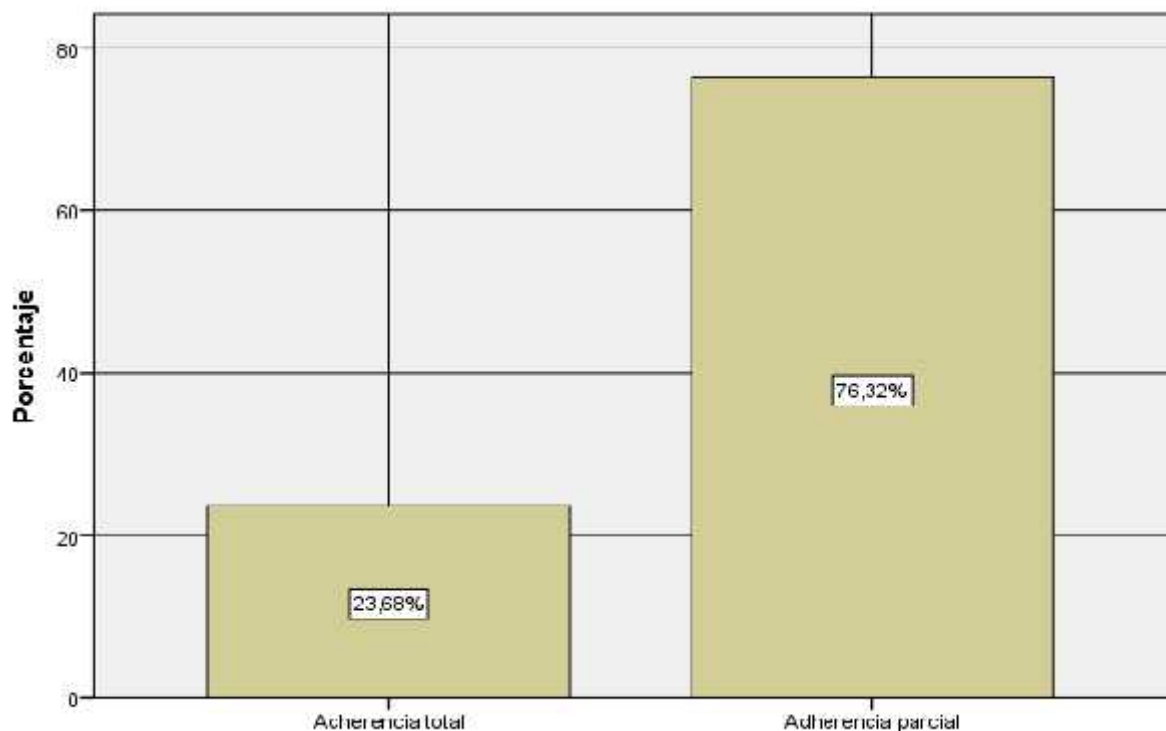
### III. RESULTADOS

#### 3.1. Tablas y figuras

Tabla N° 01: Grado de adherencia al tratamiento antihipertensivo en el adulto mayor de un Hospital – Chiclayo 2018

Grado de adherencia	N°	%
Adherencia total	18	23,7
Adherencia parcial	58	76,3
Total	76	100,0

Gráfico 01: Grado de adherencia al tratamiento antihipertensivo en el adulto mayor de un Hospital - Chiclayo, 2018



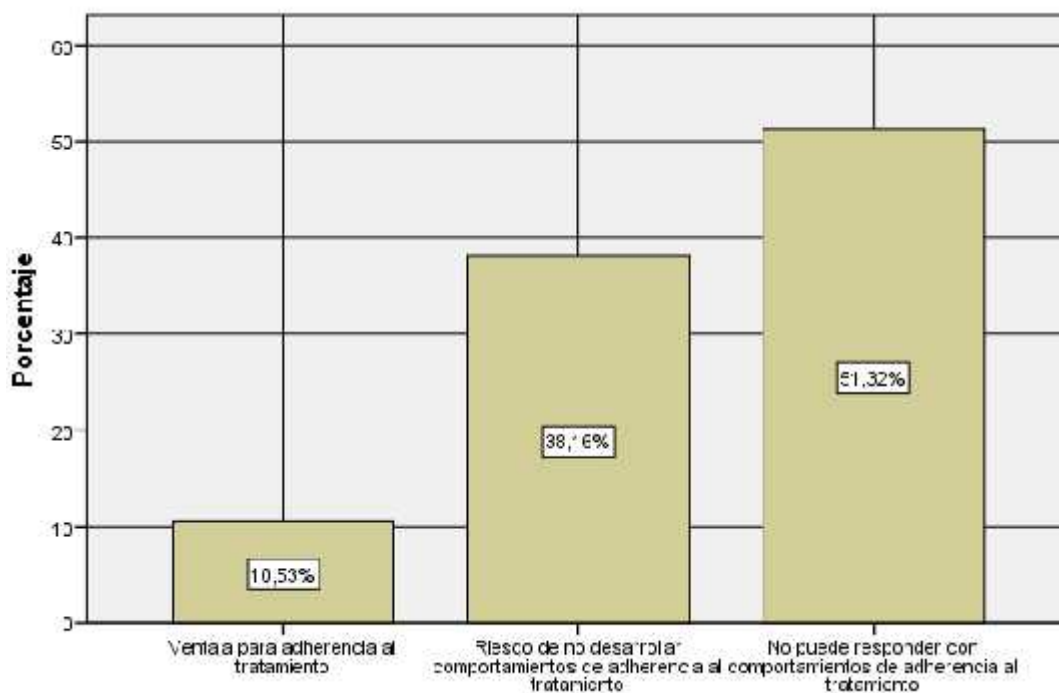
*Fuente: Encuesta realizada a pacientes adultos mayores hipertensos atendidos en el Hospital Regional Docente "Las Mercedes" - Chiclayo, 2018*

Tabla N° 01: Se encontró que el 76,3% de los adultos mayores hipertensos mostraron adherencia parcial al tratamiento antihipertensivo y solo el 23,7% mostraron adherencia total.

Tabla N° 02: Factores socioeconómicos que influyen en la adherencia al tratamiento antihipertensivo en el adulto mayor de un Hospital – Chiclayo, 2018

Factores Socioeconómicos	N°	%
Ventaja para adherencia al tratamiento	8	10,5
Riesgo de no desarrollar comportamientos de adherencia al tratamiento	29	38,2
No puede responder con comportamientos de adherencia al tratamiento	39	51,3
Total	76	100,0

Gráfico 02: Factores socioeconómicos que influyen en la adherencia al tratamiento antihipertensivo en el adulto mayor de un Hospital - Chiclayo, 2018



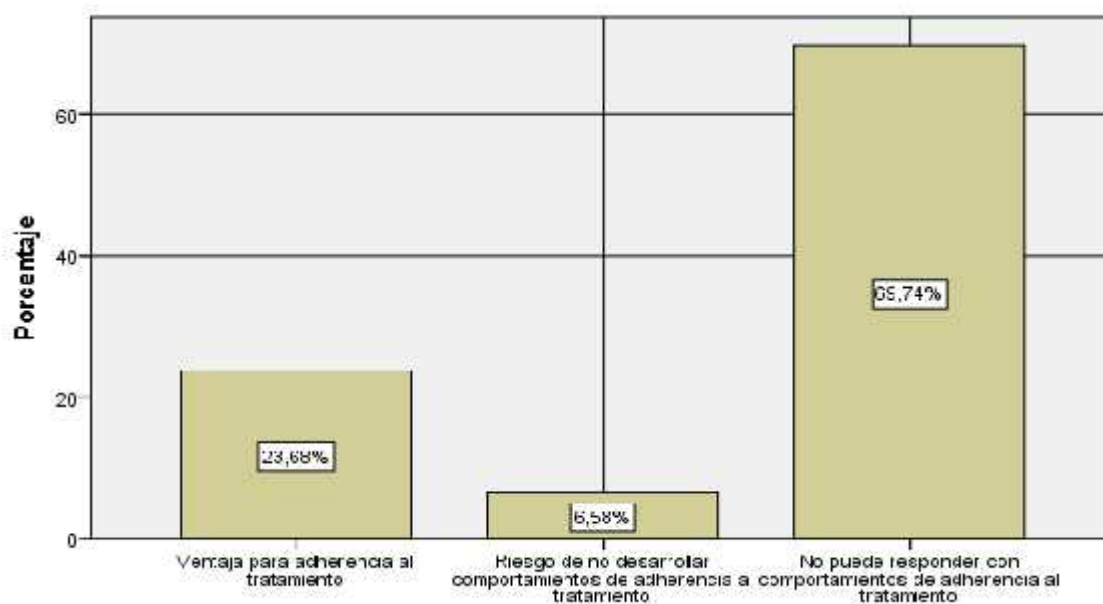
*Fuente: Encuesta realizada a pacientes adultos mayores hipertensos atendidos en el Hospital Regional Docente “Las Mercedes”- Chiclayo, 2018*

Gráfico N° 02: Se encontró que el 51% de los adultos mayores hipertensos de acuerdo al factor Socioeconómico se ubicaron en la categoría que no puede responder con comportamientos de adherencia al tratamiento, y el 38,2% se ubicaron en la categoría denominada riesgo de no desarrollar comportamientos de adherencia al tratamiento.

Tabla N° 03: Factores referidos al proveedor de salud: sistema y equipo de salud relacionados a la adherencia al tratamiento antihipertensivo en el adulto mayor de un Hospital – Chiclayo, 2018

Factores referidos al proveedor de salud	N°	%
Ventaja para adherencia al tratamiento	18	23,7
Riesgo de no desarrollar comportamientos de adherencia al tratamiento	5	6,6
No puede responder con comportamientos de adherencia al tratamiento	53	69,7
Total	76	100,0

Grafico N° 03: Factores referidos al proveedor de salud: sistema y equipo de salud relacionados a la adherencia al tratamiento antihipertensivo en el adulto mayor de un Hospital – Chiclayo, 2018



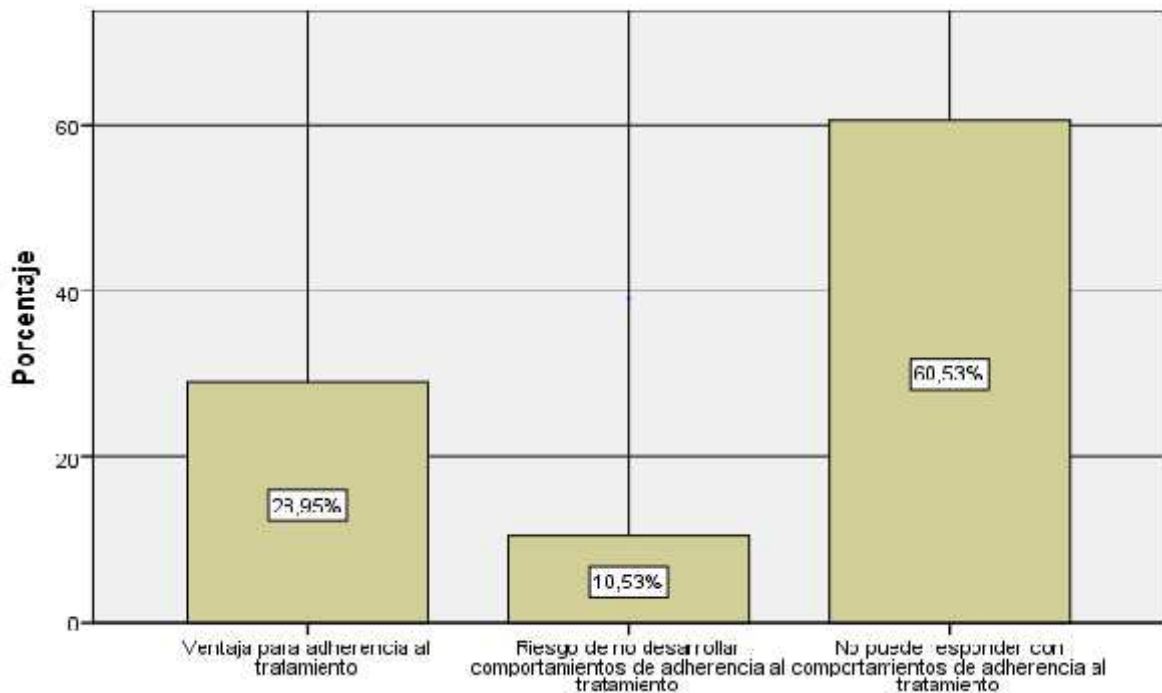
*Fuente: Encuesta realizada a pacientes adultos mayores hipertensos atendidos en el Hospital Regional Docente “Las Mercedes”- Chiclayo, 2018*

Tabla N° 03: Se encontró que el 69,7% de los adultos mayores hipertensos de acuerdo al factor Proveedor de salud se ubicaron en la categoría que no puede responder con comportamientos de adherencia al tratamiento, y el sólo el 23,7 se ubicaron en la categoría ventaja para adherencia al tratamiento.

Tabla N° 04: Factores referidos al tratamiento relacionados a la adherencia al tratamiento antihipertensivo en el adulto mayor de un Hospital – Chiclayo, 2018

Factores referidos al tratamiento	N°	%
Ventaja para adherencia al tratamiento	22	28,9
Riesgo de no desarrollar comportamientos de adherencia al tratamiento	8	10,5
No puede responder con comportamientos de adherencia al tratamiento	46	60,5

Gráfico N° 04: Factores referidos al tratamiento relacionados a la adherencia al tratamiento antihipertensivo en el adulto mayor de un Hospital – Chiclayo, 2018



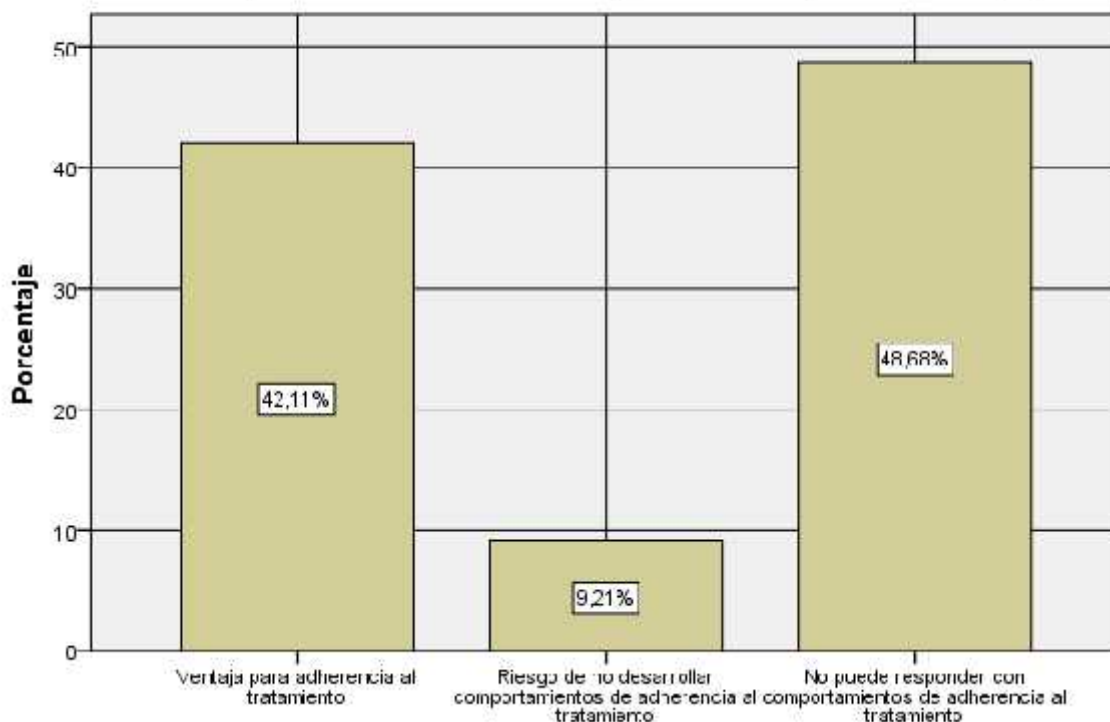
Fuente: Encuesta realizada a pacientes adultos mayores hipertensos atendidos en el Hospital Regional Docente “Las Mercedes”- Chiclayo, 2018

Tabla N° 04: Se encontró que el 60,5% de los adultos mayores hipertensos de acuerdo a los factores relacionados al tratamiento se ubicaron en la categoría que no puede responder con comportamientos de adherencia al tratamiento, y solo el 28,9 se ubicaron en la categoría ventaja para adherencia al tratamiento.

Tabla N° 05: Factores referidos al paciente relacionados a la adherencia al tratamiento antihipertensivo en el adulto mayor de un Hospital – Chiclayo, 2018

Factores referidos al paciente	N°	%
Ventaja para adherencia al tratamiento	32	42,1
Riesgo de no desarrollar comportamientos de adherencia al tratamiento	7	9,2
No puede responder con comportamientos de adherencia al tratamiento	37	48,7
Total	76	100,0

Gráfico N° 05: Factores referidos al paciente relacionados a la adherencia al tratamiento antihipertensivo en el adulto mayor de un Hospital – Chiclayo, 2018



Fuente: Encuesta realizada a pacientes adultos mayores hipertensos atendidos en el Hospital Regional Docente “Las Mercedes”- Chiclayo, 2018

Tabla N° 05: Se encontró que el 48,7% de los adultos mayores hipertensos de acuerdo a los factores referidos al paciente se ubicaron en la categoría que no puede responder con comportamientos de adherencia al tratamiento, y solo el 42,1% se ubicaron en la categoría ventaja para adherencia al tratamiento.



Tabla N° 06: Asociación de los factores socioeconómicos al grado de adherencia al tratamiento antihipertensivo de un Hospital – Chiclayo 2018

Grado de adherencia al tratamiento antihipertensivo	Factores Socioeconómicos			Total
	Ventaja para adherencia al tratamiento	Riesgo de no desarrollar comportamientos de adherencia al tratamiento	No puede responder con comportamientos de adherencia al tratamiento	
Adherencia total	4	11	3	18
	50,0%	37,9%	7,7%	23,7%
Adherencia parcial	4	18	36	58
	50,0%	62,1%	92,3%	76,3%
Total	8	29	39	76
	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%

*Fuente: Encuesta realizada a pacientes adultos mayores hipertensos atendidos en el Hospital Regional Docente “Las Mercedes”- Chiclayo, 2018*

#### Pruebas de chi-cuadrado

	Valor	df	Significación asintótica (bilateral)
Chi-cuadrado de Pearson	11,840 <sup>a</sup>	2	<b>,003</b>
Razón de verosimilitud	12,467	2	,002
Asociación lineal por lineal	11,059	1	,001
N de casos válidos	76		

Tabla N° 06: Se encontró que los factores socioeconómicos se relacionaron con el Grado de adherencia al tratamiento antihipertensivo ( $p < 0,05$ ). Tal es el caso, que el 92,3% de los adultos mayores hipertensos ubicados en la categoría “no puede responder con comportamientos de adherencia al tratamiento del factor económico” mostraron adherencia parcial, al igual que el 62,1% de los que pertenecieron a la categoría “riesgo de desarrollar comportamientos de adherencia al tratamiento”. Solo el 50% de los adultos mayores hipertensos ubicados en la categoría “ventaja para la adherencia al tratamiento” mostraron adherencia total.

Tabla N° 07: Asociación de los factores relacionados al proveedor de salud: sistema y equipo de salud a la adherencia al tratamiento antihipertensivo en el adulto mayor de un Hospital – Chiclayo, 2018

Grado de adherencia al tratamiento antihipertensivo	Factores relacionados al proveedor de salud: sistema y equipo de salud			Total
	Ventaja para adherencia al tratamiento	Riesgo de no desarrollar comportamientos de adherencia al tratamiento	No puede responder con comportamientos de adherencia al tratamiento	
Adherencia total	8 44,4%	1 20,0%	9 17,0%	18 23,7%
Adherencia parcial	10 55,6%	4 80,0%	44 83,0%	58 76,3%
Total	18 100,0%	5 100,0%	53 100,0%	76 100,0%

*Fuente: Encuesta realizada a pacientes adultos mayores hipertensos atendidos en el Hospital*

*Regional Docente “Las Mercedes”- Chiclayo, 2018*

#### Pruebas de chi-cuadrado

	Valor	df	Significación asintótica (bilateral)
Chi-cuadrado de Pearson	5,647 <sup>a</sup>	2	,059
Razón de verosimilitud	5,180	2	,075
Asociación lineal por lineal	5,286	1	,021
N de casos válidos	76		

Tabla N° 07: Se encontró que los factores relacionados con el proveedor de salud: sistema y equipo de salud no se relacionaron con el Grado de adherencia al tratamiento antihipertensivo ( $p > 0,05$ ). Tal es el caso, que el 83% de los adultos mayores hipertensos ubicados en la categoría “no puede responder con comportamientos de adherencia al tratamiento del factor proveedor” mostraron adherencia parcial, al igual que el 80% de los que pertenecieron a la categoría “riesgo de desarrollar comportamientos de adherencia al tratamiento”. Solo el 44,4% de los adultos mayores hipertensos ubicados en la categoría “ventaja para la adherencia al tratamiento” mostraron adherencia total.

Tabla N° 08: Asociación de los factores relacionados al tratamiento al Grado de adherencia al tratamiento antihipertensivo. Hospital – Chiclayo 2018

Grado de adherencia al tratamiento antihipertensivo	Factores relacionados al tratamiento			Total
	Ventaja para adherencia al tratamiento	Riesgo de no desarrollar comportamientos de adherencia al tratamiento	No puede responder con comportamientos de adherencia al tratamiento	
Adherencia total	8 36,4%	2 25,0%	8 17,4%	18 23,7%
Adherencia parcial	14 63,6%	6 75,0%	38 82,6%	58 76,3%
Total	22 100,0%	8 100,0%	46 100,0%	76 100,0%

*Fuente: Encuesta realizada a pacientes adultos mayores hipertensos atendidos en el Hospital Regional Docente “Las Mercedes”- Chiclayo, 2018*

#### Pruebas de chi-cuadrado

	Valor	df	Significación asintótica (bilateral)
Chi-cuadrado de Pearson	2,972 <sup>a</sup>	2	,226
Razón de verosimilitud	2,861	2	,239
Asociación lineal por lineal	2,920	1	,088
N de casos válidos	76		

Tabla N° 08: Se encontró que los factores relacionados al tratamiento no se relacionaron con el Grado de adherencia al tratamiento antihipertensivo ( $p > 0,05$ ).

Tal es el caso, que el 82,6% de los adultos mayores hipertensos ubicados en la categoría “no puede responder con comportamientos de adherencia al tratamiento del factor proveedor” mostraron adherencia parcial, al igual que el 75% de los que pertenecieron a la categoría “riesgo de desarrollar comportamientos de adherencia al tratamiento”. Solo el 36,4% de los adultos mayores hipertensos ubicados en la categoría “ventaja para la adherencia al tratamiento” mostraron adherencia total.

Tabla N° 09: Asociación de los factores relacionados al paciente al Grado de adherencia al tratamiento antihipertensivo. Hospital – Chiclayo 2018

Grado de adherencia al tratamiento antihipertensivo	Factores relacionados al paciente			Total
	Ventaja para adherencia al tratamiento	Riesgo de no desarrollar comportamientos de adherencia al tratamiento	No puede responder con comportamientos de adherencia al tratamiento	
Adherencia total	13 40,6%	4 57,1%	1 2,7%	18 23,7%
Adherencia parcial	19 59,4%	3 42,9%	36 97,3%	58 76,3%
Total	32 100,0%	7 100,0%	37 100,0%	76 100,0%

Fuente: Encuesta realizada a pacientes adultos mayores hipertensos atendidos en el Hospital Regional Docente “Las Mercedes”- Chiclayo, 2018

#### Pruebas de chi-cuadrado

	Valor	df	Significación asintótica (bilateral)
Chi-cuadrado de Pearson	18,428 <sup>a</sup>	2	,000
Razón de verosimilitud	21,222	2	,000
Asociación lineal por lineal	13,820	1	,000
N de casos válidos	76		

Tabla N° 09: Se encontró que los factores relacionados al paciente se relacionaron con el Grado de adherencia al tratamiento antihipertensivo ( $p < 0,05$ ). Tal es el caso, que el 97,3% de los adultos mayores hipertensos ubicados en la categoría “no puede responder con comportamientos de adherencia al tratamiento del factor proveedor” mostraron adherencia parcial, al igual que el 42,9% de los que pertenecieron a la categoría “riesgo de desarrollar comportamientos de adherencia al tratamiento”. Solo el 40,6% de los adultos mayores hipertensos ubicados en la categoría “ventaja para la adherencia al tratamiento” mostraron adherencia total.

### 3.2. Discusión de resultados

La presente investigación se basó principalmente en identificar los factores que se relacionaban a la adherencia al tratamiento, obteniéndose que los factores más predominantes a la adherencia al tratamiento eran: el factor socioeconómico ( $p < 0,05$ ) y el factor relacionado al paciente ( $p < 0,05$ ).

Vilcachagua J. En el 2016 en Lima en su investigación: Factores asociados a la adherencia al tratamiento en el adulto y adulto mayor con hipertensión arterial de un hospital general se observó aquellos factores que estuvieron asociados a la adherencia al tratamiento, así mencionaremos al factor socioeconómico, en el que se analizó los recursos socioeconómicos de los pacientes y el apoyo social. Los pacientes manifestaron que algunas veces tenían disponibilidad económica para atender necesidades básicas (46%) y para costearse los medicamentos (46%); además, siempre los cambios en la dieta, se le dificultaban debido al costo de los alimentos recomendados (37%).<sup>8</sup>

En otra investigación de Muñoz C. Nova J. Muñoz A. En el 2017 en Colombia se identificó los Factores que influyen en los pacientes hipertensos para no generar comportamientos de adherencia al tratamiento farmacológico y no farmacológico se encontró que el 78,2% de pacientes encuestados tienen riesgo de no generar comportamientos de adherencia, entre los principales factores se encontraron los económicos y la capacidad de concebir cambios en hábitos saludables importantes para la adherencia en el tratamiento no farmacológico.<sup>16</sup>

De la misma manera en ambas investigaciones se observó la coincidencia del factor socioeconómico, dado que hoy en día la situación actual del Sistema Integral de Salud ha presentado bastantes deficiencias en lo que respecta al abastecimiento de los medicamentos, es por ello que los pacientes tienen que cubrir los gastos, además deben invertir en su alimentación que también es primordial para mantener su enfermedad y evitar complicar su salud, sin embargo creo que otro factor considerable es el factor relacionado al paciente, ya que si no existe voluntad, actitud y motivación del paciente para recuperar su salud no se adherirá al tratamiento.

Al analizar la adherencia al tratamiento en la presente investigación, encontré que el 76.3% tiene una adherencia parcial al tratamiento mientras que el 27.3% de los pacientes tuvieron una adherencia total al tratamiento antihipertensivo.

En un estudio realizado por Aid J. En el 2015 en Paraguay se efectuó una investigación denominado Adherencia al tratamiento antihipertensivo en pacientes ambulatorios de un hospital urbano donde se demostró que sólo 39,7% se catalogaron como cumplidores. Estos se caracterizaron por menor tiempo de evolución de la hipertensión arterial, mayor grado de conocimiento sobre la enfermedad, nivel de instrucción superior al primario, menor número de comorbilidades y menor consumo de otros medicamentos.<sup>11</sup>

Otro estudio es el de Ozamiz A. En el 2015 en España se ejecutó un estudio denominado Evaluación de la adherencia terapéutica en pacientes crónicos con hipertensión arterial en el que se constató las principales causas de no adhesión al tratamiento farmacológico: se olvidan alguna vez de tomar los medicamentos (un 18,97%) y que no toman los medicamentos a la hora indicada (6,90%). En cambio, un 98,28% no deja de tomar los medicamentos, aunque se encuentre bien.<sup>12</sup>

En el estudio de Aid y la presente investigación hay semejanzas ya que cerca del 40% solo cumple el tratamiento indicado por el médico, no cumplen ya sea por diferentes factores principalmente por el factor socioeconómico, sin embargo, comparando con el estudio de Ozamiz existen más adherentes totales 98,28%, en ambos estudios hay una diferencia marcada.

Por el contrario, pocos estudios han encontrado la relación del factor referido con el proveedor: sistema y equipo de salud a la adherencia al tratamiento, ya que hoy en día el trato del trabajador de salud hacia el paciente es un principio fundamental para que el paciente pueda cumplir con su tratamiento, en efecto los adultos mayores que son incumplidores, son aquellos que se muestran descontentos con la atención médica, que se sienten insatisfechos por la corta duración de las citas programadas, y por la carencia de explicaciones.

#### **IV. CONCLUSIONES**

- El grado de adherencia al tratamiento encontrado fue que el 76,3% de los adultos mayores hipertensos mostraron adherencia parcial al tratamiento antihipertensivo y solo el 23,7% mostraron adherencia total.
- El 51% de los adultos mayores hipertensos de acuerdo al factor Socioeconómico se ubicaron en la categoría que no puede responder con comportamientos de adherencia al tratamiento, y el 38,2% se ubicaron en la categoría denominada riesgo de no desarrollar comportamientos de adherencia al tratamiento.
- El 69,7% de los adultos mayores hipertensos de acuerdo al factor Proveedor de salud se ubicaron en la categoría que no puede responder con comportamientos de adherencia al tratamiento, y el sólo el 23,7 se ubicaron en la categoría ventaja para adherencia al tratamiento.
- El 60,5% de los adultos mayores hipertensos de acuerdo a los factores relacionados al tratamiento se ubicaron en la categoría que no puede responder con comportamientos de adherencia al tratamiento, y solo el 28,9 se ubicaron en la categoría ventaja para adherencia al tratamiento.
- El 48,7% de los adultos mayores hipertensos de acuerdo a los factores referidos al paciente se ubicaron en la categoría que no puede responder con comportamientos de adherencia al tratamiento, y solo el 42,1% se ubicaron en la categoría ventaja para adherencia al tratamiento.
- En el presente estudio, se encontró que los factores socioeconómicos y los factores relacionados con el paciente tienen asociación estadísticamente significativa con la adherencia al tratamiento ( $p < 0,05$ ), ( $p < 0,05$ ).

## **V. RECOMENDACIONES**

Se insta al colegio de Enfermeras del Perú a efectuar constantes capacitaciones en temas a fin de que continúen desarrollando programas de educación para los pacientes que han alcanzado un nivel de adherencia bajo y que descuidan las buenas prácticas de autocuidado.

A la jefatura del departamento de Enfermería del Hospital Regional Docente Las Mercedes para realizar programas educativos a los pacientes que reciben información acerca de la enfermedad, de modo que se comprueben que aplican lo que han aprendido en el cuidado de su salud y demostrando que, si pueden adherirse al tratamiento farmacológico y no farmacológico y así evitar complicaciones, aumentando su esperanza de vida.

A las instituciones como Organizaciones y Universidades en promover actividades de promoción de la salud en las personas sanas, para que ellos tempranamente adquieran estilos de vida saludable a fin de disminuir complicaciones de dicha enfermedad.

Considero que hay un aspecto que toma gran relevancia en el presente trabajo con el paciente crónico y es el hecho, que es básico en este proceso, que el paciente tome conciencia de su propia salud y se haga auto responsable, ya que si no cumple con esta premisa básica, a pesar que hagamos todos los esfuerzos en todos los ámbitos que rodean al individuo, no vamos a lograr los resultados esperados, por ello se hace necesario que incorporemos al trabajo diario la aplicación del modelo de auto cuidado que nos va a permitir alcanzar este objetivo que influirá directamente en la adherencia de nuestro paciente crónico.

Educar a los pacientes y familiares acerca de la importancia de los cambios del estilo de vida, dieta saludable, realizar actividad física, restricción de la ingesta de sodio, y reducción de peso para reducir la mortalidad cardiovascular.

El personal de enfermería debe realizar el seguimiento y monitorización de estos pacientes con diagnóstico de hipertensión arterial, involucrar a la familia, de esta manera ayudar a cumplir el régimen terapéutico y alimentario, desde el enfoque del autocuidado.



## VI. REFERENCIAS

1. Organización Mundial de la Salud. Adherencia a los tratamientos a largo plazo. Pruebas para la acción. Ginebra: OMS; 2004 [consultado 25 enero 2018]:3. Disponible en: <http://www.paho.org/Spanish/AD/DPC/NC/adherencia-largo-plazo.pdf>
2. Organización Mundial de la Salud. Información general sobre la hipertensión en el mundo. Suiza. 2013. [Consultado 25 enero 2018]. Disponible en: [http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/87679/1/WHO\\_DCO\\_WHD\\_2013.2\\_spa.pdf](http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/87679/1/WHO_DCO_WHD_2013.2_spa.pdf)
3. Instituto Nacional de Estadística e Informática. Perú Enfermedades No transmisibles y Transmisibles, 2014 [consultado 25 enero 2018]. Disponible en: [https://www.inei.gob.pe/media/MenuRecursivo/publicaciones\\_digitales/Est/Lib1212/Libro.pdf](https://www.inei.gob.pe/media/MenuRecursivo/publicaciones_digitales/Est/Lib1212/Libro.pdf)
4. Pérez R. et al. Nivel de conocimientos, sobre hipertensión arterial, de pacientes atendidos en un Centro de Diagnóstico Integral de Venezuela. 2015.[Consultado 25 enero 2018]. Disponible en: [http://scielo.sld.cu/scielo.php?pid=S1560-43812015000300003&script=sci\\_abstract](http://scielo.sld.cu/scielo.php?pid=S1560-43812015000300003&script=sci_abstract)
5. Da Silva M., Almeida A., Silva S. Conocimiento sobre hipertensión arterial y factores asociados a la no adhesión a la farmacoterapia. Brasil. 2014. [Consultado 25 enero 2018]. Disponible en: [http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0104-11692014000300491&lng=en&nrm=iso&tlng=es](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-11692014000300491&lng=en&nrm=iso&tlng=es)
6. Chiluiza. M. Factores que influyen sobre la adherencia terapéutica en la hipertensión arterial, parroquia San Andrés. Ecuador. 2016. [Consultado 25 enero 2018]. Disponible en: <http://repositorio.uta.edu.ec/jspui/bitstream/123456789/24245/1/Chiluiza%20Ram%C3%ADrez%20Mayra%20Alexandra.pdf>
7. Paredes V.C. Autocuidado y Nivel de conocimiento en el adulto mayor con hipertensión arterial del hospital I de Essalud - Nuevo Chimbote. (Tesis de Licenciatura). Universidad Nacional de Santa. Chimbote. 2015. Disponible en <http://repositorio.uns.edu.pe/bitstream/handle/UNS/2739/30758.pdf?sequence=1&isAllowed=y>

8. Medina R.; Rojas J.; Vilcachagua J. Factores asociados a la adherencia al tratamiento en el adulto y adulto mayor con hipertensión arterial. Lima. 2017.[Consultado 25 enero 2018]. Disponible en: [http://repositorio.upch.edu.pe/bitstream/handle/upch/775/Factores\\_MedinaGutierrez\\_Rayda.pdf?sequence=3&isAllowed=y](http://repositorio.upch.edu.pe/bitstream/handle/upch/775/Factores_MedinaGutierrez_Rayda.pdf?sequence=3&isAllowed=y)
9. Herrera. P. et al. Autoconocimiento, adherencia al tratamiento y control de la hipertensión arterial en el Perú: una revisión narrativa. Lima. 2017. [Consultado 25 enero 2018]. Disponible en: [http://www.scielo.org.pe/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1726-46342017000300017](http://www.scielo.org.pe/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1726-46342017000300017)
10. Barraza L. y Sarmiento C. Conocimiento de la enfermedad en una población hipertensa colombiana. 2014. [Consultado 26 enero 2018] Disponible en: <http://www.scielo.org.co/pdf/rfmun/v62n3/v62n3a9.pdf>
11. Aid J. Adherencia al tratamiento antihipertensivo en pacientes ambulatorios de un hospital urbano. Paraguay. 2015. [Consultado 26 enero 2018] Disponible en: <http://scielo.iics.una.py/pdf/spmi/v2n2/v2n2a05.pdf>
12. Ozamiz A. Evaluación de la adherencia terapéutica en pacientes crónicos con hipertensión arterial. España. 2015. [Consultado 26 enero 2018] Disponible en: <https://uvadoc.uva.es/bitstream/10324/11976/1/TFG-H305.pdf>
13. Vásquez G. Adherencia al Tratamiento Farmacológico en Pacientes con Hipertensión Arterial Esencial. Guatemala. 2016. [Consultado 25 enero 2018] Disponible en: <http://recursosbiblio.url.edu.gt/tesisjcem/2016/09/03/Vasquez-Gregorio.pdf>
14. Moura A, Godoy S, Cesarino C y Mendes I. Factores de no adhesión al tratamiento de la hipertensión arterial. Rev Enfermería Global [seriada en línea] 2015 (julio);(43): [13 páginas] Disponible en:[http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1695-61412016000300001&lng=es&nrm=iso&tlng=es#t4](http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1695-61412016000300001&lng=es&nrm=iso&tlng=es#t4) .Consultado enero 28,2018
15. López S. y Chávez R. Adherencia al tratamiento antihipertensivo en pacientes mayores de 60 años. Cuba. 2016 [Consultado 27 enero 2018] Disponible en: [http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1729-519X2016000100006](http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1729-519X2016000100006)

16. Muñoz C, Nova J y Muñoz A. Factores que influyen en los pacientes hipertensos para no generar comportamientos de adherencia al tratamiento farmacológico y no farmacológico. (Tesis de magistratura). Universidad del Rosario. Colombia. 2017. Recuperado de: <http://repository.urosario.edu.co/bitstream/handle/10336/13730/52954112%20-%202017.pdf?sequence=1&isAllowed=y>
17. Garzón C, Lluminago M. Cuidados paliativos en el control de la hipertensión arterial del adulto y adulto mayor. Yaruquíes, 2017. [Consultado 27 enero 2018] Disponible en: <http://dspace.unach.edu.ec/bitstream/51000/4132/1/UNACH-EC-FCS-ENF-2017-0005.pdf>
18. Fanarraga J. Conocimiento y Práctica de Autocuidado Domiciliario en Pacientes Adultos con Hipertensión Arterial, en Consultorios Externos de Cardiología del Hospital Guillermo Almenara Irigoyen ESSALUD. Lima. 2013. [Consultado 27 enero 2018] Disponible en: [http://cybertesis.urp.edu.pe/bitstream/urp/276/1/Fanarraga\\_jr.pdf](http://cybertesis.urp.edu.pe/bitstream/urp/276/1/Fanarraga_jr.pdf)
19. Rodríguez J. et al. Asociación entre conocimiento de hipertensión arterial y adherencia al tratamiento en pacientes hipertensos del Hospital Nacional Edgardo Rebagliati Martins de Lima, Perú. 2015. [Consultado 25 enero 2018] Disponible en: <http://www.scielo.org.co/pdf/rfmun/v65n1/0120-0011-rfmun-65-01-00055.pdf>
20. Limaylla M. Adherencia al tratamiento farmacológico en pacientes adultos mayores con hipertensión arterial del Centro de Atención Primaria III Huaycan – EsSalud. Lima. 2015. [Consultado 26 enero 2018] Disponible en: [http://cybertesis.unmsm.edu.pe/bitstream/cybertesis/5273/1/Limaylla\\_lm.pdf](http://cybertesis.unmsm.edu.pe/bitstream/cybertesis/5273/1/Limaylla_lm.pdf)
21. Paredes V. Autocuidado y nivel de conocimiento en el adulto mayor con hipertensión arterial del Hospital I de Essalud - Nuevo Chimbote, 2015. [Consultado 25 enero 2018]. Disponible en: <http://repositorio.uns.edu.pe/bitstream/handle/UNS/2739/30758.pdf?sequence=1>
22. Medina R, Rojas J y Vilcachagua J. Factores asociados a la adherencia al tratamiento en el adulto y adulto mayor con hipertensión arterial de un hospital general. Lima. 2016. [Consultado 25 enero 2018] Disponible

en: <http://repository.urosario.edu.co/bitstream/handle/10336/13730/52954112%20-%202017.pdf?sequence=1>

23. Tafur C, Vásquez L y Nonaka M. “Nivel de conocimiento y práctica de autocuidado del adulto mayor hipertenso, del centro de atención del adulto mayor del hospital regional de Loreto, Iquitos-2017. [Consultado 25 enero 2018] Disponible en: [http://repositorio.unapiquitos.edu.pe/bitstream/handle/UNAP/4871/Cinthia\\_Titulo\\_2017.pdf?sequence=1](http://repositorio.unapiquitos.edu.pe/bitstream/handle/UNAP/4871/Cinthia_Titulo_2017.pdf?sequence=1)

24. Campos J, Guerrero O. Prácticas de autocuidado según el nivel de conocimiento sobre la hipertensión arterial de los adultos mayores del centro de salud José Olaya, Chiclayo 2013. [Consultado 25 enero 2018] Disponible en: <http://repositorio.uss.edu.pe/bitstream/uss/1530/1/Campos%20Coronado%20Jannina%20.pdf>

25. Salcedo R, González B, Jiménez A, Nava V, Cortés, Eugenio M. Autocuidado para el control de la hipertensión arterial en adultos mayores ambulatorios. Rev Scielo [Seria en línea] 2012; (9) [19 páginas]. Disponible en: [http://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1665-70632012000300004](http://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1665-70632012000300004). Consultado Enero 28, 2018

26. Neciosup C. Factores asociados al no tratamiento de enfermedades cardiovasculares en personas mayores de 40 años. Lima. 2014. [Consultado 03 febrero 2018] Disponible en [http://cybertesis.unmsm.edu.pe/bitstream/cybertesis/3568/1/Neciosup\\_oc.pdf](http://cybertesis.unmsm.edu.pe/bitstream/cybertesis/3568/1/Neciosup_oc.pdf)

27. Álvarez E. Nivel de conocimientos de los adultos mayores sobre prevención de hipertensión arterial en un centro de salud, Lima, 2014. (Tesis de Licenciatura). Universidad Nacional Mayor de San Marcos. Lima. 2015. Recuperado de: [http://cybertesis.unmsm.edu.pe/bitstream/cybertesis/4175/1/%C3%81lvarez\\_re.pdf](http://cybertesis.unmsm.edu.pe/bitstream/cybertesis/4175/1/%C3%81lvarez_re.pdf)

28. Libertad M, Dr. C. Grau J y Espinosa A. Marco conceptual para la evaluación y mejora de la adherencia a los tratamientos médicos en enfermedades crónicas. Revista cubana de Salud Pública. [Publicación periódica en línea] 2014. Febrero 27 [Citado: 2018 febrero 03] Disponible en: <https://www.scielosp.org/article/rcsp/2014.v40n2/222-238/>

29. Ramos L. La adherencia al tratamiento en las enfermedades crónicas. Revista Cubana de Angiología y Cirugía Vascular. [Publicación periódica en línea] 2015 marzo 2 [Citado: 2018 febrero 03] Disponible en: [http://scielo.sld.cu/scielo.php?pid=S1682-00372015000200006&script=sci\\_arttext&tlng=pt](http://scielo.sld.cu/scielo.php?pid=S1682-00372015000200006&script=sci_arttext&tlng=pt)
30. Capítulo 3: Metodología de la Investigación [Citado: 2018 febrero 28]. Disponible en: [http://catarina.udlap.mx/u\\_dl\\_a/tales/documentos/lad/blanco\\_s\\_nl/capitulo3.pdf](http://catarina.udlap.mx/u_dl_a/tales/documentos/lad/blanco_s_nl/capitulo3.pdf)
31. Sousa V., Driessnack M., Costa I. Revisión de diseños de investigación resaltantes para enfermería. Parte 1: diseños de investigación cuantitativa. Rev latino-am enfermagem. 2007. Mayo-Junio. [Citado: 2018 febrero 28]. Disponible en: [http://www.scielo.br/pdf/rlae/v15n3/es\\_v15n3a22.pdf](http://www.scielo.br/pdf/rlae/v15n3/es_v15n3a22.pdf)
32. Bonilla C, Bastidas C, Olivella M. Validación y aplicación de un instrumento para medir adherencia a tratamientos farmacológicos y no farmacológicos en pacientes con factores de riesgo de enfermedad cardiovascular. Rev Paraninfo Digital, 2009; 6. [Citado: 2018 febrero 28]. Disponible en: <http://www.index-f.com/para/n6/o031.php>
33. Alfonso M., Bayarre H., Grau. J. Validación del cuestionario MBG (Martín-Bayarre-Grau) para evaluar la adherencia terapéutica en hipertensión arterial. 2008. Rev Cubana de Salud Pública. [Citado: 2018 febrero 28]. Disponible en <https://mail.google.com/mail/u/0/#inbox/161db129eaa0d9e6?projector=1&messagePartId=0.2>
34. Comisión Nacional para la protección de los sujetos humanos de investigación biomédica y comportamental. (2003). Informe Belmont Principios y guías éticos para la protección de los sujetos humanos de investigación. [Citado: 2018 febrero 28]. Disponible en: [http://www.conbioetica-mexico.salud.gob.mx/descargas/pdf/normatividad/normatinternacional/10\\_INTL\\_Informe\\_Belmont.pdf](http://www.conbioetica-mexico.salud.gob.mx/descargas/pdf/normatividad/normatinternacional/10_INTL_Informe_Belmont.pdf)

**ANEXOS**

**ANEXO 01**

**CONSENTIMIENTO INFORMADO**

**TÍTULO DEL PROYECTO DE INVESTIGACIÓN:**

**Factores relacionados a la adherencia al tratamiento antihipertensivo en el adulto mayor de un hospital – Chiclayo, 2018**

**INVESTIGADORA:** Karina Lizbeth Ramírez Olivera

Yo \_\_\_\_\_, identificada (o) con D.N.I N° \_\_\_\_\_, en base a lo expuesto en el presente documento, acepto voluntariamente participar en la presente investigación.

Adicionalmente se me informó que:

- Mi participación en esta investigación es completamente libre y voluntaria, estoy en libertad de retirarme de ella en cualquier momento. Asimismo, se detalló la descripción de los objetivos, alcance y resultados esperados de este estudio y de las características de mi participación.
- Toda la información obtenida y los resultados de la investigación serán estrictamente confidenciales y anónimas. Además, esta no será usada para ningún otro propósito fuera de los de este estudio.
- Recibiré una copia de este documento de consentimiento, y que puedo pedir información sobre los resultados de este estudio cuando éste haya concluido.

Hago constar que el presente documento ha sido leído y entendido por mí en su integridad de manera libre y espontánea.

Chiclayo, \_\_\_\_\_ del 2018

\_\_\_\_\_  
Nombres y apellidos:.....  
D.N.I:.....

## ANEXO 02

### INSTRUMENTO PARA EVALUAR LOS FACTORES QUE INFLUYEN EN LA ADHERENCIA A TRATAMIENTOS FARMACOLÓGICOS Y NO FARMACOLÓGICOS EN PERSONAS QUE PRESENTAN FACTORES DE RIESGO DE ENFERMEDAD CARDIOVASCULAR

#### VERSIÓN 4

N° \_\_\_\_\_ Fecha: \_\_\_\_\_

Nombre: \_\_\_\_\_ Edad: \_\_\_\_\_

Dirección: \_\_\_\_\_

Teléfono: \_\_\_\_\_

#### INSTRUCCIONES

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

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

<b>FACTORES INFLUYENTES</b>				
<b>I. DIMENSIÓN:</b>	<b>FACTOR</b>	<b>NUNCA</b>	<b>A VECES</b>	<b>SIEMPRE</b>
	<b>SOCIOECONÓMICO</b>			
1.	¿Tiene disponibilidad económica su familia para atender las necesidades básicas?: (alimentación, salud, vivienda, educación).			
2.	¿Puede costearse los medicamentos?			
3.	¿Cuenta con los recursos económicos para trasladarse al lugar de la consulta?			
4.	¿Los cambios en la dieta, se le dificultan debido al costo de los alimentos recomendados?			
5.	¿Puede leer la información escrita sobre el manejo de su enfermedad?			
6.	¿Cuenta con el apoyo de su familia o personas allegadas para cumplir su tratamiento?			
<b>II. DIMENSIÓN:</b>	<b>FACTOR RELACIONADO CON EL PROVEEDOR: SISTEMA Y EQUIPO DE SALUD</b>	<b>NUNCA</b>	<b>A VECES</b>	<b>SIEMPRE</b>

7. ¿Las personas que lo atienden responden sus inquietudes y dificultades con respecto a su tratamiento?			
8. ¿Se da cuenta que su médico controla si está siguiendo el tratamiento por las preguntas que le hace?			
9. ¿Recibe información sobre los beneficios de los medicamentos ordenados por su médico?			
10. ¿Recibe información sobre la forma de ajustar los horarios de los medicamentos de acuerdo a sus actividades diarias?			
11. ¿En el caso que usted fallara en su tratamiento su médico y su enfermera entenderían sus motivos?			
12. ¿El médico y la enfermera le dan explicaciones con palabras que su familia y usted entienden?			
13. ¿El médico y la enfermera le han explicado que resultados va a tener en su salud con el tratamiento que se le está dando?			
14. ¿Le parece que el médico y usted coinciden en la esperanza de mejoría con el tratamiento y los cambios que está haciendo en sus hábitos?			
<b>III. DIMENSIÓN: FACTOR RELACIONADO CON LA TERAPIA</b>	<b>NUNCA</b>	<b>A VECES</b>	<b>SIEMPRE</b>
15. ¿Las diversas ocupaciones que tiene dentro y fuera del hogar le dificultan seguir el tratamiento?			
16. ¿Las distancias de su casa o trabajo a los consultorios le dificultan el cumplimiento de sus citas?			
17. ¿Tiene dudas acerca de la manera de tomar sus medicamentos, en cuanto a la cantidad, los horarios y la relación con las comidas?			
18. ¿Cuándo mejoran sus síntomas, usted suspende el tratamiento?			
19. ¿Anteriormente ha presentado dificultades para cumplir su tratamiento?			
20. ¿Cree que hay costumbres sobre alimentos y ejercicios difíciles de cambiar?			



<b>IV. DIMENSIÓN: FACTOR RELACIONADO CON EL PACIENTE</b>	<b>NUNCA</b>	<b>A VECES</b>	<b>SIEMPRE</b>
21. ¿Está convencido que el tratamiento es beneficioso y por eso sigue tomándolo?			
22. ¿Se interesa por conocer sobre su condición de salud y la forma de cuidarse?			
23. ¿Cree que es importante seguir su tratamiento para mejorar su salud?			
24. ¿Cree que es usted el responsable de seguir el cuidado de su salud?			

### Anexo 03

#### Cuestionario para la evaluación de la adherencia terapéutica MBG (Martín–Bayarre–Grau)

Estimado paciente:

Solicitamos su colaboración Para estudiar cómo se comporta el cumplimiento de las indicaciones orientadas a los pacientes con hipertensión arterial. Sólo debe dar respuesta a las preguntas que aparecen a continuación. Le garantizamos la mayor discreción con los datos que pueda aportarnos, los cuales son de gran valor para este estudio. Muchas gracias

Nombre: \_\_\_\_\_

Edad: \_\_\_\_\_ Sexo: \_\_\_\_\_ Ocupación: \_\_\_\_\_

Nivel de escolaridad: \_\_\_\_\_ Consultorio: \_\_\_\_\_

Años de diagnosticada la enfermedad: \_\_\_\_\_

A) De las indicaciones que aparecen a continuación marque con una X, cuál o cuáles le ha indicado su médico.

Tratamiento higiénico-dietético:

1. Dieta sin sal o baja de sal \_\_\_\_\_

2. Consumir grasa no animal \_\_\_\_\_

3. Realizar ejercicio físico \_\_\_\_\_

B) Tiene Usted indicado tratamiento con medicamentos

1. Si \_\_\_\_\_

2. No \_\_\_\_\_

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

Afirmaciones	Siempre	Casi siempre	A veces	Casi nunca	Nunca
1. Toma los medicamentos en el horario establecido					
2. Se toma todas las dosis indicadas					

3. Cumple las indicaciones relacionadas con la dieta					
4. Asiste a las consultas de seguimiento programadas					
5. Realiza los ejercicios físicos indicados					
6. Acomoda sus horarios de medicación, a las actividades de su vida diaria.					
7. Usted y su médico, deciden de manera conjunta, el tratamiento a seguir					
8. Cumple el tratamiento sin supervisión de su familia o amigos					
9. Lleva a cabo el tratamiento sin realizar grandes esfuerzos					
10. Utiliza recordatorios que faciliten la realización del tratamiento.					
11. Usted y su médico analizan, cómo cumplir el tratamiento					
12. Tiene la posibilidad de manifestar su aceptación del tratamiento que ha prescrito su médico.					

## Anexo 4

### FICHAS TÉCNICAS DE INSTRUMENTOS

#### FICHA TECNICA INSTRUMENTO FACTORES QUE INFLUYEN EN LA ADHERENCIA A TRATAMIENTOS EN PACIENTES CON RIESGO DE ENFERMEDAD CARDIOVASCULAR

##### **Validación y aplicación de un instrumento para medir adherencia a tratamientos farmacológicos y no farmacológicos en pacientes con factores de riesgo de enfermedad cardiovascular**

Claudia Patricia Bonilla Ibáñez,<sup>1</sup> Clara V. Bastidas Sánchez,<sup>1</sup> Madeleine C. Olivella Fernández

(1) Magíster en Enfermería, Énfasis Salud Cardiovascular. Universidad Nacional. Docente de Planta Facultad Ciencias de la Salud. Universidad del Tolima, Colombia. (2) Magíster en Enfermería, Énfasis Paciente Crónico. Universidad Nacional. Docente de Planta Facultad Ciencias de la Salud. Universidad del Tolima, Colombia

Rev Paraninfo digital, 2009: 6

#### **RESUMEN**

Introducción: La investigación metodológica aborda el desarrollo, validación y evaluación de los instrumentos o técnicas de investigación. Su objetivo es desarrollar un instrumento confiable, eficaz y funcional, de tal manera que otros investigadores lo puedan utilizar para evaluar si se han logrado los propósitos. El diseño de un instrumento que mida la adherencia en personas con enfermedad cardiovascular permite a los profesionales de Enfermería identificar la situación real de apego o no al tratamiento, lo que se convierte en un cimiento fundamental para proponer programas específicos que permitan afrontar uno de los flagelos más graves de la salud pública en nuestro país y el mundo: la enfermedad cardiovascular.

En el 2006 se diseñó un instrumento para medir los factores que influyen en la adherencia a tratamientos farmacológicos y no farmacológicos en personas que presentan factores de riesgo para enfermedad cardiovascular. En su inicio el instrumento estaba conformado por cinco dimensiones y 72 reactivos. Durante el proceso de validación del instrumento se han realizado 4 aplicaciones, lo que ha permitido ir depurándolo. En la actualidad consta de cuatro dimensiones y 24 reactivos. La primera dimensión se refiere a los Factores Socioeconómicos y consta de 6 reactivos; la segunda dimensión son los Factores Relacionados con el Proveedor: Sistema y Equipo de Salud, consta de 8 reactivos; la tercera dimensión son los Factores Relacionados con la terapia y consta de 6 reactivos, y la cuarta dimensión son los Factores Relacionados con el Paciente y consta de 4 reactivos.

**Metodología y resultados:** Los resultados de las mediciones realizadas en las diferentes ciudades fueron:

1. En la ciudad de Cartagena se realizaron dos estudios descriptivos metodológicos; uno con 262 pacientes con factores de riesgo cardiovascular, de la Caja de Previsión Social de la Universidad de Cartagena, y se determinó la validez facial y confiabilidad del instrumento. En cuanto a la validez facial se sugiere modificación de 22 ítems y eliminación de 15 ítems; sin embargo, las autoras solamente aceptaron la eliminación de 10 ítems, quedando el instrumento con 62 ítems. Con la nueva versión se reportó un índice de alfa de Crombach de 0.797. Del total de pacientes seleccionados para el estudio se encontró que el 92% se ubican en la categoría sin riesgo a adherirse, es decir, están adheridos al tratamiento tanto farmacológico como no farmacológico.<sup>32</sup>

2. La segunda medición, con 293 pacientes inscritos en el programa de Hipertensión y Diabetes del Hospital Naval de Cartagena. Las pruebas de validación arrojaron un índice de alfa de Crombach de 0.833 para la calificación total del instrumento y un coeficiente de correlación test-retest (Sperman) estadísticamente significativo. La validez facial permitió disminuir el número de ítems. La mayor proporción de los pacientes con factores de riesgo de enfermedad cardiovascular, el 88%, se encontró en la categoría sin riesgo de no adherirse a los tratamientos farmacológicos y no farmacológicos, y el 12% se encontró en la categoría de riesgo moderado para no adherirse.<sup>32</sup>

3. En la ciudad de Bucaramanga se realizó un estudio descriptivo metodológico con 172 pacientes atendidos en la Fundación Cardiovascular, con un instrumento de 53 ítems con validez facial, de contenido de 0.91, confiabilidad a través del alfa de Crombach de 0.83. Los hallazgos reportaron que el 80,8% de los pacientes se encuentran en riesgo de no adherirse al tratamiento farmacológico y no farmacológico.<sup>32</sup>

4. En la ciudad de Bogotá se realizó un estudio descriptivo- metodológico de abordaje cuantitativo en el cual se midió la validez de constructo y confiabilidad del instrumento. La muestra fue de 485 pacientes. Se realizó la validez de constructo por medio del análisis factorial tipo exploratorio para determinar las variables y las 4 dimensiones por el método de extracción de componentes principales y rotación varimax de Káiser. La varianza factorial se realizó con cargas de 0.39 y 0.40, estas determinaron la asociación de cada ítem con cada factor para agrupar las preguntas con base en las correcciones encontradas.

Al realizar este análisis el instrumento solamente se constituyó por 24 ítems que, en conjunto, reportaron una confiabilidad de Alfa de Crombach de 0.60. Adicionalmente, respecto a las propiedades psicométricas del instrumento, las dimensiones que lo componen presentan índices de consistencia interna que oscilaron entre 0.46 y 0.74.<sup>32</sup>

El instrumento utiliza una escala de calificación tipo Likert de 1-3 con las siguientes puntuaciones:

- Nunca= 0
- A veces= 1
- Siempre= 2

**Conclusiones:** Las mediciones realizadas al instrumento han permitido consolidar la validez facial, la validez de contenido y la confiabilidad. Adicionalmente, en relación con la adherencia a los tratamientos se encontró que dependiendo del nivel socio-económico y educativo, entre otros, varían los resultados. El instrumento tiene un índice de confiabilidad por alfa de Crombach entre 0.833 y 0.797, lo que indica una buena consistencia interna.<sup>32</sup>

**Conclusión principal.** El diseño de un instrumento que mida la adherencia a tratamientos farmacológicos y no farmacológicos, su validación y aplicación en los diferentes escenarios asistenciales del paciente con enfermedad cardiovascular es de gran relevancia para enfermería, ya que nos da elementos necesarios para identificar y diseñar programas que respondan a las necesidades propias de la población colombiana. Adicionalmente, al instrumento aquí referenciado se le han realizado las pruebas necesarias para mostrar su validez, y de esta forma se puede utilizar en investigaciones con paciente con patología cardiovascular. En la actualidad se tienen solicitudes de varios países para la utilización del instrumento.<sup>32</sup>

## FICHA TÉCNICA

### Validación del cuestionario MBG (Martín-Bayarre-Grau) para evaluar la adherencia terapéutica en hipertensión arterial

Libertad Martín Alfonso<sup>I</sup>; Héctor D. Bayarre Veá <sup>II</sup>; Jorge A. Grau Ábalo<sup>III</sup>

<sup>I</sup>Máster en Psicología de la Salud. Escuela Nacional de Salud Pública. La Habana, Cuba.

<sup>II</sup>DrC.de la Salud. Escuela Nacional de Salud Pública. La Habana, Cuba.

<sup>III</sup>DrC. Psicológicas. Instituto Nacional de Oncología y Radiobiología. La Habana, Cuba.

### RESUMEN

**Introducción** En la Escuela Nacional de Salud Pública de Cuba se desarrolla un proyecto de investigación que pretende evaluar los niveles de adherencia al tratamiento en personas hipertensas, en este marco fue necesaria la construcción y validación de un cuestionario que permitiera realizar su medición.

**Objetivos** Presentar el proceso de construcción del cuestionario, así como la validación de contenido, de construcción lógica y la evaluación de su consistencia interna.

**Métodos** La validación de contenido se realizó a través de la metodología propuesta Por *Moriyama*. La muestra utilizada para la evaluación de la confiabilidad interna y validez de construcción lógica del MBG estuvo compuesta por pacientes con hipertensión arterial esencial, bajo tratamiento médico, mayores de 20 años, pertenecientes al área de salud del Policlínico Van-Troi (n: 114) del Municipio Centro Habana. La consistencia interna se determinó a través del cálculo del coeficiente Alfa de Cronbach y la validez de construcción del MBG fue evaluada a través de un análisis factorial por componentes principales.

**Resultados** El índice de consistencia interna Alfa de Cronbach obtenido para la muestra fue de ,889. Los resultados de la validación de contenido permitieron considerar que la formulación de los ítems, es razonable, se encuentran claramente definidos y se justifica su presencia en el cuestionario; aportó que las categorías propuestas para ser incluidas en la construcción del instrumento son adecuadas. Los resultados sugirieron la presencia de tres factores denominados: *Cumplimiento activo*, *Autonomía ante el tratamiento* y *Complejidad de la adhesión*, que explicaron el 68,72 % de la varianza acumulada.

**Conclusiones** Los resultados obtenidos por estas alternativas de validez fueron favorables. Está disponible un instrumento con condiciones adecuadas y criterios válidos que justifican su uso y aplicación en el terreno investigativo y la práctica médica.

**Palabras clave:** Adherencia terapéutica, cumplimiento del tratamiento, validación, cuestionario, hipertensión arterial.<sup>33</sup>

### INTRODUCCIÓN

Existen grandes dificultades con el cumplimiento del tratamiento por las personas que padecen hipertensión arterial, algunos estudios han informado que entre el 24 y el 30 %

de los hipertensos abandonan el tratamiento farmacológico, en otros se ha mostrado que la mitad de los pacientes que comienzan con terapia antihipertensiva interrumpen el tratamiento antes del año y que un porcentaje de los que lo mantiene reducen la medicación hasta un punto, en el cual, la reducción beneficiosa de la presión arterial no se alcanza. En los resultados de una revisión de la literatura llevada a cabo por *Merino y Gil* en 2001, se encuentran porcentajes de incumplimiento de las prescripciones farmacológicas que oscilan entre el 15,7 y el 66,0 %.<sup>33</sup>

La adherencia terapéutica se ha conceptualizado de diferentes formas. La OMS en el año 2004, planteó una definición de la adherencia al tratamiento prolongado que fusiona definiciones de autores como *Haynes y Rand*, haciendo hincapié en la necesidad de considerar la conformidad del paciente respecto a las recomendaciones y en la buena comunicación entre pacientes y profesionales como requisito esencial para una práctica terapéutica eficiente. El proyecto de la OMS considera a la adherencia terapéutica como "el grado en que el comportamiento de una persona, tomar medicamentos, seguir un régimen alimentario y ejecutar cambios en el estilo de vida, se corresponde con las recomendaciones acordadas de un prestador de asistencia sanitaria."<sup>33</sup>

En la Escuela Nacional de Salud Pública de Cuba (ENSAP) se desarrolla un proyecto de investigación que pretende evaluar los niveles de adherencia al tratamiento en pacientes hipertensos. Una amplia revisión de literatura sobre el tema permitió asumir, para los fines de esta investigación, una definición operacional de adherencia terapéutica que es consistente con los postulados esenciales que caracterizan este proceso, destacados por los autores explorados incluyendo la enunciada por la OMS.<sup>33</sup>

Se adoptó como definición de adherencia terapéutica, la "implicación activa y voluntaria del paciente en un comportamiento relacionado con el cumplimiento del tratamiento, aceptado de mutuo acuerdo con su médico." Esta definición a partir de un análisis de su contenido estuvo compuesta inicialmente por cuatro categorías, las que orientaron desde el punto de vista conceptual la construcción del cuestionario.<sup>33</sup>

Para evaluar la adherencia terapéutica se han utilizado diversos procedimientos como conteo de píldoras, medidas de laboratorios, entrevistas y cuestionarios a pacientes, personal de salud, familiares, entre otros. Después de una amplia revisión bibliográfica se confirmó que no se cuenta con un instrumento que se ajustara a la concepción acerca de la adherencia terapéutica que querían expresar los autores. Por eso fue necesaria la construcción de un instrumento que permitiera realizar su medición, siguiendo los presupuestos teóricos y conceptuales antes expuestos.<sup>33</sup>

Se escogió la elaboración de un cuestionario de autorreporte, corto y sencillo, de fácil aplicación y cómodas posibilidades de respuesta por parte del paciente, como la mejor vía para realizar la evaluación rápida del nivel de adhesión o no que tiene el paciente al tratamiento médico indicado. Se reconoció que el reporte del paciente resulta ser más confiable y ajustado, que la información dada por los propios médicos y familiares.<sup>33</sup>

La necesidad de validar el cuestionario elaborado, para ofrecerlo a la comunidad científica y recomendar su uso, ha sido satisfecha hasta este momento, a través de una validación de contenido por criterio de expertos, la evaluación de la confiabilidad interna



y el análisis de la validez de construcción lógica.<sup>33</sup>

La validación de contenido se refiere al grado en que la prueba que se está usando, representa y es capaz de expresar la característica que se investiga; con esta se determina si el instrumento incluye todos los aspectos del concepto estudiado. Esta alternativa de validez concierne al grado de rigor con que el instrumento contempla el entorno teórico en el que se inscribe la categoría sintetizada. El presente artículo muestra el proceso de construcción del cuestionario MBG (Martín-Bayarre-Grau) y los resultados de la validación de contenido, la evaluación de la consistencia interna y la validez de construcción lógica realizada en una muestra de pacientes hipertensos.<sup>33</sup>

## **MÉTODOS**

### **Construcción del cuestionario**

Se confeccionaron los ítems en forma de 12 afirmaciones que recorren las categorías que se considera conforman la definición operacional de adherencia terapéutica. Se le da al paciente la opción de respuesta en una escala Lickert compuesta por cinco posibilidades que van desde Siempre hasta Nunca, marcando con una X la periodicidad que considera ejecuta lo planteado. El cuestionario recoge, además, datos generales del paciente (nombre, edad, sexo, ocupación, años de diagnosticada la enfermedad e información acerca del tratamiento médico que tiene indicado: medicamentoso y/o higiénico-dietético.<sup>33</sup>

Su calificación se estableció a partir de la estimación de un puntaje que divide en proporciones la totalidad de los puntos obtenidos por cada paciente, considerando como Adheridos Totales a los que obtienen de 38 a 48 puntos, Adheridos Parciales de 18 a 37 puntos y No Adheridos a los que obtienen entre 0 y 17, de modo que se pueda cuantificar con rapidez la respuesta del paciente y determinar tres tipos o niveles de adherencia al tratamiento: Total, Parcial y No adherido.<sup>33</sup>

Para calcular la puntuación obtenida por cada paciente se asignó el valor 0 a la columna Nunca, 1 a Casi nunca, 2 para A Veces, 3 a Casi Siempre y 4 a Siempre, siendo 48 la totalidad de puntos posibles a alcanzar.

### **Proceso de validación de contenido**

Se utilizó la metodología propuesta por *Moriyama*, para evaluar la calidad de su construcción y la correspondencia de los ítems con la definición operacional y las categorías que la componen.<sup>33</sup>

La estructura y formulación de las preguntas del cuestionario fue sometido a un proceso de validación de contenido por criterio de expertos. El criterio de los jueces expertos se utilizó para evaluar la correspondencia de los ítems en relación con la definición operacional y las categorías propuestas y para evaluar el cuestionario de acuerdo a las cinco propiedades básicas formuladas por *Moriyama*. La respuesta de los expertos, valoración que ellos realizaron sobre las referidas propiedades se recogió a través de una escala ordinal que incluyó: Mucho, Poco y Nada.<sup>33</sup>

El cuestionario de validación fue sometido, antes de su aplicación con el objetivo de validación, a un proceso de pilotaje. Fue aplicado a cinco investigadores considerados como expertos, cuyas sugerencias permitieron su corrección quedando así confeccionado el cuestionario de validación definitivo.<sup>33</sup>

También se realizó un estudio piloto en un grupo de 25 pacientes, para comprobar la comprensión de las preguntas y el funcionamiento del instrumento.

La selección de los jueces expertos, se realizó teniendo en consideración su experiencia profesional e investigativa en el ejercicio de las ciencias médicas y psicológicas, para de este modo tener la posibilidad de obtener criterios de diversos especialistas y realizar un análisis integral del problema de estudio. Se incluyeron profesionales considerados expertos en psicología, medicina interna, enfermería y medicina general integral, que ejercieran su actividad profesional en los tres niveles de atención, en dos provincias del país. Se seleccionaron diez jueces expertos siguiendo los criterios mencionados anteriormente, quienes respondieron el cuestionario de validación definitivo.<sup>33</sup>

La caracterización de los jueces expertos es como sigue: dos psicólogos de la provincia Granma, uno de atención primaria de salud y otro del segundo nivel de atención, una psicóloga de tercer nivel de atención en la provincia Ciudad de la Habana, un psicólogo de un instituto nacional de investigaciones, tres médicos de Ciudad de la Habana, dos especialistas de medicina general integral y un especialista en medicina interna del segundo nivel de atención, dos enfermeras de atención primaria de salud, una de Ciudad de la Habana y otra de la provincia Granma y una enfermera de tercer nivel de atención trabajadora del Instituto Nacional de Cardiología y Cirugía Cardiovascular.<sup>33</sup>

### **Evaluación de la confiabilidad interna y validez de construcción lógica del MBG**

La muestra estudiada para el proceso de validación estuvo compuesta por pacientes con hipertensión arterial esencial, bajo tratamiento médico mayores de 20 años, que desearan colaborar con la investigación, residentes en el Municipio Centro Habana y pertenecientes al área de salud que atiende el Policlínico Van-Troi.<sup>33</sup>

La consistencia interna se determinó a través del cálculo del coeficiente Alfa de Cronbach de forma global, eliminando el puntaje del ítem a analizar y con la correlación Ítem-total y el Coeficiente de determinación. Este último ofrece información acerca del grado de homogeneidad entre los reactivos que constituyen un instrumento.<sup>33</sup>

La validez de construcción del cuestionario MBG (Martín-Bayarre-Grau), fue evaluada a través de un análisis factorial por componentes principales utilizando el método de rotación Varimax. Se realizó un análisis de las comunalidades para conocer la representatividad de las variables en los factores retenidos y de la consistencia interna por factor retenido.<sup>33</sup>

*Herrans*, citado por *Bernal y Bonilla*,<sup>14</sup> considera que la estructura factorial de un instrumento permite documentar su validez de construcción lógica la cual debe corresponder en esencia con las dimensiones establecidas en la nosología del constructo que se mide.

## RESULTADOS

Los resultados se presentan en tres secciones. La primera contiene los resultados del análisis de la consistencia interna, la segunda la validación de contenido según las propiedades básicas de un instrumento y la correspondencia de los ítems con las categorías propuestas y la definición operacional. La tercera presenta los hallazgos sobre la validez de construcción lógica.<sup>33</sup>

### Confiabilidad interna

El índice de consistencia interna Alfa de Cronbach obtenido para esta muestra fue de ,889. La media por ítems, la desviación estándar, la correlación entre el ítem y la puntuación total del MBG y el Alfa de Cronbach si el ítem es eliminado se presentan en la tabla 1. Los ítems con los promedios más altos fueron: 1, 3, 6, y el 9. En la correlación Ítem-total del MBG, la mayoría alcanzaron valores superiores a 50, lo cual es indicador de un buen nivel de consistencia entre los ítems, siendo el 8 y 9 los de más elevada correlación. Sólo los ítems 7 y 11 no sobrepasaron el valor de 50. También todos contribuyeron a mantener un Alfa de Cronbach superior a ,80 de ser eliminadas, por lo que se puede señalar una buena homogeneidad del instrumento elaborado.<sup>33</sup>

### Validación de contenido

#### *Valoración de los ítems según propiedades básicas de un instrumento formuladas por Moriyama*

Los resultados de la valoración realizada por los expertos se recogen en la tabla 2. Se consideró que el ítem es Bueno cuando al menos el 70 % de los expertos lo evaluó en la categoría Mucho. A continuación, se presentan los resultados obtenidos para cada categoría:

- Razonable: todos los ítems alcanzaron altas puntuaciones.
- Discrimina variaciones: los ítems 2, 5, 11 y 12 obtuvieron menos de 70 %.
- Justificable: todos los ítems alcanzaron puntuaciones mayores o iguales a 70 %.
- Claramente definido: todos los ítems alcanzaron altas puntuaciones.
- Datos factibles de obtener: sólo el ítem 11 obtuvo menos de 70 %.

Como se observa en la tabla 2, los resultados permiten considerar que la formulación de los ítems, es razonable, se encuentran claramente definidos y se justifica su presencia en el cuestionario. La propiedad de peores resultados fue "si el ítem discrimina variaciones del constructo" donde 4 ítems no alcanzaron el 70 %. Y también un ítem fue valorado sólo por el 50 % de los expertos como que "ofrece datos fáciles de obtener". Estos resultados llevaron a realizar modificaciones en la formulación inicial del ítem 11. Es importante señalar que las respuestas dadas a la última pregunta del cuestionario de validación, donde se solicitó a los expertos Otras Sugerencias, permitieron modificar el uso de términos y mejorar la formulación de algunos ítems, lo que contribuyó al logro de mayor claridad en su redacción.<sup>33</sup>

### ***Valoración de la correspondencia de los ítems en relación con la definición operacional y las categorías propuestas***

Las respuestas brindadas por todos los expertos a los incisos A y B del cuestionario de validación, aportó que las categorías propuestas para ser incluidas en la construcción del instrumento eran apropiadas, es decir, no realizaron propuestas de modificaciones, ni consideraron pertinente excluir alguna. Sin embargo, dos de ellos opinaron que se debía lograr mayor diferenciación entre las categorías 2 y 3, criterio muy importante y coherente con los resultados de la tabla 3 que se comentan a continuación. Un experto consideró conveniente incluir otras categorías, las que se consideraron como factores influyentes en la adherencia terapéutica, tal como lo describe la literatura, pero no componentes o unidades integrantes que representen parte del concepto asumido en esta investigación. Por esa razón no se tuvo en cuenta este criterio.<sup>33</sup>

Muy útil resultó la valoración de la correspondencia entre las categorías y los ítems redactados para su medición, pues permitió realizar un ajuste en la propuesta definitiva de aquellas que conformarían la definición operacional de adherencia.<sup>33</sup>

Como se observa en la tabla 3, se obtuvo que más de 50 % de los expertos incluyeron los ítems 5, 6, 8 y 9 en dos categorías: Participación activa y Carácter voluntario, esto indica que ambas categorías no fueron consideradas excluyentes, lo cual llevó a considerar la reformulación de estas desde el punto de vista teórico y a incluir los ítems de ambas en una sola categoría denominada: Implicación activa del paciente en el cumplimiento. Los demás ítems fueron incluidos en las categorías correspondientes por la mayoría de los expertos (más del 70 %).<sup>33</sup>

Las categorías que recorren la definición operacional de adherencia terapéutica que se propone quedaron reformuladas y definidas a partir del proceso de validación de contenido de la siguiente manera:

- Cumplimiento del tratamiento: es la ejecución por la persona de las indicaciones médicas prescriptas (CT).
- Implicación personal: es la búsqueda por el paciente de estrategias para garantizar el cumplimiento de las prescripciones con la ejecución de los esfuerzos necesarios (IP).
- Relación transaccional: es la relación de colaboración establecida entre el paciente y su médico para instaurar el tratamiento y elaborar la estrategia a seguir que garantice su cumplimiento y aceptación por ambos (RT).

Los ítems con las categorías propuestas, resultantes del proceso de validación fueron:

- CT: ítems 1, 2, 3, 4.
- IP: ítems 5,6, 8 , 9 y 10.
- RT: ítems 7, 11 y 12.

### **Validez de construcción lógica del cuestionario MBG**

Las tablas 4 y 5 presentan un resumen de los hallazgos sobre la estructura factorial. Los resultados sugieren la presencia de tres factores denominados: *Cumplimiento activo*, *Autonomía ante el tratamiento* y *Complejidad de la adhesión*, que explican el 68,72 %

(tabla

4) de la varianza acumulada en el MBG y se establecen utilizando el criterio de valor total mayor o igual a 1.

El primer factor, *Cumplimiento activo*, agrupa 5 ítems que aluden al cumplimiento de las principales indicaciones médicas como son tomar los medicamentos en el horario establecido, realizar las orientaciones acerca de la dieta y asistir a las consultas programadas y ejecutar estas a través de la participación activa del paciente, de manera que perciba el cumplimiento sin la realización de grandes esfuerzos. Este factor explica el 46,45 % de la varianza. El factor 2, *Autonomía del cumplimiento* contiene 4 ítems que se refieren a modos de actuación en los que el paciente asume el cumplimiento de su tratamiento, de modo independiente de la familia, en colaboración con el médico o utilizando recursos personales que garanticen el cumplimiento. Este factor explica el 13,28 % de la varianza. El factor 3 denominado, *Complejidad de la adhesión* agrupa 3 ítems que reflejan aspectos del proceso de adherencia que presentan cierta complejidad, referidas tanto a indicaciones médicas, ejemplo realizar los ejercicios físicos que forman parte del tratamiento, como lograr participar de manera conjunta con el médico en la decisión del tratamiento a seguir. Este factor sólo explica el 8,99 % de la varianza.<sup>33</sup>

## DISCUSIÓN

El cuestionario que se propone, suple en alguna medida la carencia existente en el ámbito investigativo cubano de instrumentos razonables, que permitan evaluar de manera rápida y sencilla la adherencia al tratamiento médico y encaminar la ejecución de investigaciones en este tema. Además, permite ofrecer al personal médico de asistencia una herramienta metodológica, para evaluar el comportamiento del paciente más allá del manejo empírico de datos que obtiene por la simple observación de la conducta cotidiana o habitual del paciente, la cual muchas veces está sesgada por la subjetividad natural del profesional o el poco conocimiento sobre este.<sup>33</sup>

El instrumento tiene validez de contenido; esto constituye un importante indicador de su valor y una justificación loable tenida en cuenta en el proceso de validación, pues esta alternativa de validez, permite realizar una valoración crítica del constructo teórico del que se parte y las categorías que se proponen, las cuales expresan un modo específico de conceptualizar el fenómeno de la adherencia terapéutica, tal como se ha expresado en este y en trabajos precedentes. Se parte de considerar la adherencia terapéutica como un proceso donde el paciente participa de modo activo y donde se produce una relación de colaboración entre este y su médico con el fin de obtener un resultado comportamental adecuado; la adherencia así concebida supera el mero cumplimiento obediente y pasivo que fomentaría poco la responsabilidad del individuo con el control de su enfermedad.<sup>33</sup>

Por otra parte, los resultados de la validez de construcción lógica arrojan la agrupación de los ítems en tres factores, lo cual coincide con la hipótesis acerca del mismo número de categorías que recorren el constructo de base, y estos aluden a dimensiones teóricas que responden a características esenciales del proceso de adherencia al tratamiento identificadas en la literatura y utilizadas como fundamento de esta investigación. Otro aspecto a comentar es el índice de consistencia interna obtenido, el cual indica que se trata de un instrumento con propiedad de homogeneidad.<sup>33</sup>

El cuestionario ha sido aplicado a amplias muestras de pacientes hipertensos; los datos derivados de esta aplicación se encuentran en proceso de ejecución y análisis para su posterior publicación. También en la práctica se comprobado su funcionabilidad al ser utilizado para discriminar con rapidez grupos de pacientes hipertensos adheridos y no adheridos al tratamiento, antes de la aplicación de técnicas de investigación cualitativa, por ejemplo, grupos nominales o entrevistas, donde los propios pacientes han confirmado *a posteriori* pertenecer a uno u otro grupo. Actualmente se ha extendido su uso en investigaciones aún en curso, con pacientes que padecen diabetes mellitus tipo 2 y con personas portadoras de VIH.<sup>33</sup>

Finalmente, se puede decir que está disponible un instrumento con condiciones adecuadas y criterios válidos que justifican su uso y aplicación en el terreno investigativo y la práctica médica. Como toda obra humana puede ser perfectible, de hecho, el instrumento podrá mejorarse con otros criterios de validez que consoliden en un futuro su valor predictivo.<sup>33</sup>

**ANÁLISIS DE CONFIABILIDAD DE I TEST: INSTRUMENTO PARA EVALUAR LOS FACTORES QUE INFLUYEN EN LA ADHERENCIA A TRATAMIENTOS FARMACOLÓGICOS Y NO FARMACOLÓGICOS EN PERSONAS QUE PRESENTAN FACTORES DE RIESGO DE ENFERMEDAD CARDIOVASCULAR.**

Item	Nombre	Tip	Formato	Decimales	Etiqueta	Valores	Faltantes	Columnas	Alineación	Medida	Rol
1	Item01	Numérico	+	0	¿Tiene disponib...	(0, Ningun)	Ninguna	0	Centrado	Ordina	Entrada
2	Item02	Numérico	+	0	¿Tiene dispo...	(0, Ningun)	Ninguna	8	Centrado	Ordina	Entrada
3	Item03	Numérico	+	0	¿Cuánta con...	(0, Ningun)	Ninguna	0	Centrado	Ordina	Entrada
4	Item04	Numérico	+	0	¿Cuánta con...	(0, Ningun)	Ninguna	8	Centrado	Ordina	Entrada
5	Item05	Numérico	+	0	¿Puede leer...	(0, Ningun)	Ninguna	8	Centrado	Ordina	Entrada
6	Item06	Numérico	+	0	¿Cuánta con...	(0, Ningun)	Ninguna	0	Centrado	Ordina	Entrada
7	Item07	Numérico	+	0	¿Se preocupa...	(0, Ningun)	Ninguna	8	Centrado	Ordina	Entrada
8	Item08	Numérico	+	0	¿Se da cuen...	(0, Ningun)	Ninguna	0	Centrado	Ordina	Entrada
9	Item09	Numérico	+	0	¿Recibe info...	(0, Ningun)	Ninguna	8	Centrado	Ordina	Entrada
10	Item10	Numérico	+	0	¿En el caso...	(0, Ningun)	Ninguna	0	Centrado	Ordina	Entrada
11	Item11	Numérico	+	0	¿En medic...	(0, Ningun)	Ninguna	8	Centrado	Ordina	Entrada
12	Item12	Numérico	+	0	¿Recibe info...	(0, Ningun)	Ninguna	8	Centrado	Ordina	Entrada
13	Item13	Numérico	+	0	¿En medic...	(0, Ningun)	Ninguna	0	Centrado	Ordina	Entrada
14	Item14	Numérico	+	0	¿Se preocupa...	(0, Ningun)	Ninguna	8	Centrado	Ordina	Entrada
15	Item15	Numérico	+	0	¿Las enfer...	(0, Ningun)	Ninguna	0	Centrado	Ordina	Entrada
16	Item16	Numérico	+	0	¿Se preocupa...	(0, Ningun)	Ninguna	8	Centrado	Ordina	Entrada
17	Item17	Numérico	+	0	¿Tiene dolo...	(0, Ningun)	Ninguna	0	Centrado	Ordina	Entrada
18	Item18	Numérico	+	0	¿Cuánto may...	(0, Ningun)	Ninguna	0	Centrado	Ordina	Entrada
19	Item19	Numérico	+	0	¿Ante un em...	(0, Ningun)	Ninguna	8	Centrado	Ordina	Entrada
20	Item20	Numérico	+	0	¿Cree que ha...	(0, Ningun)	Ninguna	0	Centrado	Ordina	Entrada
21	Item21	Numérico	+	0	¿Se da cuen...	(0, Ningun)	Ninguna	8	Centrado	Ordina	Entrada
22	Item22	Numérico	+	0	¿Se interesa...	(0, Ningun)	Ninguna	0	Centrado	Ordina	Entrada
23	Item23	Numérico	+	0	¿Cree que es...	(0, Ningun)	Ninguna	8	Centrado	Ordina	Entrada
24	Item24	Numérico	+	0	¿Cree que es...	(0, Ningun)	Ninguna	0	Centrado	Ordina	Entrada

**Estadísticas de fiabilidad**

Alfa de Cronbach	N de elementos
,842	24

**ANÁLISIS DE CONFIABILIDAD DE I TEST: CUESTIONARIO PARA LA EVALUACIÓN DE LA ADHERENCIA TERAPÉUTICA MBG (MARTÍN-BAYARRE-GRAU)**

Item	Nombre	Tip	Formato	Decimales	Etiqueta	Valores	Faltantes	Columnas	Alineación	Medida	Rol
1	Item01	Numérico	+	0	¿Tiene dispo...	(0, Ningun)	Ninguna	8	Centrado	Ordina	Entrada
2	Item02	Numérico	+	0	¿Tiene dispo...	(0, Ningun)	Ninguna	8	Centrado	Ordina	Entrada
3	Item03	Numérico	+	0	¿Cuánta con...	(0, Ningun)	Ninguna	8	Centrado	Ordina	Entrada
4	Item04	Numérico	+	0	¿Cuánta con...	(0, Ningun)	Ninguna	8	Centrado	Ordina	Entrada
5	Item05	Numérico	+	0	¿Puede leer...	(0, Ningun)	Ninguna	8	Centrado	Ordina	Entrada
6	Item06	Numérico	+	0	¿Cuánta con...	(0, Ningun)	Ninguna	8	Centrado	Ordina	Entrada
7	Item07	Numérico	+	0	¿Se preocupa...	(0, Ningun)	Ninguna	8	Centrado	Ordina	Entrada
8	Item08	Numérico	+	0	¿Se da cuen...	(0, Ningun)	Ninguna	8	Centrado	Ordina	Entrada
9	Item09	Numérico	+	0	¿Recibe info...	(0, Ningun)	Ninguna	8	Centrado	Ordina	Entrada
10	Item10	Numérico	+	0	¿En el caso...	(0, Ningun)	Ninguna	8	Centrado	Ordina	Entrada
11	Item11	Numérico	+	0	¿En medic...	(0, Ningun)	Ninguna	8	Centrado	Ordina	Entrada
12	Item12	Numérico	+	0	¿Recibe info...	(0, Ningun)	Ninguna	8	Centrado	Ordina	Entrada

**Estadísticas de fiabilidad**

Alfa de Cronbach	N de elementos
,848	12