

UNIVERSIDAD INCA GARCILASO DE LA VEGA
FACULTAD DE ENFERMERÍA



**FACTORES DE RIESGO Y LA ADHERENCIA AL
TRATAMIENTO ANTIHIPERTENSIVO EN ADULTOS SOCIOS
DEL CLUB REGATAS LIMA DURANTE EL PRIMER SEMESTRE
2017**

TESIS

PRESENTADO POR:

BACH. GARRO ORIHUELA, BLANCA

PARA OPTAR EL TITULO DE LICENCIADA EN ENFERMERIA

ASESORA:

MG. ANA MARÍA AMANCIO CASTRO

Lima, Perú

2017

DEDICATORIA

Al ser supremo Por permitir darme la fortaleza de seguir adelante con mi sueño y alcanzar la meta de llegar a ser una profesional de la salud.

A mi docente Mg. Ana María Amancio Castro, por su paciencia, enseñanzas y experiencia lo cual me sirvió de gran ayuda para poder darle aporte científico a mi tesis.

AGRADECIMIENTO

A mis hijos y a todos mis familiares y amigos, por siempre haberme dado su fuerza y apoyo incondicional que me han ayudado y llevado hasta donde estoy ahora.

A todos los integrantes del Club Regatas, donde realice mi investigación, quienes de una u otra forma han hecho posible el desarrollo de la investigación.

RESUMEN

La presente investigación tuvo como objetivo determinar la relación entre los factores de riesgo y la adherencia al tratamiento antihipertensivo en adultos socios del Club Regatas Lima durante el semestre del 2017. El método que se utilizó fue descriptivo puesto que asocia la relación entre dos o más variables observadas en la realidad, el diseño de la investigación fue correlacional de corte transversal, de tipo cuantitativa. La muestra de estudio estuvo conformada por 50 adultos socios del Club Regatas. Para la recolección de datos se utilizó como técnica la encuesta y como instrumento el cuestionario, la cual obtuvo una confiabilidad alta de 0,836 y 0,850 en al Alfa de Cronbach. Los resultados arrojaron que el 32% de los pacientes presentan un nivel alto de factores de riesgo, el 42% presentan un nivel medio y un 26% un nivel bajo, también se evidencia que el 32% de los pacientes presentan un nivel alto de adherencia al tratamiento antihipertensivo, el 44% presentan un nivel medio y un 24% un nivel bajo. Se concluyó que la variable factores de riesgo está relacionada directa y positivamente con la variable adherencia al tratamiento antihipertensivo, según la correlación de Spearman de 0.578 representado este resultado como moderado con una significancia estadística de $p=0.001$ siendo menor que el 0.01. Por lo tanto, se aceptó la hipótesis principal y se rechazó la hipótesis nula. Se recomendó evaluar la adherencia rutinariamente e individualizar el tratamiento, adaptándolo en lo posible a las actividades diarias del paciente, a su cultura y entorno familiar. Así como, facilitar consejos en la consulta médica, a través, de información básica con lenguaje sencillo y fácilmente comprensible.

Palabras Clave: Factores de riesgo, hipertensión arterial, factores conductuales, adherencia al tratamiento.

ABSTRACT

The present investigation have had as an objective to determine the relationship between risk factors and adherence to antihypertensive treatment in adult who are members of Club Regatas Lima during the semester of 2017. The method used was descriptive since it associates to the relationship between two or more variables observed in reality, the design of the research was cross-sectional correlation, quantitative type. In addition, the study sample consisted of 50 adult members of Club Regatas. For data collection it was used as technique the survey and as an instrument the questionnaire which it have obtained a high reliability of 0.836 and 0.850 in the Cronbach Alpha. The results showed that the 32% of the patients have a high level of risk factor, the 42% have a medium level and the 26% a bad level. Also, it is evident that the 32% of the patients have a high level of adherence to antihypertensive treatment, 44% present a medium level and the 24% a bad level. It is because it is concluded that the variable of risk factor is directly and positively related with the variable of adherence to antihypertensive treatment, additionally, according to the Spearman correlation of 0.578 that represent the result as moderate with statistical significance of $p = 0.001$ being less than 0.01. Therefore, the main hypothesis was accepted and the null hypothesis was rejected, also it was recommended to evaluate the adherence routinely and to individualize the treatment, adapting as much as possible to the daily activities of the patient, their culture and family environment. As well as to provide advice in the medical consultation through basic information with simple and understandable language.

Keywords: Risk factors, arterial hypertension, behavioral factors, adherence to treatment.

INDICE

	PAG.
DEDICATORIA	ii
AGRADECIMIENTO	iii
RESUMEN	iv
ABSTRACT	v
 INTRODUCCION	 viii
 CAPÍTULO I PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA	 11
1.1.- Descripción de la realidad Problemática	11
1.2.- Definición del Problema	13
1.3.- Objetivos de la investigación	13
1.4.- Finalidad e importancia	14
 CAPÍTULO II FUNDAMENTOS TEÓRICOS DE LA INVESTIGACIÓN	 15
2.1.- Bases Teóricas	15
2.2.- Estudios Previos	31
2.3.- Marco Conceptual	42
 CAPÍTULO III HIPÓTESIS Y VARIABLES	 46
3.1.- Formulación de Hipótesis	46
3.1.1.- Hipótesis General	46
3.1.2.- Hipótesis Específicas	46
3.2.- Identificación de Variables	46
3.2.1.- Clasificación de Variables	46
3.2.2.- Definición Conceptual de variables	47
3.2.3.- Definición Operacional de variables	48
 CAPÍTULO IV METODOLOGÍA	 49
4.1.- Descripción del Método y Diseño	49
4.2.- Tipo y nivel de Investigación	49
4.3.- Población, Muestra y Muestreo.	50

4.4.- Consideraciones Éticas.	50
-------------------------------	----

CAPÍTULO V TÉCNICAS E INSTRUMENTOS DE RECOLECCIÓN DE DATOS

5.1.- Técnicas e Instrumentos	52
5.2.- Plan de Recolección, procesamiento y presentación de datos	53

CAPITULO VI RESULTADOS, DISCUSIONES, CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES

6.1.- Presentación, análisis e interpretación de datos	54
6.2.- Discusión	67
6.3.- Conclusión	70
6.4.- Recomendación	71

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS	72
----------------------------	----

ANEXOS

MATRIZ DE CONSISTENCIA

INSTRUMENTO

BASE DE DATOS DE LA VARIABLE 1

BASE DE DATOS DE LA VARIABLE 2

CONFIABILIDAD DE LOS INSTRUMENTOS

VALIDACIÓN DE INSTRUMENTO

INTRODUCCIÓN

La hipertensión arterial (HTA) es un factor de riesgo frecuente, identificable y controlable de infarto de miocardio, ictus, insuficiencia cardíaca, fibrilación auricular, disección aórtica y arteriopatía periférica. Según un reporte de la Organización Mundial de la Salud, el número de personas hipertensas en todo el mundo ascendió de 600 millones en 1980 a 1 000 millones en 2008. Globalmente, en ese año la prevalencia de HTA en personas mayores de 25 años fue alrededor de 49%. Esta enfermedad se considera responsable de 7.5 millones de muertes anuales (12.8% del total de fallecidos), de 62% de los accidentes cerebrovasculares y de 49% de los casos de enfermedad coronaria isquémica, todo lo cual es motivo de gran preocupación de las autoridades sanitarias. (Culig, 2010)

A pesar de que el tratamiento regular de la HTA consigue una reducción de la aparición de complicaciones y la mortalidad por esta enfermedad, alrededor de 30% de los hipertensos diagnosticados no está bien controlado. El incumplimiento del tratamiento se considera el principal factor implicado en el mal control de la enfermedad. Esta situación se hace aún más preocupante porque en general los pacientes incumplidores son reacios a reconocer ante los profesionales de la salud su falta de adhesión a la terapéutica. (Maldonado, 2011)

Son muchos los factores que contribuyen al cumplimiento efectivo de la terapéutica por los pacientes: Se citan el entorno, el conocimiento de la enfermedad, la actitud hacia los medicamentos, la creencia en que el procedimiento terapéutico que se ha propuesto conseguirá el éxito esperado, el nivel cultural e intelectual, y la existencia de una red de apoyo social al paciente hipertenso. Cuanto más sintomática es una enfermedad, mayor cumplimiento terapéutico se espera por parte del enfermo, pero la HTA es un padecimiento a menudo asintomático y crónico, por lo que la percepción de riesgo por el paciente con frecuencia es baja, lo cual contribuye a disminuir su adhesión regular al tratamiento. Sin embargo, los hipertensos que tienen experiencias personales o familiares de eventos cardiovasculares o cerebrovasculares

relacionados con la HTA muestran mayor adherencia. La complejidad del régimen terapéutico, el número de medicamentos a tomar, la cantidad de dosis y de tabletas por dosis, también son factores que influyen en la adhesión. Asimismo, los efectos secundarios de los fármacos antihipertensivos, o las interferencias medicamentosas, pueden causar abandono del tratamiento. Por todo ello la adherencia a la terapéutica del paciente portador de HTA es considerada hoy día un "reto terapéutico". (Martín, 2006)

Dentro de las enfermedades crónicas, la hipertensión es una de las más significativas, ya que afecta a uno de cada tres adultos en el mundo, lo que se traduce en una prevalencia estimada de 28 %, cifra que aumenta a uno de cada dos en los mayores de 65 años. (Sabate, 2004).

Esta realidad resulta altamente preocupante, ya que la hipertensión arterial no sólo es una enfermedad crónica, sino que es un factor de riesgo determinante para otras múltiples enfermedades, que son en definitiva aún más riesgosas y limitantes, como lo son los eventos coronarios, accidentes vasculares cerebrales e insuficiencia renal, entre otras. Por ello la importancia de ejercer un control adecuado sobre las cifras tensionales, para lo cual es necesario un seguimiento efectivo de los pacientes hipertensos.

Se estima que mundialmente existen 691 millones de personas que padecen de hipertensión arterial y que de los 15 millones de defunciones provocadas por enfermedades cardiovasculares, 7,2 millones son por enfermedad coronaria y 4,6 millones por accidente vascular encefálico, siendo la hipertensión arterial el factor de riesgo activo más común en la mayoría de ellas. (Masías, 1998)

El tratamiento de la hipertensión arterial se basa en dos pilares fundamentales, aquél orientado a los cambios en el estilo de vida, como la adopción de un régimen hiposódico, dieta nutricional, actividad física y disminución ponderal, y el tratamiento farmacológico. Ambas partes del tratamiento no son independientes, sino que son coadyuvantes el uno del otro y por lo tanto es necesaria la adherencia a ambos, pero esta investigación se centra en describir sólo uno de estos pilares, que es la adherencia al tratamiento.

Algunas de las consecuencias por la falta de adherencia a las indicaciones de tratamiento, según el informe de la OMS (2004), como el aumento del costo sanitario y la disminución de los resultados en salud, condicionan la efectividad del sistema de salud. Lo que es un serio problema, considerando que las enfermedades crónicas representarán el 64% del total de la carga mundial de todas las enfermedades en el 2020.

Los cambios en el modo de vida, tienen consecuencias positivas en la prevención y tratamiento de la HTA. Se recomienda que se originen antes del diagnóstico, en la fase pre hipertensa. Las modificaciones alimentarias, como el menor consumo de sal, mayor consumo de potasio, moderación del consumo de bebidas alcohólicas y dieta sana, disminuyen de manera eficaz la presión arterial, (Harrison, 2008) y ha sido demostrada por varios estudios (OMS, 2004).

Cumplir con la toma de medicamentos, seguir un régimen alimentario y ejecutar cambios en el modo de vida se ha distinguido en el tratamiento de enfermedades crónicas, como adherencia. Aumentar la adherencia al tratamiento puede tener un mayor impacto que cualquier mejora en los tratamientos médicos específicos (OMS, 2004), y estos cambios serían imprescindibles para el control de la presión arterial. Así, la adherencia y los factores que inciden en ella cobran gran protagonismo.

Es por ello que el presente estudio pretender evaluar los factores de riesgos relacionado a la adherencia al tratamiento antihipertensivo en adultos socios del Club Regatas. Para ello la presente tesis se estructuró de la siguiente manera:

El capítulo I abarca los puntos correspondiente al planteamiento del problema; el capítulo II comprende los fundamentos teóricos de la investigación; en el capítulo III se formularon la hipótesis y variables y su respectiva operacionalización; en el capítulo IV se presenta la metodología, población y muestra; en el capítulo V se presenta las técnicas e instrumentos de recolección de datos con su respectiva descripción; en el capítulo VI se indican los resultados, discusiones, conclusiones y recomendaciones; y finalmente se presentan las referencias bibliográficas seguida de los Anexos.

CAPÍTULO I

PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

1.1. Descripción de la realidad problemática

Se estima que mundialmente existen 691 millones de personas que padecen de hipertensión arterial y que de los 15 millones de defunciones provocadas por enfermedades cardiovasculares, 7,2 millones son por enfermedad coronaria y 4,6 millones por accidente vascular cerebral, siendo la hipertensión arterial el factor de riesgo activo más común en la mayoría de ellas. (Ingaramo, 2005)

La hipertensión arterial constituye una de las principales causas de mortalidad y morbilidad en nuestro país y a nivel mundial, situándose como uno de los problemas más relevantes en salud pública.

La hipertensión arterial es uno de los principales motivos de consulta de personas de 45 a 65 años tanto en nuestro país, como en el mundo entero.

El aumento en la incidencia en los casos de pacientes con hipertensión arterial, desencadena la existencia de unas variables biológicas denominadas factores de riesgo y la adherencia al tratamiento de la enfermedad cardiovascular.

Esta enfermedad constituye un factor de riesgo que conlleva a la aparición de patologías, como infarto agudo de miocardio, accidentes cerebrales, insuficiencia renal, diabetes y rinopatías, los cuales pueden llevar a una discapacidad o la muerte prematura.

En las dos últimas décadas este hecho ha sido motivo de arduos trabajos de investigación, liderados por profesionales de salud, con el fin de determinar la magnitud del problema y poder desarrollar mejores estrategias de intervención. Producto de esto se ha determinado que el incumplimiento del tratamiento es un fenómeno complejo, constituido de

múltiples variables que determinan esta condición, tales como factores conductuales, metabólicos y culturales, así como también factores relacionados con la enfermedad misma, el sistema sanitario y el tratamiento propiamente tal. (Tapia, 2006)

La adherencia al tratamiento o cumplimiento terapéutico se ha definido como el contexto en el cual el comportamiento de la persona coincide con las recomendaciones relacionadas con la salud e incluyen la capacidad del paciente para asistir a citas programadas, cumplir con la prescripción médica tal como se indica realizar cambios en el estilo de vida, cumplir con los análisis de laboratorio y otros estudios.

El 90% a 95% de los casos de hipertensión arterial según estudios se desconoce la causa y en otros casos es de origen congénito o hereditario, las personas de piel oscura tienen mayor probabilidad de padecer dicha enfermedad, así como los pacientes con sobre peso y obesidad. (Aguas, 2012)

Otros factores asociados a la hipertensión arterial son: El sedentarismo, la falta de actividad física, el consumo excesivo de alcohol, ingesta de grasas saturadas, anticonceptivos orales, consumo de sal y tabaquismo.

Se observó en los socios del Club Regatas Lima, en la filial San Antonio Mala-Cañete; que acuden al tópico refiriendo; Cefalea, náuseas, bochorno, mareos, visión borrosa, dificultad para dormir por las noches, palpitaciones, enrojecimiento facial, dolor en el pecho, al control de la presión arterial, esta se encuentra por encima de los valores normales, lo cual es de 140/90 o más, considerándose hipertensión arterial, al ser entrevistados, ellos refieren “no llevo un control adecuado en el tratamiento”, “no realizo un chequeo médico”, “no llevo un régimen adecuado en el consumo de alimentos”, “me olvidé mis pastillas”, “por lo general consumo parrillas”, “al salir a reuniones tomo bebidas alcohólicas acompañándolo de tabaco”.

Según el registro estadístico del tópico Club Regatas Lima, se detectaron con Hipertensión arterial, 50 pacientes atendidos durante el primer semestre 2017, de los cuales dos pacientes presentaron enfermedades coronaria.

Por lo anteriormente expuesto, nos es conveniente plantear el siguiente problema de investigación.

1.2.- Definición del Problema

Problema general

¿Qué relación existe entre los factores de riesgo y la adherencia al tratamiento antihipertensivo en adultos socios del Club Regatas Lima durante el primer semestre 2017?

Problemas específicos

¿Qué relación existe entre los factores conductuales y la adherencia al tratamiento antihipertensivo en adultos socios del Club Regatas Lima durante el primer semestre 2017?

¿Qué relación existe entre los factores metabólicos y la adherencia al tratamiento antihipertensivo en adultos socios del Club Regatas Lima durante el primer semestre 2017?

1.3.- Objetivos de la investigación

Objetivo general

Determinar la relación entre los factores de riesgo y la adherencia al tratamiento antihipertensivo en adultos socios del Club Regatas Lima durante el primer semestre 2017.

Objetivos específicos

Identificar la relación entre los factores conductuales y la adherencia al tratamiento antihipertensivo en adultos socios del Club Regatas Lima durante el primer semestre 2017.

Identificar la relación entre los factores metabólicos y la adherencia al tratamiento antihipertensivo en adultos socios del Club Regatas Lima durante el primer semestre 2017.

1.4.- Finalidad e importancia

Que el presente estudio tiene por finalidad determinar los factores de riesgo relacionado a la adherencia del tratamiento antihipertensivo en adultos del Club Regatas Lima. Sirviendo dicho estudio como aporte para otros estudios relacionado con las variables y a través de los resultados que se obtengan se podrá tomar medidas correctivas y así poder mejorar la calidad de vida de los pacientes.

Como importancia se planteó identificar la prevalencia y los factores de riesgo de la Hipertensión arterial para desarrollar un plan en base a los resultados enfocado a la disminución de la Hipertensión arterial, para evitar o limitar un daño, con la finalidad de crear estrategias con ayuda del equipo multidisciplinario en los tópicos de emergencias del Club Regatas Lima, que tiene como importancia brindar una adecuada información y prevención de la Hipertensión arterial.

Para que se logre corregir estas deficiencias, es obligatorio que los centros hospitalarios brinden información cada cierto tiempo a la población y de esta manera conozcan todas las causas que pueden generar dicha enfermedad expresada en mi investigación.

La hipertensión arterial se ha demostrado que es una enfermedad silente pero latente y 100% mortal si no se prevé a tiempo.

Por último, es importante sustentar que la hipertensión arterial es una enfermedad que no se puede curar pero si se puede tratar con un buen estilo de vida saludable y medicación adecuada.

CAPÍTULO II

FUNDAMENTOS TEÓRICOS DE LA INVESTIGACIÓN

2.1.- Bases Teóricas

2.1.1. Factores de riesgo

Según Huerta (2001) refirió que:

Los factores de riesgo pueden ser modificables y no modificables a los que una persona está expuesta cotidianamente. La prevención primaria es una estrategia dirigida a la comunidad y otra dirigida al grupo de alto riesgo. Es la educación sobre la prevención y control de la hipertensión, mediante estas acciones se incrementará la conciencia pública así como el número de educadores sobre el tratamiento y prevención de la hipertensión. De los factores de riesgo y la forma en que éstos se pueden modificar para la prevención de la hipertensión arterial y en algunos de los casos es el único tratamiento que se requiere. Muchas modificaciones activas en la conducta pueden llevarse a cabo con un costo mínimo por el paciente y cuando se utiliza tratamiento farmacológico puede ser que se reduzca la dosis de los medicamentos empleados.

La posibilidad de que una persona desarrolle presión alta se le conoce como factor de riesgo y el conocimiento de éste o estos factores de riesgo son claves para prevención, manejo y control de la hipertensión arterial. (Huerta, 2001)

Según Caamaño (2011) mencionó que “Los factores de riesgo son aquellas variables de origen Biológico, Físico, Químico, Psicológico, Social, Cultural, etc. Que influyen más frecuentemente en los futuros candidatos a presentar enfermedad”.

Así mismo EUPATI (2016), la cual es una academia europea de pacientes, mencionó que:

Un factor de riesgo es una característica, una condición o un hábito que aumentan las probabilidades de que una persona desarrolle una enfermedad o una lesión concreta; por ejemplo, el sedentarismo, con el paso del tiempo, puede contribuir al aumento de peso, la presión sanguínea alta y los niveles de colesterol altos y entre otros pueden poner en riesgo la salud de la persona.

Por otro lado la OMS (2017) mencionó que:

Un factor de riesgo es cualquier rasgo, característica o exposición de un individuo que aumente su probabilidad de sufrir una enfermedad o lesión. Entre los factores de riesgo más importantes cabe citar la insuficiencia ponderal, las prácticas sexuales de riesgo, la hipertensión, el consumo de tabaco y alcohol, el agua insalubre, las deficiencias del saneamiento y la falta de higiene.

Dimensiones de la variable factores de riesgo.

Dimensión factores de riesgo conductuales.

Los factores de riesgo de tipo conductual suelen estar relacionados con “acciones” que el sujeto ha elegido realizar. Por lo tanto, pueden eliminarse o reducirse mediante elecciones de estilo de vida o de conducta. (EUPATI, 2016)

A continuación se detalla los indicadores de los factores de riesgo conductuales:

(a) Dieta malsana.

Una dieta malsana es un factor de riesgo clave de las enfermedades no transmisibles (ENT) que puede modificarse. Si no se combate, la mala alimentación junto con otros factores de riesgo aumenta la prevalencia de ENT en las poblaciones por mecanismos tales como un aumento de la presión arterial, una mayor glucemia, alteraciones del perfil de lípidos sanguíneos, y

sobrepeso u obesidad. Aunque las muertes por ENT se dan principalmente en la edad adulta, los riesgos asociados a las dietas malsanas comienzan en la niñez y se acumulan a lo largo de la vida. (OMS, 2010)

(b) Tabaquismo.

El consumo de tabaco es uno de los principales factores de riesgo de varias enfermedades crónicas, como el cáncer y las enfermedades pulmonares y cardiovasculares. (OMS, 2017)

(c) Sedentarismo.

Diversos estudios han demostrado como la inactividad física es un factor que aumenta la probabilidad de sufrir enfermedades coronarias como la HTA, aunque aún no está demostrado que el ejercicio proteja de las mismas. En este sentido, los estudios han mostrado que las personas cuyas ocupaciones laborales son físicamente activas presentan una menor incidencia de enfermedades coronarias que los trabajadores de profesiones sedentarias. Por otro lado, el ejercicio mejora la función respiratoria tanto en individuos sanos como pacientes coronarios, existiendo 1,9 veces más riesgo de enfermedad cardiovascular en las personas sedentarias frente a sujetos físicamente activos. Inclusive, en el caso de los programas de rehabilitación cardiaca, bajo un control médico adecuado, los programas de rehabilitación de ejercicio programado aumentan la capacidad física del paciente, mejoran su estado emocional, disminuyen la probabilidad de aparición de anginas y arritmias, y ayudan a la normalización de la vida social, laboral y sexual lo que se traduce en una reducción de la mortalidad global de estos pacientes (Velasco, 1995)

(d) Diabetes.

La diabetes es una enfermedad en la cual los niveles de glucosa en la sangre están por encima de lo normal. La mayor parte de los alimentos que consumimos se transforman en glucosa, o azúcar, que es utilizada por el cuerpo para generar energía. El páncreas, un órgano que se encuentra cerca del estómago, produce una hormona llamada insulina para facilitar el transporte de la glucosa a las células del organismo. Cuando se sufre de diabetes, el cuerpo no produce suficiente insulina o no puede utilizar su propia insulina

adecuadamente. Esto causa que el azúcar se acumule en la sangre. (CDC, 2015)

Un análisis de sangre puede mostrar si tiene diabetes. Un tipo de prueba, la A1c, también puede comprobar cómo está manejando su diabetes. El ejercicio, el control de peso y respetar el plan de comidas puede ayudar a controlar la diabetes. También debe controlar el nivel de glucosa en sangre y, si tiene receta médica, tomar medicamentos. (EE.UU, 2017)

(e) Uso nocivo del alcohol.

El uso nocivo del alcohol es uno de los cuatro factores de riesgo de enfermedades no transmisibles importantes que son susceptibles de modificación y prevención. (OMS, 2010)

A pesar de los aparentes efectos beneficiosos del consumo de alcohol en diversos factores de riesgo cardiovascular, la preocupación sobre su efecto en la presión arterial aún persiste. Por ejemplo, el consumo elevado de alcohol parece asociarse a un mayor riesgo de ictus hemorrágico e isquémico, y estas asociaciones pueden atribuirse fácilmente a los efectos del consumo elevado de alcohol en la presión arterial. De hecho, el consumo elevado es un factor de riesgo de hipertensión ampliamente reconocido y de alta prevalencia. Sin embargo, relativamente pocos estudios han evaluado el efecto de un consumo más moderado en el riesgo de hipertensión y, además, sus resultados han sido diversos. Por otra parte, a pesar de los estudios que indican que los patrones de consumo, beber con la comida y el tipo de bebida participan en el riesgo cardiovascular, aún no está claro cuáles de estos factores influyen en el riesgo de hipertensión en los individuos que consumen alcohol de manera ligera o moderada. (Ellison, 2005)

Dimensión factores de riesgo metabólicos.

El síndrome metabólico se manifiesta por la presencia de varios padecimientos o desajustes en una misma persona, como aumento del colesterol y/o triglicéridos en la sangre, obesidad, hipertensión arterial e intolerancia a la glucosa. (Cano, 2012)

Todo ello representa un enorme riesgo para desarrollar enfermedades cardiovasculares graves y/o diabetes mellitus tipo 2. (Cano, 2012)

Debido a que el síndrome metabólico tiene que ver con la resistencia a la insulina, las personas con mayor riesgo para desarrollarlo son las que precisamente tienen problemas con esta hormona: (Cano, 2012)

Los diabéticos, que no pueden mantener un nivel adecuado de glucosa en la sangre.

Los no diabéticos que son resistentes a la insulina, pero que la suplen al secretar altas cantidades de ella (hiperinsulinismo) y que afecta a personas que comúnmente padecen de presión alta.

Las personas que han tenido un ataque al corazón y que tienen hiperinsulinismo, aunque sus niveles de glucosa sean normales

Así mismo Filippini (2016) mencionó que:

El síndrome metabólico es, como su nombre lo indica, una constelación de disturbios metabólicos, que puede conducir a enfermedades cardiovasculares graves o a diabetes tipo 2. El común denominador de estas enfermedades metabólicas asociadas es la fuerte relación con el daño a los distintos lechos vasculares, lo que genera las consecuentes complicaciones ateroscleróticas.

Para algunos autores, se trata simplemente de una asociación casual de distintos factores de riesgo, sin la correspondiente potenciación del riesgo cardiovascular. Otros, en cambio, consideran a este síndrome como la expresión concomitante y simultánea de las distintas anomalías metabólicas, con un elevado perfil de riesgo. Hoy consideramos que este síndrome no es nuevo, ya que desde hace muchos años existen publicaciones que mencionan la existencia concomitante de dos o más factores de riesgo. (Filippini 2016)

A continuación se detalla los indicadores de los factores de riesgo metabólicos:

(a) Obesidad.

La obesidad es una enfermedad metabólica crónica con riesgo cardiovascular asociado y una morbilidad aumentada. Actualmente el sobrepeso y la obesidad se consideran tan importantes como otros factores de riesgo clásico relacionados con la enfermedad coronaria. El tejido adiposo no sólo actúa como almacén de moléculas grasas, sino que sintetiza y libera a la sangre numerosas hormonas relacionadas con el metabolismo de principios inmediatos y la regulación de la ingesta. Asimismo, la obesidad se asocia a numerosos factores de riesgo cardiovasculares como dislipidemia, hipertensión, diabetes, marcadores inflamatorios y estado protrombótico. La pérdida de peso puede evitar la progresión de la placa de aterosclerosis y los eventos coronarios agudos en los sujetos obesos. (Moreno, 2005)

(b) Diabetes.

La diabetes es una enfermedad en la cual los niveles de glucosa en la sangre están por encima de lo normal. La mayor parte de los alimentos que consumimos se transforman en glucosa, o azúcar, que es utilizada por el cuerpo para generar energía. El páncreas, un órgano que se encuentra cerca del estómago, produce una hormona llamada insulina para facilitar el transporte de la glucosa a las células del organismo. Cuando se sufre de diabetes, el cuerpo no produce suficiente insulina o no puede utilizar su propia insulina adecuadamente. Esto causa que el azúcar se acumule en la sangre. (CDC, 2015)

Un análisis de sangre puede mostrar si tiene diabetes. Un tipo de prueba, la A1c, también puede comprobar cómo está manejando su diabetes. El ejercicio, el control de peso y respetar el plan de comidas puede ayudar a controlar la diabetes. También debe controlar el nivel de glucosa en sangre y, si tiene receta médica, tomar medicamentos. (EE.UU, 2017)

(c) *Hiperlipidemia.*

Es cuando hay demasiadas grasas (o lípidos) en la sangre. Estas grasas incluyen el colesterol y los triglicéridos y son importantes para que nuestros cuerpos funcionen. Sin embargo, cuando los niveles son muy altos pueden poner a las personas a riesgo de desarrollar una enfermedad cardíaca o un derrame cerebral. (Kreisberg, 2005)

La hiperlipidemia es causada por una dieta que contiene demasiado colesterol y grasa (por ejemplo, carne, queso, crema, huevos y mariscos), o cuando el cuerpo produce demasiado colesterol y grasa, o ambos. (Kreisberg, 2005)

2.1.2. Adherencia al tratamiento antihipertensivo

Jones y Larson (2002) mencionaron que:

La adherencia a la medicación se refiere al grado en que los pacientes cumplen con tomar sus medicamentos según las indicaciones médicas. La falta de adherencia a la medicación es una preocupación creciente para los médicos y los sistemas de salud debido a la creciente evidencia que demuestra que es frecuente y se asocia a resultados adversos en distintas enfermedades crónicas como la hipertensión arterial, que conduce a una elevación de los costes sanitarios. Hasta la fecha, la medición de la adherencia a la medicación del paciente y el uso de intervenciones para mejorarla han sido escasos en la práctica clínica habitual. Así mismo Kripalani, *et al.* (2004) mencionaron que:

La falta de adherencia al tratamiento es un problema prevalente y relevante en la práctica clínica, especialmente en el tratamiento de enfermedades crónicas. Se estima que, en general, un 20-50% de los pacientes no toma sus medicaciones como están prescritas aunque la tasa de incumplimiento puede variar mucho según la patología.

Según la OMS (2009) define la adherencia al tratamiento como:

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

La hipertensión arterial.

La hipertensión arterial (HTA), es el principal factor de riesgo para los accidentes cerebrovasculares, insuficiencia cardíaca y cardiopatía coronaria en las personas adultas mayores. La hipertensión tiene remedio y su control logra no solo salvar vidas sino también reducir significativamente las limitaciones funcionales y la discapacidad en las personas de edad. (OPS, 2007)

La hipertensión, se define por la presencia de valores de presión arterial superiores a la normalidad: presión arterial sistólica (PAS) ≥ 140 mmHg y/o presión arterial diastólica (PAD) ≥ 90 mmHg. Sin embargo, en el adulto mayor, algunos autores sugieren cifras de PAS ≥ 160 mmHg y PAD ≥ 90 mmHg para hipertensión sisto-diastólica. (OPS, 2007)

En el caso de la hipertensión sistólica aislada, se refieren cifras de PAS ≥ 140 mmHg con PAD menor de 90 mmHg. Una PAS = 140 - 160 mmHg se considera presión arterial sistólica limítrofe y probablemente requiere tratamiento en los menores de 85 años. Los datos sobre tratamiento antihipertensivo para pacientes mayores de 85 años con este mismo rango son aún inconsistentes. (OPS, 2007)

Así mismo Castells (2011) mencionó que:

La hipertensión arterial (HTA) es un síndrome caracterizado por elevación de la presión arterial (PA) y sus consecuencias. Sólo en un 5% de casos se encuentra una causa (HTA secundaria); en el resto, no se puede demostrar una etiología (HTA primaria); pero se cree, cada día más, que son varios procesos aún no identificados,

y con base genética, los que dan lugar a elevación de la PA. La HTA es un factor de riesgo muy importante para el desarrollo futuro de enfermedad vascular (enfermedad cerebrovascular, cardiopatía coronaria, insuficiencia cardíaca ó renal).

De tal manera la hipertensión se define como una presión arterial sistólica de 140 mmHg ó superior y/o una presión arterial diastólica de 90 mmHg ó superior, en personas que no están tomando medicación antihipertensiva. (Castells, 2011)

La Hipertensión, según su evolución temporal, puede ser aguda o crónica. En los estadios crónicos, la evaluación podría ser intermitente o transitoria (Hipertensión-reactiva) o de bata blanca, feocromocitoma, enfermedad hipertensiva del embarazo) o bien sostenida, aunque no exclusivamente, las formas esenciales de enfermedad. (Maldonado, 2011)

Puede deberse adaptación fisiológica (ejercicio, dolor, estrés), o el resultado de alguna condición fisiopatología (disfunción endotelial, hipertensión reno vascular síndrome metabólico, toxicidad). (Maldonado, 2011)

Es exclusivamente sistólica (Hipertensión del adulto joven hiperadrenérgico, hipertensión sistólica aislada del adulto mayor, hipertiroidismo estado de alto gasto cardíaco), o sístole-sistólica, se discute la existencia de formas diastólicas aisladas HTA, pero no parece ser una condición frecuente, por lo menos de manera sostenida. (Maldonado, 2011)

Causas de la hipertensión arterial.

Hipertensión esencial

Hipertensión esencial asociada al síndrome metabólico.

Hipertensión Sistólica Aislada

Hipertensión Secundaria a enfermedad renal.

Glomérulo nefritis aguda o crónica

Glomérulo esclerosis focal o difusa

Colagenopatías

Nefritis Intersticial
Enfermedad colitis tica renal
Síndrome de Liddle
Hipertensión Secundaria a enfermedad vascular renal.
Estenosis de Arteria renal unilateral o bilateral
Esclerodermia
Enfermedad de Takayasu-Onishi
Hipertensión secundaria acuartacion aortica
HTA Secundaria a endocrinopatías.
Enfermedad de Cushing.
Acromegalia
Hipertiroidismo
Hipercalcemia
Adenoma cortico suprarrenal
Hiperplasia Suprarrenal
Hipertensión asociada al embarazo.
Hipertensión asociado a enfermedades del sistema nervioso central.

El riesgo de padecer hipertensión arterial es mayor en aquella persona que tienen antecedente familiares con esta enfermedad o que siguen estilo de vida inadecuados. La hipertensión arterial es una enfermedad silenciosa y lentamente progresiva que se presenta en toda las edades, se denomina crónica, y no tiene cura, pero se puede controlar con las medidas adecuada con una alimentación saludable. (Maldonado, 2011)

Factores de Riesgo de la hipertensión arterial.

Los factores de riesgo de la hipertensión arterial se han clasificado en dos grupos: (Maldonado, 2011)

Factores de riesgo que no se pueden modificar.

Edad. El riesgo de arterial alta aumenta con la edad. Aun cuando la presión arterial alta puede ocurrir a cualquier edad, se detecta más frecuentemente en personas de 35 años o más.

Sexo. Entre los adultos jóvenes y de edad mediana, los hombres tienen mayor probabilidad de tener presión arterial que las mujeres. Más tarde se invierte este dato. La HTA y el ECV hemorrágico es más frecuente en mujeres menopausias, la enfermedad coronaria y el ECV de tipo aterosclerótico oclusivo se presenta con mayor frecuencia en el sexo masculino.

Raza. La HTA se presenta de manera importante y más frecuente y agresiva en la raza negra.

Antecedentes Familiares. La presión arterial alta tiende a verse en familias, si uno de los padres tiene la presión alta se tiene aproximadamente 25% de riesgo de desarrollarla durante la vida. Si tanto la madre como el padre tienen la presión arterial alta, tiene 60% de riesgo de adquirir la enfermedad. (Maldonado, 2011)

Factores de Riesgo que se pueden modificar.

Tabaquismo. Las sustancias químicas que se encuentra en el tabaco pueden dañar el revestimiento de las paredes arterial, haciéndolas más propensas a la de placas. También hace que el corazón trabaje más, contrayendo temporalmente los vasos sanguíneos y aumentando la frecuencia cardíaca y presión arterial.

Alcohol. Las personas que toman tres o más bebidas al día tienen mayor incidencia de presión arterial alta que los que no beben alcohol o que toman menos de tres bebidas al día. El consumo excesivo de alcohol contribuye al 8% al total de los casos de presión alta.

Inactividad. La falta de actividad física aumenta el riesgo de presión alta porque incrementa el riesgo de sobre peso.

Nutricionales. Elevado consumo de sodio presente en la sal y el bajo consumo de potasio se han asociado a la hipertensión arterial. El

consumo de grasas, especialmente saturadas de origen animal, es un factor de riesgo en hipercolesterolemia debido al poder aterogénico que incrementa los niveles de colesterol LDL.

Obesidad. Tener sobre peso aumenta el riesgo de desarrollar hipertensión arterial por varias razones mientras más masa corporal se tiene más sangre se necesita para que los oxígenos y los nutrientes lleguen a los tejidos. El exceso de peso puede aumentar la frecuencia cardíaca y el nivel de insulina en la sangre. El aumento de insulina hace que el cuerpo retenga sodio y agua.

Estrés. El estrés no causa elevación persistente de la presión arterial. Pero los niveles altos de estrés pueden llevar aumento temporal dramático de la presión arterial.

Potasio. Una ingesta alimentaria de potasio reduce la tensión arterial y protege contra los accidente cerebro vasculares y las arritmias cardíacas. La ingesta de potasio debe ser tal que la razón sodio: potasio se mantenga en torno a 1, 0, lo que equivale a un consumo diario de potasio 70-80mmol. Esto puede conseguirse mediante un consumo adecuado de frutas y verduras.

Sodio. La hipertensión es uno de los principales factores de riesgo de cardiopatía coronaria y de los dos tipos de ECV (isquémico y hemorrágico) de los muchos factores de riesgo asociados a la hipertensión, la exposición alimentaria es la ingesta diaria de sodio. Ha sido ampliamente estudiada en modelos en animales, estudios epidemiológicos, ensayos clínicos con testigos y estudio de población sobre restricción de la ingesta de sodio. Todo el resultado de estos estudios muestra de forma convincente que la ingesta de sodio está directamente asociada a la tensión arterial.

Grasa. Las grasas de la dietas influyen sobre manera en el riesgo ECV como la cardiopatía coronaria y el accidente cerebro vascular, debido a sus efectos en los lípidos sanguíneos, la formación de trombos la tensión arterial, la función arterial(endotelial),la aritmogénesis y la inflamación. No obstante, esos riesgos pueden modificarse en gran medida alterando la composición cualitativa de las grasas la evidencia disponible muestra que el consumo de ácidos grasos saturados está directamente

relacionado con el riesgo cardiovascular. La meta tradicional es restringir la ingesta de ácidos grasos hasta menos del 10% de la ingesta energética diaria y hasta el menos del 7% en los grupos de alto riesgo. (Maldonado, 2011)

Dimensiones de la adherencia al tratamiento antihipertensivo.

Dimensión influencia del entorno.

Parece lógico el comprender lo que significa ser un paciente, el conocer lo que experimenta y siente un paciente, la importancia del trato humano y de la comunicación con el paciente, puede no ser tan evidente la necesidad de conocer la familia del paciente. Sin embargo, la sospecha de un problema genético, el control de una enfermedad crónica o terminal, el abordaje de los problemas de salud provocados por una crisis familiar, no podrán manejarse satisfactoriamente sin una evaluación y un conocimiento familiar. Pertenecer a una familia o a otra nos influye a múltiples niveles, porque los miembros de una misma familia compartimos: (Serrano, *et al.* 2005)

Genotipo. Herencia genética familiar

Factores medio- ambientes. Son compartidos por toda la familia e incluyen en el nivel de salud y enfermedad, tanto a nivel familiar como individual

Desarrollo individual de los hijos. Es la familia la que aporta a sus miembros la alimentación, educación, cultura, valores, que luego intervendrán tan significativamente en su salud.

Enfermedades infecciosas. Riesgo de diseminación intrafamiliar entre los convivientes

Apoyo familiar. Es fundamental para sobrellevar cualquier enfermedad, especialmente las enfermedades crónicas o invalidantes

Crisis familiares y factores psico-sociales. Afectan a la morbilidad individual, como los problemas y conflictos familiares, el divorcio, la viudedad (serán tratados más adelante)

Como influye la cultura en la salud.

La cultura de una población o de un paciente tiene una influencia marcada sobre los procesos de salud- enfermedad y sobre el nivel de salud del individuo y de las poblaciones: La cultura influye en la salud de las siguientes maneras: (Serrano, et al. 2005)

Por la forma como el paciente entiende lo que es la salud y enfermedad, lo que significa estar sano o estar enfermo. El concepto de salud y enfermedad puede ser distinto en cada cultura.

Las diferentes culturas atribuyen diferentes causas o factores para la aparición de las enfermedades.

Las diferentes culturas tienen diferentes maneras de vivir las enfermedades. (Vivencias de la enfermedad)

Cada cultura tiene diferentes estrategias y recursos para enfrentarse y tratar las enfermedades (tratamiento). (Serrano, et al. 2005)

Dimensión conocimiento de la enfermedad.

Los pacientes necesitan información para conocer el desarrollo de su propia enfermedad, qué cosas deben de hacer para mejorar su calidad de vida y para poder tomar el control de su propia enfermedad. Con el conocimiento que le reporta tanto la información suministrada por el profesional como la de otro paciente y junto a la vivencia diaria con la enfermedad hará que la persona se convierta en una experta de su propia patología. Esta formación también posibilitará que puedan tener un papel más activo y más partícipe en su salud, y así poder responder a las expectativas de muchos pacientes que deseaban

tener más participación y control de la enfermedad. Porque la salud y la enfermedad no se pueden dejar totalmente en manos de otra persona, cada persona debe de ser partícipe y responsable de su salud, enfermedad y autocuidado, a través de conocer qué hay que hacer para mejorar. (Fuentes, 2015)

Dimensión actitud hacia los medicamentos.

La información de medicamentos al paciente tiene como objetivo, mejorar los conocimientos generales sobre el uso de los medicamentos y modificar positivamente su conducta respecto al cumplimiento de la terapia prescrita por el médico. El concepto cumplimiento de la prescripción, se utiliza para expresar la medida en que el comportamiento del paciente coincide con el consejo del médico prescriptor, se podría decir que es una medida de la adaptación de un paciente al programa terapéutico. Algunos estudios se refieren al incumplimiento del tratamiento cuando el paciente no toma los medicamentos prescritos. Sin embargo, debemos considerar todos los errores que el paciente comete al utilizar la medicación. Preparar la medicación incorrectamente, no seguir los intervalos de administración o interrumpir el tratamiento antes de finalizar el período prescrito, son ejemplos de errores que no debemos omitir al hablar de incumplimiento. (Gaspar, 1987)

2.1.3 Teoría de enfermería - Dorothea Orem

Dorothea Orem presenta su "Teoría de enfermería del déficit de autocuidado" como una teoría general compuesta por tres teorías relacionadas: la teoría de autocuidado, que describe el porqué y el cómo las personas cuidan de sí mismas; la teoría de déficit de autocuidado, que describe y explica cómo la enfermería puede ayudar a la gente, y la teoría de sistemas de enfermería, que describe y explica las relaciones que hay que mantener.

Dorothea Orem concibe al ser humano como un organismo biológico, racional y pensante; los seres humanos tienen la capacidad de reflexionar

sobre sí mismos y su entorno, capacidad para simbolizar lo que experimentan y usar creaciones simbólicas (ideas, palabras) para pensar, comunicarse y guiar los esfuerzos para hacer cosas que son beneficiosas para sí mismos y para otros, define los cuidados de enfermería como el ayudar al individuo a llevar a cabo y mantener acciones de autocuidado para conservar la salud y la vida, recuperarse de la enfermedad y afrontar las consecuencias de ésta. El entorno es entendido en este modelo como todos aquellos factores, físicos, químicos, biológicos y sociales, ya sean éstos familiares o comunitarios, que pueden influir e interactuar en la persona, finalmente el concepto de salud es definido como un estado que, para la persona, significa cosas diferentes en sus distintos componentes y cambia a medida que cambian las características humanas y biológicas de la persona. Orem define los siguientes conceptos:

Autocuidado. Es una conducta que existe en situaciones concretas de la vida, dirigidas por las personas hacia sí mismas o hacia su entorno, para regular los factores que afectan a su propio desarrollo y funcionamiento en beneficio de su vida, salud y bienestar. Es una actividad aprendida por los individuos y orientada hacia un objetivo.

Déficit de autocuidado. Se produce cuando las habilidades del individuo para ejercer el autocuidado requerido son menores que las que se necesitan para satisfacer una demanda de autocuidado conocida.

Sistema de enfermería. La teoría de los sistemas de enfermería articula las teorías porque señala la manera como la enfermería contribuirá para superar el déficit y que el individuo recupere el autocuidado. El profesional de enfermería, al activar alguno de estos sistemas, considera los componentes de poder que la persona, comunidad o grupo posee. Los componentes de poder están constituidos por la capacidad para mantener la atención; para razonar; para tomar decisiones; para adquirir conocimiento y hacerlo operativo; para ordenar acciones de autocuidado tendientes a conseguir

objetivos; para realizar e integrar operaciones de autocuidado en las actividades de la vida diaria; para utilizar habilidades en las actividades de la vida diaria y el nivel de motivación.

2.2.- Estudios Previos

A continuación, se presentan algunos estudios relacionados al tema de investigación:

2.2.1 Nacionales.

Barrientos (2017) en su estudio de investigación titulado *Hipertensión arterial pacientes del Hospital Regional de Trujillo, Lima*. Esta Investigación que tuvo como objetivo un estudio de tipo analítico observacional transversal. La población en estudio estuvo constituida por 174 pacientes quienes se dividieron en 2 grupos, con miomatosis uterina o sin ella. Se consideraron hallazgos obtenidos por medio de la valoración ecográfica. A través de los resultados obtenidos se muestra datos generales de la población en estudio, la edad promedio es de 35.3 con una desviación estándar de 7.6 en aquellos pacientes con miomatosis uterina con una desviación estándar de 8.3 y un $p>0.05$ sin diferencia significativa. Con respecto a la paridad se tuvo un promedio de 1.6 en pacientes con miomatosis uterina y de 1.1 en pacientes sin miomatosis uterina, obteniendo como resultado un $p<0.05$ por que se ve evidencia significativa. La prevalencia de hipertensión arterial en pacientes con miomatosis uterina fue de $6/58=10\%$ la prevalencia de hipertensión arterial en pacientes sin miomatosis uterina fue de $2/116=2\%$ el incremento de los mediadores hormonales, como el factor -1, factor de crecimiento tipo insulina, factor de crecimiento derivado de plaquetas, la endotelina -1 factor de crecimiento transformante-B. Los cuales estimulan la proliferación de musculo liso, así como la contractilidad vascular. Se concluye que a fin de colaborar la asociación descrita en nuestro estudio es pertinente emprender nuevas investigaciones de tipo prospectivo multicentrico, para así no hacer inferencias de casualidad entre pacientes con hipertensión arterial y miomatosis uterina. Nuevos estudios dirigidos a reconocer nuevos factores

asociados a miomatosis uterina, deberían ser llevados a cabo para mejorar la calidad de abordaje en este grupo de paciente.

Alza (2016) en su estudio de investigación titulado *Factores asociados a la adherencia terapéutica en adultos con hipertensión arterial del Hospital I Luis Albrecht Essalud*. Trujillo. Teniendo como determinar la prevalencia y los factores asociados a baja adherencia terapéutica en adultos con hipertensión arterial. Mediante un estudio observacional, prospectivo, analítico, seccional cruzado. La población de estudio estuvo constituida por 380 pacientes del Programa de Enfermedades Crónicas no Transmisibles del Hospital I Luis Albrecht ESSALUD con Hipertensión Arterial, divididos en grupos con y sin adherencia terapéutica según Test de Morisky-Green-Levine. Según los resultados la prevalencia de baja adherencia terapéutica fue de 61,05% (232/380). El género femenino fue factor de riesgo de baja adherencia terapéutica, tamaño del efecto 12,94%. Chi cuadrado = 6,421. $p < 0,01$ OR=1,719 (IC 95%: 1,129 - 2,618). El bajo nivel educativo no fue factor de riesgo significativo con Chi cuadrado = 0.2018. $p < 0,363$ OR=1,101 (IC 95%: 0,729 - 1,663). El no estar casado no fue factor de riesgo significativo con Chi cuadrado = 0,251. $p < 0,348$ OR=0,896 (IC 95%: 0,584 - 1,375). La falta de apoyo familiar es factor de riesgo significativo con Chi cuadrado = 7,76. $p < 0,01$ OR=1,998 (IC 95%: 1,183 - 3,345). El empleo de 2 o más medicamentos no fue factor de riesgo significativo con Chi cuadrado = 2,93. $p < 0,054$ OR=1,475 (IC 95%: 0,944 - 2.306). Significa que la menor edad está asociada a baja adherencia terapéutica ($p < 0.01$). El número de años de tratamiento no fue factor de riesgo de adherencia terapéutica. Se concluye que existe una alta prevalencia de baja adherencia terapéutica en adultos con hipertensión arterial. El género femenino, la falta de apoyo familiar, y la menor edad son factores de riesgo para la baja adherencia terapéutica.

Salazar (2016) en su estudio de investigación titulado *Hipertensión en el adulto mayor Universidad Peruana Cayetano Heredia Lima*. Esta Investigación que tuvo como objetivo recomendado de presión arterial, para casos de HTA no complicada es menor de 140/90mmHg. Sin embargo, esta

meta se basa en opinión de expertos y no de información de estudios clínicos. No está muy claro aún si el objetivo debe ser el mismo en pacientes de 65 a 79 años que en pacientes >de 80 años. A través de los resultados obtenidos se sugiere que el valor de normalidad de la presión arterial mediante de AMPA es igual en los pacientes ancianos que en los pacientes más jóvenes (<135/85mmHg). Se debe tener en cuenta el tipo de dispositivo utilizado en la medición de la presión arterial. Las limitaciones para la realización del AMPA en adultos mayores están relacionadas con las alteraciones tanto físicas como cognitivas que pueden dificultar o impedir el uso de estos aparatos por el propio paciente. En la definición de hipertensión en el anciano hay que tener en cuenta el mayor riesgo cardiovascular asociado a la edad la alta tasa de progresión de hipertensión arterial establecida (valores en Actividad >140/90mmHg). Se concluye que la terapia con drogas antihipertensivas debe considerarse ahora en todos los pacientes hipertensos sin importar la edad. Evidencia reciente sugiere que drogas antihipertensivas de la mayoría de clases pueden ser usadas para el control de la PA, el objetivo de tratamiento es una PA menor de 140/90mmHg sin embargo menos de 150/80mmHg se sugiere para, pacientes hipertensos después de la octava década en ausencia de enfermedades mayores concomitantes y aproximadamente 130/80mmHg y con diabetes mellitus, o enfermedad cardiovascular. Estudios futuros deberían enfocarse en determinar estrategias de tratamiento, que proporcionen una óptima protección, evitando el desarrollo de la enfermedad cardiovascular, finalmente el manejo medico ha mejorado los resultados globales.

Córdova y Núñez (2015) en su estudio de investigación titulado *Asociación entre riesgo de depresión y adherencias al tratamiento Antidepresivo en pacientes con hipertensión arterial en edad media*. Lima. Esta Investigación que tuvo como objetivo, estudio transversal analítico en 424 pacientes con hipertensión arterial entre 40-59 años de clínica privada la variable de exposición se midió con el PHQ-9 y se caracterizó en depresivos positivos (SDP) y otro síndrome depresivo y depresión mayor se definió según la escala de Moriskiy. Se calcularon razones de prevalencia con intervalo de confianza al 95% (IC95%). A través de los resultados: Se

incluyeron 424 pacientes en el análisis, el 66.7% fueron varones y la mediana de la edad, tiempo de diagnóstico de HTA y tiempo con la medicación antihipertensiva, fueron 53 años 24 meses y 10 meses respectivamente el 32,5% de los pacientes presento síntomas positivos y el 5,2% presento otro síndrome depresivo o depresión mayor los resultados de este estudio evidencia que existe asociación entre la sintomatología depresiva y la adherencia al tratamiento farmacológico en pacientes peruanos con HTA no controlada y ello se encuentra asociado a desenlaces cardiovasculares fatales tales como la enfermedad renal crónica e insuficiencia cardiaca entre otros. Se recomienda realizar estudios longitudinales respecto a la HTA, y la presencia de depresión en otros niveles de atención de salud que permitirá tener un panorama más claro sobre dicha asociación con lo cual se podrá implementar medidas preventivas para evitar sus complicaciones y el uso de servicios de salud, es importante mencionar que la presencia de depresión en pacientes con una enfermedad crónica no debe ser subestimada debido a que puede influir en el tratamiento y evolución de otras enfermedades. En conclusión el paciente hipertenso con sintomatología depresiva presenta mayor probabilidad de no ser adherente al tratamiento farmacológico.

Alegría (2014) en su estudio de investigación titulado *Terapia antihipertensiva combinada en pacientes hipertensos de la Clínica Internacional*. Lima. El objetivo de esta investigación es describir el uso de la terapia antihipertensiva combinada en una muestra de pacientes hipertensos controlados confirmados mediante monitoreo ambulatorio de la presión arterial. Se llevó a cabo la revisión de historia de historias clínicas a partir del registro de pacientes del consultorio de procedimientos cardiológicos de la clínica Internacional Lima Perú. Los criterios de inclusión fueron: Pacientes de 18 años de edad, pacientes con diagnóstico de HTA primaria, pacientes sin modificación del tratamiento antihipertensivo durante el mes previo al MAPA, pacientes con control óptimo según criterios del MAPA periodo diurno y nocturno. Se excluyó a pacientes con HTA secundaria, pacientes gestantes y puérperas pacientes con hospitalizaciones en los últimos 30 días, pacientes con endocrinopatías no controladas enfermedad renal

crónica. A través de los resultados se seleccionó una muestra de 75 pacientes con una edad promedio de 59,5 años de los cuales la mayoría fueron mujeres (64%). La terapia combinada fue prescrita para 47% (n=35) de los pacientes. En el grupo antagonistas de receptores de angiotensina –II (ARA-II) + hidroclorotiazida (HCT) en el 51% de casos y ARA-II + HCT + calcioantagonista (CAA) en el 17% de casos. Se concluye que la terapia combinada fue predominante en el género femenino basada en la combinación de dos fármacos antihipertensivos, siendo el ARA-II, el agente más utilizado en las combinaciones.

Cárdenas (2012) en su estudio de investigación titulado *Identificando las barreras de acceso a la atención y tratamiento de la hipertensión arterial, y la diabetes en el hospital Cayetano*. Lima. Este estudio tiene como finalidad incidir en el desarrollo de propuestas para fortalecer el sistema de salud y, a la vez fomentar una respuesta política que contribuya una mejor salud para las personas diagnosticadas con dichas enfermedades. Este estudio combina cuatro niveles de análisis, nivel macro, medio, local e individual se aplicaron técnicas mixtas de Recolección procesamiento y análisis de información cualitativa y Cuantitativa, se optó por un muestreo por convivencia, llevándose a cabo 140 entrevista informales claves, nivel intermedio; Directores y de micro redes establecimientos de Minsa, Seguro social Fuerza armadas y sector privado. Nivel individual; a pacientes con hipertensión arterial y /o diabetes o sus Cuidadores, que se atienden en establecimientos de salud del Misa, Essalud, Fuerzas Armadas, y sector privado. Los resultados que se presentan en este resumen ejecutivo se concentran en los hallazgos más importantes encontrados a nivel local individual, las entrevistas en los otros niveles permitieron validar y Comprender mejor los hallazgos. El estudio también abarcó información sobre el panorama de los políticos de salud para la atención de la hipertensión arterial, y la diabetes en Perú, información que se encuentran disponible en el reporte final del estudio, el sistema de salud peruano y la estrategia sanitaria de prevención y control de daños transmisibles, manejo de la hipertensión arterial y la diabetes, el uso de guías de práctica clínica. Participación de trabajadores y pacientes en actividades o cronogramas

relacionados a la hipertensión arterial y la diabetes. Aseguramiento en salud de pacientes con hipertensión arterial y /o diabetes acceso a las consultas médicas, dificultades en el acceso a medicamentos para el tratamiento de la hipertensión arterial y la diabetes. Asequibilidad de los medicamentos; existen montos prohibitivos para la población en general pacientes con baja adherencia al tratamiento. Acceso a exámenes de laboratorio con mayores dificultades en el primer nivel de atención, automonitoreo de la presión arterial y la glucosa. Equipos fuera de alcance de los pacientes.

2.2.2. Internacionales.

Navas y Nolasco (2016) en su estudio de investigación titulado *Relación entre la ingesta de sal y la presión arterial en pacientes hipertensos*. España. Se realizó un estudio descriptivo y transversal mediante entrevista sobre consumo de alimentos, se estudió edad, género, estado civil, presión arterial responsable de la elaboración de las comidas, índice de masa corporal consumo de sodio oculto en la dieta y percepción de los pacientes de los pacientes sobre su consumo de sodio. Los resultados muestran que en cuanto a la persona que elabora las comidas en la casa, es el 40,6% y el 59,4% de los casos la elabora otra persona ajena a ellos, analizando nuestros resultados podemos observar que los pacientes tienen una orientación más o menos acertada de la cantidad real de sodio que consumen, y esta asemeja a las recomendaciones aportadas por la OMS, una ingesta inferior a 2 gramos de sodio, equivalente a 5 gramos de sal, se traduce a una relativa equidad entre el consumo de sodio ingerido diarias. Se concluye que en este estudio sugiere, hay que incidir en la Educación Sanitaria del paciente hipertensivo, en el control de sodio, así como los alimentos que más sodio contiene y deberían evitarse.

Menéndez y Delgado (2016) en su estudio de investigación titulado *Prevalencia, diagnóstico, tratamiento y control de hipertensión arterial diabetes mellitus y prediabetes*. España. Esta investigación tuvo como objetivo una encuesta nacional transversal y de base poblacional, que se utilizó un diseño aleatorizado por conglomerados para seleccionar a los

participantes y obtener una muestra representativa de la población española, sobre la base de datos de registro nacional del sistema de salud español. En la primera etapa se seleccionó 100 centros de salud de todo el país, según una distribución proporcional de cada comunidad autónoma. Se registró la información sobre edad, sexo, nivel educativo, estado civil, situación laboral, y hábito de fumar. El nivel educativo se estimó según el nivel más alto complementado y se dividió en 4 grupos; sin estudios, educación primaria, educación secundaria y universitaria. El estado civil se clasifica en 4 categorías; casados o convivientes solteros viudos y divorciados. El nivel socioeconómico se clasifica como jubilado, desempleado, estudiante, ama de casa, trabajador manual y otras profesionales. Se contribuyeron modelos de regresión logística para identificar los factores relacionados independientemente con la presencia de hipertensión arterial y con el conocimiento y el grado de control. Las variables incluidas en el modelo eran; edad, índice de masa corporal, presencia de diabetes, nivel educativo, nivel socioeconómico, estado civil y región geográfica. Según los resultados el 42,6% de la población adulta española de edad de 18 años a más es hipertensa, en los varones (49,9%) que las mujeres (37,1%). La prevalencia fue superior entre los pre diabéticos (67,9%) y diabéticos (79,4%), el (37,4%) de los hipertensos están sin diagnóstico. El 37,4% de los hipertensos están sin diagnóstico, más los varones (43,3% que las mujeres (31,5%) toman tratamiento farmacológico el 88,3% de los hipertensos conocidos y solo el 30% tienen la presión arterial controlada, más las mujeres (24,9%) que los varones (16%). Se concluye que según este estudio de base poblacional atendida en España, con un sistema de salud pública, que abarca a más del 99% de la población, la prevalencia de hipertensión arterial en España, es alta y un importante porcentaje de pacientes hipertensos, aún están sin diagnósticos, la hipertensión arterial se asoció con diabetes y prediabetes; el tratamiento farmacológico es cada vez más frecuente, no logra mejorar el grado de control, que continúa siendo bajo. Es importante desarrollar y promocionar campañas poblacionales de prevención, detección y tratamiento de la hipertensión arterial.

Pérez y Rodríguez (2015) en su estudio de investigación titulado *Nivel de conocimiento sobre hipertensión arterial de pacientes atendidos en el Centro de diagnóstico integral*. Venezuela. Esta investigación tuvo como propósito de identificar los conocimientos sobre la hipertensión arterial, sus factores de riesgo y las medidas de control de esta enfermedad. La hipertensión arterial en la población adulta es el factor de riesgo cardiovascular que más prevalece, y uno de los que motiva un mayor número de consultas, por lo que es un objetivo primordial de los sistemas de salud, en su prevención y control para minimizar la morbilidad y mortalidad por esta causa, para ello, es preciso desarrollar un proceso complejo que abarca desde la prevención primaria, la detención precoz de los hipertensos, su tratamiento más adecuado, la normalización de las cifras de tensión arterial, y finalmente la garantía de un seguimiento, por eso resulta importante elevar el nivel de conocimiento de los pacientes hipertensos, y de la población en general. A través de los resultados obtenidos referente a la distribución de los pacientes hipertensos por grupos de edades predominó la hipertensión en los pacientes en el grupo de edades comprendidas en 65 años, con 47 pacientes para el 32,19%, sin diferencias significativas en los porcentajes entre el hombre y mujer. En relación con los conocimientos que poseen los pacientes sobre las generalidades de la hipertensión arterial, se observó de un gran número de hipertensos, 81 pacientes para 55,47% conoce que es la hipertensión arterial, sin embargo 75 pacientes para el 51,36% poseen conocimiento en la categoría de regular sobre la evolución crónica de la enfermedad, con intervalo de confianza de 47,4%, en el límite inferior y 63,5% en el límite superior para la categoría buena, y de los 69 pacientes que no poseen conocimientos de la evolución crónica de la enfermedad, existe un intervalo de confianza en su límite inferior de 39,1% y en el superior a (55,3%), La mayoría de los pacientes tenían conocimiento sobre factores de riesgo de la hipertensión arterial, el 58,22% refirieron cumplir con el tratamiento. Los pacientes poseían conocimientos sobre algunas medidas que pueden ayudar a controlar su tensión arterial. Se concluye que la hipertensión predominó en los mayores de 65 años sin diferencias de género. La mayoría de los pacientes precisaron los principales

factores de riesgo de hipertensión arterial, cumplieron el tratamiento prescrito y las medidas básicas de control de la enfermedad.

Argrich (2014) en su estudio de investigación titulado *Frecuencia de trastorno de ansiedad y del ánimo en pacientes con hipertensión arterial hospital. Argentina*. Esta investigación se realiza con el objetivo de identificar si existen diferencias estadísticas significativas en la presencia de trastornos de ansiedad y depresión en pacientes con hipertensión arterial esencial en comparación con un grupo control. Se evaluó pacientes del servicio de hipertensión arterial, que presentaban Hipertensión arterial sin comorbilidad con otra patología coronaria o diabetes, se obtuvo un consentimiento informado, y se procedió a realizar entrevista neuropsiquiátrica, para determinar la presencia o ausencia de trastorno de ansiedad y depresivos. El mismo procedimiento se efectuó con un grupo control emparejado por sexo y edad. Según los resultados este presente trabajo se evaluó un total de 139 personas compuesto por 85 pacientes con hipertensión arterial, y 54 controles. El 56% de los pacientes con hipertensión arterial presentó algún trastorno de ansiedad o depresión, la hipótesis de una asociación significativa entre trastornos mentales, especialmente los trastornos especialmente los trastornos de ansiedad, y enfermedad cardiovascular. La ansiedad presenta de modo crónico, tal como sucede en los trastornos de ansiedad, podría ser un predictor de hipertensión arterial esencial estudios previos han mostrado que los pacientes con algunos trastornos de ansiedad de angustia y el trastorno de ansiedad generalizada muestra menos variabilidad en el ritmo cardíaco que los controles sanos, cuando se desencadena una respuesta aguda de alarma se activa el sistema Simpático adenomedular, liberándose adrenalina y noradrenalina produciendo como consecuencia incremento en la frecuencia cardíaca consecuencia incremento en la frecuencia cardíaca y presión arterial así como disminución en el volumen plasmático, aumento en la constricción coronaria y de la actividad plaquetaria, la respuesta crónica o estado de hipervigilancia producen una activación en cuatro niveles, sistema de vías nerviosas, hipotálamo, adenohipofisis, corteza suprarrenal, y órganos efectores. Implicarían una evaluación de peligro constante, lo cual podría

explicar la activación excesiva del sistema nervioso simpático que estos pacientes y la alta tasa de comorbilidad con hipertensión arterial. Se concluye que sería relevante en un futuro si la remisión de los mismos tienen alguna implicancia en el cuadro hipertensivo. Dado que se trata de resultados preliminares obtenidos en un estudio que se ha realizado en un solo centro especializado y con una muestra de sujetos reducida, los datos hallados no pueden ser generalizados. Sería de suma utilidad la replicación multicéntrica de este estudio, dada la importancia clínica y terapéutica que podría tener la confirmación de estos hallazgos.

Ofman y Pereyra (2013) en su estudio de investigación titulado *Autocuidado en pacientes hipertensos esenciales en tratamiento diferencias según género*. El Salvador. Se realizó este estudio de investigación mostrando que la hipertensión arterial representa, en la actualidad y a nivel mundial, unos de los problemas socio sanitarios más importantes, debido a la alta prevalencia en incremento que se registra en la población adulta, por tratarse de un trastorno crónico que requiere de cuidados permanentes para evitar complicaciones a futuro. Es un pilar fundamental en el tratamiento y control de la hipertensión arterial. Menciona que la teoría de Dorotea Orem, promotora de la salud en el campo de enfermería sostiene que el autocuidado es un fenómeno activo, una acción deliberada e intencionada, que se encuentra determinada por el conocimiento y repertorio de habilidades del individuo, la capacidad de autocuidado no es innata, por el contrario se desarrolla a lo largo de la vida. Y se encuentra influenciada por las creencias, hábitos, prácticas que mantienen el grupo social de pertenencia. Los resultados apoyan la hipótesis planteadas y coinciden con estudios previos realizados, en la población hipertensa, indicando que los varones, de acuerdo al mandato de rol como proveedores de sostén económico de la familia, obtuvieron logros en las dimensiones del autocuidado más enfocadas a la autopromoción y el poder personal, lo cual expresa puntuaciones más altas en las sub escalas, autorrealización y actividad física, mientras que las mujeres de acuerdo al mandato de rol como proveedoras de cuidados y sostén emocional del grupo familiar. Presentan mejores índices de autocuidado en aquellas dimensiones que, si

bien son funcionales personal, se relacionan, con valores comunales. Las condiciones de vida impactan diferencialmente en los aspectos cotidianos y en la manera de cuidar la salud. Significa reconocer que existe vulnerabilidades diferenciales relativas a los roles sociales que mujeres y varones pueden y deben cumplir en el marco patriarco, lo cual determina modo diferente de vivir, enfermar consultar ser atendidos y morir. Contar con datos desagregados por sexo posibilita contribuir a una Planificación en salud que tomen en cuenta los determinantes por género. Se concluye que se debe afirmar que el planeamiento en prevención primaria y secundaria debería realizarse considerando el sector de la población del cual se trate, siendo el género unas de las categorías a tener en cuenta para realizar estrategias diferenciales, tanto en el tratamiento farmacológico como higiénico dietético, deberían prescribirse teniendo en cuenta la característica Sociodemográfica y clínicas de los pacientes tratados, su grado de conocimiento sobre la enfermedad, la posibilidades económicas, y las circunstancias vitales y laborales. Además las pautas terapéutica tendientes a intervenir sobre el estilo de vida, en relación a la salud deberían orientarse especialmente a los grupos sociodemográficos que presentan perfiles Psicosociales más vulnerables.

Pérez *et al.* (2012) en su estudio de investigación titulado *Factores de riesgo que influyen en la no adherencia al tratamiento farmacológico antihipertensivo*. Universidad de Ciencias Médicas de Guantánamo, Cuba. Teniendo como objetivo identificar los factores de riesgo que influyen en la no adherencia al tratamiento farmacológico antihipertensivo, en pacientes pertenecientes a los consultorios 17 y 18 del Policlínico Asdrúbal López, de Guantánamo, en el año 2011. Se realizó un estudio analítico de casos y controles. El universo del estudio estuvo constituido por los 164 pacientes hipertensos dispensarizados en el área, diagnosticados a través del test de Morinsky-Green. Los casos constituyeron el grupo no adherentes al tratamiento antihipertensivo farmacológico (n=36). Los controles se seleccionaron de forma aleatoria simple constituyendo el grupo adherentes al tratamiento antihipertensivo farmacológico (n=72). Según los resultados los 23 pacientes de los casos (no adheridos al tratamiento) pertenecientes al

sexo masculino, para un 63,89%($p < 0,05$; $OR=2,62$.); el 66,67% no tiene conocimiento acerca de su enfermedad ($p < 0,05$; $OR = 2,65$), el 77,78% está bajo un tratamiento complejo ($p < 0,001$; $OR = 3,31$) y 25 pacientes del grupo de los no adheridos al tratamiento, manifestaron una relación médico-paciente no favorable, para un 69,44%. ($p < 0,001$; $OR=4,84$). Concluyendo que el sexo masculino, el desconocimiento sobre la enfermedad y la complejidad del tratamiento, constituyen factores de riesgo en la aparición de la no adherencia al tratamiento farmacológico antihipertensivo.

2.3.- Marco Conceptual

Adherencia al Tratamiento: La adherencia a la medicación se refiere al grado en que los pacientes cumplen con tomar sus medicamentos según las indicaciones médicas. La falta de adherencia a la medicación es una preocupación creciente para los médicos y los sistemas de salud debido a la creciente evidencia que demuestra que es frecuente y se asocia a resultados adversos en distintas enfermedades crónicas como la hipertensión arterial, que conduce a una elevación de los costes sanitarios. Hasta la fecha, la medición de la adherencia a la medicación del paciente y el uso de intervenciones para mejorarla han sido escasos en la práctica clínica habitual. (Jones, 2002)

Alcohol: El alcohol, sustancia psicoactiva con propiedades causantes de dependencia, se ha utilizado ampliamente en muchas culturas durante siglos. El consumo nocivo de alcohol conlleva una pesada carga social y económica para las sociedades. (OMS, 2015)

Conducta: La conducta está relacionada a la modalidad que tiene una persona para comportarse en diversos ámbitos de su vida. Esto quiere decir que el término puede emplearse como sinónimo de comportamiento, ya que se refiere a las acciones que desarrolla un sujeto frente a los estímulos que recibe y a los vínculos que establece con su entorno. (Gámez, 2014)

Conocimiento: Es un proceso por el cual el hombre refleja en su cerebro las condiciones características del mundo circundante. Hay que entender, sin embargo, que no es un reflejo simple, inmediato y completo. (Carvajal, 2013)

Diabetes: La diabetes es una enfermedad en la que los niveles de glucosa (azúcar) de la sangre están muy altos. La glucosa proviene de los alimentos que consume. La insulina es una hormona que ayuda a que la glucosa entre a las células para suministrarles energía. En la diabetes tipo 1, el cuerpo no produce insulina. En la diabetes tipo 2, la más común, el cuerpo no produce o no usa la insulina de manera adecuada. Sin suficiente insulina, la glucosa permanece en la sangre. (EE.UU, 2017)

Dieta malsana: La dieta malsana es un importante factor de riesgo de enfermedades crónicas como cardiovasculares, el cáncer o la diabetes. Las recomendaciones, tanto poblacionales como individuales, son lograr un equilibrio calórico y un peso saludable, reducir la ingesta calórica procedente de las grasas, cambiar las grasas saturadas por las insaturadas y eliminar los ácidos grasos. (Ghebreyesus, 2017)

Edad: La edad está referida al tiempo de existencia de alguna persona, o cualquier otro ser animado o inanimado, desde su creación o nacimiento, hasta la actualidad. También marca una época dentro del período existencial o de vigencia. (DeConceptos.com, 2017)

Enfermedad: Alteración o desviación del estado fisiológico en una o varias partes del cuerpo, por causas en general conocidas, manifestada por síntomas y signos característicos, y cuya evolución es más o menos previsible. (OMS, 2014)

Estilo de vida: Son expresiones que se designan, de una manera genérica, al estilo, forma o manera en que se entiende la vida. (Moreno)

Factor de riesgo: Los factores de riesgo son aquellas variables de origen Biológico, Físico, Químico, Psicológico, Social, Cultural, etc. que influyen más

frecuentemente en los futuros candidatos a presentar enfermedad. . (Caamaño, 2011)

Hábitos nocivos: Son aquellas conductas o agentes externos cuya práctica o interacción repetida nos provocan a corto o largo plazo o a situarnos en un mayor riesgo de contraer enfermedades graves. (Barbera, 2015)

Hiperlipidemia: La hiperlipidemia es un factor de riesgo importante del desarrollo de aterosclerosis y enfermedad cardíaca. (Presse, 2017)

Hipertensión arterial: La hipertensión arterial es una enfermedad crónica caracterizada por un incremento continuo de las cifras de la presión sanguínea en las arterias. (ISSN, 2017)

Medicamento: Es una sustancia con propiedades para el tratamiento o la prevención de enfermedades en los seres humanos. También se consideran medicamentos aquellas sustancias que se utilizan o se administran con el objetivo de restaurar, corregir o modificar funciones fisiológicas del organismo o aquellas para establecer un diagnóstico médico. (Centro Andaluz de Farmacovigilancia, 2017)

Obesidad: La obesidad es una enfermedad metabólica crónica con riesgo cardiovascular asociado y una morbilidad aumentada. Actualmente el sobrepeso y la obesidad se consideran tan importantes como otros factores de riesgo clásico relacionados con la enfermedad coronaria. (Moreno, 2005)

Prevención: Medida o disposición que se toma de manera anticipada para evitar que suceda una cosa considerada negativa. (Oxforddictionaries, 2017)

Raza: Se refiere a los grupos en que se subdividen, algunas especies biológicas a partir de una serie de característica que se transmiten por herencia genética. (Yañez, 2013)

Sedentarismo: Diversos estudios han demostrado como la inactividad física es un factor que aumenta la probabilidad de sufrir enfermedades coronarias como la

HTA, aunque aún no está demostrado que el ejercicio proteja de las mismas. (Velasco, 1995)

Sexo: Condición de tipo orgánica que diferencia al macho de la hembra, al hombre de la mujer, ya sea en seres humanos, plantas y animales. (ABC, 2017)

Tabaquismo: El consumo de tabaco es uno de los principales factores de riesgo de varias enfermedades crónicas, como el cáncer y las enfermedades pulmonares y cardiovasculares. (OMS, 2017)

CAPÍTULO III

HIPÓTESIS Y VARIABLES

3.1.- Formulación de Hipótesis

3.1.1.- Hipótesis General

Los factores de riesgo se relacionan significativamente con la adherencia al tratamiento antihipertensivo en adultos socios del Club Regatas Lima durante el primer semestre 2017.

3.1.2.- Hipótesis Específicas

Los factores conductuales se relacionan significativamente con la adherencia al tratamiento antihipertensivo en adultos socios del Club Regatas Lima durante el primer semestre 2017.

Los factores metabólicos se relacionan significativamente con la adherencia al tratamiento antihipertensivo en adultos socios del Club Regatas Lima durante el primer semestre 2017.

3.2.- Identificación de Variables

3.2.1.- Clasificación de Variables

Variable Independiente (x)	Factores de riesgo
Variable Dependiente (y)	Adherencia al tratamiento antihipertensivo

3.2.2.- Definición Conceptual de variables

Variable Independiente (x): Factores de riesgo

Según Caamaño (2011) mencionó que “Los factores de riesgo son aquellas variables de origen Biológico, Físico, Químico, Psicológico, Social, Cultural, etc. Que influyen más frecuentemente en los futuros candidatos a presentar enfermedad”.

Variable Dependiente (y): Adherencia al tratamiento antihipertensivo

Según Jones y Larson (2002) mencionaron que:

La adherencia a la medicación se refiere al grado en que los pacientes cumplen con tomar sus medicamentos según las indicaciones médicas. La falta de adherencia a la medicación es una preocupación creciente para los médicos y los sistemas de salud debido a la creciente evidencia que demuestra que es frecuente y se asocia a resultados adversos en distintas enfermedades crónicas como la hipertensión arterial, que conduce a una elevación de los costes sanitarios. Hasta la fecha, la medición de la adherencia a la medicación del paciente y el uso de intervenciones para mejorarla han sido escasos en la práctica clínica habitual.

Y según la OPS (2007) mencionó que:

La hipertensión arterial (HTA), es el principal factor de riesgo para los accidentes cerebrovasculares, insuficiencia cardíaca y cardiopatía coronaria en las personas adultas mayores. La hipertensión tiene remedio y su control logra no solo salvar vidas sino también reducir significativamente las limitaciones funcionales y la discapacidad en las personas de edad.

3.2.3.- Operacionalización de las variables:

Variable	Dimensión	Indicadores
Factores de Riesgo	Conductuales	<ul style="list-style-type: none"> • Dieta malsana • Tabaquismo • Sedentarismo • Diabetes • Uso nocivo del Alcohol
	Metabólicos	<ul style="list-style-type: none"> • Obesidad • Diabetes • Hiperlipidemia
Adherencia al Tratamiento	Influencia del Entorno	<ul style="list-style-type: none"> • Problemas en el hogar • Apoyo de familiares y/o amigos • Tratamiento • Creencias
	Conocimiento de la Enfermedad	<ul style="list-style-type: none"> • Cumplimiento de prescripción medica • Chequeo Médico • Consumo de alimentos • Conoce las complicaciones de la HTA • Control del tratamiento
	Actitud hacia los medicamentos	<ul style="list-style-type: none"> • Conservación de medicamentos • Preparación de medicamentos • Ingesta de medicamentos • Adaptación al tratamiento • Cuenta con medicamentos permanentes • Cumple con tratamiento

CAPÍTULO IV

METODOLOGÍA

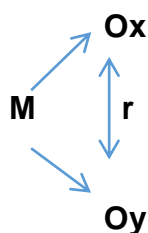
4.1.- Descripción del Método y Diseño

Método: El presente estudio seleccionado para la investigación fue descriptivo y transversal.

Descriptivo; porque, se describieron las variables tal como se presentan en la realidad.

Diseño: El diseño que se utilizó en la presente investigación es el correlacional que busca definir la relación entre las variables de estudio.

En este sentido responde al siguiente Esquema:



Dónde:

M = Muestra.

O_x = Factores de riesgo.

O_y = Adherencia al tratamiento antihipertensivo

4.2.- Tipo y nivel de Investigación

Es una investigación de tipo cuantitativa por su interés en la aplicación de los conocimientos teóricos a determinada situación concreta y las consecuencias prácticas que de ella se derivó (Bernal, 2007)

El presente trabajo de investigación respondió a una investigación de nivel descriptiva - correlacional.

Es descriptivo, por cuanto tiene la capacidad de seleccionar las características fundamentales del objeto de estudio y su descripción detallada de las partes, categorías o clases de dicho objeto. (Bernal, 2007)

Es correlacional, porque su finalidad es conocer la relación o grado de asociación que existe entre las dos variables de estudio, (Hernández, Fernández y Baptista, 2014)

4.3.- Población, Muestra y Muestreo

Población: La población estuvo conformada por 50 adultos que acuden al tópicó de la filial San Antonio del Club Regatas Lima.

$$N= 50$$

Muestra: La muestra estuvo conformada por el 100% de la población total, 50 adultos socios del Club Regatas Lima.

$$n=50$$

4.4.- Consideraciones Éticas.

En el presente estudio se aplicó los principios bioéticos que rigen al profesional de Enfermería, que permitió cumplir los objetivos establecidos, moralmente y éticamente aceptados. Principios como los siguientes: beneficencia, no maleficencia, justicia, autonomía y equidad. Siendo nuestra base moral que nos hace ser servidores del prójimo, y respetar su integridad.

Principio de respeto

Los datos recolectados de los usuarios fueron empleados estrictamente para fines de la investigación y respetando la privacidad de los encuestados.

Principio de veracidad

Los usuarios responderán a cada pregunta con la verdad, así mismo los resultados no serán manipulados.

Principio de autonomía

Uno de los principios que incorpora la Bioética a la ética médica tradicional, se define como la aceptación del otro como agente moral responsable y libre para tomar decisiones. La expresión más diáfana del pleno ejercicio de la autonomía, por parte de los pacientes, es el consentimiento informado, el cual consta de dos elementos fundamentales: la información y el consentimiento.

Principio de justicia

En el marco de la atención de salud, se refiere generalmente a lo que los filósofos denominan "justicia distributiva", es decir, la distribución equitativa de bienes escasos en una comunidad. Justicia significa, a fin de cuentas, dar a cada quien lo suyo, lo merecido, lo propio, lo necesario, y este enunciado está evidentemente vinculado, en primera instancia, al proyecto social del modelo económico que impere en la sociedad que se analiza.

Principio de honradez

Se dio la confianza a los encuestados de que sus repuestas sean individuales y no se utilicen para otros fines.

Principio de beneficencia

Se consideró hacer un bien a los usuarios, procurando brindar el mayor beneficio para la toma de decisiones.

Principio de responsabilidad

La investigadora en todo momento buscara cumplir con el calendario de entrevistas programadas.

Principio de no maleficencia

Es el respeto hacia la condición física y situación emocional evitando causar daño al usuario por lo que se busca un lugar adecuado para realizar la encuesta, guardando los resultados con total discreción y respetando la confianza del usuario.

CAPÍTULO V

TÉCNICAS E INSTRUMENTOS DE RECOLECCIÓN DE DATOS

5.1.- Técnicas e Instrumentos

5.1.1. Técnica

En cuanto a la técnica para la medición de la variable se utilizó la encuesta, que según (Hernández, et. al, 2014), es una técnica basada en preguntas, aplicada a un grupo de estudio, utilizando cuestionarios, que, mediante preguntas, en forma personal, telefónica, o correo, permiten investigar las características, opiniones, costumbres, hábitos, gustos, conocimientos, modos y calidad de vida, situación ocupacional, cultural, etcétera, dentro de una comunidad determinada.

5.1.2 Instrumento

Se utilizó cuestionarios con preguntas cerradas que permitieron recolectar la información necesaria para responder la problemática definida y lograr los objetivos formulados con previo consentimiento informado.

Para lo cual se preparó 20 ítems que se dividió en:

Independiente: Factor de riesgo: se utilizó 10 ítems.

Dependiente: Adherencia al tratamiento: En adultos mayores se utilizó 10 ítems.

Dicho instrumento fue validado por el juicio de experto, los cuales están conformados por 5 especialistas en la materia, dando su respectiva aprobación para la aplicación a la muestra de estudio.

Procedimiento:

1. Se entregó una encuesta a cada participante, informándoles previamente sobre el estudio que se les pretende realizar y los objetivos del mismo.

2. Luego se obtuvo el consentimiento de los adultos a estudiar que acuden al Club Regatas, dando a conocer que su participación es en forma voluntaria.
3. Se aplicó el instrumento, se tabularon los datos, se confeccionaron tablas estadísticas y finalmente se analizó los resultados obtenidos.

5.2.- Plan de Recolección de datos

Para llevar a cabo el presente estudio se realizó el trámite administrativo mediante un oficio dirigido al gerente del Club Regatas, para obtener el permiso para la ejecución del mismo.

Luego se llevó a cabo las coordinaciones pertinentes, a fin de establecer el cronograma de recolección de datos, considerando una duración promedio de 25 minutos por entrevistado.

Los datos fueron recolectados por la investigadora durante el tiempo previsto.

Plan de Procesamiento y presentación de resultados

Para el análisis de los datos, luego de tener las respuestas, se realizó el vaciado de la data en Excel, obteniendo las sumas de las dimensiones y de las variables. Luego se utilizó el software SPSS versión 22.0, para la reconversión de variables a niveles – rangos y brindar los informes respectivos.

Los resultados obtenidos fueron presentados a través de las frecuencias y porcentajes en tablas, utilizando además los gráficos de barras, elementos que ayudan a ver descripciones y posible relación entre las variables de estudio. Para la prueba de hipótesis al ser variables ordinales se utilizó la prueba estadística no paramétrica Rho de Spearman.

CAPITULO VI

RESULTADOS, DISCUSIONES, CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES

6.1.- Presentación, análisis e interpretación de datos

6.1.1. Análisis descriptivo de las variables y dimensiones

Tabla 1

Distribución de datos según la variable factores de riesgo

Factores de riesgo	f	%
Alto	16	32.00
Medio	21	42.00
Bajo	13	26.00
Total	50	100.00

Fuente: Encuesta de elaboración propia

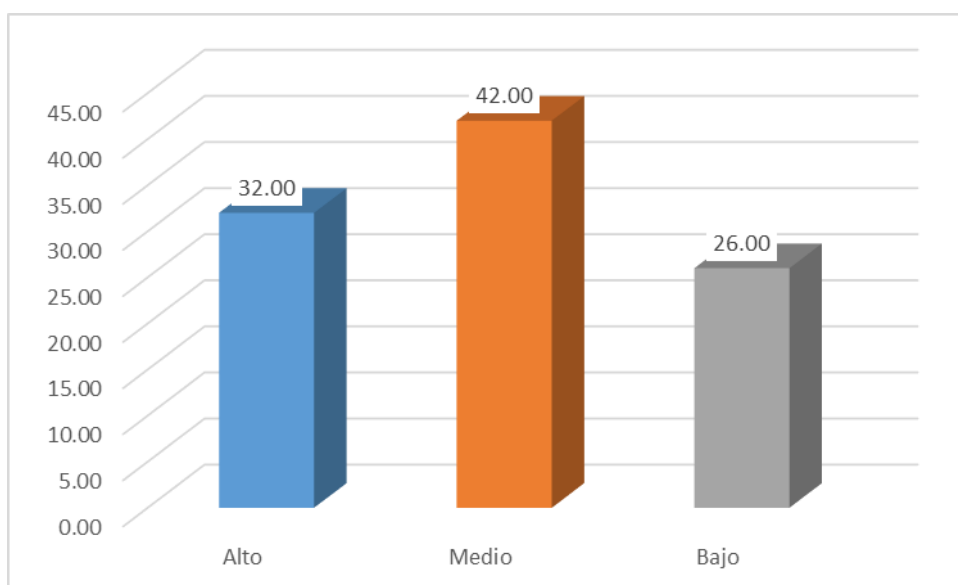


Figura 1: Datos según factores de riesgo

Análisis e Interpretación: Según los datos obtenidos el 32.00% de los pacientes presentan un nivel alto de factores de riesgo, el 42.00% presentan un nivel medio y un 26.00% un nivel bajo.

Tabla 2

Distribución de datos según la dimensión factores conductuales

Factores conductuales	f	%
Alto	17	34.00
Medio	23	46.00
Bajo	10	20.00
Total	50	100.00

Fuente: Encuesta de elaboración propia

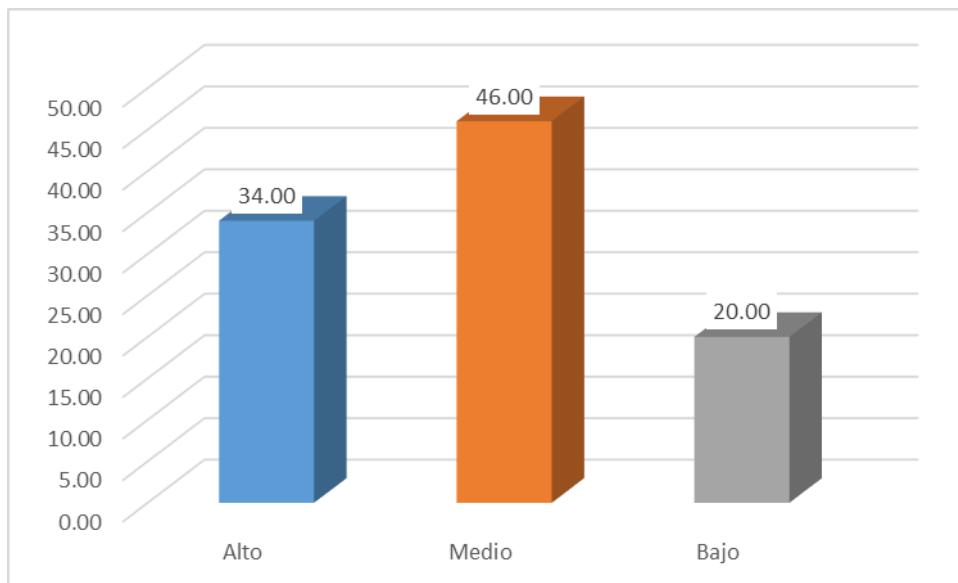


Figura 2: Datos según la dimensión factores conductuales

Análisis e Interpretación: Según los datos obtenidos el 34.00% de los pacientes presentan un nivel alto de factores conductuales, el 46.00% presentan un nivel medio y un 20.00% un nivel bajo.

Tabla 3

Distribución de datos según la dimensión factores metabólicos

Factores metabólicos	f	%
Alto	14	28.00
Medio	19	38.00
Bajo	17	34.00
Total	50	100.00

Fuente: Encuesta de elaboración propia

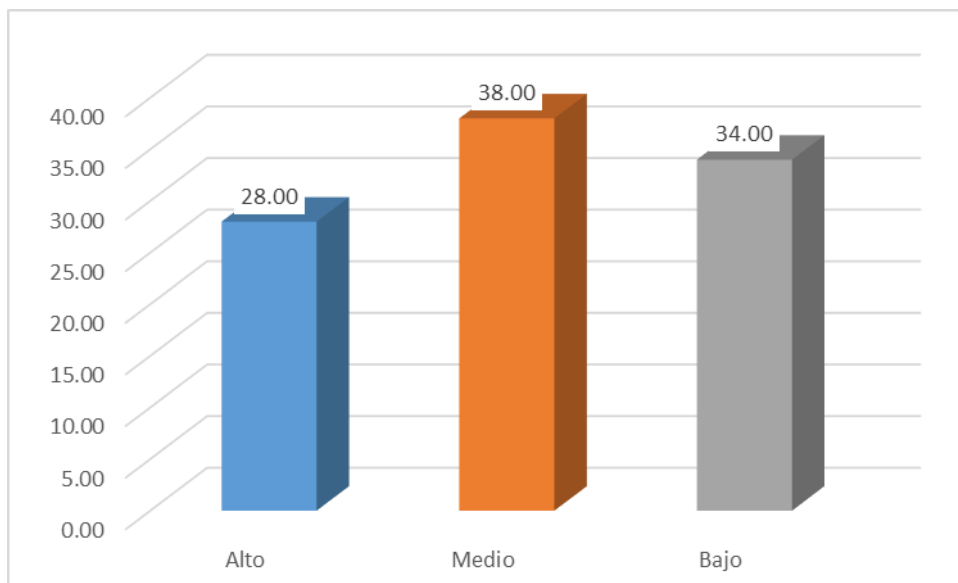


Figura 3: Datos según la dimensión factores metabólicos

Análisis e Interpretación: Según los datos obtenidos el 28.00% de los pacientes presentan un nivel alto de factores metabólicos, el 38.00% presentan un nivel medio y un 34.00% un nivel bajo.

Tabla 4

Distribución de datos según la variable adherencia al tratamiento antihipertensivo

Adherencia al tratamiento	f	%
Alto	16	32.00
Medio	22	44.00
Bajo	12	24.00
Total	50	100.00

Fuente: Encuesta de elaboración propia

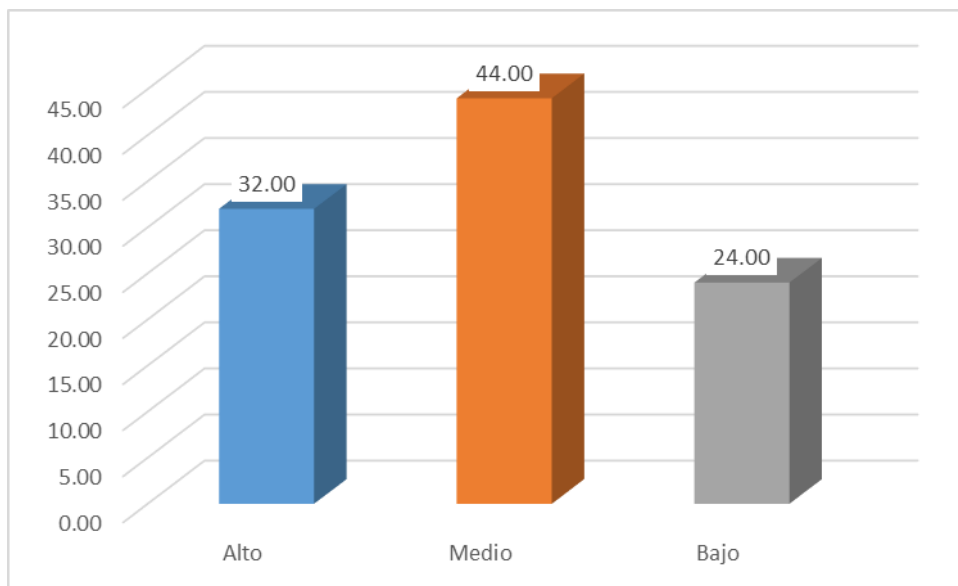


Figura 4: Datos según adherencia al tratamiento antihipertensivo

Análisis e Interpretación: Según los datos obtenidos el 32.00% de los pacientes presentan un nivel alto de adherencia al tratamiento antihipertensivo, el 44.00% presentan un nivel medio y un 24.00% un nivel bajo.

Tabla 5

Distribución de datos según la dimensión influencia del entorno

Influencia del entorno	f	%
Alto	12	24.00
Medio	24	48.00
Bajo	14	28.00
Total	50	100.00

Fuente: Encuesta de elaboración propia

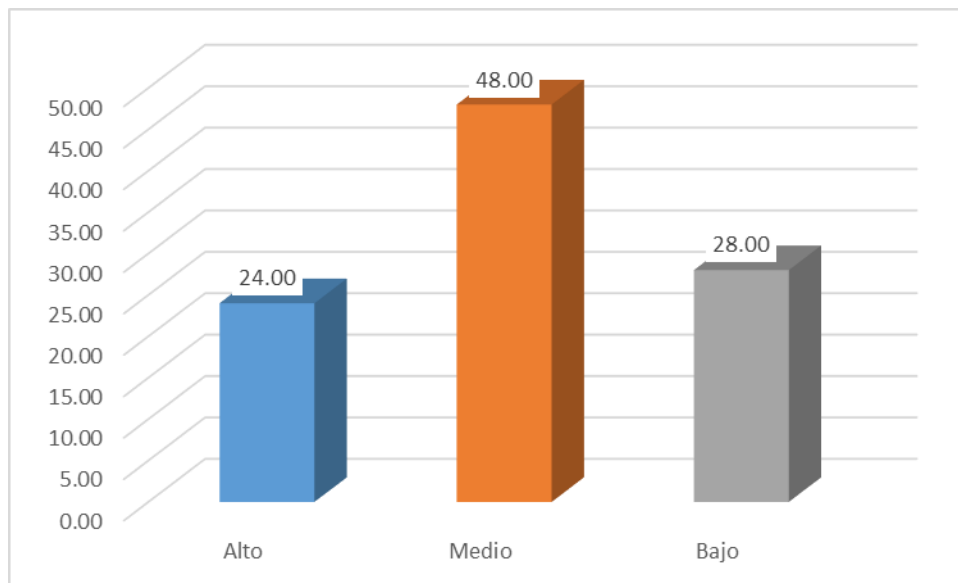


Figura 6: Datos según la dimensión influencia del entorno

Análisis e Interpretación: Según los datos obtenidos el 24.00% de los pacientes presentan un nivel alto de influencia del entorno, el 48.00% presentan un nivel medio y un 28.00% un nivel bajo.

Tabla 6

Distribución de datos según la dimensión conocimiento de la enfermedad

Conocimiento de la enfermedad	f	%
Alto	8	16.00
Medio	26	52.00
Bajo	16	32.00
Total	50	100.00

Fuente: Encuesta de elaboración propia

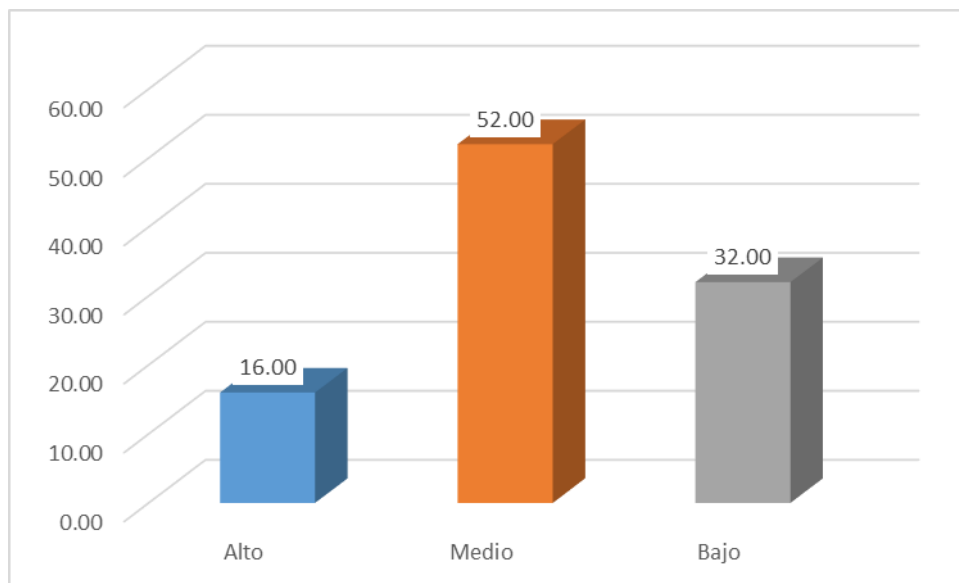


Figura 7: Datos según la dimensión conocimiento de la enfermedad

Análisis e Interpretación: Según los datos obtenidos el 16.00% de los pacientes presentan un nivel alto de conocimiento de la enfermedad, el 52.00% presentan un nivel medio y un 32.00% un nivel bajo.

Tabla 7

Distribución de datos según la dimensión actitud hacia los medicamentos

Actitud hacia los medicamentos	f	%
Alto	13	26.00
Medio	23	46.00
Bajo	14	28.00
Total	50	100.00

Fuente: Encuesta de elaboración propia

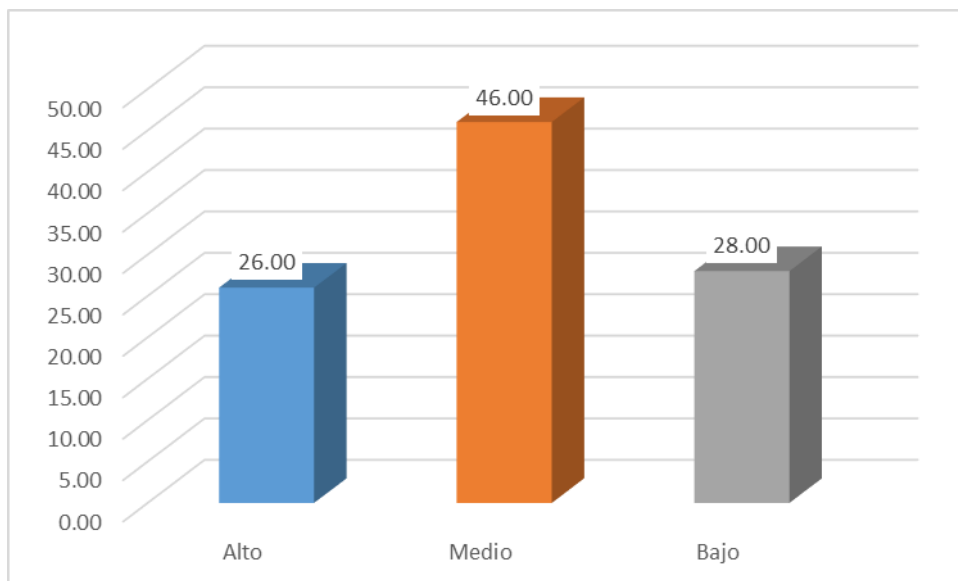


Figura 8: Datos según la dimensión actitud hacia los medicamentos

Análisis e Interpretación: Según los datos obtenidos el 26.00% de los pacientes presentan un nivel alto de actitud hacia los medicamentos, el 46.00% presentan un nivel medio y un 28.00% un nivel bajo.

Contrastación de las hipótesis

Hipótesis principal

Ha: Los factores de riesgo se relacionan significativamente con la adherencia al tratamiento antihipertensivo en adultos socios del Club Regatas Lima durante el primer semestre 2017.

H0: Los factores de riesgo no se relacionan significativamente con la adherencia al tratamiento antihipertensivo en adultos socios del Club Regatas Lima durante el primer semestre 2017.

Tabla 8

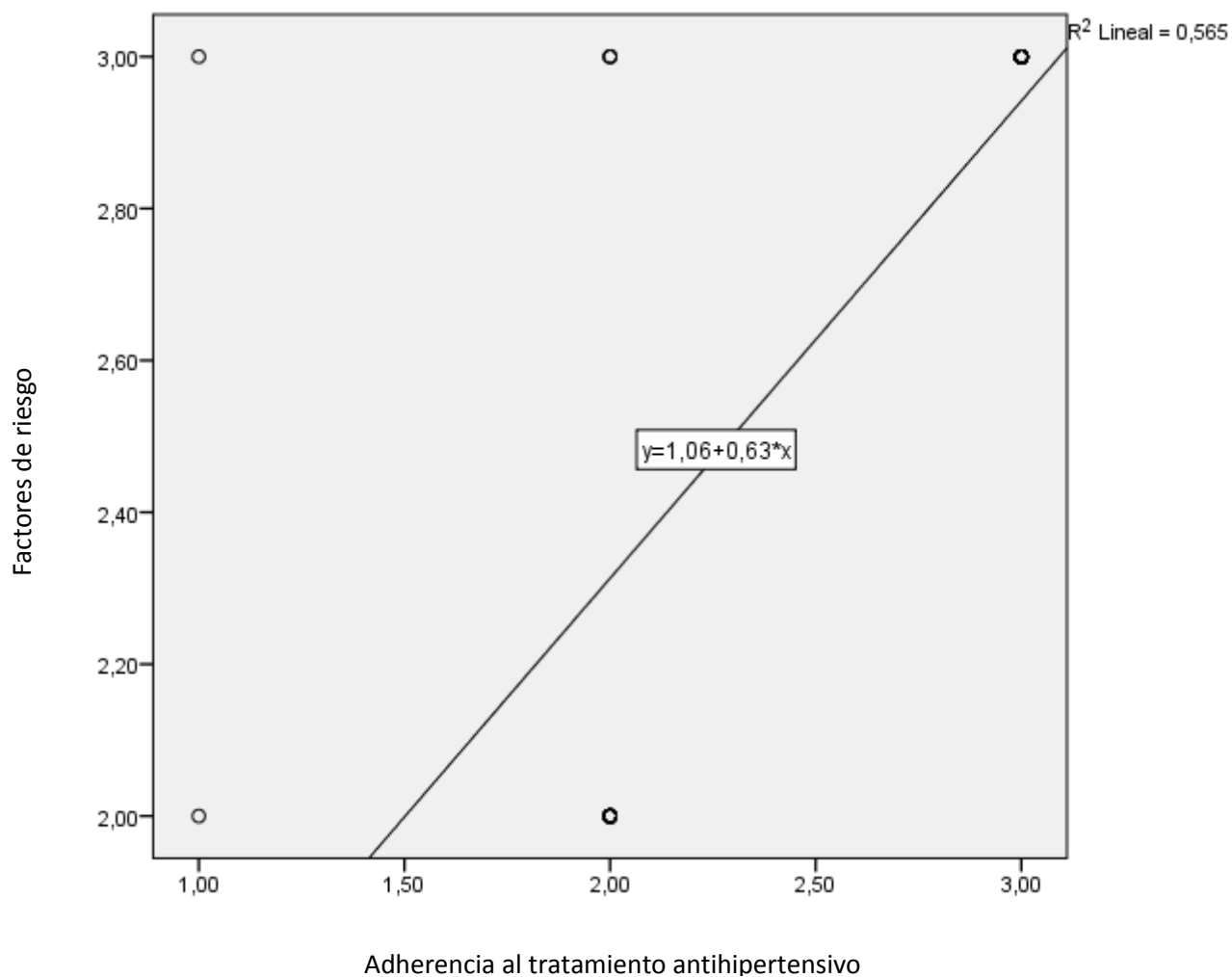
Prueba de correlación según Spearman entre los factores de riesgo y la adherencia al tratamiento antihipertensivo

		Factores de riesgo		Adherencia al tratamiento antihipertensivo
Rho de Spearman	Factores de riesgo	Coeficiente de correlación	1,000	,578**
		Sig. (bilateral)	.	,001
		N	50	50
	Adherencia al tratamiento antihipertensivo	Coeficiente de correlación	,578**	1,000
		Sig. (bilateral)	,001	.
		N	50	50

** . La correlación es significativa al nivel 0,01 (bilateral).

Interpretación:

Como se muestra en la tabla 8 la variable factores de riesgo está relacionada directa y positivamente con la variable adherencia al tratamiento antihipertensivo, según la correlación de Spearman de 0.578 representado este resultado como moderado con una significancia estadística de $p=0.001$ siendo menor que el 0.01. Por lo tanto, se acepta la hipótesis principal y se rechaza la hipótesis nula.



Se puede observar que existe una correlación lineal positiva entre la variable factores de riesgo y adherencia al tratamiento antihipertensivo, lo cual significa que a medida que la puntuación de la variable factores de riesgo se incrementa, esta va acompañada del incremento de la variable adherencia al tratamiento antihipertensivo, de manera proporcional.

Hipótesis específica 1

Ha: Los factores conductuales se relacionan significativamente con la adherencia al tratamiento antihipertensivo en adultos socios del Club Regatas Lima durante el primer semestre 2017.

H0: Los factores conductuales no se relacionan significativamente con la adherencia al tratamiento antihipertensivo en adultos socios del Club Regatas Lima durante el primer semestre 2017.

Tabla 9

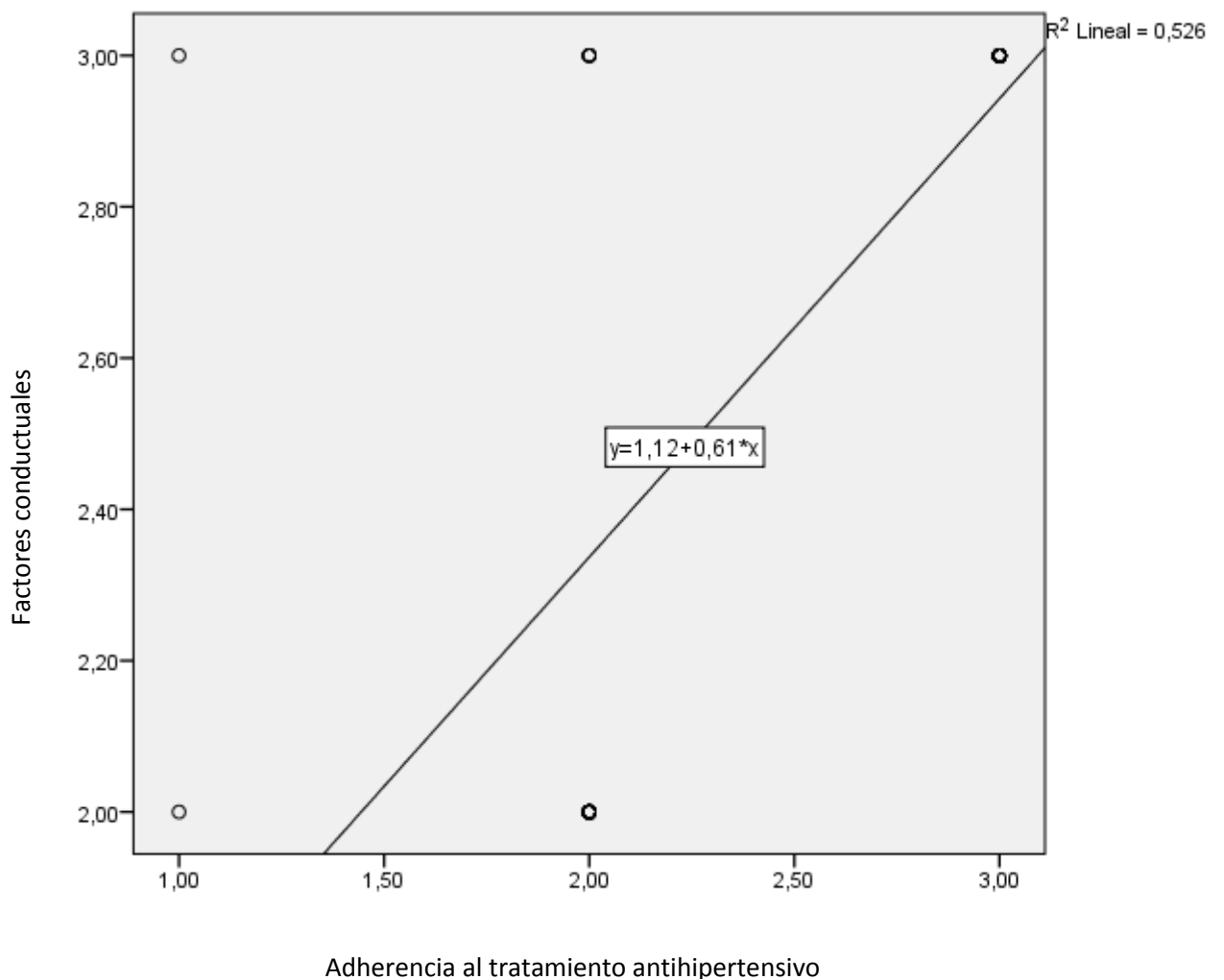
Prueba de correlación según Spearman entre los factores conductuales y la adherencia al tratamiento antihipertensivo

		Factores conductuales		Adherencia al tratamiento antihipertensivo	
Rho de Spearman	de Factores conductuales	Coeficiente de correlación	de	1,000	,561**
		Sig. (bilateral)		.	,001
		N		50	50
	Adherencia al tratamiento antihipertensivo	Coeficiente de correlación	de	,561**	1,000
		Sig. (bilateral)		,001	.
		N		50	50

** . La correlación es significativa al nivel 0,01 (bilateral).

Interpretación:

Como se muestra en la tabla 9 la dimensión factores conductuales está relacionada directa y positivamente con la variable adherencia al tratamiento antihipertensivo, según la correlación de Spearman de 0.561 representado este resultado como moderado con una significancia estadística de $p=0.001$ siendo menor que el 0.01. Por lo tanto, se acepta la hipótesis específica 1 y se rechaza la hipótesis nula.



Se puede observar que existe una correlación lineal positiva entre la dimensión factores conductuales y adherencia al tratamiento antihipertensivo, lo cual significa que a medida que la puntuación de la dimensión factores conductuales se incrementa, esta va acompañada del incremento de la variable adherencia al tratamiento antihipertensivo, de manera proporcional.

Hipótesis específica 2

Ha: Los factores metabólicos se relacionan significativamente con la adherencia al tratamiento antihipertensivo en adultos socios del Club Regatas Lima durante el primer semestre 2017.

H0: Los factores metabólicos no se relacionan significativamente con la adherencia al tratamiento antihipertensivo en adultos socios del Club Regatas Lima durante el primer semestre 2017.

Tabla 10

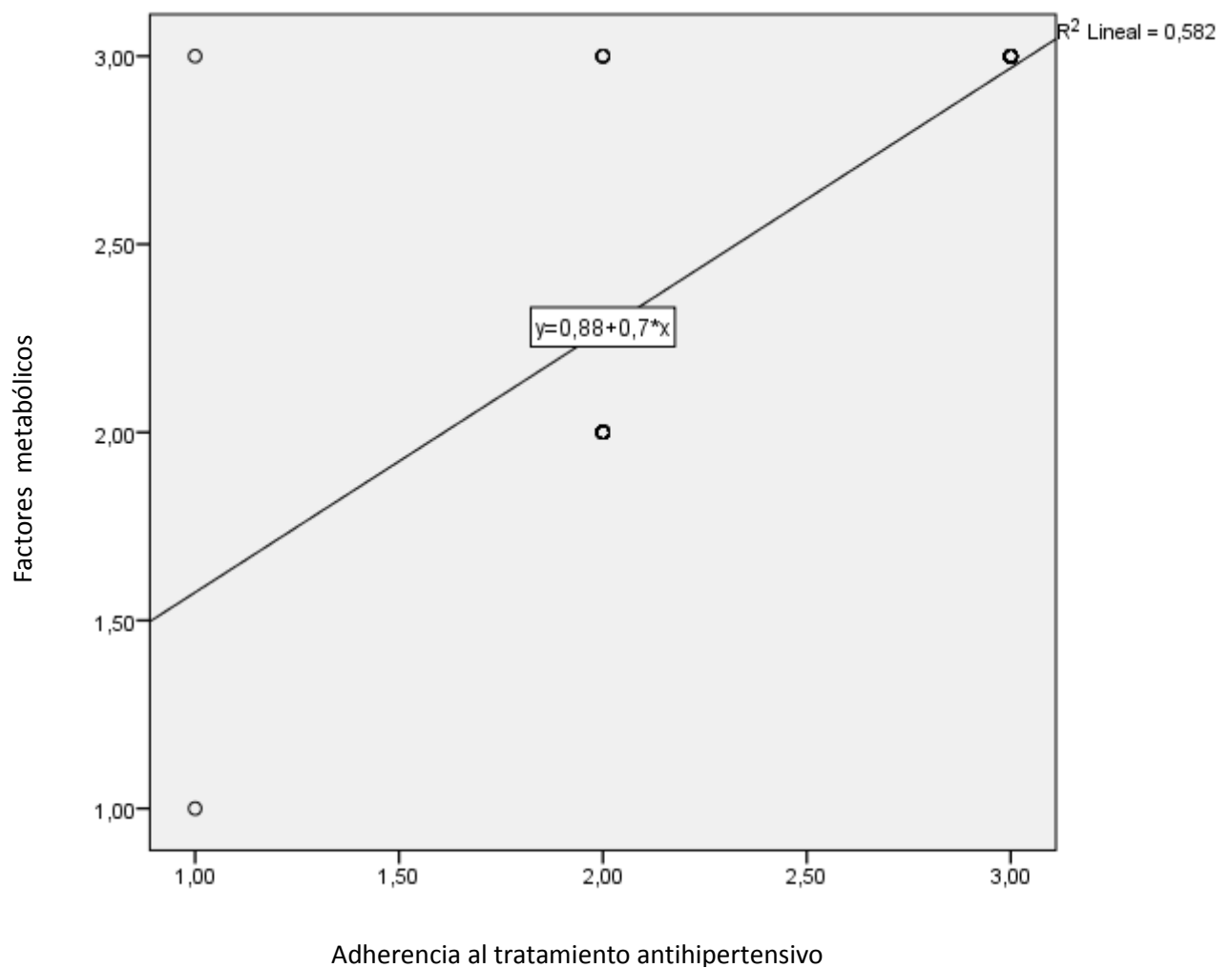
Prueba de correlación según Spearman entre los factores metabólicos y la adherencia al tratamiento antihipertensivo

		Factores metabólicos		Adherencia al tratamiento antihipertensivo	
Rho de Spearman	Factores metabólicos	Coeficiente de correlación	de 1,000		,559**
		Sig. (bilateral)	.		,001
		N	50		50
	Adherencia al tratamiento antihipertensivo	Coeficiente de correlación	de ,559**		1,000
		Sig. (bilateral)	,001		.
		N	50		50

** . La correlación es significativa al nivel 0,01 (bilateral).

Interpretación:

Como se muestra en la tabla 10 la dimensión factores metabólicos está relacionada directa y positivamente con la variable adherencia al tratamiento antihipertensivo, según la correlación de Spearman de 0.559 representado este resultado como moderado con una significancia estadística de $p=0.001$ siendo menor que el 0.01. Por lo tanto, se acepta la hipótesis específica 2 y se rechaza la hipótesis nula.



Se puede observar que existe una correlación lineal positiva entre la dimensión factores metabólicos y adherencia al tratamiento antihipertensivo, lo cual significa que a medida que la puntuación de la dimensión factores metabólicos se incrementa, esta va acompañada del incremento de la variable adherencia al tratamiento antihipertensivo, de manera proporcional.

6.2.- Discusión

A través de los resultados obtenidos el 32.00% de los pacientes presentan un nivel alto de factores de riesgo, el 42.00% presentan un nivel medio y un 26.00% un nivel bajo, también se evidencia que el 32.00% de los pacientes presentan un nivel alto de adherencia al tratamiento antihipertensivo, el 44.00% presentan un nivel medio y un 24.00% un nivel bajo. Y según la correlación de Spearman se obtuvo que la variable factores de riesgo está relacionada directa y positivamente con la variable adherencia al tratamiento antihipertensivo, según la correlación de Spearman de 0.578 representado este resultado como moderado con una significancia estadística de $p=0.001$ siendo menor que el 0.01. Por lo tanto, se acepta la hipótesis principal y se rechaza la hipótesis nula. En la cual estos resultados se contrastan con el estudio realizado por Alza (2016) en su estudio acerca de los factores asociados a la adherencia terapéutica en adultos con hipertensión arterial del Hospital I Luis Albrecht Essalud, llevado a cabo en Trujillo, donde se muestra que la prevalencia de baja adherencia terapéutica fue de 61,05% (232/380). El género femenino fue factor de riesgo de baja adherencia terapéutica, tamaño del efecto 12,94%. Chi cuadrado = 6,421. $p < 0,01$ OR=1,719 (IC 95%: 1,129 - 2,618). El bajo nivel educativo no fue factor de riesgo significativo con Chi cuadrado = 0.2018. $p < 0,363$ OR=1,101 (IC 95%: 0,729 – 1,663). El no estar casado no fue factor de riesgo significativo con Chi cuadrado = 0,251. $p < 0,348$ OR=0,896 (IC 95%: 0,584 – 1,375). La falta de apoyo familiar es factor de riesgo significativo con Chi cuadrado = 7,76. $p < 0,01$ OR=1,998 (IC 95%: 1,183 – 3,345). El empleo de 2 o más medicamentos no fue factor de riesgo significativo con Chi cuadrado = 2,93. $p < 0,054$ OR=1,475 (IC 95%: 0,944 – 2.306). Significa que la menor edad está asociada a baja adherencia terapéutica ($p < 0.01$). El número de años de tratamiento no fue factor de riesgo de adherencia terapéutica. En la cual se concluye que existe una alta prevalencia de baja adherencia terapéutica en adultos con hipertensión arterial. El género femenino, la falta de apoyo familiar, y la menor edad son factores de riesgo para la baja adherencia terapéutica. Existiendo una contrariedad con los resultados del presente estudio, en la cual se observa un nivel medio de adherencia al tratamiento.

Así mismo en el estudio realizado por Salazar (2016) acerca de la hipertensión en el adulto mayor Universidad Peruana Cayetano Heredia, en la cual se concluye que la terapia con drogas antihipertensivas debe considerarse ahora en todos los pacientes hipertensos sin importar la edad. Evidencia reciente surge que drogas antihipertensivas de la mayoría de clases pueden ser usadas para el control de la PA, el objetivo de tratamiento es una PA menor de 140/90mmHg sin embargo menos de 150/80mmHg se surge para, pacientes hipertensos después de la octava década en ausencia de enfermedades mayores concomitantes y aproximadamente 130/80mmHg y con diabetes mellitus, o enfermedad cardiovascular. Sirviendo dicho estudio como aporte fundamental con respecto al tratamiento de la hipertensión arterial.

Por otro lado en el estudio realizado por Pérez y Rodríguez (2015) acerca del nivel de conocimiento sobre hipertensión arterial de pacientes atendidos en el Centro de diagnóstico integral. En relación con los conocimientos que poseen los pacientes sobre las generalidades de la hipertensión arterial, se observó de un gran número de hipertensos, 81 pacientes para 55,47% conoce que es la hipertensión arterial, sin embargo 75 pacientes para el 51,36% poseen conocimiento en la categoría de regular sobre la evolución crónica de la enfermedad, con intervalo de confianza de 47,4%, en el límite inferior y 63,5% en el límite superior para la categoría buena, y de los 69 pacientes que no poseen conocimientos de la evolución crónica de la enfermedad, existe un intervalo de confianza en su límite inferior de 39,1% y en el superior a (55,3%), La mayoría de los pacientes tenían conocimiento sobre factores de riesgo de la hipertensión arterial, el 58,22% refirieron cumplir con el tratamiento. Los pacientes poseían conocimientos sobre algunas medidas que pueden ayudar a controlar su tensión arterial. Existiendo una similitud con el presente estudio en la cual se observa un nivel medio de conocimiento de la enfermedad por parte de los pacientes socios del Club Regatas.

Al igual que en el estudio realizado por Pérez et al. (2012) acerca de los factores de riesgo que influyen en la no adherencia al tratamiento farmacológico antihipertensivo, Cuba. Según los resultados los 23 pacientes de

los casos (no adheridos al tratamiento) pertenecientes al sexo masculino, para un 63,89%($p < 0,05$; $OR=2,62.$); el 66,67% no tiene conocimiento acerca de su enfermedad ($p < 0,05$; $OR = 2,65$), el 77,78% está bajo un tratamiento complejo ($p < 0,001$; $OR = 3,31$) y 25 pacientes del grupo de los no adheridos al tratamiento, manifestaron una relación médico-paciente no favorable, para un 69,44%. ($p < 0,001$; $OR=4,84$). Concluyendo que el sexo masculino, el desconocimiento sobre la enfermedad y la complejidad del tratamiento, constituyen factores de riesgo en la aparición de la no adherencia al tratamiento farmacológico antihipertensivo. Existiendo una similitud con los resultados del presente estudio, sirviendo dicho aporte como base fundamental para la tesis.

6.3.- Conclusiones

Primera: Se concluye que existe una correlación directa y positivamente entre la variable factores de riesgo y la adherencia al tratamiento antihipertensivo, según la correlación de Spearman de 0.578, teniendo un resultado moderado.

Segunda: Se concluye que existe una correlación directa y positivamente entre los factores conductuales y la adherencia al tratamiento antihipertensivo, según la correlación de Spearman de 0.561, teniendo un resultado moderado.

Tercera: Se concluye que existe una correlación directa y positivamente entre los factores metabólicos y la adherencia al tratamiento antihipertensivo, según la correlación de Spearman de 0.559, teniendo un resultado moderado.

6.4.- Recomendaciones

Primera: Evaluar la adherencia rutinariamente e individualizar el tratamiento, adaptándolo en lo posible a las actividades diarias del paciente, a su cultura y entorno familiar. Así como, facilitar consejos en la consulta médica, a través, de información básica con lenguaje sencillo y fácilmente comprensible.

Segunda: Se debe implementar la participación activa de distintos profesionales del ámbito sanitario para la prevención, detección y abordaje de la baja adherencia al tratamiento.

Tercera: Al personal o grupo de salud, que identifiquen y analicen los factores que influyen en la baja adherencia al tratamiento antihipertensivo, lo que permitirá seleccionar estrategias específicas para educar al paciente de forma individual y a su entorno familiar sobre la importancia del cumplimiento del tratamiento completo.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- ABC. (2017). definicionabc.com. Obtenido de Definicion ABC.
- Alegría, S.(2014). *Terapia antipertensiva combinada en pacientes hipertensos de la Clínica Internacional*. Lima - Perú.
- Alza, J.(2016) *Factores asociados a la adherencia terapéutica en adultos con hipertensión arterial del Hospital I Luis Albrecht Essalud*. Trujillo.
- Argrich, V. (2014). *Frecuencia de transtorno de ansiedad y del ánimo en pacientes con hipertensión arterial hospital*. Argentina
- Barbera, A. (2015). *Conductas nocivas para la salud*.
- Barrientos, M.(2017). *Hipertensión arterial pacientes del Hospital Regional de Trujillo*, Lima - Perú.
- Bernal, C. (2007). *Metodología de la Investigación*. Pearson Educación.
- Caamaño, A. (2011). *Síndrome Metabólico como Factor de Riesgo Cardiometaabólico*. Sociedad Mexicana de la Hipertension Arterial.
- Cano, D. (2012). *Factores de riesgo del síndrome metabólico*. Recuperado de: <http://www.salud180.com/salud-dia-dia/factores-de-riesgo-del-sindrome-metabolico>
- Carvajal, L. (2013). *Conocimiento y actividades de investigación y desarrollo*. Obtenido de: <http://www.lizardo-carvajal.com/biografia-de-lizardo-carvajal/>.
- Cárdenas, M. (2012). *Identificando las barreras de acceso a la atención y tratamiento de la hipertensión arterial, y la diabetes en el hospital Cayetano*. Lima Perú
- Castells, E. (2011). *Hipertensión arterial*. Medicina Interna del Hospital Clínico Universitario Virgen de la Victoria de Málaga.
- Centros para el control y la prevención de enfermedades (2015). *¿Qué es la diabetes?*. España
- Córdova, C. y Núñez, A. (2015). *Asociación entre riesgo de depresión y adherencias al tratamiento Antidepresivo en pacientes con hipertensión arterial en edad media*. Lima Perú
- Culig, J. (2010) *The patients adherente to prescribed medication*. Pharmaca Serbica.


- DeConceptos.com. (2017). deconceptos.com. Obtenido de deconceptos.com.
- EE.UU. (2017). Diabetes. EE.UU: Medline Plus.
- Ellison, R. (2005). *Importance of pattern of alcohol consumption*. Circulation.
- EUPATI (2016) *Factores de riesgo*. Recuperado de:
<https://www.eupati.eu/es/glossary/factor-de-riesgo/>
- Farmacovigilancia, C. A. (2017). *Medicamentos*. Andalucía.
- Filippini, F. (2016). *El Síndrome Metabólico como Epidemia Mundial*.
 Recuperado de:
https://www.siicsalud.com/pdf/ee_sindrome%20metabolico_83116.pdf
- Fuentes, R. (2015). *El paciente como fuente de información y conocimiento en salud desde una mirada profesional*. Paciente Experto y Activo.
- Gamez, D. (2014). *Conducta, Pensamiento y Emociones*. Cáceres, Plasencia, España.
- Gaspar, M. (1987). *Informacion de medicamentos al paciente y mejora del cumplimiento y mejora*. Obtenido de:
<https://www.sefh.es/bibliotecavirtual/erroresmedicacion/023.pdf>
- Ghebreyesus, D. (2017). *Dieta*. Ginebra - Suiza: Organizacion Mundial de la Salud. Obtenido de: <http://www.who.int/topics/diet/es/>
- Hernández, R., Fernández, C., y Baptista, M. (2014). *Metodología de Investigación*. Sexta edición. México D.F.: Mc Graw-Hill Interamericana editores.
- Huerta, B. (2001). *Factores de riesgo para la hipertensión arterial*. México
- Ingaramo, R. (2005). *Estudio Nacional sobre la adherencia al Tratamiento (ENSAT)*. Revista Argentina Cardiología.
- Jones, LL. y Larson, J. (2002). *Treatment and control of hypertension in the community*. Tacna: Editorial Board.
- Kreisberg, R. (2005). *The Journal of Clinical Endocrinology & Metabolism*, Volume 90.
- Kripalani, S.; Yao, X. y Haynes, B. (2007) *Interventions to enhance medication adherence in chronic medical conditions*. Arch Intern Med.
- Maldonado, M. (2011) *Factores de riesgo asociados a la hipertensión arterial*. Clinica Periférica Monjaras Marcovia Honduras. Nicaragua.

- Martín, L. (2006) *Repercusiones para la salud pública de la adherencia terapéutica deficiente*. Rev Cubana Salud Pública.
- Masías, I. (1998). *Programa Nacional de prevención, diagnóstico, evaluación y control de la presión arterial*”. Ministerio de salud Pública, República de Cuba.
- Menéndez, E. y Delgado, E. (2016). *Prevalencia, diagnóstico, tratamiento y control de hipertensión arterial diabetes mellitus y prediabetes*. España
- Moreno, E. (2005). *Obesidad como factor de riesgo cardiovascular*. ELSEVIER, 22:32-6.
- Navas, L. y Nolasco, C.(2016). *Relación entre la ingesta de sal y la presión arterial en pacientes hipertensos*. España
- Ofman, S. y Pereyra, C (2013). *Autocuidado en pacientes hipertensos esenciales en tratamiento diferencias según género*. El Salvador
- Organización Mundial de la Salud, (2004). *Adherencia a los tratamientos largos. Pruebas para la acción*. Genova. Organización Mundial de la Salud
- OMS (2009). *La adherencia al tratamiento: cumplimiento y constancia para mejorar la calidad de vida*. Recuperado de:
https://www.pfizer.es/docs/pdf/asociaciones_pacientes/2009/FOROpfizer_2009.pdf
- OMS (2010). *Estrategia mundial sobre régimen alimentario, actividad física y salud*. Recuperado de:
<http://www.who.int/dietphysicalactivity/marketing-food-to-children/es/>
- OMS. (2014). Enfermedad y Salud.
- OMS. (2015). Alcohol. ND349.
- OMS (2017). *Factores de riesgo*. Recuperado de:
http://www.who.int/topics/risk_factors/es/
- Organización Panamericana de la Salud (2007). *Hipertensión Arterial*. Cuba,
- Oxforddictionaries. (2017). es.oxforddictionaries.com.
- Pérez, D.; Revé, M. y Pérez, N. (2012). *Factores de riesgo que influyen en la no adherencia al tratamiento farmacológico antihipertensivo*. Universidad de Ciencias Médicas de Guantánamo, Cuba

- Pérez, R. y Rodríguez, M. (2015). *Nivel de conocimiento sobre hipertensión arterial de pacientes atendidos en el Centro de diagnóstico integral*. Venezuela.
- Presse, G. (2017). *¿Qué es la hiperlipidemia?* PLUSESMA.COM. Obtenido de <https://www.plusesmas.com/salud/enfermedades/corazon/que-es-la-hiperlipidemia/>
- Ruilope, L. (2009) *The hidden truth. What do the clinical trials really tell us about blood pressure control Hum. Hypertension*.
- Sabate, E. (2004). *Adherencia a los tratamientos a largo plazo*. Génova: Organización Mundial de la Salud. (En línea: www.paho.org/Spanish/AD/DPC/NC/pcc-accp-pubs.htm). Visitada 01/09/05.
- Salazar, P. (2016) *Hipertensión en el adulto mayor Universidad Peruana Cayetano Heredia*. Lima - Perú.
- Serrano, M.; Campa, F. y Casado, V. (2005) *Atención y práctica familiar*. En medicina de familia. Guía para estudiantes. Editorial Ariel, Barcelona.
- Tapia, J. (2006). *Adhesión al tratamiento farmacológico antihipertensivo en el Hospital de Chaiten 2005*. Chile.
- Velasco, M. (1995). *Rehabilitación cardíaca y prevención secundaria de la cardiopatía isquémica*. Revista Española de Cardiología.
- Yañez, J. (2013). *¿Existen las razas humanas?*

ANEXOS

MATRIZ DE CONSISTENCIA

DEFINICIÓN DEL PROBLEMA	OBJETIVOS	FORMULACION DE HIPÓTESIS	CLASIFICACIÓN DE VARIABLES	METODOLOGÍA	POBLACIÓN, MUESTRA Y MUESTREO	INSTRUMENTO
<p>Problema General</p> <p>¿Qué relación existe entre los factores de riesgo y la adherencia al tratamiento antihipertensivo en adultos socios del Club Regatas Lima durante el primer semestre 2017?</p> <p>Problema Específico</p> <p>¿Qué relación existe entre los factores conductuales y la adherencia al tratamiento antihipertensivo en adultos socios del Club Regatas Lima durante el primer semestre 2017?</p> <p>¿Qué relación existe entre los factores metabólicos y la adherencia al tratamiento antihipertensivo en adultos socios del Club Regatas Lima durante el semestre del 2017?</p>	<p>Objetivo General</p> <p>Determinar la relación entre los factores de riesgo y la adherencia al tratamiento antihipertensivo en adultos socios del Club Regatas Lima durante el primer semestre 2017.</p> <p>Objetivo Específico</p> <p>Identificar la relación entre los factores conductuales y la adherencia al tratamiento antihipertensivo en adultos socios del Club Regatas Lima durante el primer semestre 2017.</p> <p>Identificar la relación entre los factores metabólicos y la adherencia al tratamiento antihipertensivo en</p>	<p>Hipótesis General</p> <p>Los factores de riesgo se relacionan significativamente con la adherencia al tratamiento antihipertensivo en adultos socios del Club Regatas Lima durante el primer semestre 2017.</p> <p>Hipótesis Específica</p> <p>Los factores conductuales se relacionan significativamente con la adherencia al tratamiento antihipertensivo en adultos socios del Club Regatas Lima durante el primer semestre 2017.</p> <p>Los factores metabólicos se relacionan significativamente con la adherencia al tratamiento antihipertensivo en adultos socios del Club Regatas Lima durante el primer semestre 2017.</p>	<p>Variable Independiente Factores de riesgo</p> <p>Dimensión</p> <ul style="list-style-type: none"> - Conductuales - Metabólicos <p>Indicador</p> <ul style="list-style-type: none"> Dieta malsana Tabaquismo Sedentarismo Diabetes Hiperlipidemia <p>Variable Dependiente Adherencia al tratamiento</p> <p>Dimensión</p> <ul style="list-style-type: none"> Influencia del entorno Conocimiento de la enfermedad Actitud hacia los medicamentos <p>Indicador</p> <ul style="list-style-type: none"> Problemas en el hogar Apoyo de familiares y/o amigos Tratamientos Creencias 	<p>Método</p> <p>Descriptivo</p> <p>Diseño</p> <p>Correlacional</p>  <p>M = Adultos mayores del Club Regatas Lima</p> <p>O_x = Factores de riesgo</p> <p>O_y = Adherencia al tratamiento</p>	<p>Población</p> <p>La población la conforman los adultos mayores del Club Regatas Lima</p> <p>Población : N=50</p> <p>Muestra : n=50</p>	<p>Técnica</p> <p>La encuesta</p> <p>Instrumento</p> <p>Cuestionario De 20 preguntas referencial.</p>

	adultos socios del Club Regatas Lima durante el primer semestre 2017.		<p>Cumplimiento de prescripción medica</p> <p>Chequeo medico</p> <p>Consumo de alimentos</p> <p>Conoce las complicaciones de la hipertensión arterial</p> <p>Participación en el tratamiento</p> <p>Control del tratamiento</p> <p>Conservación de medicamentos</p> <p>Preparación de medicamentos</p> <p>Ingesta de medicamentos</p> <p>Cuenta con medicamentos permanentes</p> <p>Cumple con su tratamiento</p>			
--	---	--	--	--	--	--

ANEXO 02: Cuestionario

FACTORES DE RIESGO EN ADULTOS SOCIOS DEL CLUB REGATAS LIMA DURANTE EL PRIMER SEMESTRE 2017

El presente instrumento tiene como finalidad la obtención de información, que será útil para el estudio que se viene realizando acerca de “Factores de riesgo y la adherencia al tratamiento”, le pido que sirva responder a los 20 ítems planteados con sinceridad, ya que será de carácter confidencial desde ya agradezco su colaboración y su gentileza.

Edad: _____ Sexo: _____

1. Incluye frutas y verduras en su alimentación diaria.
 - a) Si
 - b) No
 - c) A veces
2. Que cantidad de agua consume al día, indicar cuantos vasos
 - a) Si
 - b) No
 - c) N° de vasos (____)
3. Controla usted su peso
 - a) Si
 - b) No
 - c) A veces
4. Usted considera que la obesidad es un factor de riesgo
 - a) Si
 - b) No
 - c) Desconoce
5. En sus alimentos tiene afinidad por la sal
 - a) Si
 - b) No
 - c) A veces
6. Usted es una persona que fuma
 - a) Si Que cantidad: _____
 - b) No
 - c) A veces
7. Usted hace uso frecuente del alcohol
 - a) Si
 - b) No
 - c) A veces
8. Consume con frecuencia la llamada “Comida Chatarra”

- a) Si
- b) A veces
- c) No

9. Hace usted ejercicios

- a) Si
- b) No

c) Frecuencia Diario Semanal Mensual

10. Usted se ha realizado controles de lípidos y glucosa en sangre

- a) Si
- b) No
- c) Cuando _____

ADHERENCIA AL TRATAMIENTO ANTIHIPERTENSIVO EN ADULTOS SOCIOS DEL CLUB REGATAS LIMA DURANTE EL PRIMER SEMESTRE 2017

El presente instrumento tiene como finalidad la obtención de información, que será útil para el estudio que se viene realizando acerca de “Factores de riesgo y la adherencia al tratamiento”, le pido que sirva responder a los 20 ítems planteados con sinceridad, ya que será de carácter confidencial desde ya agradezco su colaboración y su gentileza.

Edad: _____ Sexo: _____

1. Usted tiene Presión Alta
 - a) Si
 - b) A veces
 - c) No
2. ¿Tiene tratamiento para la Presión Alta?
 - a) Si
 - b) No
3. Cumple usted, con la medicina prescrita
 - a) Si
 - b) A veces
 - c) No
4. Usted recibe apoyo familiar ante una enfermedad
 - a) Si
 - b) A veces
 - c) No
5. Usted recibe información suministrada por un profesional sobre los factores de riesgo de la Presión Alta
 - a) Si
 - b) A veces
 - c) No
6. Usted se hizo chequeo médico durante el año para la Presión Alta
 - a) Si
 - b) No
 - c) Cuantas veces (_____)
7. Tiene familiares cercanos con la presión alta
 - a) Si
 - b) No
8. Conoces las complicaciones producidas por la Presión Alta
 - a) Si

- b) No
- 9. Tiene familiares diabéticos
 - a) Si Quienes: _____
 - b) No
- 10. Evita la estrés de un forma saludable por ejemplo con la meditación, ejercicio físico adecuado y relaciones sociales positiva
 - a) Si
 - b) A veces
 - c) No

Anexo 03: Base de datos de la variable factores de riesgo

Encuestados	Item01	Item02	Item03	Item04	Item05	Item06	Item07	Item08	Item09	Item10
1	3	3	2	2	3	3	3	3	2	2
2	2	2	1	2	3	3	3	3	3	3
3	3	2	3	3	3	3	3	3	3	2
4	3	3	3	2	3	3	3	3	2	2
5	2	2	3	3	3	3	2	3	3	2
6	3	3	2	2	3	3	3	3	2	1
7	3	3	3	2	2	2	3	2	2	3
8	2	1	2	2	3	2	2	3	2	1
9	1	3	3	2	3	3	2	2	3	2
10	3	3	3	1	3	3	2	3	2	2
11	3	3	1	3	3	3	3	3	3	2
12	3	3	3	2	3	3	3	3	3	1
13	2	3	3	3	3	3	2	3	3	2
14	3	2	2	2	2	3	2	3	3	2
15	3	3	3	3	2	3	3	1	3	2
16	3	2	1	2	3	2	3	2	3	3
17	3	3	3	3	2	3	3	3	3	2
18	2	2	3	2	3	3	2	2	2	2
19	2	3	3	2	2	3	3	3	3	2
20	2	3	2	2	3	2	2	2	3	3
21	3	3	2	2	3	3	3	3	2	2
22	2	2	1	2	3	3	3	1	3	3
23	3	2	3	3	3	3	3	3	3	2
24	3	3	3	2	3	3	3	3	2	2
25	2	2	3	3	3	3	2	3	3	2
26	3	3	2	2	3	3	3	1	2	1
27	1	3	3	2	2	2	3	2	2	3
28	2	1	2	2	3	2	2	3	2	1
29	3	3	3	2	3	3	2	2	3	2
30	3	3	3	3	3	3	2	3	2	2

31	3	3	3	3	3	3	3	3	3	2
32	3	3	3	2	3	3	3	3	3	1
33	2	3	3	3	3	3	2	3	3	2
34	3	2	2	2	2	3	2	3	3	2
35	3	3	3	3	2	3	3	2	3	2
36	3	2	3	2	3	2	3	2	3	3
37	3	3	3	3	2	3	3	3	3	2
38	2	2	3	2	3	3	2	2	2	2
39	2	3	3	2	2	3	3	3	3	2
40	2	3	2	2	3	2	2	2	3	3
41	3	3	2	2	3	3	3	3	2	2
42	2	2	3	2	3	3	3	3	3	3
43	3	2	3	3	3	3	3	3	3	2
44	3	3	3	2	3	3	3	3	2	2
45	2	2	3	3	3	3	2	3	3	2
46	3	3	2	2	3	3	3	3	2	1
47	3	3	3	2	2	2	3	2	2	3
48	2	1	2	2	3	2	2	3	2	1
49	3	3	3	2	3	3	2	2	3	2
50	3	3	3	3	3	3	2	3	2	2

Base de datos de la variable adherencia al tratamiento

Encuestados	Item01	Item02	Item03	Item04	Item05	Item06	Item07	Item08	Item09	Item10
1	3	3	3	3	3	3	2	2	2	2
2	3	3	3	2	3	3	2	2	2	3
3	2	3	3	3	3	3	2	2	2	2
4	3	2	2	2	2	3	2	2	2	2
5	3	3	3	3	2	3	2	2	2	2
6	3	2	3	2	3	2	2	2	2	3
7	3	3	3	3	2	3	2	2	1	2
8	2	2	3	2	3	3	2	2	2	2
9	2	3	3	2	2	3	2	2	2	2
10	2	3	2	2	3	2	2	2	2	3
11	3	3	2	2	3	3	1	1	1	2
12	2	2	3	2	3	3	2	2	2	3
13	3	2	3	3	3	3	2	2	2	2
14	3	3	3	2	3	3	2	2	2	2
15	2	2	3	3	3	3	1	1	1	2
16	3	3	2	2	3	3	2	2	2	1
17	3	3	3	2	2	2	2	2	2	3
18	2	1	2	2	3	2	2	2	2	1
19	3	3	3	2	3	3	2	2	2	2
20	3	3	3	3	3	3	2	1	2	2
21	3	3	3	3	3	3	2	2	2	2
22	3	3	3	2	3	3	2	2	2	3
23	2	3	3	3	3	3	2	2	2	2
24	3	2	2	2	2	3	2	2	1	2
25	3	3	3	3	2	3	2	2	2	2
26	3	2	3	2	3	2	2	1	2	3
27	3	3	3	3	2	3	2	2	2	2

28	2	2	3	2	3	3	2	2	2	2
29	2	3	3	2	2	3	2	2	2	2
30	2	3	2	2	3	2	2	2	1	3
31	3	3	2	2	3	3	2	2	2	2
32	2	2	3	2	3	3	2	1	2	3
33	3	2	3	3	3	3	2	2	2	2
34	3	3	3	2	3	3	2	2	2	2
35	2	2	3	3	3	3	2	2	2	2
36	3	3	2	2	3	3	2	2	2	1
37	3	3	3	2	2	2	2	2	2	3
38	2	1	2	2	3	2	2	2	2	1
39	3	3	3	2	3	3	2	1	2	2
40	3	3	3	3	3	3	2	2	2	2
41	3	3	3	3	3	3	2	2	1	2
42	3	3	3	2	3	3	2	2	2	3
43	2	3	3	3	3	3	2	2	2	2
44	3	2	2	2	2	3	2	2	1	2
45	3	3	3	3	2	3	2	1	1	2
46	3	2	3	2	3	2	2	1	2	3
47	3	3	3	3	2	3	2	2	2	2
48	2	2	3	2	3	3	2	2	2	2
49	2	3	3	2	2	3	2	2	1	2
50	2	3	2	2	3	2	2	1	2	3

Anexo 04: Confiabilidad de los instrumentos

Variable 1: Factores de riesgo

Resumen de procesamiento de casos

	N	%
Casos Válido	50	100,0
Excluido ^a	0	,0
Total	50	100,0

a. La eliminación por lista se basa en todas las variables del procedimiento.

Estadísticas de fiabilidad

Alfa de Cronbach	N de elementos
,836	10

Estadísticas de total de elemento

	Media de escala si el elemento se ha suprimido	Varianza de escala si el elemento se ha suprimido	Correlación total de elementos corregida	Alfa de Cronbach si el elemento se ha suprimido
ITEM01	66,70	62,461	,596	,836
ITEM02	66,67	62,075	,675	,839
ITEM03	66,77	60,478	,603	,824
ITEM04	66,17	56,809	,494	,849
ITEM05	66,73	61,620	,564	,827
ITEM06	66,87	64,999	,459	,832
ITEM07	66,97	61,551	,592	,806
ITEM08	66,17	62,461	,556	,817
ITEM09	66,73	62,075	,504	,802
ITEM10	66,73	61,620	,564	,844

Variable 2: Adherencia al tratamiento

Resumen de procesamiento de casos

		N	%
Casos	Válido	50	100,0
	Excluido ^a	0	,0
	Total	50	100,0

a. La eliminación por lista se basa en todas las variables del procedimiento.

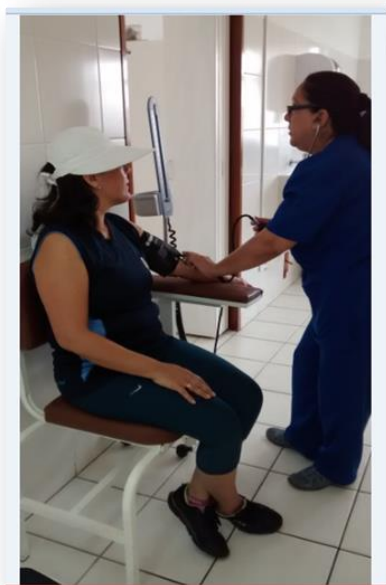
Estadísticas de fiabilidad

Alfa de Cronbach	N de elementos
,850	10

Estadísticas de total de elemento

	Media de escala si el elemento se ha suprimido	Varianza de escala si el elemento se ha suprimido	Correlación total de elementos corregida	Alfa de Cronbach si el elemento se ha suprimido
ITEM01	68,53	49,533	,594	,898
ITEM02	68,13	49,533	,550	,896
ITEM03	68,07	49,340	,674	,780
ITEM04	68,27	49,202	,502	,802
ITEM05	68,70	48,217	,523	,797
ITEM06	68,47	49,568	,554	,795
ITEM07	68,83	49,661	,622	,785
ITEM08	68,53	49,533	,494	,798
ITEM09	68,13	49,533	,550	,896
ITEM10	68,07	49,340	,674	,780

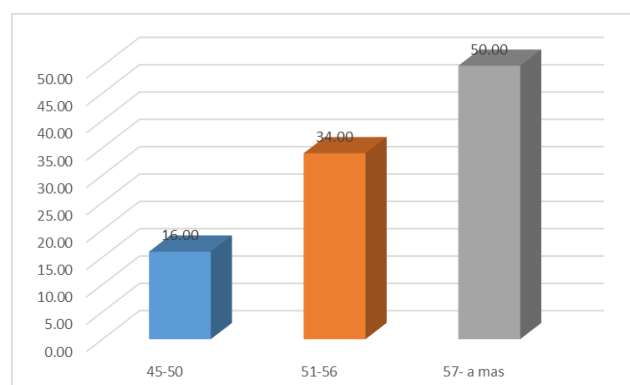
Anexo 05: Fotos de la investigación



Anexo 06: Dato demográfico

1. Edad

Edad	f	%
45-50	8	16.00
51-56	17	34.00
57- a mas	25	50.00
Total	50	100.00



2. Sexo

Sexo	f	%
Masculino	28	56.00
Femenino	22	44.00
Total	50	100.00

