

UNIVERSIDAD HISPANOAMERICANA
CARRERA DE ENFERMERÍA

*Tesis para optar por el grado académico Licenciatura
en Enfermería*

**CONOCIMIENTOS, CREENCIAS Y PRÁCTICAS
DE PACIENTES HIPERTENSOS RELACIONADOS
CON EL GRADO DE ADHERENCIA AL
TRATAMIENTO TERAPÉUTICO, EN EL
GRAN ÁREA METROPOLITANA,
TERCER CUATRIMESTRE 2017.**

TATIANA MUNGUÍA MORA

2018

Tabla de contenido

RESUMEN	1
CAPÍTULO I: PROBLEMA DE INVESTIGACIÓN.....	5
1.1 PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA	6
1.1.1 Antecedentes del problema.....	6
1.1.2 Delimitación del problema.....	14
1.1.3 Justificación	14
1.2 REDACCIÓN DEL PROBLEMA CENTRAL: PREGUNTA DE LA INVESTIGACIÓN.....	17
1.3 OBJETIVOS DE LA INVESTIGACIÓN	17
1.3.1. Objetivo general.....	17
1.3.2. Objetivos específicos	17
1.4 ALCANCES Y LIMITACIONES	18
1.4.1. Alcances de la investigación.....	18
1.4.2. Limitaciones de la investigación.....	18
CAPÍTULO II: MARCO TEÓRICO.....	19
2.1 CONTEXTO TEÓRICO-CONCEPTUAL.....	20
2.1.1 La hipertensión arterial como problema de salud pública	20
2.1.2 Importancia de la Adherencia terapéutica en el paciente crónico.....	22

2.1.3 Conocimiento de los pacientes hipertensos sobre la adherencia terapéutica.....	25
2.1.4 Creencias de los pacientes hipertensos sobre la adherencia terapéutica.....	26
2.1.5 Prácticas de los pacientes hipertensos en la adherencia terapéutica.....	28
2.1.6 Factores sociodemográficos de la población hipertensa.....	29
2.2 Modelos y teorías.....	32
CAPÍTULO III: MARCO METODOLÓGICO.....	38
3.1 ENFOQUE DE INVESTIGACIÓN.....	39
3.2 TIPO DE INVESTIGACIÓN.....	39
3.3 UNIDADES DE ANÁLISIS U OBJETOS DE ESTUDIO.....	39
3.3.1 Población.....	40
3.3.2 Muestra.....	40
3.3.3 Criterios de inclusión y exclusión.....	40
3.3.3.1 Criterios de inclusión.....	40
3.3.3.2 Criterios de exclusión.....	41
3.4 INSTRUMENTOS PARA LA RECOLECCIÓN DE LA INFORMACIÓN.....	41
3.4.1 Validez del cuestionario.....	42
3.4.2 Confiabilidad del cuestionario.....	42
3.5 DISEÑO DE LA INVESTIGACIÓN.....	42
3.6 OPERACIONALIZACIÓN DE VARIABLES.....	43
3.7 PLAN PILOTO.....	50

CAPÍTULO IV: PRESENTACIÓN DE RESULTADOS.....	51
4.1 GENERALIDADES	52
4.2 ESPECIFICIDADES PARA TRABAJOS CUANTITATIVOS.....	86
4.2.1 Relación del grado de adherencia según indicadores.....	86
CAPÍTULO V: DISCUSIÓN E INTERPRETACIÓN DE LOS RESULTADOS.....	96
5.1 DISCUSIÓN E INTERPRETACIÓN DE LOS RESULTADOS.....	97
CAPÍTULO VI: CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.....	102
6.1 CONCLUSIONES	103
6.2 RECOMENDACIONES.....	105
BIBLIOGRAFÍA	107
ANEXOS.....	114
Anexo N° 1: Declaración Jurada	115
Anexo N° 2: Carta de permiso de la Universidad Hispanoamericana.....	116
Anexo N° 3: Carta de tutor	117
Anexo N° 4: Carta de lector.....	118
Anexo N° 5: Carta del filólogo.....	118
Anexo N° 6: Dedicatoria.....	120
Anexo N° 7: Agradecimientos	121
Anexo N° 8: Consentimiento informado	122
CONSENTIMIENTO	124

Anexo N° 9: Instrumento.....	125
Anexo N° 10: Tabulación plan piloto.....	135
Anexo N° 11: Diagrama del Modelo de Promoción Salud de Pender	167
Anexo N° 12: Cuestionario MBG (Martin- Bayarre- Grau)	168

ÍNDICE DE TABLAS

No. De tabla	Título	No. De página
Tabla N° 1	Conocimientos sobre signos y síntomas de la hipertensión arterial. Gran Área Metropolitana, 2017.	67
Tabla N° 2	Conocimiento de los órganos que pueden dañarse con la hipertensión arterial. Gran Área Metropolitana, 2017.	68
Tabla N° 3	Conocimiento sobre los factores de riesgos asociados a la hipertensión arterial. Gran Área Metropolitana, 2017.	69
Tabla N° 4	Actividades que realizan los participantes si se siente bien, según creencias. Gran Área Metropolitana, 2017.	74
Tabla N° 5	Actividades que realizan los participantes para bajar la presión arterial cuando se siente mal, según creencias. Gran Área Metropolitana, 2017.	75

ÍNDICE DE FIGURAS

No. De Figura	Título	No. De página
Figura N° 1	Distribución porcentual de participantes según sexo. Gran Área Metropolitana, 2017.	52
Figura N° 2	Distribución porcentual de participantes según rangos de edad. Gran Área Metropolitana, 2017.	53
Figura N° 3	Distribución porcentual de participantes según lugar de residencia. Gran Área Metropolitana, 2017.	54
Figura N° 4	Distribución porcentual de participantes según estado civil. Gran Área Metropolitana, 2017.	55
Figura N° 5	Distribución porcentual de participantes según nacionalidad. Gran Área Metropolitana, 2017.	56
Figura N° 6	Distribución porcentual de participantes según último año de estudio aprobado. Gran Área Metropolitana, 2017.	57

Figura N° 7	Distribución porcentual de participantes según padecimiento de enfermedades crónicas. Gran Área Metropolitana, 2017.	58
Figura N° 8	Distribución porcentual de participantes según tipo de seguro a utilizar para el control y tratamiento de la hipertensión arterial. Gran Área Metropolitana, 2017.	59
Figura N° 9	Distribución porcentual de participantes según etapa de la vida en la cual fue diagnosticado con hipertensión arterial. Gran Área Metropolitana, 2017.	60
Figura N° 10	Distribución porcentual de participantes según apoyo familiar en relación con el tratamiento hipertensión arterial. Gran Área Metropolitana, 2017.	61
Figura N°11	Distribución porcentual de participantes según conocimiento sobre cronicidad de la hipertensión arterial. Gran Área Metropolitana, 2017.	62
Figura N° 12	Distribución porcentual de participantes según educación recibida acerca de la hipertensión arterial. Gran Área Metropolitana, 2017.	63

Figura N° 13	Distribución porcentual de participantes según información recibida acerca de su tratamiento por escrito. Gran Área Metropolitana, 2017.	64
Figura N° 14	Distribución porcentual de participantes según conocimiento de los síntomas asociados a la hipertensión arterial. Gran Área Metropolitana, 2017.	65
Figura N° 15	Distribución porcentual de participantes según conocimiento del rango normal de la hipertensión arterial. Gran Área Metropolitana, 2017.	66
Figura N° 16	Distribución porcentual de participantes según conocimiento acerca de diferentes tratamientos que se utilizan para la hipertensión arterial. Gran Área Metropolitana, 2017.	70
Figura N° 17	Distribución porcentual de pacientes hipertensos, según conocimiento sobre el medicamento que consume para la hipertensión arterial. Gran Área Metropolitana, 2017.	71

Figura N° 18	Distribución porcentual de participantes según frecuencia de su tratamiento para la hipertensión arterial. Gran Área Metropolitana, 2017	72
Figura N° 19	Distribución porcentual de participantes según conocimiento de dosis del tratamiento que consume para la hipertensión arterial. Gran Área Metropolitana, 2017.	73
Figura N° 20	Distribución porcentual de participantes según percepción de la medicina “natural” en ventaja de los tratamientos convencionales para la hipertensión arterial. Gran Área Metropolitana, 2017.	76
Figura N° 21	Distribución porcentual de participantes según abandono del tratamiento para la hipertensión arterial. Gran Área Metropolitana, 2017.	77
Figura N° 22	Distribución porcentual de participantes según el horario en el que consume su medicamento para lograr un mayor efecto. Gran Área Metropolitana, 2017.	78

Figura N° 23	Distribución porcentual de participantes según prácticas alimenticias utilizadas para el tratamiento de la hipertensión arterial. Gran Área Metropolitana, 2017	79
Figura N° 24	Distribución porcentual de participantes según tipo de ejercicio o actividad física que realiza como tratamiento de la hipertensión. Gran Área Metropolitana, 2017.	80
Figura N° 25	Distribución porcentual de participantes según la frecuencia con la que realizan ejercicio o actividad física para el tratamiento de la hipertensión arterial. Gran Área Metropolitana, 2017.	81
Figura N° 26	Distribución porcentual de participantes según olvido del tratamiento de la hipertensión arterial. Gran Área Metropolitana, 2017.	82
Figura N° 27	Distribución porcentual de participantes según abandono del tratamiento para la hipertensión arterial si se sienten bien. Gran Área Metropolitana, 2017.	83
Figura N° 28	Distribución porcentual de participantes según abandono del tratamiento para la hipertensión arterial porque este no sea tolerado. Gran Área Metropolitana, 2017.	84

Figura N° 29	Distribución porcentual de participantes según grado de adherencia al tratamiento terapéutico. Gran Área Metropolitana, 2017.	85
Figura N° 30	Distribución porcentual de participantes según sexo relacionado con grado de adherencia al tratamiento terapéutico. Gran Área Metropolitana, 2017.	86
Figura N° 31	Distribución porcentual de participantes según rango de edad relacionado con grado de adherencia al tratamiento terapéutico. Gran Área Metropolitana, 2017.	87
Figura N° 32	Distribución porcentual de participantes según grado de adherencia al tratamiento terapéutico relacionado con nivel de escolaridad. Gran Área Metropolitana, 2017.	88
Figura N° 33	Distribución porcentual de participantes según grado de adherencia al tratamiento terapéutico relacionado con su estado civil. Gran Área Metropolitana, 2017.	89
Figura N° 34	Distribución porcentual de participantes según grado de adherencia al tratamiento terapéutico relacionado con padecimiento enfermedades crónicas. Gran Área Metropolitana, 2017	90

Figura N° 35	Distribución porcentual de participantes según grado de adherencia al tratamiento terapéutico relacionado con apoyo familiar. Gran Área Metropolitana, 2017.	91
Figura N° 36	Distribución porcentual de participantes según grado de adherencia al tratamiento terapéutico relacionado con la educación recibida. Gran Área Metropolitana, 2017.	92
Figura N° 37	Distribución porcentual de participantes según grado de adherencia al tratamiento terapéutico relacionado con conocimiento de factores de riesgo. Gran Área Metropolitana, 2017.	93
Figura N° 38	Distribución porcentual de participantes según grado de adherencia al tratamiento terapéutico relacionado con conocimiento sobre los tratamientos para la HTA. Gran Área Metropolitana, 2017.	94
Figura N° 39	Distribución porcentual de participantes según grado de adherencia al tratamiento terapéutico relacionado la frecuencia del ejercicio. Gran Área Metropolitana, 2017.	95

RESUMEN

RESUMEN

Introducción: los conocimientos, creencias y prácticas que tenga un paciente hipertenso, así como las acciones y decisiones que toma sobre su salud van a repercutir directamente en el grado de adherencia al tratamiento terapéutico, tomando en cuenta que la educación terapéutica es una práctica de enfermería y la adherencia al tratamiento una acción hacia el autocuidado del usuario. **Objetivo general:** determinar los conocimientos, creencias y prácticas en pacientes hipertensos relacionados con el grado de adherencia al tratamiento terapéutico, en la Gran Área Metropolitana (GAM), tercer cuatrimestre 2017. **Metodología:** estudio cuantitativo de tipo descriptivo, se realiza en una muestra de 125 personas diagnosticadas con hipertensión, donde se mide el conocimiento, las creencias y prácticas relacionadas con el grado de adherencia al tratamiento terapéutico en el GAM. La investigación recolecta datos por medio de un cuestionario de Elaboración propia, consta de 34 ítems, se encuentra estructurado en 5 partes, las cuales comprenden características sociodemográficas y conocimientos, creencias y prácticas en salud. Para medir la adherencia al tratamiento terapéutico se utiliza el cuestionario MBG (Martin- Bayarre- Grau). **Resultados:** 69% de la población es de sexo femenino, 26 % de la población se encuentra entre los 48-57 años de edad, 50 % son de un estado civil casados, 44 % de la población tiene un nivel de escolaridad universitaria completa, 48 % de los pacientes hipertensos no padecen de otra enfermedad crónica, 65 % de la población siempre reciben apoyo familiar, 85 % de la población sí conoce que la HTA es una enfermedad para toda la vida, 90 % de las personas ha recibido educación por parte del personal de salud, 51 % no conoce la dosis en miligramos de los medicamentos que consume y 57 % personas tienen un grado de adherencia total. **Discusión:** los conocimientos sobre la HTA que se resaltan presentados por los participantes son los siguientes: el mayor número conoce que la HTA es una enfermedad para toda la vida, al igual que los rangos que se estipulan como normales para la HTA, conocen sobre los posibles signos y síntomas que puede presentar la HTA, los factores de riesgo asociados y los posibles daños en órganos, también conocen los tratamientos terapéuticos que se utilizan y a pesar de que los participantes en la investigación tienen altos conocimientos sobre

la enfermedad, cerca de la mitad de los pacientes con hipertensión no tiene un adecuado grado de adherencia al tratamiento terapéutico. Se identificó que el paciente con hipertensión va a actuar con respecto a cómo se sienta de salud, donde las actividades a realizar perjudican directamente al grado de adherencia terapéutica. **Conclusiones:** se identificó que las personas con hipertensión tienen un alto grado de conocimiento sobre la enfermedad y las prácticas más realizadas, según sus creencias son: tomarse los medicamentos en horas de la mañana, no seguir la dieta y algunas veces olvidar tomarse sus medicamentos. Entre las actividades en relación con las creencias se encuentran factores como el consumo de otros medicamentos, la dieta, el ejercicio o actividad física, la toma de productos naturales, donde, según el caso, se eliminan o se intensifica su uso, de acuerdo con el estado de salud que se quiera alcanzar. Al medir el grado de adherencia al tratamiento terapéutico en pacientes hipertensos, se puede destacar que los indicadores como el sexo, la edad, el nivel de escolaridad, el estado civil, el padecimiento de otras enfermedades crónicas, el apoyo familiar, el conocimiento sobre los factores de riesgo y el tratamiento de la HTA, así como la educación recibida, repercuten directamente en el grado de adherencia, teniendo una variación del grado de adherencia de un indicador a otro. El grado de adherencia obtenido sirve como indicador al personal de Enfermería, para poder realizar las intervenciones convenientes sobre la salud de los pacientes. **Palabras claves:** adherencia al tratamiento, conocimiento, creencias, prácticas, cuestionario MBG, HTA (hipertensión arterial).

ABSTRACT

Introduction: the knowledge, beliefs and practices of a hypertensive patient, the actions and decisions you make about your health, they going to directly affect the degree of adherence to therapeutic treatment, taking mind account that therapeutic education is a practice of nursing and the adherence to the treatment an action towards the self-care of the user. **General objective:** to determine the knowledge, beliefs and practices in hypertensive patients related to the degree of adherence to therapeutic treatment, in the great metropolitan area, third quarter

2017. **Methodology:** quantitative study of descriptive type, it is performed in a sample of 125 people diagnosed with hypertension, where we measure knowledge, beliefs and practices related to the degree of adherence to therapeutic treatment in the GAM, the research collects data by means of a questionnaire of own elaboration, consists of 34 items, It is structured in 5 parts which comprise sociodemographic characteristics, health knowledge, health beliefs and practices in health, to measure adherence to therapeutic treatment is used the questionnaire MBG (Martin-Bayarre-Grau.) **Results:** 69% of the population is of feminine sex, 26 % belongs to the population it is between 48-57 years of age, 50 % is of a marital status married, 44 % of the population has a level of finished university schooling, 48 % patient hypertension of the population does not suffer from another chronic illness, 65 % of the population always receives familiar support, 85 % of the population if they know that the AHT is an illness for the whole life, 90 % persons have received education on the part of the health personnel, 51 % does not know the dose in milligrams of the medicines that it consumes and 57 % persons have a grade of adherence total. **Discussion:** the knowledge on the AHT that are highlighted presented by the participants is the following ones: the largest number know that AHT is a lifelong disease, as well as the ranges that are stipulated as normal for AHT, know about the possible signs and symptoms that AHT may present, associated risk factors and possible organ damage, they also know the therapeutic treatments that are used and despite the fact that the research participants have a high knowledge of the disease, about half of the patients with hypertension do not have an adequate degree of adherence to the therapeutic treatment. We identify that the patient with hypertension will act with regard to how they feel of health, where the activities to be carried out directly affect the degree of therapeutic adherence. **Conclusions:** it was identified that people with hypertension have a high degree of knowledge about the disease and the most

performed practices according to their beliefs are; take your medication in the morning, that do not follow the diet and that sometimes forget to take their medications. Activities related to beliefs include factors; such as the consumption of other medicines, diet, exercise or physical activity, the taking of natural products, whereas the case is eliminated or intensified its use, depending on the state of health that one wants to reach. When measuring adherence to therapeutic treatment in hypertensive patients, we can highlight that the indicators; such as sex, age, level of schooling, marital status, the condition of other chronic diseases, family support, knowledge of risk factors and treatment of AHT, as well as the education received, have a direct impact on the degree of Adherence, having a variation of the degree of adherence of one indicator to another. The degree of adherence obtained, we serves as an indicator to the nursing staff to be able to make appropriate interventions on the health of the patients. Keywords: adherence to treatment, knowledge, beliefs, practices, MBG Questionnaire, AHT (hypertension).

CAPÍTULO I
PROBLEMA DE INVESTIGACIÓN

1.1 PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

1.1.1 Antecedentes del problema

La Organización Mundial de la Salud (OMS)¹ menciona que la hipertensión arterial (HTA) es el principal factor de riesgo para padecer enfermedades cardiovasculares que constituyen la primera causa de muerte. Sin embargo, existe una gran disparidad en el número de personas que conocen su condición de hipertenso, personas que reciben tratamiento y no están controlados y las personas que reciben tratamiento y están controlados. La adherencia esperada al régimen terapéutico adecuado en todos los países, de acuerdo con parámetros de la OMS, es del 50 %. Tal y como se menciona a continuación:

Entre el 20 % y 35 % de la población adulta de América Latina y el Caribe tiene hipertensión. En un estudio en cuatro países de Sudamérica, (Argentina, Chile, Colombia y Brasil), apenas el 57.1 % de la población adulta que se estima con presión arterial alta sabe que tiene hipertensión, lo que contribuye al bajo nivel de control poblacional, solo un 18.8 % de los hipertensos adultos en estos cuatro países tiene la presión arterial controlada ¹.

Asimismo, la OPS² expresa lo siguiente:

Si se logra tratar a la mitad de la población con hipertensión no controlada, incluyendo aquellos tratados con valores de presión arterial sub-óptimos y aquellos no tratados, en 10 años se podrían prevenir 10 millones de muertes en el mundo debidas a eventos cardiovasculares ².

La OPS² y la OMS¹ trabajan con los países miembros y sus socios para mejorar los programas de control de la hipertensión, impulsar políticas que favorezcan la prevención y proyectos que contribuyan al entrenamiento y actualización del personal de salud, en especial, en el nivel de atención primaria.

La OPS ha comenzado a desarrollar una iniciativa de reducción del riesgo cardiovascular a través del control de la hipertensión, con el fin de apoyar a los ministerios de salud a mejorar el control de hipertensión y reducir las muertes prematuras asociadas a enfermedades cardiovasculares ². El proyecto se inicia con una experiencia piloto en Barbados y, actualmente, se está implementando en Chile, Colombia y Cuba. Los resultados iniciales muestran un aumento de los pacientes con acceso a tratamiento y mejora en el porcentaje de pacientes controlados en las clínicas donde se aplica el modelo.

Según la OPS², en América Latina, uno de cada 3 adultos padece hipertensión arterial. Y añade:

Esto es, unas 250 millones de personas sufren esta condición que es causa principal de la mitad de las muertes por problemas cardiovasculares, se estima que solo una de cada cinco personas que la padecen, logra mantener su presión arterial por debajo del mínimo aceptable ².

La meta de la OPS² es que en 5 años, por lo menos, una tercera parte de esta gente lo logre. Hasta ahora solo Canadá, Estados Unidos y Cuba cumplen con ese estándar en la región. Esta organización expresa lo siguiente:

El doctor Pedro Orduñez es el encargado en la Organización Panamericana de la Salud

(OPS) de este tema, en una entrevista con Radio ONU explica qué deben hacer las personas para protegerse de esta enfermedad que anualmente provoca unas 800.000 muertes en América Latina y el Caribe ².

La (OMS)³ ha revelado que en los países desarrollados la observancia del tratamiento por parte de los pacientes con enfermedades crónicas es de solo el 50 %. Los datos disponibles señalan que el cumplimiento es todavía mucho menor en los países en desarrollo. En el caso de la hipertensión arterial, el porcentaje de pacientes que cumplen su régimen terapéutico es solo del 27 %, 43 % y 51 % en Gambia, China y los Estados Unidos de América (EE.UU.), respectivamente. La falta de adherencia al tratamiento antihipertensivo afecta aproximadamente hasta 75 % de pacientes con diagnóstico de hipertensión arterial sistémica en Estados Unidos ³.

Una investigación realizada en la unidad de medicina familiar N° 171 de Zapopan, Jalisco, México para determinar el nivel de adherencia terapéutica en pacientes con hipertensión arterial.

En esta se determinó que

El 48.15 % se adhiere al tratamiento terapéutico, mientras que 51.85 % presenta problemas para cumplir dicho tratamiento según el test *Morisky-Green-Levine* (mgl), respecto a la escala de *Brief Medication Questionnaire* (bmq) en la determinación de adherencia terapéutica, se observa que 52.30 % presenta incumplimiento terapéutico y mientras que 47.70 % cumple con él [...] como resultado final se obtuvo que el 50 % de la población con hipertensión no tiene un apego adecuado al tratamiento ⁴.

Carhuallanqui et al.⁵ entrevista a pacientes atendidos en consultorios externos del Hospital Nacional Cayetano Heredia en Perú y utiliza el Test de Morisky-Green para determinar su adherencia al tratamiento farmacológico. Donde obtiene como resultados que el 69,9 % son

mujeres, 11,1 % tiene un tiempo de enfermedad mayor de tres años, que el 52,4 % tiene educación primaria, 68 % son casados, 62,1 % presenta falta de adherencia y es un hecho recurrente y un problema global. Se encuentra asociación entre adherencia con el estado civil viudo y entre adherencia y presión arterial controlada y concluye que la adherencia al tratamiento farmacológico es de 37,9 %.

Romero et al. ⁶, en Bucaramanga, Colombia, realizan un estudio a un grupo de pacientes solo con hipertensión arterial y otros con hipertensión arterial más diabetes mellitus 2, de dos programas de riesgo cardiovascular en dos instituciones de atención primaria (pública y privada), en el año 2013, la adherencia al régimen terapéutico de los pacientes con hipertensión arterial es de 62.2 % y del 61.2 % en los diabéticos tipo 2.

La Universidad Nacional en Colombia⁷ realizó una investigación sobre el grado de adherencia a tratamientos en personas con riesgo cardiovascular, en la que se menciona:

la importancia de la relación paciente-proveedor en el grado de adherencia de los pacientes, haciendo necesario que la institución, el equipo de salud y enfermería enfatizen las acciones de autocuidado con apoyo, acompañamiento permanente y orientación acorde a sus necesidades, a sus expectativas y a las características individuales de las personas atendidas ⁷.

En Santander, Colombia una investigación sobre grados de riesgo para la adherencia terapéutica en personas con hipertensión arterial, cabe resaltar que los datos obtenidos concluyen que más del 50 % de la población hipertensa evaluada se encuentra en un grado de adherencia global en riesgo medio y alto, lo que se simboliza un preocupante pronóstico del comportamiento de la adherencia en este grupo poblacional ⁸. De igual forma, se demuestra el impacto negativo en la adherencia cuando el nivel educativo de las personas es bajo y cuando existen limitaciones

económicas para subsanar las necesidades básicas, lo que genera un grado de riesgo medio limítrofe que pone en peligro el alcanzar o mantener comportamientos compatibles con la adherencia en este grupo poblacional⁸.

Pérez et al. ⁹, en Granma, Cuba, realizan un estudio llamado *Adherencia Terapéutica y Creencias sobre su Salud en Pacientes Hipertensos*, donde predominan los pacientes con adherencia parcial al tratamiento, susceptibilidad percibida baja y severidad percibida media ante las complicaciones de la hipertensión arterial. Las dificultades presentadas en la adhesión al tratamiento corresponden a la susceptibilidad y severidad percibidas ante las complicaciones de la citada afección, así como con los beneficios y barreras del tratamiento antihipertensivo.

En otra investigación realizada en Cuba en el año 2005 sobre conocimientos, creencias y prácticas en pacientes hipertensos relacionados con su adherencia terapéutica, se obtienen resultados en relación con la amenaza o vulnerabilidad ante las complicaciones de la hipertensión arterial. Demuestran que los pacientes con hipertensión arterial no tienen establecido, en sus creencias en salud, la percepción individual de riesgo tan necesaria en el logro de la adherencia al tratamiento, ya que a mayor percepción de vulnerabilidad personal se asocia un mayor interés en el aprendizaje y ejecución de conductas preventivas¹⁰.

La revista cubana de Angiología Cirugía Vascular, en una investigación sobre la adherencia al tratamiento en las enfermedades crónicas, menciona que este es un proceso muy complejo que requiere de educación sanitaria a la población y a los prestadores de salud, mayor investigación y un diseño de estrategias de intervención que incluyan redes de apoyo al enfermo y su participación activa y responsable en la construcción del tratamiento ¹¹.

En Buenos Aires, Argentina, se evalúa la relación existente entre la calidad de vida relacionada con la salud (CVRS) y la adherencia al tratamiento en pacientes diagnosticados con hipertensión

arterial. Dando como resultado que la adherencia terapéutica como un componente fundamental en el tratamiento antihipertensivo, mejora la propia percepción subjetiva del estado de salud del paciente y refuerza positivamente el tratamiento médico y el cumplimiento de conductas saludables, donde se pone en evidencia la asociación positiva y significativa entre todas las dimensiones de la calidad de vida relacionada con la salud CVRS y la adherencia ¹².

Granados et al. ¹³, en Granada, España, realizan una investigación que tiene como objetivo analizar el impacto de las creencias en síntomas relacionados con la elevación de la tensión arterial, sobre la adherencia al tratamiento en pacientes hipertensos. Se evalúa tanto la presencia de creencias en forma de síntomas asociados a la tensión arterial, como la adherencia de los pacientes al tratamiento farmacológico prescrito.

Los resultados indican una fuerte asociación entre informes de creencias en forma de síntomas e informes de falta de adherencia. Se discute la importancia de estos datos, por cuanto entre las variables asociadas a la ruptura de la adherencia al tratamiento en pacientes hipertensos no se incluye la presencia de creencias en forma de síntomas asociados a la tensión arterial y la necesidad de incorporar su evaluación a los protocolos de control de la adherencia en esta enfermedad crónica

En Costa Rica, la Universidad de Costa Rica ¹⁴, en el 2006 se realiza un estudio cuyo objetivo es describir la prevalencia de hipertensión esencial entre adultos mayores e identificar co-factores asociados. Se obtiene como resultados que la prevalencia de hipertensión entre los adultos mayores de Costa Rica asciende a 59 %, se resalta que el sobre peso y los antecedentes familiares son claros co-factores de hipertensión arterial ¹⁴.

La Universidad Estatal a Distancia de Costa Rica ¹⁵ realiza una investigación sobre género y niveles de adherencia al tratamiento antihipertensivo. El análisis estadístico indica que no hay

diferencias de importancia debidas al género en las características físicas y personales de los pacientes ni en su ambiente. Las diferencias de género en cuanto a la relación con el médico son mínimas y en general tanto la relación como la adherencia son buenas en toda esta población¹⁵.

Araya¹⁶ realiza un estudio sobre hipertensión arterial y diabetes mellitus, donde estudia las normas de tratamiento y análisis de los distintos agentes farmacológicos útiles en el manejo de esta patología, dado que en base a la evidencia disponible, la terapéutica es distinta entre un paciente hipertenso y diabético. Se sabe que la capacidad de la insulina para inducir vasodilatación, efecto demostrado en cultivos de células endoteliales a través del aumento en la síntesis de óxido nítrico, está reducida en situaciones de insulinoresistencia y de diabetes, la prevalencia de hipertensión en la población diabética es 1,5-3 veces superior que en no diabéticos. La hipertensión contribuye en el desarrollo y la progresión de las complicaciones crónicas de la diabetes.

El tiempo y la presentación de la hipertensión difieren entre los diabéticos tipo 1 y los diabéticos tipo 2. La evidencia epidemiológica indica que los individuos diabéticos con hipertensión tienen un riesgo marcadamente incrementado de sufrir enfermedad cardiovascular, insuficiencia renal y retinopatía diabética. Concluye que es significativa la asociación que se observa en una cantidad considerable de pacientes que presentan ambas enfermedades, lo cual ha llegado a plantear a los investigadores la posibilidad de un nexo fisiopatológico que las ligue entre sí.

En la revista Costarricense de Cardiología, en el 2008, en un estudio realizado se sugiere una serie de mecanismos por los cuales el entrenamiento físico mejora la hipertensión arterial en los pacientes en quienes se instaura dicha medida terapéutica. Además, se proporciona una guía general de parámetros que se deben tomar en cuenta a la hora de prescribir entrenamiento físico

en estos individuos. Concluye la investigación que “el tratamiento farmacológico por si solo es insuficiente para tratar con éxito este padecimiento por lo que el ejercicio se ha convertido en una forma de tratamiento de la hipertensión arterial”¹⁷.

Los fenómenos por los cuáles las cifras tensionales disminuyen posterior a una sesión de entrenamiento físico se explican en gran parte por una serie de eventos neurohumorales. “Existe un consenso en cuanto a la prescripción de ejercicio físico y el tipo de ejercicio que favorece la disminución de las cifras tensionales”¹⁷. Se revisan los mecanismos que contribuyen con la disminución de la presión arterial, así como se propone, de manera general, una guía con la cual se pueda prescribir ejercicio aeróbico a este tipo de pacientes.

En Santa Bárbara de Heredia, un estudio evalúa la prevalencia y manejo de la presión arterial en un consultorio privado, en una población mayor de 15 años, la cual obtuvo como resultado que conforme aumenta la edad, también aumenta el número de hipertensos¹⁸.

Flores et al.¹⁹, en una investigación realizada en una farmacia en Tres Ríos- Cartago, determinan la incidencia de problemas relacionados con los medicamentos en pacientes hipertensos mayores de 18 años con la utilización del Método Dáder. Se concluye que el método utilizado, permite identificar los resultados negativos de la medicación y realizar las intervenciones convenientes para resolver los problemas de salud.

Holst Schumacher et al.²⁰ de la Universidad Iberoamericana valoran la implementación de la Terapia Racional Emotiva Conductual (TREC) sobre los niveles de hipertensión arterial, estrés, ira y ansiedad y consideran que, en la medida en que el Sistema de Salud le dé más importancia a las medidas no farmacológicas en los programas de control de enfermedades crónicas como la hipertensión arterial, podría reducirse la inversión económica que se realiza a nivel nacional en la compra y despacho de medicamentos antihipertensivos, asegurando el control de los

pacientes. Se obtienen resultados positivos donde se presenta una disminución en los niveles de tensión arterial, estrés, ira y ansiedad posterior a la aplicación de la TREC en los pacientes hipertensos.

1.1.2 Delimitación del problema

La investigación se efectúa con 125 personas diagnosticadas con hipertensión y que tengan algún grado de adherencia terapéutica farmacológica y no farmacológica. Se consideran como factores sociodemográficos la edad, el sexo, el estado civil, nivel académico, y que vivan en la Gran Área Metropolitana. Se realiza durante el tercer cuatrimestre del 2017.

1.1.3 Justificación

La presente investigación se justifica desde el marco de relevancia social, ya que todas las personas tienen conocimientos, creencias y prácticas diferentes con respecto a la salud. No todos los pacientes hipertensos tienen un grado de adherencia similar al abordaje terapéutico para mejorar su calidad de vida.

En Costa Rica, tres de cada diez personas de 20 años o más cuentan con el diagnóstico de hipertensión arterial ²¹. La Caja Costarricense de Seguro Social (CCSS) tiene bajo tratamiento médico a 1,2 millones de personas que toman 16 presentaciones diferentes de 13 principios activos para la presión arterial ²².

La cantidad de pacientes que se diagnostican con hipertensión arterial diariamente va en crecimiento, esto por los diversos factores de riesgo que acompañan la patología, lo que conlleva

un reto de gran magnitud, tanto para los centros de salud y el personal a cargo como para los mismos pacientes enfermos.

La Caja Costarricense del Seguro Social ²³ menciona que la hipertensión afecta a 31 de cada 100 habitantes, es decir, casi un millón de personas. La prevalencia de la enfermedad es mayor en mujeres (35 %) que en hombres (27 %), y en personas de 40 a 64 años es de 42 % y en personas de 65 años y más es del 68 %.

Disminuir o eliminar los factores de asociados a la hipertensión arterial sería lo ideal. No fumar, ingerir adecuadamente de frutas y verduras, consumir pocas frituras y azúcares, hacer al menos 30 minutos de actividad física al día y moderar la ingesta de licor son hábitos vitales para prevenir la hipertensión ²⁴.

Mientras que la proporción de personas con obesidad en Costa Rica aumentó casi cuatro veces en los últimos 40 años, al pasar del 6,3 % de la población en 1975 al 23,7 % en el 2014, donde se reporta que al menos el 80 % de esta población padecen de hipertension arterial o algunos desconocen su padecimiento ²⁴.

La falta de adherencia terapéutica farmacológica y no farmacológica en los pacientes hipertensos es muy común en Costa Rica según la Costarricense Caja de Seguro Social ²⁵, la cual afecta tanto al paciente y a los servicios de salud, ya que un usuario que no se adhiere correctamente a su tratamiento sea farmacológico o no farmacológico va a generar mayores ingresos de costos para la atención de sus complicaciones.

Según el Área de Estadística en Salud de la de Caja Costarricense Seguro Social ²⁶, las defunciones hospitalarias debidas a la hipertensión arterial para el año 2016 fueron de 85 personas distribuidas en los diferentes establecimientos de salud que pertenecen a la

Costarricense Caja de Seguro Social, siendo este el año en el que se reportan más defunciones por HTA. Para ese mismo año se reporta una disminución bastante significativa comparada con los datos reportados en el año 2000 hasta el 2015 de los egresos hospitalarios tanto en hombres como mujeres.

El nuevo plan que implementarán los centros de salud de la Caja Costarricense de Seguro Social a partir del 2018 pone gran énfasis a la necesidad de que el paciente tenga adherencia al tratamiento farmacológico indicado por los profesionales en ciencias médicas ²⁵, en adición a un plan de alimentación establecido por un profesional en nutrición y un programa de actividad física guiado por un especialista en esta área.

El ideal del país es disminuir las cifras de prevalencia de hipertensión arterial que se reportan año con año mejorando la calidad de vida. Sin embargo, a los pacientes que ya padecen de la enfermedad, lo que se desea es la adherencia a su tratamiento correctamente.

Con esta investigación se pretende determinar cuáles son los conocimientos, creencias y prácticas que tengan estos pacientes con respecto a su adherencia terapéutica farmacológica y no farmacológica, nos va a orientar en el campo de la enfermería para dar un giro en los cambios y mejoramiento que hay que realizar a la hora asistir, educar y brindar las herramientas a un paciente con hipertensión arterial que pueda adaptarse y realizar el cambio en su estilo de vida, para que así se obtenga el grado de adherencia terapéutica que se desea.

1.2 REDACCIÓN DEL PROBLEMA CENTRAL: PREGUNTA DE LA INVESTIGACIÓN

¿Cuáles son los conocimientos, creencias y prácticas de pacientes hipertensos relacionados con el grado de adherencia al tratamiento terapéutico, en la Gran Área Metropolitana, tercer cuatrimestre 2017?

1.3 OBJETIVOS DE LA INVESTIGACIÓN

1.3.1. Objetivo general

Determinar los conocimientos, creencias y prácticas en pacientes hipertensos relacionado con el grado de adherencia al tratamiento terapéutico, en la Gran Área Metropolitana, tercer cuatrimestre 2017.

1.3.2. Objetivos específicos

- Caracterizar socio demográficamente a los participantes de la investigación.
- Identificar conocimientos sobre tratamiento terapéutico en pacientes hipertensos.
- Analizar creencias sobre tratamiento terapéutico en pacientes hipertensos.
- Identificar prácticas sobre tratamiento terapéutico en pacientes hipertensos.
- Medir grado de adherencia al tratamiento terapéutico en pacientes hipertensos

1.4 ALCANCES Y LIMITACIONES

1.4.1. Alcances de la investigación

No existen alcances para la presente investigación, más que los planteados en los objetivos.

1.4.2. Limitaciones de la investigación

No existen limitaciones para la presente investigación.

CAPÍTULO II
MARCO TEÓRICO

2.1 CONTEXTO TEÓRICO-CONCEPTUAL

2.1.1 La hipertensión arterial como problema de salud pública

La Organización Mundial de la Salud (OMS) ²⁸ define la hipertensión arterial como un trastorno en el que los vasos sanguíneos tienen una tensión persistentemente alta, la cual puede dañarlos, con las cifras iguales o superiores a 90 mm Hg de presión diastólica, y de 140 mm Hg de presión sistólica, ambas registradas en reposo. Además, agrega:

La presión arterial es normal si está por debajo de 120/80 mm Hg. Si usted es adulto y su presión sistólica mide entre 120 y 129, y su presión diastólica mide menos de 80, entonces tiene presión arterial elevada. La presión arterial alta es una presión sistólica de 130 o superior o diastólica de 80 o superior, que permanece en el tiempo ²⁸.

Esos límites están basados en los resultados de varios estudios clínico-epidemiológicos en los cuales se demostró que, mientras más elevada es la presión arterial, se padece con mayor frecuencia de infartos cardíacos, insuficiencia renal, insuficiencia cardíaca y accidentes trombóticos, embólicos o hemorrágicos cerebrales ²⁷.

Según la American Heart Association ²⁹, la presión arterial alta generalmente no presenta signos ni síntomas, por eso es tan peligrosa. Aunque se conocen síntomas asociados a dicha enfermedad, como el dolor de cabeza, visión borrosa, mareos, tinnitus, nerviosismo y cansancio. Existen factores de riesgo que aumentan las posibilidades de desarrollar presión arterial alta algunos se pueden controlar, otros no. Aquellos que se pueden controlar son: “El tabaquismo y la exposición pasiva al humo del cigarrillo, diabetes, la obesidad o el sobrepeso, colesterol

elevado, dieta no saludable (alta en sodio, baja en potasio; y beber mucho alcohol), falta de actividad física”²⁹. Por su parte, los factores que no se pueden modificar son:

Antecedentes familiares de HTA, raza/etnia, envejecimiento, sexo (masculino), enfermedades renales crónicas, Apnea obstructiva del sueño, el estado socioeconómico y el estrés psicosocial también son factores de riesgo para la HTA, son factores que pueden afectar el acceso a las necesidades básicas para vivir, los medicamentos, los proveedores de atención de la salud y la capacidad de adoptar cambios en el estilo de vida²⁹.

La medición correcta de la presión arterial es un prerrequisito esencial para el diagnóstico y el seguimiento de los pacientes con hipertensión, de ahí “la necesidad del entrenamiento y certificación de quienes miden la presión arterial, de la calibración periódica de los instrumentos de medición y de la existencia de una infraestructura para ello”³⁰.

La Organización Panamericana de la Salud³¹, por su parte, expresa que el monitoreo ambulatorio de la presión arterial bien utilizado, puede contribuir a la toma acertada de decisiones en situaciones clínicas especiales y reforzar el compromiso del paciente con su tratamiento. Agrega lo siguiente:

La evaluación del paciente con hipertensión es un componente clave del proceso de diagnóstico. En la medida que se cumplan los objetivos de la evaluación y se utilicen de la mejor manera posible las pruebas de laboratorio, este encuentro se convertirá en una oportunidad para médicos y pacientes³⁰.

Asimismo, la Organización Panamericana de la Salud³¹ refiere que las enfermedades cardiovasculares son una prioridad incuestionable de Salud Pública. Los beneficios de tratar la hipertensión son claros, consistentes y costo efectivos. “El tratamiento de la hipertensión es una

estrategia apropiada para disminuir la mortalidad cardiovascular, el objetivo principal de tratar la hipertensión es reducir el riesgo cardiovascular global, en particular de enfermedades: cerebrovascular, isquémica del corazón y renal”³¹.

La Organización Panamericana de la Salud³¹ menciona, de igual forma, que la promoción de la modificación positiva de los estilos de vida de toda la población es un componente esencial de la estrategia para prevenir y controlar la hipertensión. Expresa:

Los cinco grupos más conocidos de agentes antihipertensivos son: los diuréticos, los beta-bloqueadores, los inhibidores de la enzima convertidor de la angiotensina, los bloqueadores de los canales del calcio y los bloqueadores de los receptores de angiotensina, disminuir el consumo de sodio de la dieta, así como evitar el sobrepeso y la obesidad son las dos intervenciones poblacionales que pueden tener un mayor impacto para prevenir y controlar la hipertensión³¹.

2.1.2 Importancia de la adherencia terapéutica en el paciente crónico

La adherencia terapéutica abarca diversas practicas relacionados con la salud, las cuales sobrepasan el solo hecho de tomar la preparación farmacéutica prescrita. Los participantes en la Reunión sobre Adherencia Terapéutica de la Organización Mundial de la Salud llegaron a la conclusión de que definir la adherencia terapéutica como “el grado en que el paciente sigue las instrucciones médicas”³².

La Organización Mundial de la Salud³² la define adherencia como el grado de comportamiento de una persona, como tomar el medicamento, seguir un régimen alimentario y ejecutar cambios

del modo de vida que corresponde con las recomendaciones acordadas de un prestador de asistencia sanitaria. Algunos comportamientos son:

Buscar atención médica, conseguir el medicamento recetado, tomar la medicación apropiadamente, vacunarse, cumplir con las consultas de seguimiento y ejecutar las modificaciones en los comportamientos que abordan la higiene personal, el autocuidado del asma o la diabetes, el tabaquismo, la anticoncepción, los comportamientos sexuales riesgosos, el régimen alimentario inadecuado y la actividad física escasa son todos ejemplos de comportamientos terapéuticos ³².

La Organización Mundial de la Salud ³² refiere que la evaluación exacta del comportamiento de la adherencia terapéutica es necesaria para la planificación de tratamientos efectivos y eficientes, así como para lograr que los cambios en los resultados de salud puedan atribuirse al régimen recomendado. Además, las decisiones para cambiar las recomendaciones, los medicamentos, el estilo de comunicación para promover la participación de los pacientes, dependen de la medición válida y fiable del constructo sobre la adherencia terapéutica.

Arias ³³ menciona que hay “múltiples factores que influyen en la adherencia terapéutica que han sido clasificados de la manera siguiente: los relacionados con la interacción del paciente con el profesional de la salud, el régimen terapéutico, las características de la enfermedad, los aspectos psicosociales del paciente” ³³. En la interacción profesional paciente- enfermera, cobra notable importancia la existencia de una comunicación eficaz y la satisfacción del paciente con esa relación.

La percepción individual es elemento básico para el acto terapéutico de enseñar a cuidarse y está muy influenciada por la estructura de la personalidad, prácticas, las creencias en salud y sobre todo los conocimientos que tenga sobre esta.

González et al.¹⁰ indica que una persona solo aceptará un cambio de estilo de vida o una restricción impuesta por un tratamiento si es capaz de percibir las posibilidades de riesgos que implicaría el no asumir este cambio de vida o restricción.

En el caso de los enfermos crónicos, mientras no estén conscientes de los riesgos que enfrentan y no se consideren susceptibles de complicaciones, es poco probable que se adhieran a los requerimientos terapéuticos, pues no valoran sus beneficios.

La identificación de los factores que modulan la adherencia terapéutica supone el primer paso para, posteriormente, elaborar estrategias que faciliten o mejoren su mantenimiento. Dichas estrategias deben estar encaminadas en lo fundamental a la educación del paciente hipertenso, que es considerada como la piedra angular de los pilares del tratamiento que durará toda la vida y responderá cada vez más a las etapas por las que atraviese el paciente.

Ortega Oviedo⁷ dice que existen dos tipos de adherencia terapéutica, los cuales se diferencian grandemente y, por lo general, las personas con riesgos cardiovasculares siempre cumplen un tipo de adherencia más que el otro, a continuación, se expone los tipos:

La adherencia al tratamiento farmacológico es el grado de comportamiento de un paciente con factores de riesgo de enfermedad cardiovascular, corresponde a las recomendaciones hechas por un proveedor de cuidado de salud sea este médico o personal de enfermería. Estas recomendaciones se relacionan con medicamentos: el tipo de medicamento, dosis, frecuencia, duración del tratamiento y recomendaciones sobre su administración en relación con horario de comidas, horarios diurnos y otros³⁴.

La adherencia al tratamiento no farmacológico es el grado de comportamiento de un paciente con factores de riesgo de enfermedad cardiovascular corresponde a las recomendaciones hechas por un proveedor de cuidado de salud sea este médico o personal de enfermería. Estas

recomendaciones no farmacológicas corresponden a cambios de dieta, control de peso y regulación del ejercicio, supresión o disminución en el hábito de fumar o alcohol ³⁴.

2.1.3 Conocimiento de los pacientes hipertensos sobre la adherencia terapéutica

La Real Academia Española ³⁵ define conocimiento como el entendimiento, inteligencia y razón natural. Entonces podemos mencionar que el conocimiento en salud va a ser toda aquella información que acumula una persona a lo largo de su vida mediante la interacción con el entorno, referente a su salud, suponiendo la comprensión de las cosas y la integración de las percepciones en las estructuras cognitivas del individuo.

Según la teoría cognoscitiva social ³⁶, hay relaciones causales entre el conocimiento, la actitud y la práctica. Esta teoría mantiene que mientras las personas puedan cambiar su conocimiento de manera inmediata en un periodo muy corto de tiempo, es necesario semanas o meses para cambiar sus actitudes y años para cambiar sus prácticas y comportamientos.

Para la evaluación de los resultados de calidad en las intervenciones sanitarias, el porcentaje del cambio en el conocimiento del paciente se utiliza a menudo como indicador de la meta a corto plazo, mientras que el cambio en las habilidades del paciente se utiliza como indicador a largo plazo.

Delgado ³⁷ refiere que una sociedad con un conocimiento pobre en el cuidado de la salud y del tratamiento terapéutico en sí, no busca servicios clínicos apropiados y es propensa a la enfermedad. El grado de conocimiento de la medicación que tienen los pacientes parece que favorece el cumplimiento y la automedicación responsable. La falta de información acerca de la enfermedad o el tratamiento terapéutico o el no entendimiento del paciente acerca de la

información recibida, condicionan el conocimiento de este sobre sus medicamentos y puede determinar el incumplimiento de la terapia.

2.1.4 Creencias de los pacientes hipertensos sobre la adherencia terapéutica

La Real Academia Española³⁸ define creencia como el firme asentamiento y conformidad con algo o el completo crédito que se presta a un hecho noticia como seguros o ciertos. Entonces podemos mencionar que las creencias en salud son todas aquellas convicciones de que algo es verdadero y cierto, es una valoración personal que puede basarse en elementos racionales o en una sensación interna con respecto a nuestra salud.

Moreno et al.³⁹ recalcan que el Modelo de Creencias de Salud se ha convertido en uno de los marcos teóricos más usados en psicología de la salud para explicar los comportamientos de salud y preventivos de la enfermedad. Se trata de un modelo de inspiración cognitiva que considera dichos comportamientos como resultado del conjunto de creencias y valoraciones internas que el sujeto aporta a una situación determinada.

Aunque el número de investigaciones que este modelo genera hoy en día es considerable, los numerosos resultados contradictorios cuestionan su validez explicativa, resaltando la falta de correspondencia encontrada entre las creencias de un sujeto y su comportamiento relacionado con la salud. Sin embargo, este modelo trata de explicar las conductas protectoras de la salud y preventivas de la enfermedad. Estos autores agregan:

De acuerdo con este modelo, se puede predecir la ocurrencia de una conducta de salud (o preventiva de la enfermedad) cuando el sujeto en cuestión se percibe como susceptible a un problema de salud que le amenaza, que valora como grave y respecto al cual considera que la acción que puede emprender será beneficiosa y no demasiado onerosa³⁹.

En otras palabras, lo que se sugiere es que el conjunto de creencias del individuo produce algún grado de preparación psicológica para actuar encarando el problema de salud. Si las creencias sobrepasan cierto umbral, la acción se hace más probable, siempre y cuando las condiciones ambientales lo permitan.

Moreno et al.³⁹ hacen referencia a las dimensiones de la cual consta el Modelo de Creencias de Salud, las cuales se detallan a continuación:

La susceptibilidad percibida: ante un determinado problema de salud, es una dimensión importante de valorar cómo los sujetos varían en la percepción de la propia vulnerabilidad a enfermar, desde el sujeto que niega cualquier posibilidad de contraer una enfermedad, pasando por el que admite la posibilidad “estadística” de que le ocurra un problema de salud pero que no considera la posibilidad real de que le ocurra, hasta el sujeto que expresa su convencimiento de estar en peligro cierto de contraer una enfermedad.

Así pues, esta dimensión se refiere fundamentalmente a la percepción subjetiva que tiene cada ser humano sobre el riesgo de caer enfermo

La severidad percibida: se refiere a las creencias sobre la gravedad de contraer determinada enfermedad o dejarla sin tratar una vez contraída. Contempla dos tipos de consecuencias en la pérdida de la salud, por un lado, las consecuencias médico clínicas (como muerte, incapacidad o dolor) y, por otro, las posibles consecuencias sociales (tales como la merma en las relaciones sociales, los efectos de la enfermedad sobre la capacidad laboral del sujeto o sobre sus relaciones familiares. Aunque la aceptación de la susceptibilidad personal respecto a una enfermedad se percibe como grave (las dimensiones primera y segunda), se consideran en este modelo como capaces de desencadenar por sí mismas conducta de salud, no definen por sí solas el curso particular que dicha conducta puede tomar.

Los beneficios percibidos: el curso de acción específico dependen de las creencias del sujeto respecto a la efectividad relativa que las diferentes conductas disponibles en su repertorio puedan tener a la hora de enfrentar la enfermedad. Así, por ejemplo, aunque un sujeto esté asustado y se sienta amenazado por un trastorno de salud concreto, no seguirá las recomendaciones de su médico al menos que las perciba como eficaces para enfrentar el problema, asumiendo que las creencias del sujeto respecto a los cursos de acción de que dispone están influidas por las normas e incluso presiones del grupo social al que pertenece.

Las barreras percibidas: son las que se oponen a la ejecución de la conducta en cuestión, como pueden ser, por ejemplo, determinados aspectos potencialmente negativos de un curso de acción concreto. Así, un individuo puede considerar un determinado curso de acción como realmente efectivo para enfrentarse a un trastorno de salud pero, al mismo tiempo, puede verlo como costoso, desagradable o doloroso. Estos aspectos negativos de la conducta de salud funcionarían como barreras para la acción que interaccionan con las anteriores dimensiones.

2.1.5 Prácticas de los pacientes hipertensos en la adherencia terapéutica

La Real Academia Española ⁴⁰ define práctica como un conocimiento que enseña el modo de hacer algo. De esta manera, las prácticas son todas aquellas acciones que tiene una persona basada en el conocimiento previamente aprendido, según las experiencias previas.

Como el término adherencia terapéutica incluye la importancia del seguimiento de los tratamientos farmacológicos, como el de las recomendaciones higiénico-dietéticas en las personas enfermas.

Morales ⁴¹ recalca que para que se den las buenas prácticas para la adherencia al tratamiento, es necesario que se vislumbren en este proceso los siguientes momentos:

a) Aceptación convenida del tratamiento, entre el paciente y su médico, entendida como la relación de colaboración establecida entre médico y paciente, con vistas a elaborar la estrategia comportamental que garantiza el cumplimiento y la aceptación de esta por ambos.

b) Cumplimiento del tratamiento, como la medida en que la persona ejecuta todas las prescripciones en la atención a su salud.

c) Participación activa en el cumplimiento, entendido como el grado de participación del paciente en la búsqueda de estrategias para garantizar el cumplimiento.

d) Carácter voluntario de las acciones para el cumplimiento, entendido como la medida en que la persona participa en la ejecución de las acciones realizando los esfuerzos necesarios para garantizar el cumplimiento a las prescripciones.

Morales ⁴¹ menciona que la gravedad de los síntomas, el grado de la discapacidad (física, psicológica, social y vocacional), la velocidad de progresión y la gravedad de la enfermedad, la disponibilidad de tratamientos efectivos, la complejidad del régimen médico y su duración, fracasos de tratamientos anteriores, cambios frecuentes en el tratamiento, la inminencia de los efectos beneficiosos, los efectos colaterales y la disponibilidad de apoyo de los médicos para tratarlos, son factores influyentes en la decisión que tomen las pacientes para realizar las prácticas adecuadas.

2.1.6 Factores sociodemográficos de la población hipertensa

La Organización Mundial de la Salud ⁴² establece como determinantes sociales de la salud las circunstancias en que las personas nacen, crecen, viven, trabajan y envejecen, y los sistemas

establecidos para combatir las enfermedades. A su vez, esas circunstancias están configuradas por un conjunto más amplio de fuerzas: económicas, sociales, normativas y políticas.

Mientras que los determinantes demográficos son todas aquellas características asignadas a la edad, sexo, educación, ingresos, estado civil, trabajo, religión, tasa de natalidad, tasa de mortalidad, tamaño de la familia y la edad de matrimonio.

Estado civil: Se denomina estado civil a la situación personal en que se encuentra o no una persona física en relación a otra, con quien se crean lazos jurídicamente reconocidos sin que sea su pariente, constituyendo con ella una institución familiar, y adquiriendo derechos y deberes al respecto.

En Costa Rica, “la tasa bruta de nupcialidad para el año 2014 fue de 5.43.”⁴³ El resto quedan en un estado civil de soltero, unión libre o viudez. Sin embargo, para todos estos estados civiles se toma en cuenta que algunos de ellos tienen hijos donde se reporta una “tasa bruta de natalidad para el 2016 del 14,31”⁴⁴.

Herencia: Espinoza⁴⁵ menciona que la herencia o historia familiar es un factor determinante en la aparición de la HTA. Además, donde no existe historia familiar de HTA, algunos autores consideran que la familia puede convertirse en una fuente de estrés, produciendo efectos nocivos a largo plazo y por ende el desarrollo de HTA. Por medio de la herencia o del estrés producido, la familia podría ser responsable de un alto porcentaje de riesgo en la aparición de la HTA.

Nacionalidad: el censo del año 2011⁴⁶ reporta en Costa Rica una población total de 4 301 712 habitantes. De ellos, 623 800 habitantes no cuentan con ningún tipo de seguro social, quedando en estado de vulnerabilidad para la prevención y tratamiento oportuno de enfermedades. “Para el año 2011, la Caja Costarricense del Seguro Social reporta tener a un total de 1.498.328

trabajadores asegurados, de los cuales el 88,63 % son costarricenses y 11,37 % son nacidos en el extranjero”⁴⁸.

Otro problema asociado que ha ido en aumento con el pasar de los años es la inmigración a Costa Rica. Para el 2011, se reportan cinco grupos prioritarios de países con mayor inmigración las cuales son “Nicaragua, El Salvador, Estados Unidos, Panamá y Colombia”⁴⁷, siendo Nicaragua el de mayor influencia en población extranjera en nuestro país, que tiene un gran impacto en la realidad nacional y sobre todo en la situación en salud.

Escolaridad: Costa Rica, para el año 2017 tiene una población que “cuenta con un nivel de escolaridad de educación superior 72 525 con respecto a la población total”⁴⁹. La escolaridad de la personas las hace capaces de reconocer factores de riesgo, signos y síntomas de la hipertensión, “entre más elevado sea el nivel educativo mayor grado de adherencia presentan los pacientes hipertensos”⁴⁵.

Lugar de residencia: la Caja Costarricense de Seguro Social⁵⁰, para el año 2016, presenta un análisis anual que incluye 104 áreas de salud, en ellas son atendidos los pacientes hipertensos para su óptimo tratamiento, donde superó la meta planteada atención con un 67 %.

La hipertensión arterial es un problema de salud pública considerada como un factor desencadenante para otras enfermedades cardiovasculares que son la primera causa de muerte en el territorio nacional.

Para los especialistas, mantener esta cobertura y además el control óptimo de presión arterial hace evidente el esfuerzo de las Áreas de Salud para brindar mejor atención y calidad. “En el GAM es donde se concentra la mayor población del país, por ende la mayor cantidad de hipertensos”²³.

Sexo: entre los factores de riesgo para la hipertensión arterial el sexo influye directamente en la atención y en la adherencia de los pacientes hipertensos. La Caja Costarricense de Seguro Social ²³ afirma que la prevalencia de pre hipertensión para el año 2010 fue de 26.8 % y de la hipertensión arterial diagnosticada fue de 31.5 %, mientras que la hipertensión no diagnosticada presentó una prevalencia de 6.3 %, donde el sexo femenino fue el más afectado, con una prevalencia de 35.4 %. Asimismo, añade que “mientras en relación con factores protectores a la enfermedad, el consumo de frutas y verduras fue de 22.3 %, siendo más frecuente en el sexo masculino” ²³.

Edad: es un factor de riesgo importante para la población HTA donde la personas con hipertensión atendidas en el 2015 por caja costarricense del seguro social, “solo el 8 % tenían entre 20 y 39 años, el 53,8 % tenía entre 40 y 64 años y los mayores de 65 años representaron el 38,2 %” ⁵⁰.

2.2 Modelos y teorías

La presente investigación se fundamenta en el Modelo de la Promoción de la Salud, creada por Nola J. Pender, una de las enfermeras teóricas estadounidenses más destacadas de la enfermería moderna. Pender nació en 1941 en Lansing, Michigan, EE.UU, fue a los 7 años, cuando observa el cuidado enfermero que le ofrecían a su tía hospitalizada. “La experiencia de observar los cuidados de las enfermeras a mi tía y a su enfermedad crearon en mí una gran fascinación hacia el trabajo de enfermera” ⁵¹.

En el estudio, se analiza la relación los conocimientos, creencias y prácticas que posee un paciente hipertenso, sobre las acciones y decisiones que toma sobre su salud, repercutiendo

directamente en el grado de adherencia al tratamiento terapéutico, tomando en cuenta que la educación, es una práctica de enfermería y la adherencia al tratamiento una acción hacia el autocuidado del usuario.

En 1975, publica “un modelo conceptual de conducta para la salud preventiva” que constituye una base para estudiar el modo en que los individuos toman las decisiones sobre el cuidado de su propia salud dentro del contexto de la enfermería. En él, expone las características y experiencias individuales, así como los conocimientos y afectos específicos de la conducta llevan al individuo a participar o no en comportamientos de salud.

Toda esta perspectiva, Pender la integra en el siguiente diagrama del Modelo de Promoción de la Salud (Ver anexo 11). En el esquema, se ubican los componentes por columnas de izquierda a derecha, presentando los componentes que guardan relación con la investigación. La primera columna trata sobre las características y experiencias individuales de las personas y abarca dos conceptos:

- 1) La conducta previa relacionada: se refiere a experiencias anteriores que pudieran tener efectos directos e indirectos en la probabilidad de comprometerse con las conductas de promoción de la salud. En la vida diaria, los seres humanos observan lo que hacen otras personas, desde la niñez se aprende por imitación, lo que hacen los padres o modelos a seguir influye en el comportamiento y por lo tanto en la salud de sus predecesores. En este caso, la adherencia al tratamiento de pacientes hipertensos, está determinada por todas aquellas experiencias previas observadas o vividas y los efectos que hayan tenido sobre esta. Cuantos más efectos positivos hayan experimentado los pacientes, tendrán mayor grado de adherencia al tratamiento.

2) Los factores personales: categorizados como biológicos, psicológicos y socioculturales; estos factores son predictivos de una cierta conducta y están marcados por la naturaleza de la consideración de la meta de la conducta. Los factores biológicos incluyen variables como edad, sexo, índice de masa corporal, estado de pubertad, estado de menopausia, capacidad aeróbica, fuerza, agilidad y equilibrio (donde la adherencia al tratamiento terapéutico va muy de la mano con este factor). En la investigación, se recalca este factor, ya que dependiendo de la variable que se estudie, presenta diferentes estadísticas con respecto al grado de adherencia de los pacientes hipertensos.

Los factores psicológicos, por otra parte, incluyen variables como autoestima, automotivación, competencia personal, estado de salud percibido y definición de la salud. La automotivación cobra gran importancia para la investigación, ya que influye directamente en la conducta que va a adquirir el paciente hipertenso para mejorar y adoptar conductas positivas hacia su salud.

Los factores socioculturales, a su vez, incluyen factores como la etnia, aculturación, formación y estado socioeconómico, nuevamente se recalca que dependiendo de la variable que se elija, se obtienen resultados diferentes en referencia al grado de adherencia al tratamiento terapéutico, las creencias y las prácticas a realizar que tenga una persona, estos van de la mano con estos factores socioculturales.

En la segunda columna, Pender ⁵¹ menciona seis conceptos principales del modelo y se relacionan con una serie de conocimientos específicos de la conducta y del afecto que están considerados como de mayor importancia motivacional y que estas variables son modificables mediante acciones de enfermería.

1) Los beneficios percibidos de la acción: son los resultados positivos anticipados que se producirán desde la conducta de salud, proporcionan motivación para adquirir una conducta de

promoción de la salud, en la cual se da prioridad a los beneficios conductuales, destacando esta conducta entre otras personas, para que ellas puedan imitarla. Esto explica que el paciente hipertenso que aplica un cambio en su estilo de vida lo realiza por experiencia previa positiva, esperando obtener el mejores resultados.

2) Las barreras percibidas para la acción: son bloqueos anticipados, imaginados o reales y costes personales de la adopción de una conducta determinada, las cuales pueden ser personales, interpersonales o ambientales. En este punto, la promoción de la salud desempeña un papel fundamental al determinar el estado de salud de cada persona, lo cual permitirá identificar las dificultades que se presentan y diseñar los mecanismos que permitan cambiar o disminuir una conducta de riesgo y establecer un estado óptimo de salud a nivel físico, mental y social. Los conocimientos, creencias y prácticas que tengan los pacientes hipertensos en relación con su tratamiento terapéutico, determinarán la adopción de conductas positivas o negativas.

3) La autoeficacia percibida para la acción: es el juicio de la capacidad personal para organizar y ejecutar una conducta promotora de salud. La autoeficacia percibida influye en las barreras de acción percibidas, de manera a mayor eficacia, menor es la barrera para el desempeño de una conducta. Las personas que se perciben así mismas competentes en un dominio particular, realizarán repetidas veces la conducta en que sobresale. La autoeficacia es un sistema que provee mecanismos de referencia que permiten percibir, regular y evaluar la conducta, dotando a los individuos de una capacidad auto reguladora sobre sus propios pensamientos, sentimientos y acciones. La enfermera debe lograr la modificación de las conductas de riesgo y promocionar aquellas que benefician a las personas. Es decir, que si un paciente hipertenso inicia una conducta promotora en su estilo de vida, con el fin de obtener un resultado positivo, esta persona va a motivarse para seguir organizando y ejecutando dichas acciones para obtener el resultado

deseado. Por ende, todas aquellas barreras irán disminuyendo según los resultados obtenidos. Se ha observado que los cambios de conducta se realizan en forma activa cuando los profesionales de enfermería motivan en las personas su capacidad de iniciarlos.

4) El afecto relacionado con el comportamiento: son los sentimientos subjetivos positivos y negativos que se dan antes, durante y después de la conducta. Las emociones, motivaciones, deseos o propósitos contemplados en cada persona promueven determinada acción. En cada programa de salud las enfermeras deben implementar actividades dinámicas y atractivas que generen beneficios para toda la población, si un paciente hipertenso realiza un cambio en su estilo de vida y el sentimiento subjetivo de mayor relevancia es el de eficacia, con el paso del tiempo este aumentará y generará mayor afecto positivo al cambio realizado.

5) Las influencias interpersonales: son fuentes importantes de motivación para las conductas de salud, el impacto de las redes familiares y sociales o del entorno dentro del cual se desenvuelve la persona, pueden actuar positivamente generando un sentimiento de apoyo y aceptación, lo que brinda confianza a sus habilidades, esta sería una fuente valiosa para la creación de una conducta que promueva la salud; sin embargo, en el caso contrario, cuando el entorno familiar o social es adverso y nocivo, crea dificultades para adoptar dicha conducta.

6) Las influencias situacionales: son las percepciones y cogniciones personales de cualquier situación o contexto determinado que pueden facilitar o impedir la conducta, las cuales puede aumentar o disminuir el compromiso o la participación en la conducta promotora de salud.

En la tercera columna, los enunciados se relacionan e influyen en la adopción de un compromiso para un plan de acción, constituye el precedente para el resultado final deseado, es decir, para la conducta promotora de la salud.

7) El compromiso con un plan de acción: es el concepto de la intención y la identificación de una estrategia planificada lleva a la implantación de una conducta de salud. Esto trata de explicar en los pacientes hipertensos, que todas aquellas decisiones que toman referente a su salud, son metas que han sido planificadas como estrategias para obtener los resultados deseados, al ver estos resultados esperados, los pacientes se comprometen hacer constantes e ir mejorando cada día en sus estilos de vida.

8) La conducta promotora de salud: es el punto de mira o el resultado de la acción dirigido a los resultados de salud positivos, como el bienestar óptimo, el cumplimiento personal y la vida productiva. Los ejemplos de la conducta de promoción de la salud para un mayor grado de adherencia en los pacientes hipertensos básicamente son: mantener una dieta sana, realizar ejercicio físico de forma regular, dejar los malos hábitos, seguir el tratamiento farmacológico como lo prescriben.

Los profesionales sanitarios forman parte del entorno interpersonal que ejerce influencia en las personas a lo largo de su vida. El modelo de la promoción en salud es un intento de ilustrar la naturaleza multifacética de las personas que interactúan con el entorno intentando alcanzar un estado de salud.

Cuando las personas disfrutan de la actividad planeada y esta se incrementa de forma paulatina y programada, se predice una mayor autoeficacia. Los profesionales de enfermería pueden evaluar la experiencia previa de autoeficacia y enfatizar en el diseño de programas de intervención, para ayudar a los pacientes con riesgo cardiovascular o enfermedad crónicas a ser más participativos en su cuidado.

CAPÍTULO III
MARCO METODOLÓGICO

3.1 ENFOQUE DE INVESTIGACIÓN

El enfoque de la presente investigación es cuantitativo, tal y como lo plantea Hernández⁵² se efectúa una recolección de datos, con la finalidad de comprobar cuáles son los conocimientos, creencias y prácticas de pacientes hipertensos relacionados con el grado de adherencia al tratamiento terapéutico, esto mediante el análisis e interpretación estadístico de los datos obtenidos.

3.2 TIPO DE INVESTIGACIÓN

La presente investigación es de tipo descriptivo, pues, así como lo propone Hernández⁵² busca especificar las propiedades importantes de personas, grupos, comunidades o cualquier otro fenómeno que sea sometido a análisis, el cual pretende especificar los conocimientos, creencias y prácticas de pacientes hipertensos, como también rasgos importantes que creen vulnerabilidad para la no adherencia al tratamiento terapéutico

3.3 UNIDADES DE ANÁLISIS U OBJETOS DE ESTUDIO

La unidad de análisis para la presente investigación está conformada por cada persona diagnosticada con hipertensión que viva en la Gran Área Metropolitana durante el tercer cuatrimestre del 2017 y que, además, cumpla con los criterios de inclusión y exclusión del estudio.

3.3.1 Población

Este estudio cuenta con una población finita, según plantea Hernández,⁵² es el conjunto compuesto por una cantidad limitada de elementos, el cual es de 1 200 000 personas diagnosticadas con hipertensión, que vivan en la Gran Área Metropolitana.

3.3.2 Muestra

La investigación se efectúa con una muestra probabilística, según la fórmula estadística que utiliza la población total, pero según los criterios de inclusión y exclusión la muestra de participantes está conformada por 125 personas diagnosticadas con hipertensión y residentes de la Gran Área Metropolitana. Estadísticamente, se cumplen los criterios de un máximo error aceptable del 5 % y un nivel de confiabilidad deseado de 95 %.

3.3.3 Criterios de inclusión y exclusión

3.3.3.1 Criterios de inclusión

- Tener diagnóstico de hipertensión arterial por un periodo mayor a un año.
- Ser mayor de 18 años.
- Ser alfabeto.
- Residir en la Gran Área Metropolitana.
- Tener acceso a equipo y a internet.

3.3.3.2 Criterios de exclusión

- Estar embarazada.
- Pacientes con alteración de su estado mental o enfermedad mental.
- Pacientes con enfermedades en estado terminal y/o enfermedades crónicas transmisibles.
- Que no residan en Costa Rica.

3.4 INSTRUMENTOS PARA LA RECOLECCIÓN DE LA INFORMACIÓN

La investigación recolecta datos por medio de un cuestionario de Elaboración propia, cuya finalidad es analizar los conocimientos, creencias y prácticas en los pacientes hipertensos relacionado con el grado de adherencia al tratamiento terapéutico, en la Gran Área Metropolitana.

La aplicación del cuestionario es de tipo digital por medio de la herramienta de Google formularios, publicado en páginas y grupos de Facebook, consta de 34 ítems, en su mayoría de tipo cerrado, con preguntas dicotómicas y politómicas.

Se encuentra estructurado en 5 partes en relación con los objetivos propuestos en la investigación. Las partes del instrumento comprenden características sociodemográficas de la población de estudio, conocimientos en salud, creencias en salud y prácticas en salud y la adherencia al tratamiento antihipertensivo.

Para medir la adherencia al tratamiento terapéutico se utiliza el cuestionario MBG (Martin-Bayarre- Grau), el cual evalúa el grado de adherencia terapéutica. Este consta de 12 afirmaciones con opción de respuesta en una escala Likert compuesta por cinco posibilidades

que van desde Siempre hasta Nunca, donde se asigna una puntuación de 0 a la columna Nunca, 1 a Casi nunca, 2 para A Veces, 3 a Casi Siempre y 4 a Siempre, siendo 48 la totalidad de puntos posibles a alcanzar. Considerando como adheridos totales a los que obtienen de 38 a 48 puntos, adheridos parciales de 18 a 37 puntos y no adheridos a los que obtienen entre 0 y 17.

3.4.1 Validez del cuestionario

El instrumento fue validado mediante un plan piloto con 20 personas con características similares a la de la población bajo estudio en todo el país. Mientras que el cuestionario MBG tiene una validación mayor al 0.7.

3.4.2 Confiabilidad del cuestionario

El índice de consistencia interna Alfa de Cronbach obtenido para esta muestra fue de 0.85. Mientras que la confiabilidad que presenta el cuestionario MBG es de 0.88.

3.5 DISEÑO DE LA INVESTIGACIÓN

El diseño de la investigación es no experimental, como menciona Hernández ⁵⁰, ya que se observa el fenómeno en su contexto natural, sin la manipulación de variables, para posteriormente realizar el análisis de datos. Además, es una investigación de corte transversal, debido a que se hace la compilación y estudio de datos comprendido en el tercer cuatrimestre del 2017.

3.6 OPERACIONALIZACIÓN DE VARIABLES

Objetivo específico	Variable	Definición conceptual	Definición operacional	Dimensión	Indicadores	Instrumento
Caracterizar socio demográficamente a los participantes de la investigación.	Factores Sociodemográficos	Estudio estadístico de las características sociales y desarrollo de una población.	Son las características medibles de la población de estudio, estas abarcan sexo, lugar de residencia, edad, escolaridad y otras características sociodemográficas.	Edad	Años cumplidos	¿Cuántos años tiene usted?
				Sexo	Características físicas sexuales	Hombre mujer
				Estado civil	Soltero Casado Viudo Unión libre	¿Cuál es su estado civil?
				Nacionalidad	País donde nació	¿Cuál es su nacionalidad
				Lugar de residencia	Provincia	

Objetivo específico	Variable	Definición conceptual	Definición operacional	Dimensión	Indicadores	Instrumento
				<p>Nivel de Escolaridad</p> <p>Salud</p>	<p>Años de estudio</p> <p>Salud mental: Apoyo familiar</p> <p>Salud física: Antecedentes patológico personales</p> <p>Tratamiento en salud</p>	<p>¿En cuál provincia vive usted?</p> <p>Primaria incompleta, primaria completa</p> <p>Secundaria incompleta Secundaria completa</p> <p>Técnico universitario</p> <p>¿Recibe apoyo familiar en relación al tratamiento con la HTA?</p> <p>¿Padece de alguna enfermedad crónica, además de la HTA?</p>

Objetivo específico	Variable	Definición conceptual	Definición operacional	Dimensión	Indicadores	Instrumento
						<p>¿Tipo de atención médica que utiliza para control y tratamiento HTA?</p>
<p>Identificar conocimientos sobre tratamiento terapéutico en pacientes hipertensos</p>	<p>Conocimiento sobre tratamiento terapéutico en pacientes hipertensos</p>	<p>Conjunto de información almacenada mediante la experiencia o el aprendizaje a lo largo de la vida.</p>	<p>Información que tienen los pacientes hipertensos sobre la enfermedad y tratamiento medido en el estudio.</p>	<p>Educación sobre tratamiento terapéutico en hipertensión</p>	<p>Generalidades</p> <p>Cifras normales</p> <p>Signos y síntomas</p>	<p>¿Es la HTA una enfermedad para toda la vida?</p> <p>¿La forma de diagnosticar si tengo la presión elevada es?</p> <p>¿Conoce el rango normal de la presión arterial?</p> <p>¿Marque los signos y síntomas que conoce sobre la HTA?</p>

Objetivo específico	Variable	Definición conceptual	Definición operacional	Dimensión	Indicadores	Instrumento
					<p>Factores de riesgo</p> <p>Tratamiento HTA</p> <p>Secuelas de la HTA</p>	<p>Marque los factores de riesgo para la HTA:</p> <p>¿Ha recibido su plan de tratamiento por escrito?</p> <p>¿Se puede controlar con dieta, ejercicio y medicación?</p> <p>¿Conoce los medicamentos que consume?</p> <p>¿Con que frecuencia los consume?</p> <p>¿Sabe cuál es la dosis de cada medicamento?</p> <p>¿Señale dos o más órganos que pueden dañarse por tener hipertensión?</p>

Objetivo específico	Variable	Definición conceptual	Definición operacional	Dimensión	Indicadores	Instrumento
					Educación recibida	¿Por quién ha recibido educación acerca de la HTA?
Analizar creencias sobre tratamiento terapéutico en pacientes hipertensos.	Creencias sobre tratamiento terapéutico en pacientes hipertensos	Son sistemas socializados de conceptos e ideas que organizan la percepción de partes del mundo o de su totalidad en el que vive la sociedad de referencia.	Información que tienen los pacientes hipertensos sobre ideas o percepción al tratamiento médico en el estudio.	Percepción al tratamiento médico	Estado conductual Aspecto cognitivo	¿Qué opciones realiza si usted se siente bien? ¿Qué actividades realiza si se siente mal? ¿Los remedios naturales son mejor que los medicamentos? ¿Usted cree que no tiene que tomar el medicamento si realiza
Identificar prácticas sobre	Prácticas sobre tratamiento	Aplicación, ejecución de las reglas, de los	Información que tienen los pacientes	Actividades realizadas	Manejo del medicamento	¿Cómo se toma el medicamento?

Objetivo específico	Variable	Definición conceptual	Definición operacional	Dimensión	Indicadores	Instrumento
tratamiento terapéutico en pacientes hipertensos.	terapéutico en pacientes hipertensos	principios de una ciencia, de una técnica, de un arte, etc.	Hipertensos sobre actividades realizadas con respecto al tratamiento.		<p>Manejo de la Dieta</p> <p>Ejercicio</p>	<p>¿Alguna vez olvido tomar el medicamento?</p> <p>¿Cuándo se siente bien deja de tomar el tratamiento?</p> <p>¿Si el medicamento le cae mal, deja de tomarlo?</p> <p>¿Cumple las indicaciones relacionadas con la dieta?</p> <p>¿Qué tipo de ejercicio realiza?</p> <p>¿Con que frecuencia realiza el ejercicio?</p>

Objetivo específico	Variable	Definición conceptual	Definición operacional	Dimensión	Indicadores	Instrumento
Medir grado de adherencia al tratamiento terapéutico en pacientes hipertensos.	Grado de adherencia al tratamiento terapéutico en pacientes hipertensos	Conducta de un paciente, en relación con la toma de medicación, el seguimiento de una dieta o la modificación de hábitos de vida, que corresponde con las recomendaciones acordadas con el profesional sanitario	Conductas que refieren los pacientes hipertensos a la hora de tener un seguimiento con tratamiento farmacológico y tratamiento no farmacológico que será medido en el estudio.	Medición	Adheridos Totales a los que obtienen de 38 a 48 puntos, Adheridos Parciales de 18 a 37 puntos y No Adheridos a los que obtienen entre 0 y 17.	MBG (Martin- Bayarre- Grau)

3.7 PLAN PILOTO

El plan piloto de esta investigación se lleva a cabo con 20 personas con diagnóstico de hipertensión, con características similares a la población del estudio residente en cualquier zona del país.

A continuación, se describen algunos cambios o restricciones realizadas. Los resultados obtenidos dejan en evidencia que la pregunta número 6, que se refiere al “último año de estudio aprobado de los participantes, debe modificarse, ya que los participantes no comprendieron la redacción y se cambia por ¿cuál es su nivel de escolaridad?

Se realiza una modificación en las preguntas y encabezados, donde se agrega la palabra “presión alta” a la par de “Hipertensión”, ya que algunas personas no comprendían el significado de la palabra técnica.

La pregunta número catorce que se refiere a “puedo conocer si tengo la presión alta porque” se modifica por “la forma de diagnosticar si tengo la presión elevada es porque”, ya que los participantes no comprendieron la redactada anteriormente.

A los enunciados de la pregunta número veintiséis se agrega la opción “tomo los medicamentos según las indicaciones médicas”, ya que no existía la opción.

Se realiza la modificación en el encabezado de la pregunta número treinta cuatro, ya que no se especificaba que las opciones de respuesta para cada pregunta eran 5 y algunas personas al abrir la encuesta en celulares, la pantalla se reduce por la cual solo les aparecían las primeras 3 opciones.

CAPÍTULO IV
PRESENTACIÓN DE RESULTADOS

4.1 GENERALIDADES

En este capítulo, se presentan los resultados de la investigación por medio de 39 figuras y 5 tablas que se detallan a continuación. En las tablas y figuras N° 11-22, se analizan los resultados de los conocimientos relacionados con el grado de adherencia terapéutica; en las tablas y figuras N° 23-26, se estudian las respuestas relacionadas con las creencias sobre el grado de adherencia terapéutica; en las tablas y figuras N° 27-29, se analizan los resultados de las prácticas relacionadas con el grado de adherencia terapéutica. En las figuras N° 30-39, evalúa el grado de adherencia terapéutica según cuestionario *MBG*.

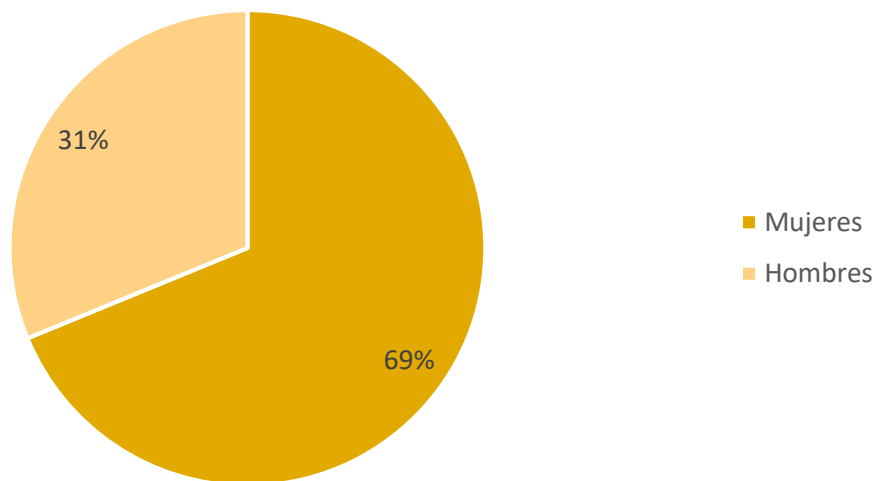


Figura N° 1 Distribución porcentual de participantes según sexo. Gran Área Metropolitana, 2017. Fuente: Elaboración propia, 2017.

Se observa que el 69 % de la población son mujeres, mientras que el 31 % son hombres.

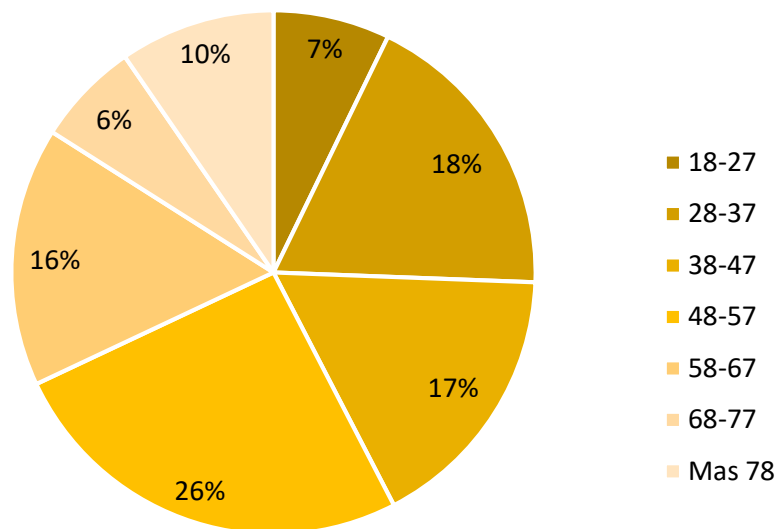


Figura N° 2 Distribución porcentual de participantes según rangos de edad. Gran Área Metropolitana, 2017. Fuente: Elaboración propia, 2017.

Puede apreciarse que el 26 % de la población se encuentra entre los 48 a 57 años de edad, mientras que el 18 % tiene entre los 28 a 37 años de edad.

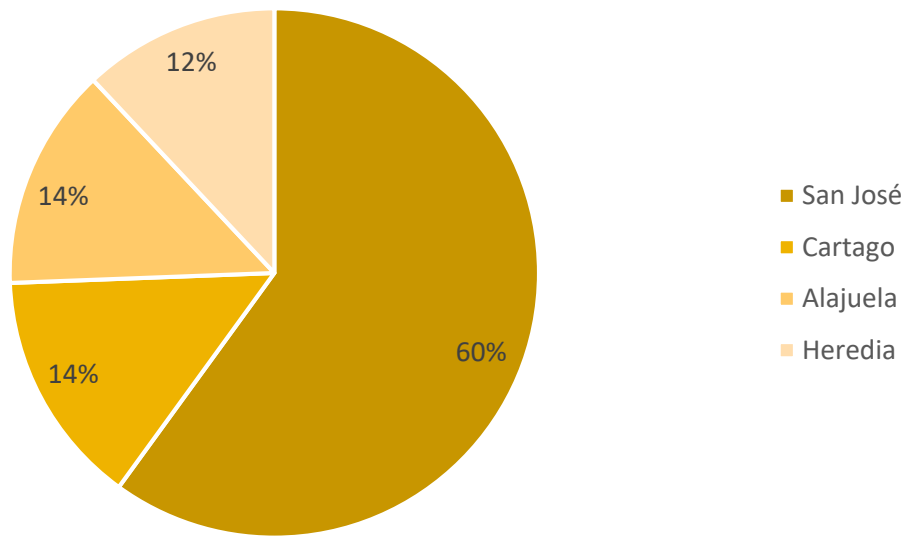


Figura N° 3 Distribución porcentual de participantes según lugar de residencia. Gran Área Metropolitana, 2017. Fuente: Elaboración propia, 2017.

Puede apreciarse que la mayor parte de la población reside en la provincia de San José.

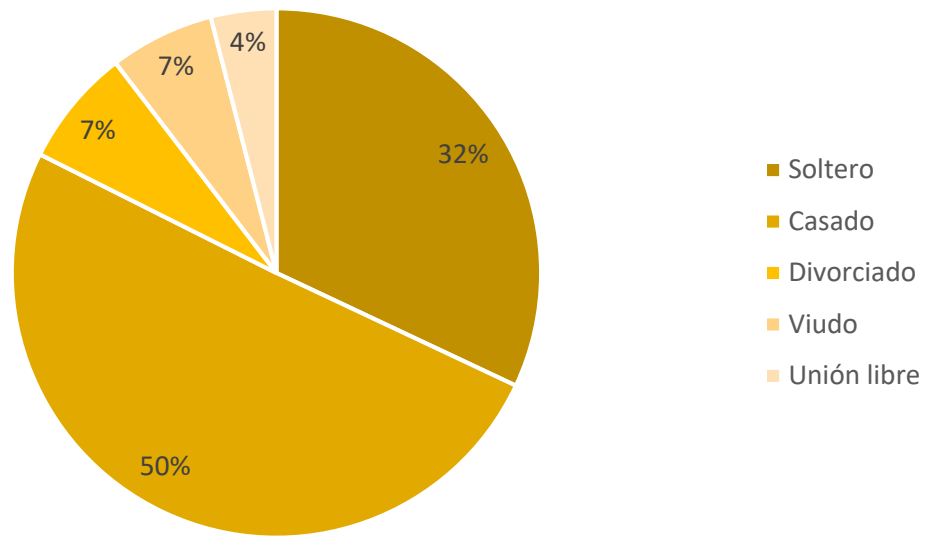


Figura N° 4 Distribución porcentual de participantes según estado civil. Gran Área Metropolitana, 2017. Fuente: Elaboración propia, 2017.

En relación con el estado civil, el 32 % está soltero(a), 50 % de los encuestados se encuentran casados, 7 % corresponde a personas divorciados y viudos, mientras que el 4 % restante vive en unión libre.

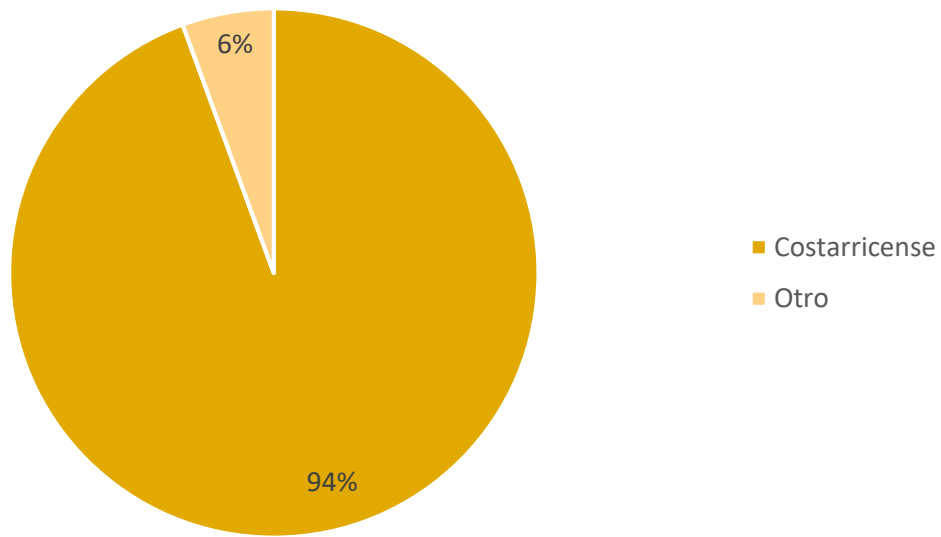


Figura N° 5 Distribución porcentual de participantes según nacionalidad. Gran Área Metropolitana, 2017. Fuente: Elaboración propia, 2017.

Se observa que 94 % de la población es costarricense, mientras que el 6 % tienen nacionalidades: salvadoreña, italiana, panameña y colombiana.

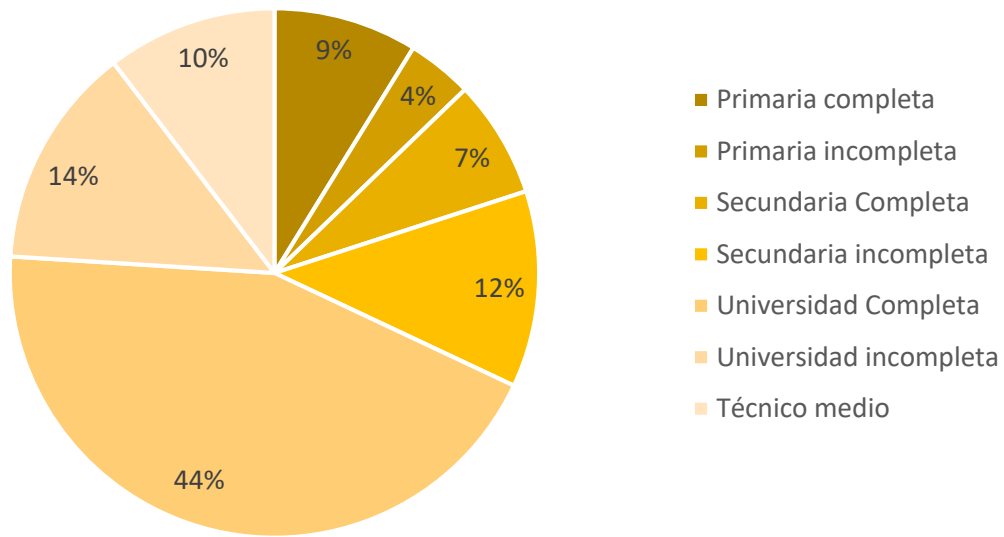


Figura N° 6 Distribución porcentual de participantes según último año de estudio aprobado. Gran Área Metropolitana, 2017. Fuente: Elaboración propia, 2017.

Se destaca que el 44 % de la población participante posee un nivel de escolaridad universitaria completa, 14 % universidad incompleta, 12 % un nivel de secundaria incompleta y un 10 % posee un título de técnico medio.

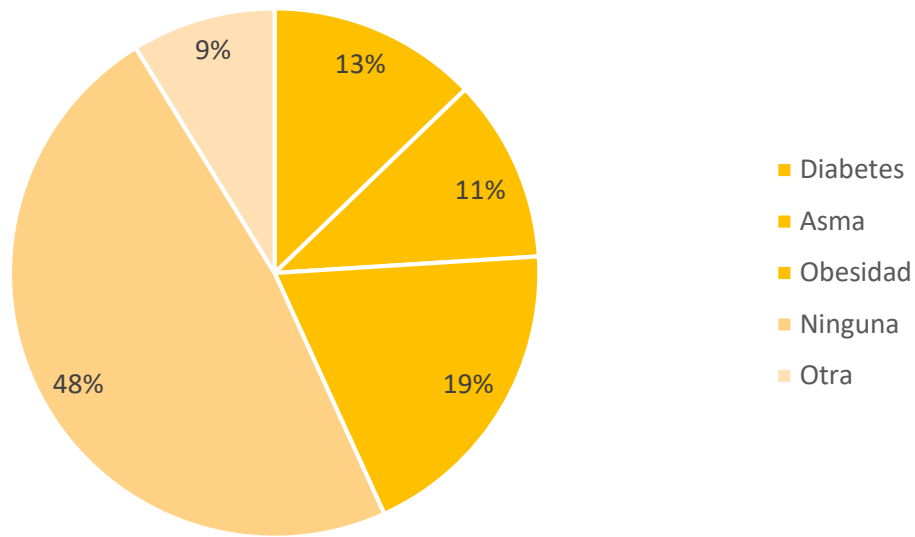


Figura N° 7. Distribución porcentual de participantes según padecimiento de enfermedades crónicas. Gran Área Metropolitana, 2017. Fuente: Elaboración propia, 2017.

De la población participante, se destaca que 48 % no posee otra enfermedad crónica, 19 % padecen de obesidad y un 13 % tiene diabetes mellitus.

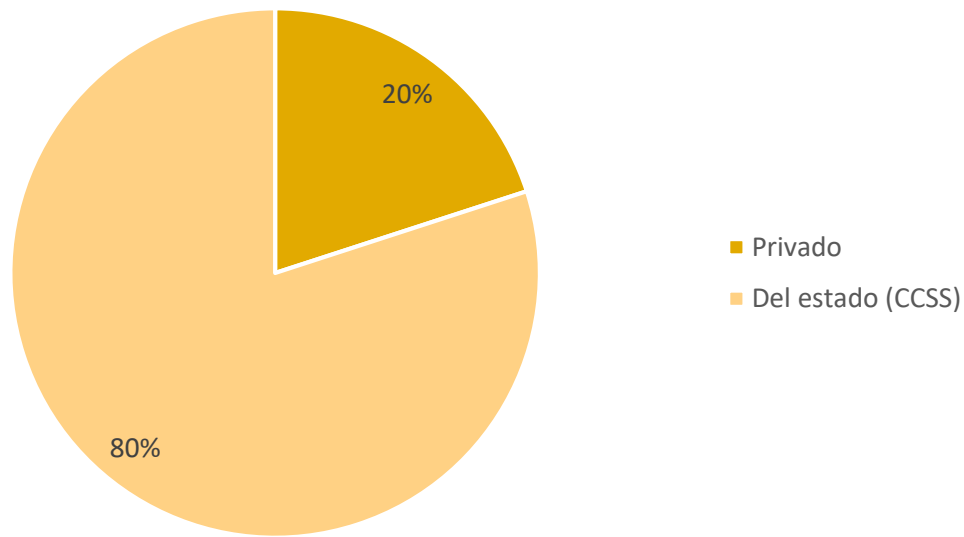


Figura N° 8. Distribución porcentual de participantes según tipo de seguro a utilizar para el control y tratamiento de la hipertensión arterial. Gran Área Metropolitana, 2017. Fuente: Elaboración propia, 2017.

Se destaca el 80 % de la población utiliza la atención médica brindada por el estado en la Caja Costarricense de Seguro Social, mientras que el 20 % utiliza la atención médica privada.

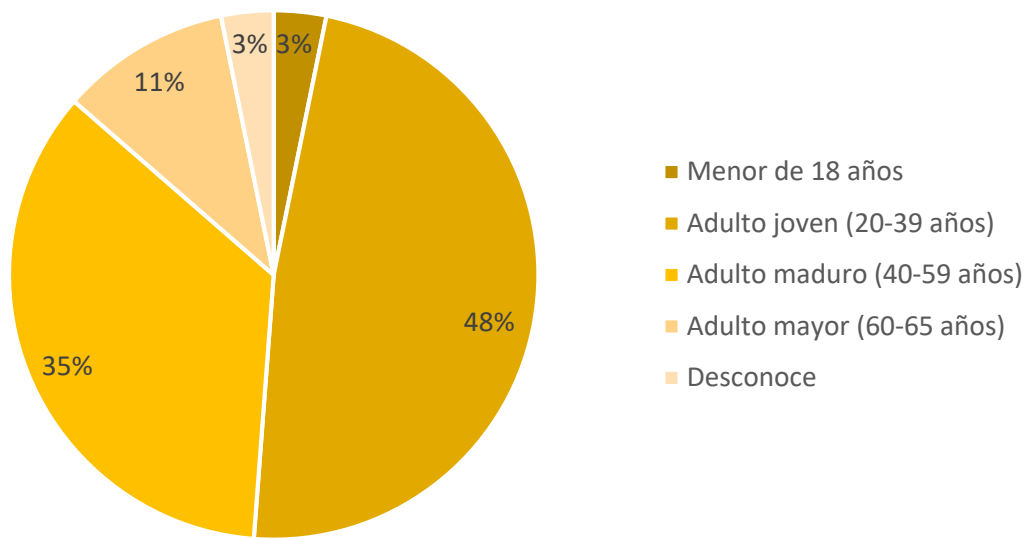


Figura N° 9. Distribución porcentual de participantes según etapa de la vida en la cual fue diagnosticado con hipertensión arterial. Gran Área Metropolitana, 2017. Fuente: Elaboración propia, 2017.

Se observa que casi el 50 % de la población fue diagnosticado con hipertensión arterial en la etapa de adulto joven y un 35 % de la población fue diagnosticada con HTA en la etapa de adulto maduro.

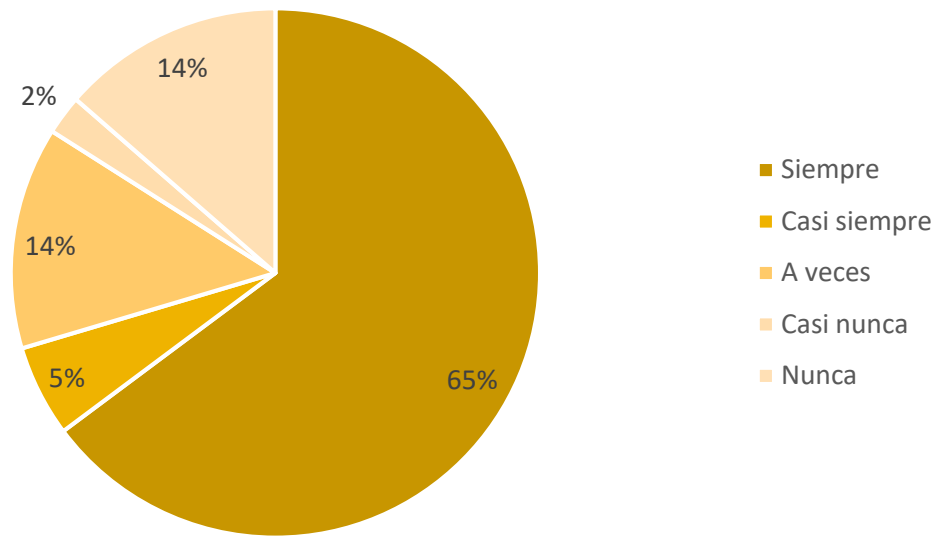


Figura N° 10. Distribución porcentual de participantes según apoyo familiar en relación con el tratamiento hipertensión arterial. Gran Área Metropolitana, 2017. Fuente: Elaboración propia, 2017.

Se contempla que, de la población participante, el 65 % siempre recibe apoyo familiar, 5 % casi siempre recibe apoyo familiar, 14 % a veces y nunca reciben apoyo familiar, mientras que el 2 % casi nunca recibe apoyo familiar.

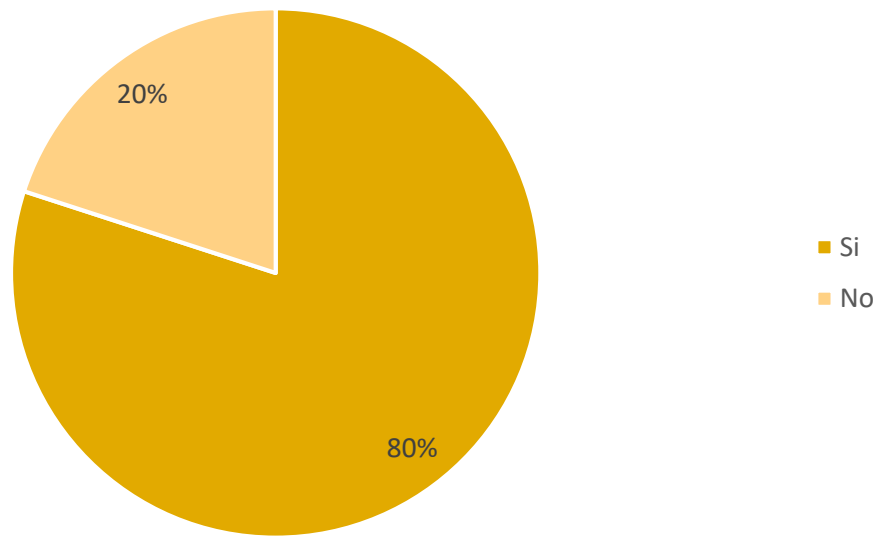


Figura N° 11. Distribución porcentual de participantes según conocimiento sobre cronicidad de la hipertensión arterial. Gran Área Metropolitana, 2017. Fuente: Elaboración propia, 2017.

Se refleja que el 85 % afirma tener claro el hecho de que la hipertensión arterial es una enfermedad para toda la vida, mientras que el 20 % cree que la hipertensión arterial no es una enfermedad crónica.

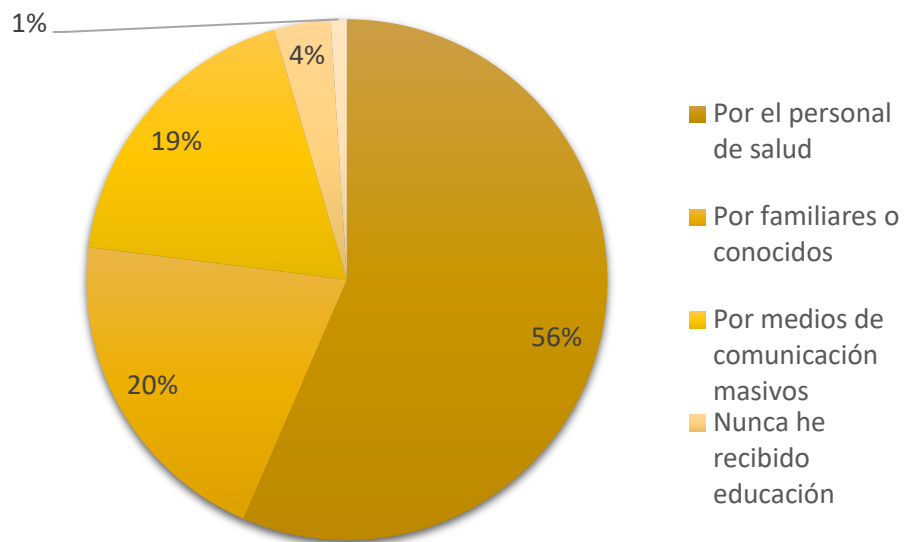


Figura N° 12. Distribución porcentual de participantes según educación recibida acerca de la hipertensión arterial. Gran área metropolitana, 2017. Fuente: elaboración propia, 2017.

Puede apreciarse que el 56 % de la población participante obtuvo educación por parte del personal de salud, 20 % personas han recibido educación por parte de familiares o conocidos, 19 % adquirieron educación por parte de los medios de comunicación masivos, 4 % nunca han recibido educación.

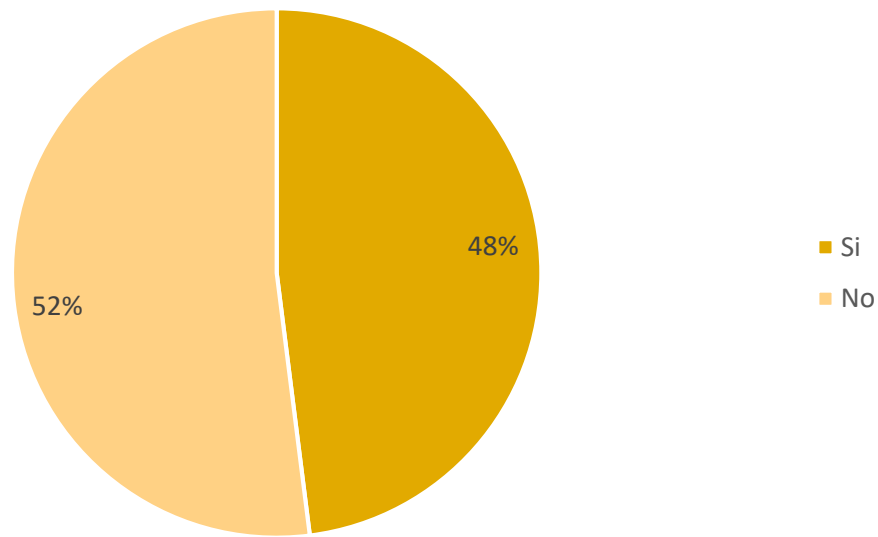


Figura N° 13. Distribución porcentual de participantes según información recibida acerca de su tratamiento por escrito. Gran Área Metropolitana, 2017. Fuente: Elaboración propia, 2017.

Se destaca que más de la mitad de la población participante no ha recibido su plan de tratamiento por escrito, mientras que el resto de la población sí lo ha recibido.

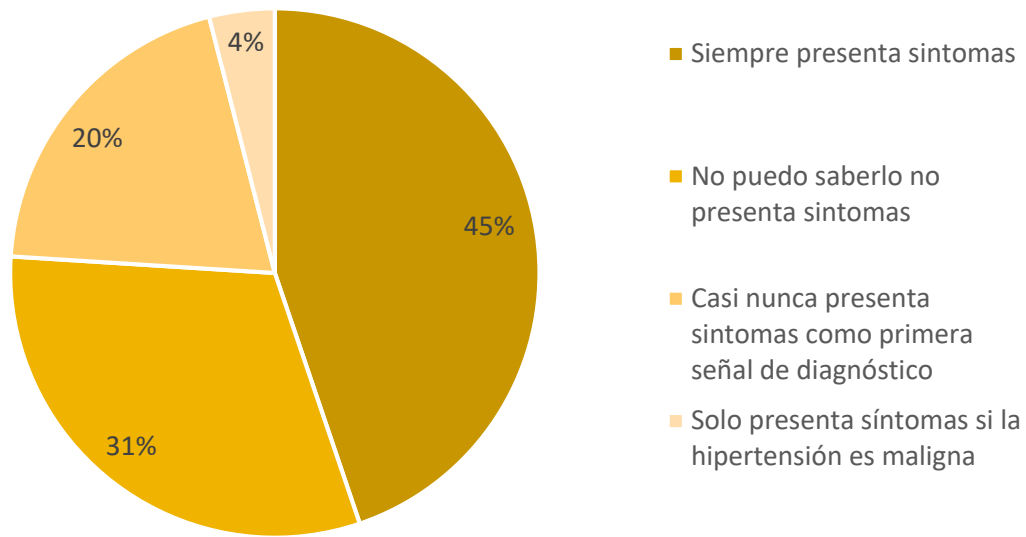


Figura N° 14. Distribución porcentual de participantes según conocimiento de los síntomas asociados a la hipertensión arterial. Gran Área Metropolitana, 2017. Fuente: Elaboración propia, 2017.

De acuerdo con lo reflejado, 45 % personas creen que los hipertensos siempre presentan síntomas, 31 % personas no pueden saber si tienen hipertensión arterial porque no presenta síntomas, 20 % personas afirman que casi nunca presenta síntomas como primera señal de diagnóstico.

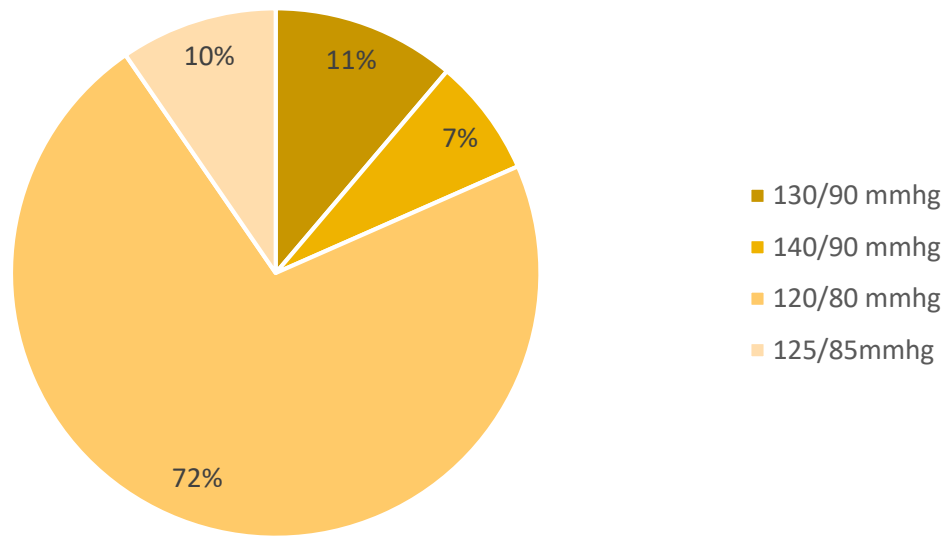


Figura N° 15. Distribución porcentual de participantes según conocimiento del rango normal de la hipertensión arterial. Gran Área Metropolitana, 2017. Fuente: Elaboración propia, 2017.

El 72 % de la población afirman que el rango normal es de 120/80mmhg y solo el 7 % de la población afirma que es 140/90 mmhg.

Tabla 1

Conocimientos sobre signos y síntomas de la hipertensión arterial. Gran Área Metropolitana, 2017.

Signos y síntomas	Cantidad de pacientes HTA según conocimiento	Porcentaje
Cefalea	118	94 %
Tinnitus	88	70 %
Mareos	77	62 %
Palpitaciones	61	49 %
Visión borrosa	61	49 %
Náuseas y vómitos	32	26 %
Epistaxis	32	26 %
Dolor torácico	30	24 %
Diplopía	21	17 %

Fuente: Elaboración propia.

De la población participante, 94 % conoce como signo y síntoma es la cefalea, 70 % tinnitus y un 62 % los mareos.

Tabla 2

Conocimiento de los órganos que pueden dañarse con la hipertensión arterial. Gran Área Metropolitana, 2017.

Órgano	Cantidad de pacientes HTA según conocimiento	Porcentaje
Corazón	114	91 %
Riñones	81	65 %
Cerebro	68	54 %
Ojos	44	35 %
Hígado	26	21 %
Piel	3	2 %

Fuente: Elaboración propia

De acuerdo con el conocimiento de los encuestados, los órganos afectados por la hipertensión son: 91 % el corazón, 65 % los riñones, 54 % cerebro, 35 % los ojos, 21 % hígado y 2 % la piel.

Tabla 3

Conocimientos sobre los factores de riesgos asociados a la hipertensión. Gran Área

Metropolitana, 2017.

Factor de riesgo	Cantidad de pacientes HTA según conocimiento	Porcentaje
Antecedentes P. familiares	111	89 %
Obesidad	104	83 %
Hábitos poco saludables	102	81 %
Sedentarismo	94	75 %
Colesterol alto	78	62 %
Triglicéridos altos	67	54 %
Tener más de 45 años	28	22 %
Raza negra	10	8 %
Ser del sexo masculino	6	5 %

Fuente: Elaboración propia

Se contempla en los datos anteriores que el 89 % de las personas conocen los antecedentes patológicos familiares, 83 % refieren tener la obesidad, 81 % refieren hábitos poco saludables y 75 % no realiza ejercicio.

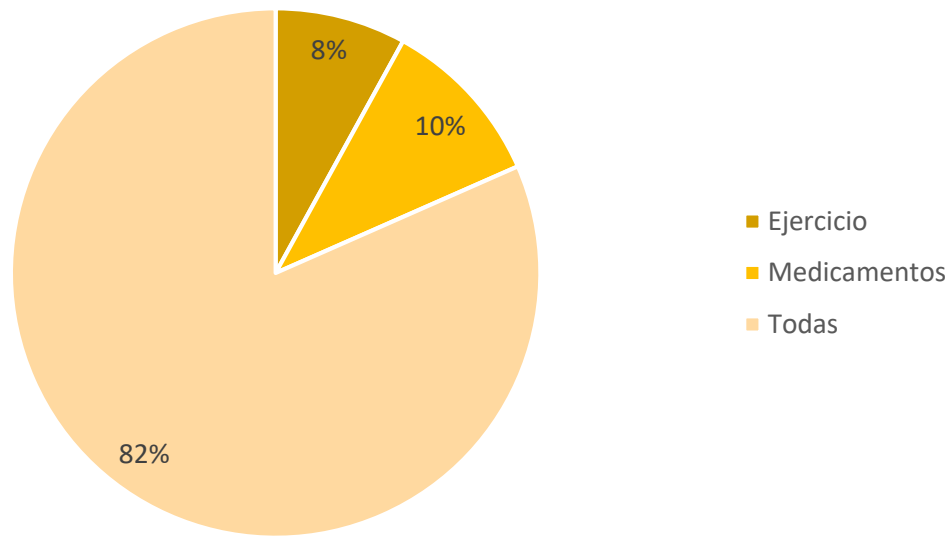


Figura N° 16. Distribución porcentual de participantes según conocimiento acerca de diferentes tratamientos que se utilizan para la hipertensión arterial. Gran Área Metropolitana, 2017. Fuente: Elaboración propia, 2017.

De la población participante, 82 % afirma conocer todas las opciones para el tratamiento de la hipertensión, las cuales incluyen, dieta, ejercicio y medicamentos.

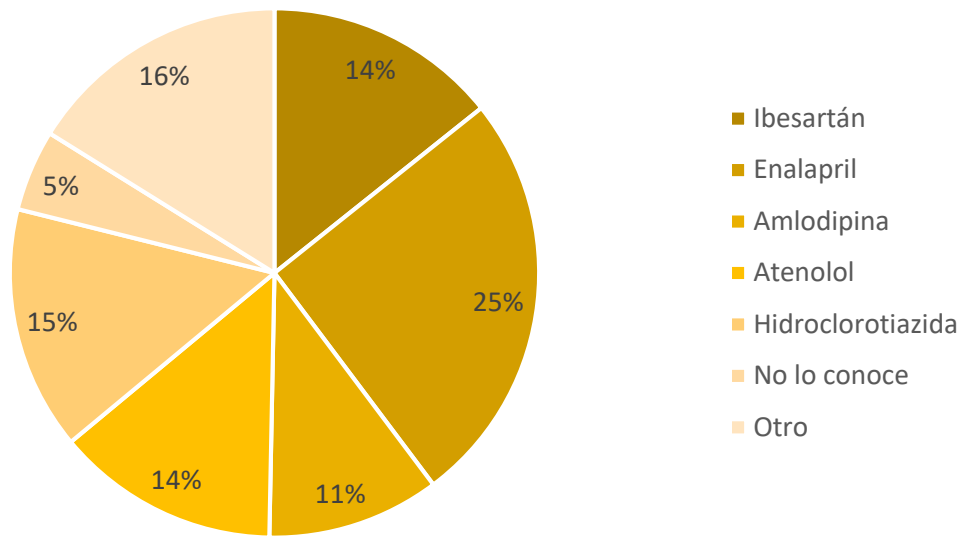


Figura N° 17. Distribución porcentual de pacientes hipertensos, según conocimiento sobre el medicamento que consume para la hipertensión arterial. Gran Área Metropolitana, 2017.

Fuente: Elaboración propia, 2017.

Se destaca que el 95 % conoce el nombre del medicamento que consume, mientras que el 5 % de la población no lo conoce.

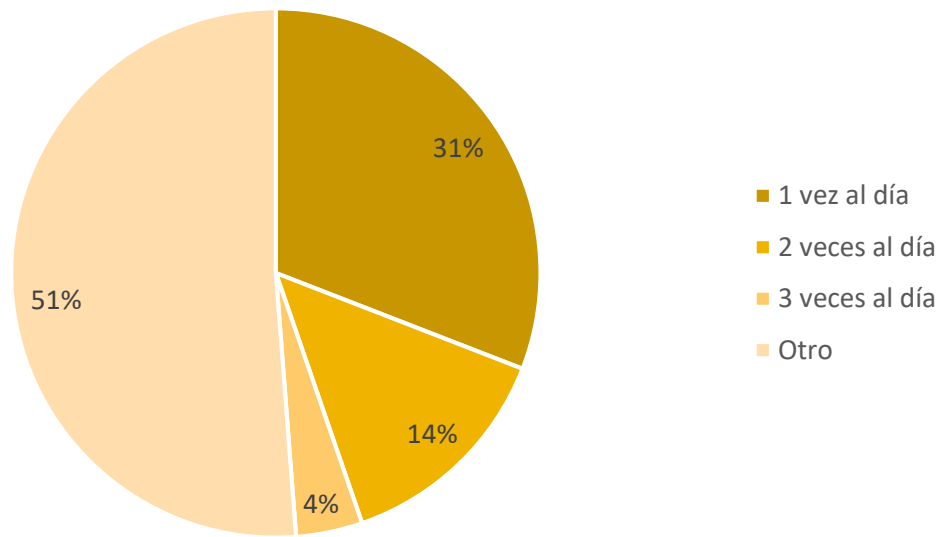


Figura N° 18. Distribución porcentual de participantes según frecuencia de su tratamiento para la hipertensión arterial. Gran Área Metropolitana, 2017. Fuente: Elaboración propia, 2017.

Se refleja que más de la mitad de la población consume su medicamento antihipertensivo una vez al día y poca más de una tercera parte lo consume dos veces al día.

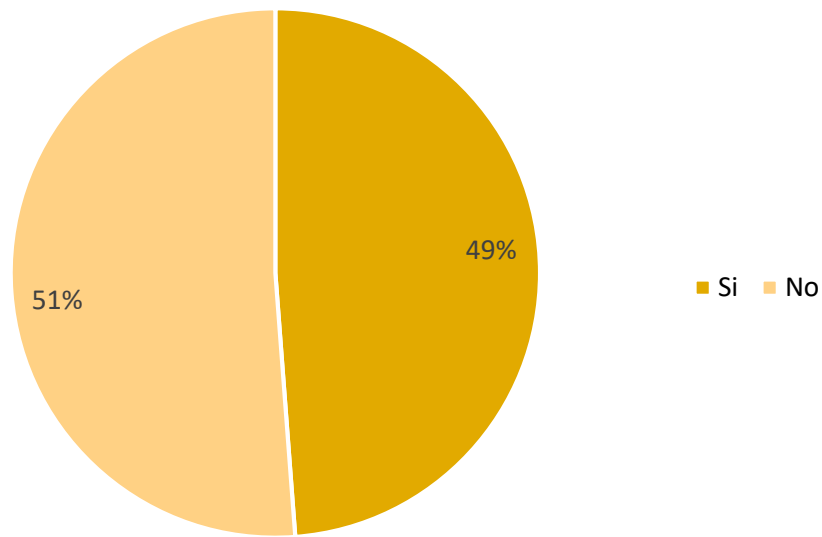


Figura N° 19. Distribución porcentual de participantes según conocimiento de dosis del tratamiento que consume para la hipertensión arterial. Gran Área Metropolitana, 2017.

Fuente: Elaboración propia, 2017.

La mayoría de los participantes, 51 %, no conoce la dosis en miligramos de los medicamentos que consume para el tratamiento de la hipertensión, mientras que 49 % sí sabe la dosificación que consume.

Tabla 4

Actividades que realizan los participantes si se sienten bien. Gran Área Metropolitana, 2017.

Actividad	Cantidad de pacientes que realizan la actividad HTA	Porcentaje
Sigue las indicaciones prescritas	94	75 %
Se toma el medicamento a la hora que se acuerda.	24	19 %
Come frituras	10	8 %
No toma su medicamento	9	7 %
No realiza actividad física	8	6 %
Ve televisión	7	6 %
Come en exceso	5	4 %

Fuente: Elaboración propia

Se observa que 75 % cuando se sienten bien sigue las indicaciones prescritas por el médico, 19% se toma el medicamento a la hora que se acuerda.

Tabla 5

Actividades que realizan los participantes para bajar la presión arterial cuando se siente mal.

Gran Área Metropolitana, 2017.

Actividad	Cantidad de pacientes que realizan la actividad HTA	Porcentaje
Sigue las indicaciones prescritas como lo hace diariamente	76	61 %
Consulta al médico	57	46 %
Toma productos naturales para bajar la presión	43	34 %
Se toma otra pastilla de las que tiene o que le sobraron y tiene guardadas	15	12 %
Come ese día solamente comida natural		
Pregunta algún conocido sobre qué puede hacer para bajar la presión arterial	10	8 %
	3	2 %
Ese día realiza actividad física en exceso hasta que se sienta bien	2	2 %
	2	2 %
Va y compra a la farmacia algún otro producto para bajar la presión arterial	2	2 %

Fuente: Elaboración propia

De la población participante, se destaca que el 61 % para bajar la presión arterial sigue las indicaciones prescritas como lo hace diariamente, 46 % consulta al médico, 34 % toma productos naturales para bajar la presión.

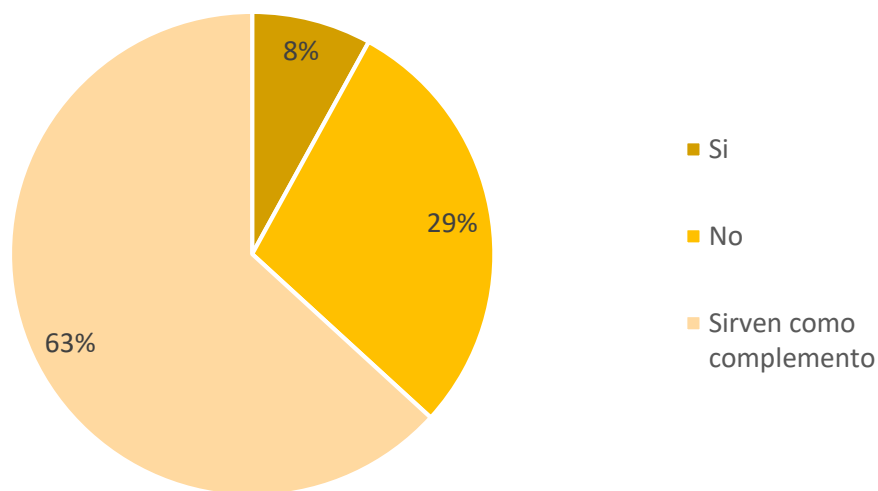


Figura N° 20. Distribución porcentual de participantes según percepción de la medicina “natural” en ventaja de los tratamientos convencionales para la hipertensión arterial. Gran Área Metropolitana, 2017. Fuente: Elaboración propia, 2017.

Se aprecia que el 63 % considera que los remedios naturales sirven como complemento del tratamiento farmacológico y un 29 % no considera que los remedios naturales sean mejor que los medicamentos.

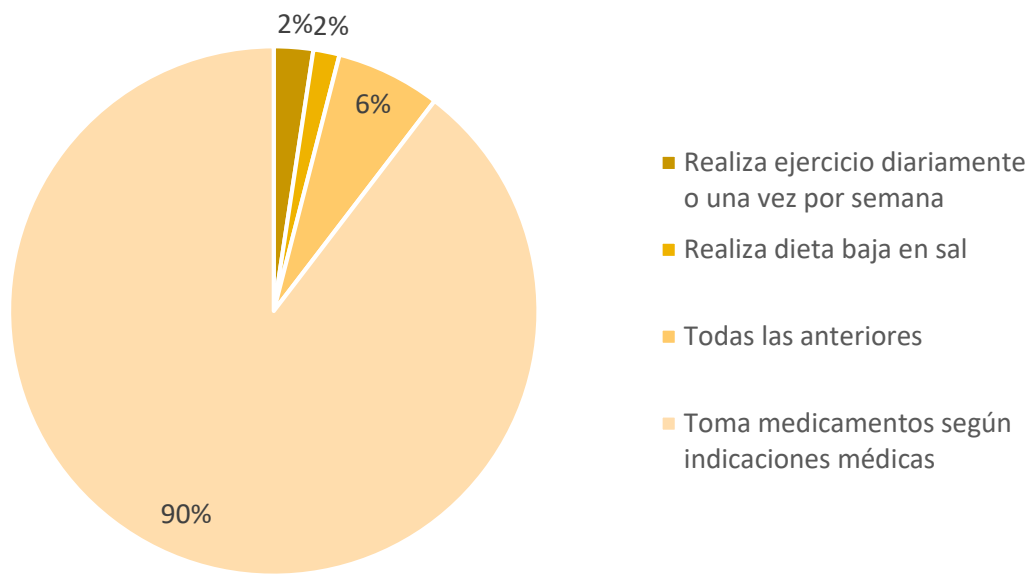


Figura N° 21. Distribución porcentual de participantes según abandono del tratamiento farmacológico al realizar el tratamiento no farmacológico para la hipertensión arterial. Gran Área Metropolitana, 2017. Fuente: Elaboración propia, 2017.

La mayoría de los participantes, 90 %, indica que no abandona el tratamiento si realizan el tratamiento no farmacológico.

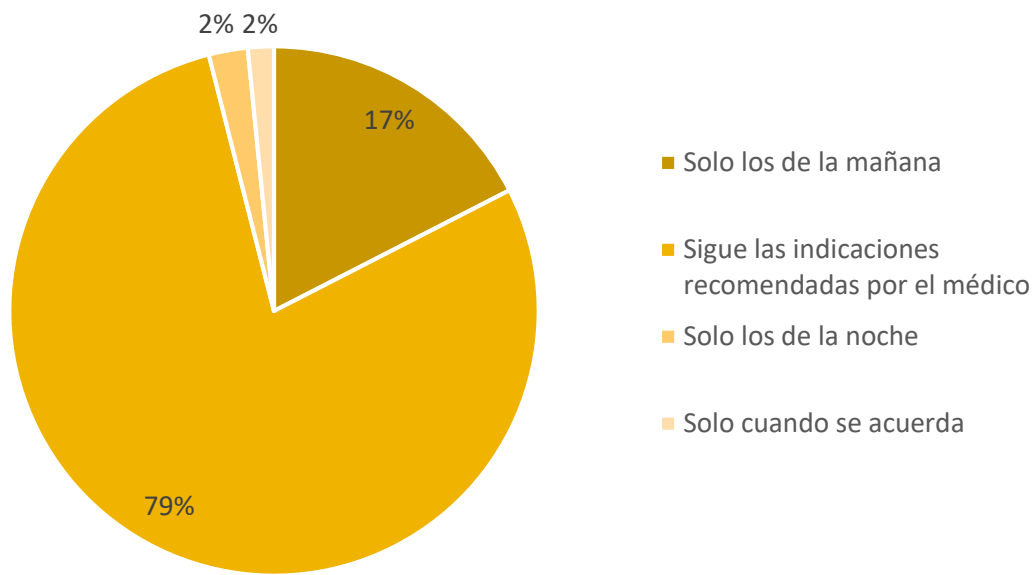


Figura N° 22. Distribución porcentual de participantes según el horario en el que consume su medicamento para lograr un mayor efecto. Gran Área Metropolitana, 2017. Fuente: Elaboración propia, 2017.

Los datos reflejan que el 79 % consume el medicamento en el horario según las indicaciones médicas y un 17 % los consume solamente en horas de la mañana.

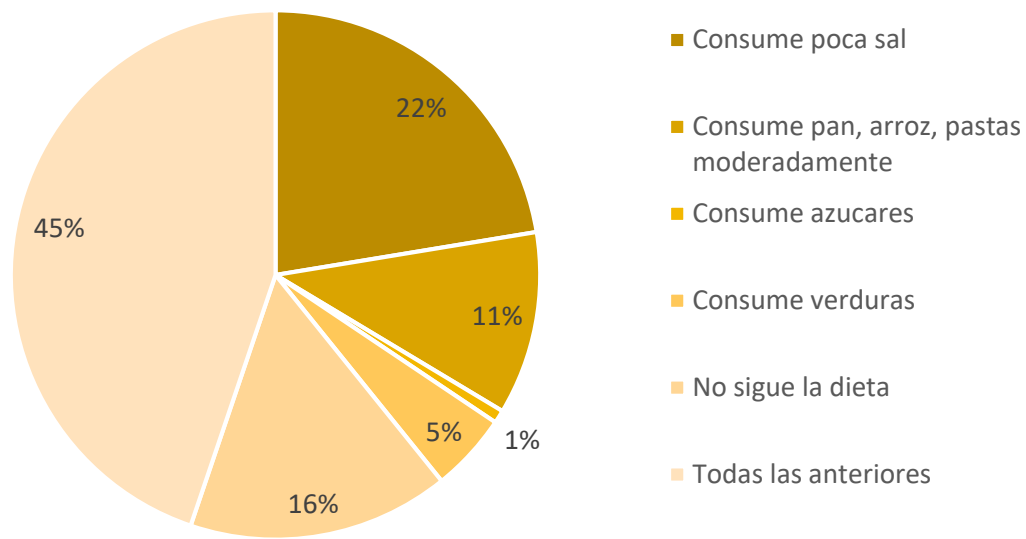


Figura N° 23. Distribución porcentual de participantes según prácticas alimenticias utilizadas para el tratamiento de la hipertensión arterial. Gran Área Metropolitana, 2017. Fuente: Elaboración propia, 2017.

Las prácticas más destacadas son: 45 % corresponde a todas las anteriores, la cual menciona las opciones sobre si consume verduras, poca sal, pan, arroz, pasta moderadamente y azúcares. Además, un 22 % consume poca sal.

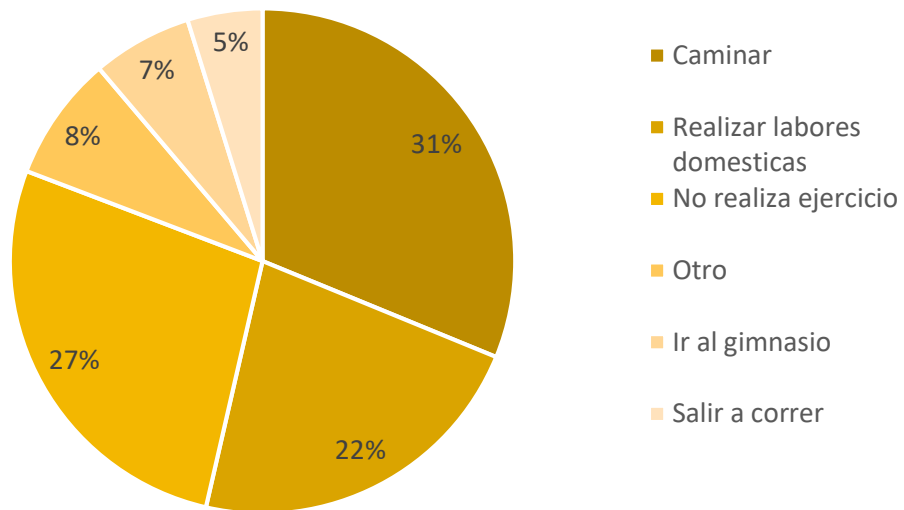


Figura N° 24. Distribución porcentual de participantes según tipo de ejercicio o actividad física que realiza como tratamiento de la hipertensión. Gran Área Metropolitana, 2017. Fuente: Elaboración propia, 2017.

De los que sí realizan actividad física, el 31 % sale a caminar y casi la tercera parte 27 % no realiza ninguna actividad física o ejercicio.

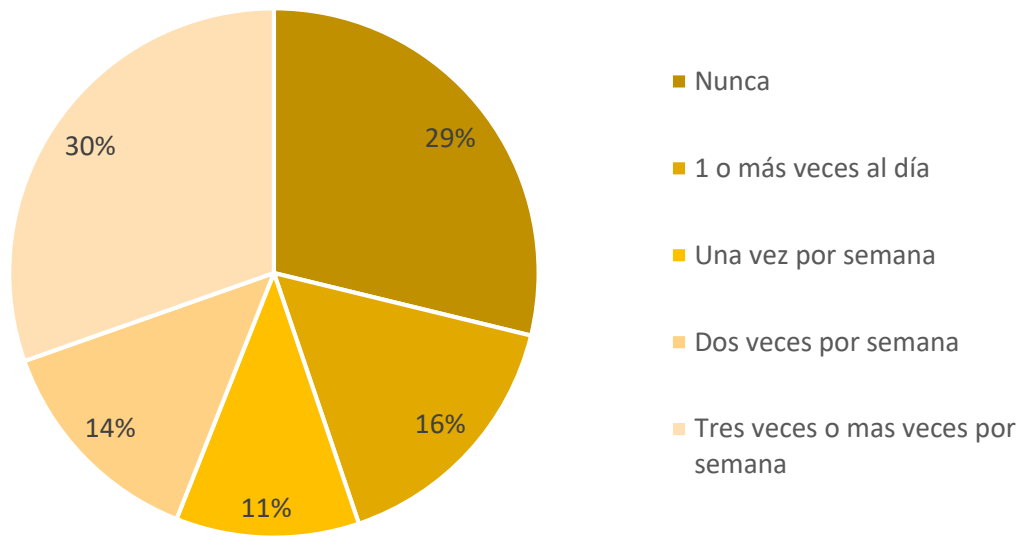


Figura N° 25. Distribución porcentual de participantes según frecuencia de ejercicio o actividad física que realiza como tratamiento de la hipertensión. Gran Área Metropolitana, 2017. Fuente: Elaboración propia, 2017.

La mayor parte de la población participante, 30 %, realiza actividad física tres o más veces por semana y un 29 % nunca realiza.

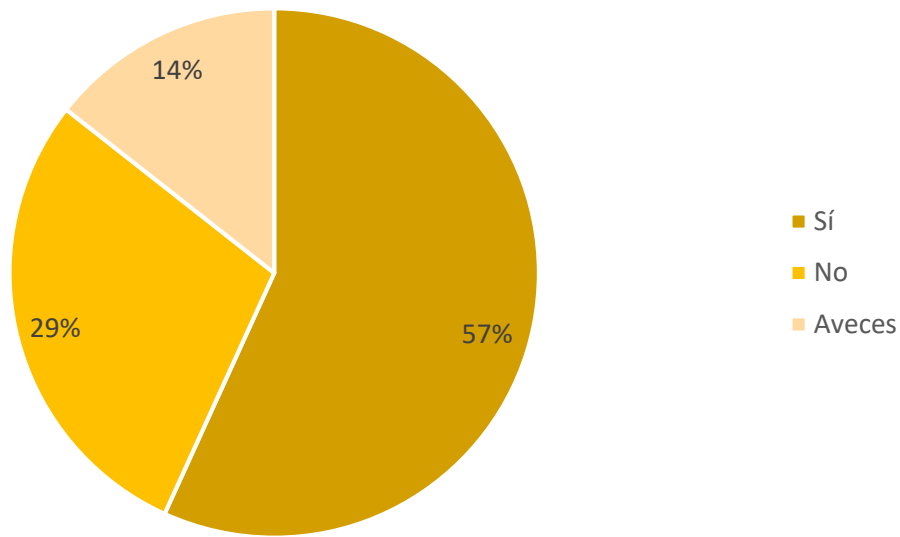


Figura N° 26. Distribución porcentual de participantes según frecuencia con la que se olvida tomar el tratamiento de la hipertensión arterial. Gran Área Metropolitana, 2017. Fuente: Elaboración propia, 2017.

De la población participante, 57 % sí ha olvidado tomar su medicamento alguna vez.

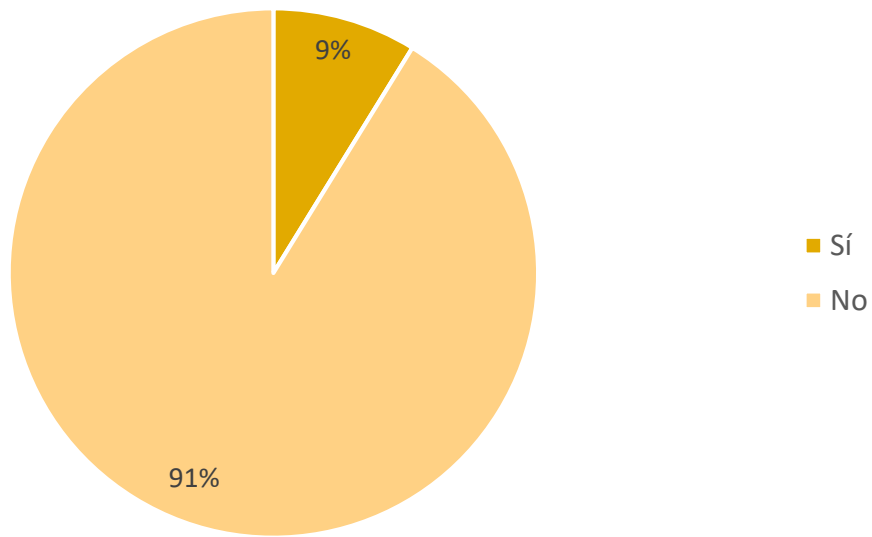


Figura N° 27. Distribución porcentual de participantes según abandono del tratamiento para la hipertensión arterial si se sienten bien. Gran Área Metropolitana, 2017. Fuente: Elaboración propia, 2017.

La mayoría de los participantes, no deja de tomar su medicamento cuando se siente bien.

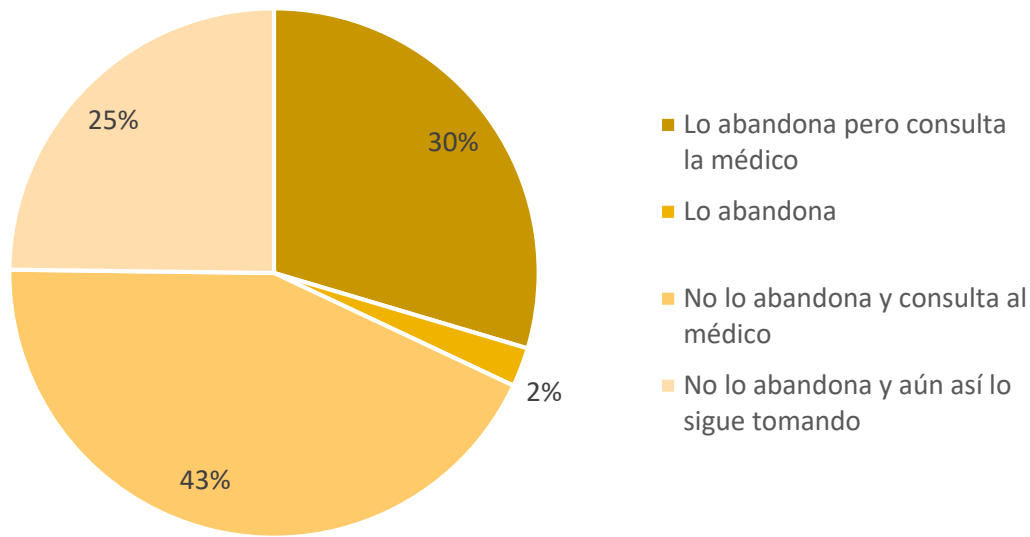


Figura N° 28. Distribución porcentual de participantes según abandono del tratamiento para la hipertensión arterial porque este no sea tolerado. Gran Área Metropolitana, 2017. Fuente: Elaboración propia, 2017.

Se observa que el 43 % hace lo correcto (no lo abandona y consulta la médico), 30 % lo abandona, pero consulta al médico y un 25 % no lo abandona y aun así lo sigue tomando con normalidad.

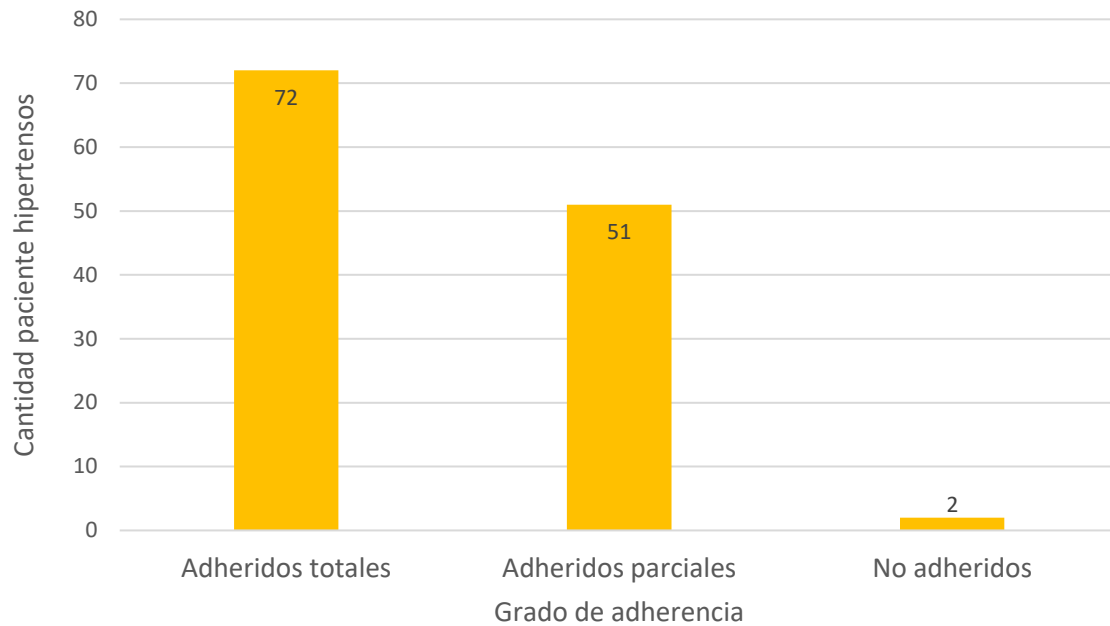


Figura N° 29. Distribución porcentual de participantes según grado de adherencia al tratamiento terapéutico. Gran Área Metropolitana, 2017. Fuente: Elaboración propia, 2017.

De la población participante se refleja que el 57 % de personas tienen un grado de adherencia total. 41 % de encuestados poseen un grado de adherencia parcial y un 2 % de personas no tienen ningún grado de adherencia al tratamiento.

4.2 ESPECIFICIDADES PARA TRABAJOS CUANTITATIVOS

4.2.1 Relación del grado de adherencia según indicadores

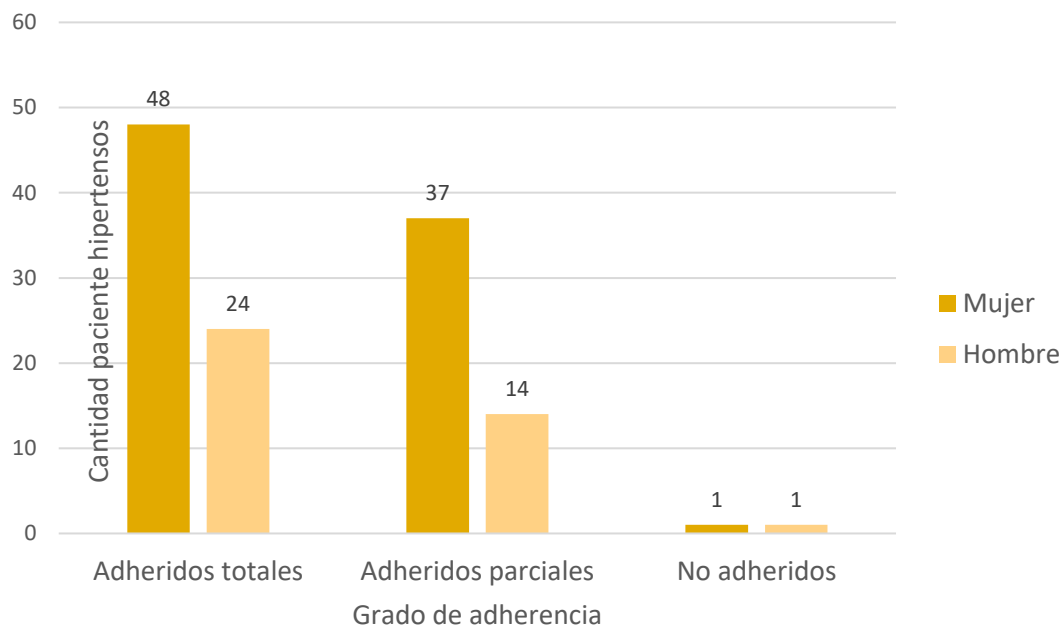


Figura N° Distribución porcentual de participantes según sexo relacionado con grado de adherencia al tratamiento terapéutico. Gran Área Metropolitana, 2017. Fuente: Elaboración propia, 2017.

Los datos reflejan que 38 % de los adheridos totales y el 30 % adheridos parciales son mujeres.

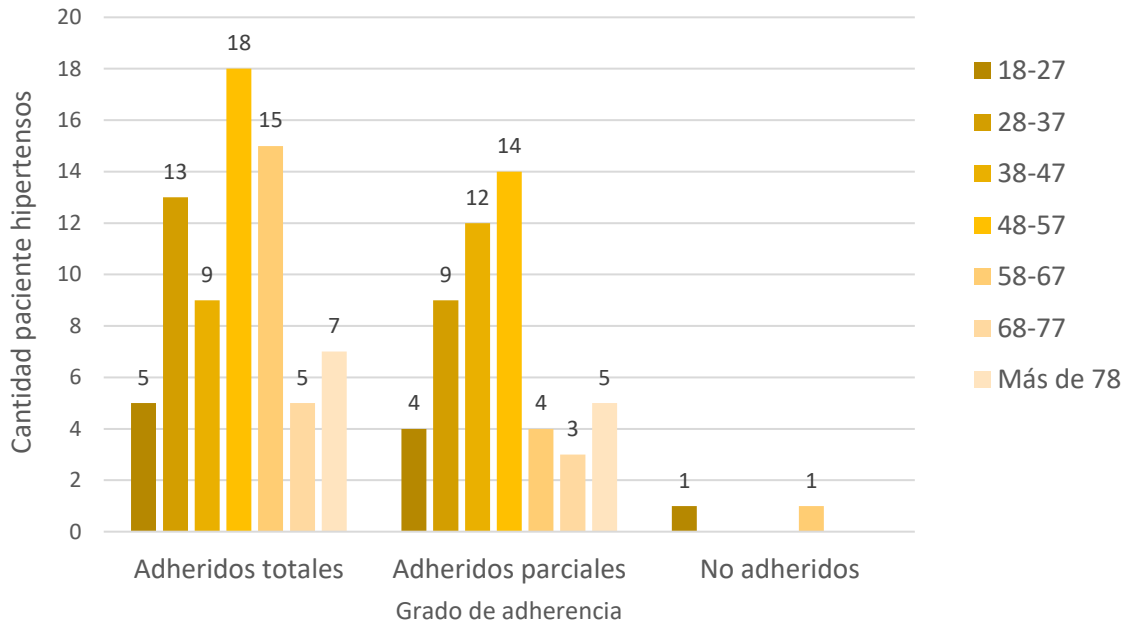


Figura N° 31. Distribución porcentual de participantes según rango de edad relacionado con grado de adherencia al tratamiento terapéutico. Gran Área Metropolitana, 2017. Fuente: Elaboración propia, 2017.

La mayoría de los participantes de la población se encuentran en edades de 48 a 57 años, con un 14 % de grado de adherencia total y 11 % de grado de adherencia parcial.

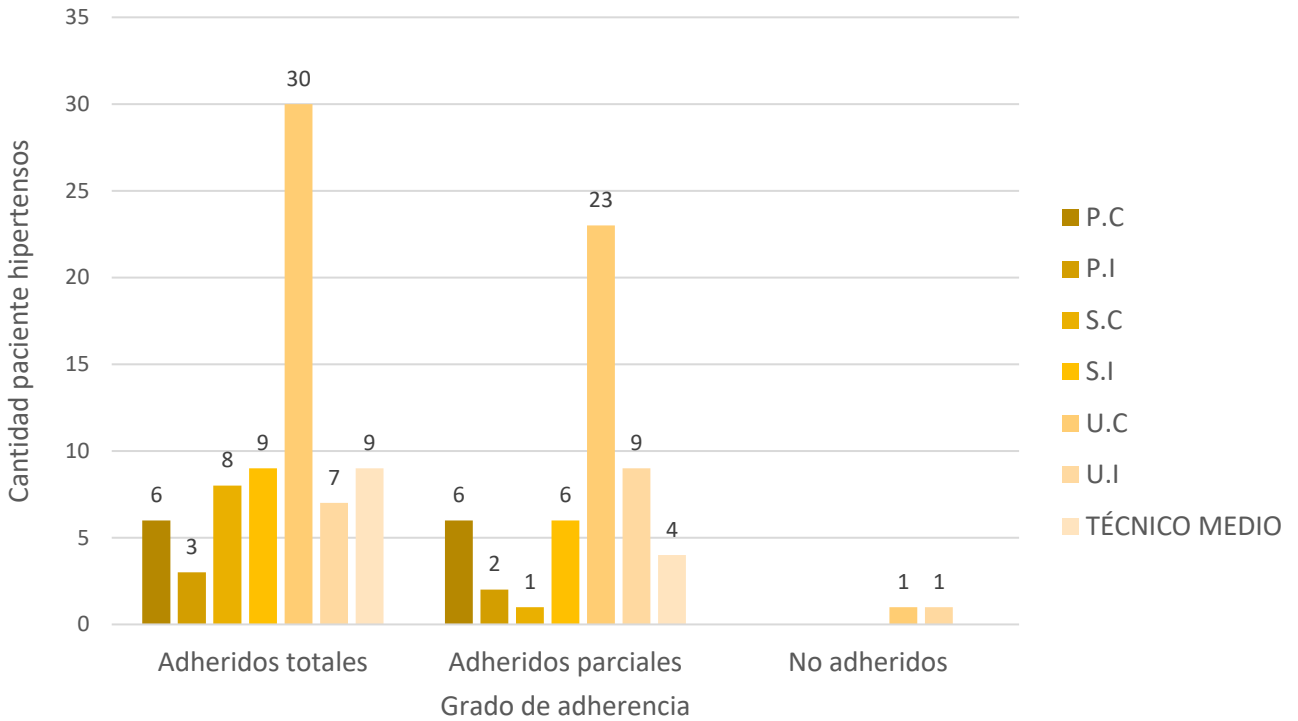


Figura N° 32. Distribución porcentual de participantes según grado de adherencia al tratamiento terapéutico relacionado con nivel de escolaridad. Gran Área Metropolitana, 2017.

Fuente: Elaboración propia, 2017.

De la población participante, se destaca que el nivel académico de universidad completa, para los adheridos totales, es 24 % y un 18 %, para los adheridos parcialmente.

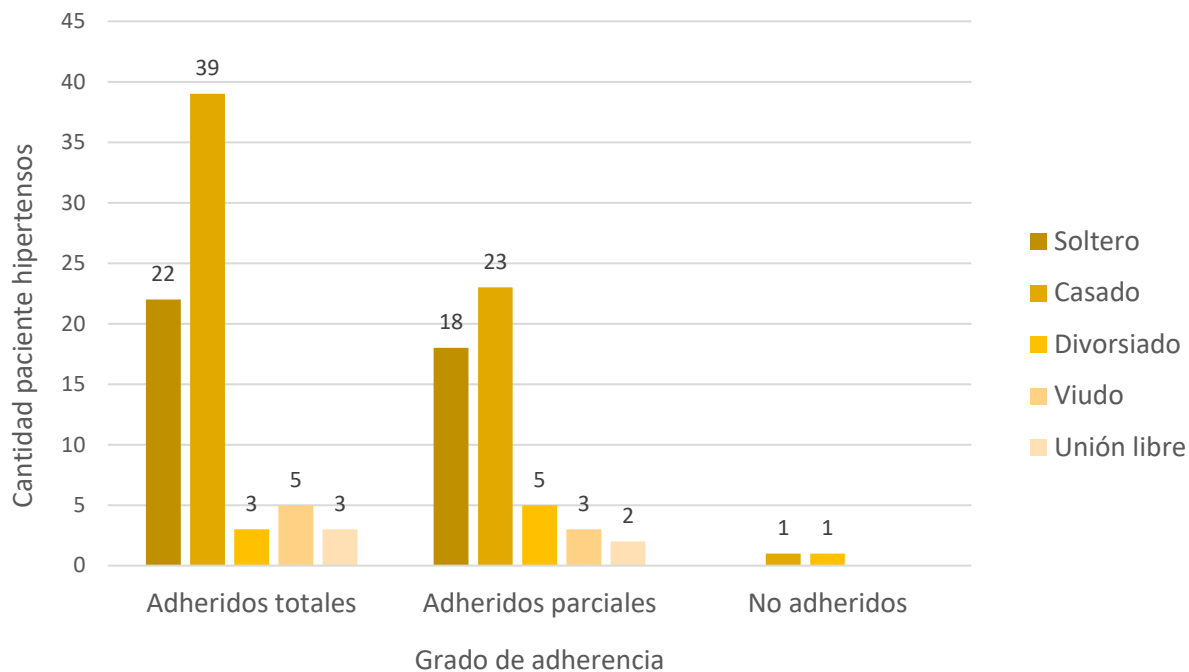


Figura N° 33. Distribución porcentual de participantes según grado de adherencia al tratamiento terapéutico relacionado con su estado civil. Gran Área Metropolitana, 2017. Fuente: Elaboración propia, 2017.

De la población participante, el 31 % es casado y se adherencia totalmente al tratamiento, mientras que las personas con adherencia parcial al tratamiento el 14 % son solteros y 18 % casado.

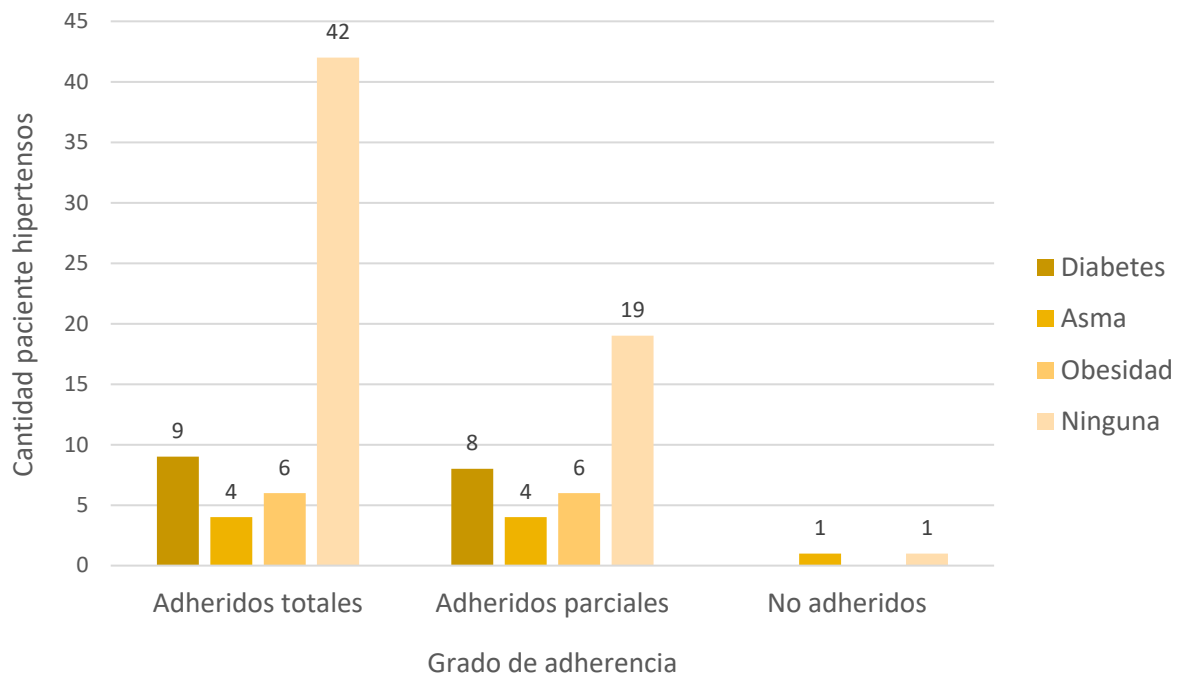


Figura N°34. Distribución porcentual de participantes según grado de adherencia al tratamiento terapéutico relacionado con padecimiento enfermedades crónicas. Gran Área Metropolitana, 2017 Fuente: Elaboración propia, 2017.

De acuerdo con lo observado, la población que cuenta con una adherencia total y una adherencia parcial al tratamiento son los que no padecen de ninguna otra enfermedad seguido de los diabéticos y obesos.

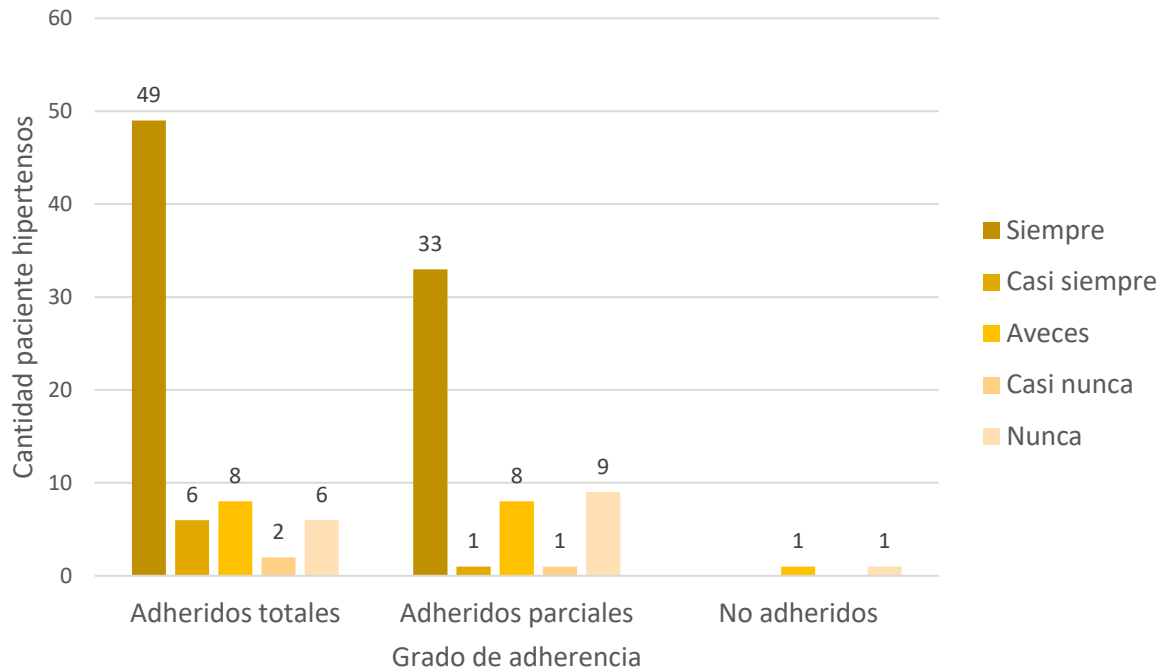


Figura N° 35. Distribución porcentual de participantes según grado de adherencia al tratamiento terapéutico relacionado con apoyo familiar. Gran Área Metropolitana, 2017.

Fuente: Elaboración propia, 2017.

Se puede resaltar que la adherencia total es del 39 % y la adherencia parcial del 26 % para los que siempre reciben apoyo familiar.

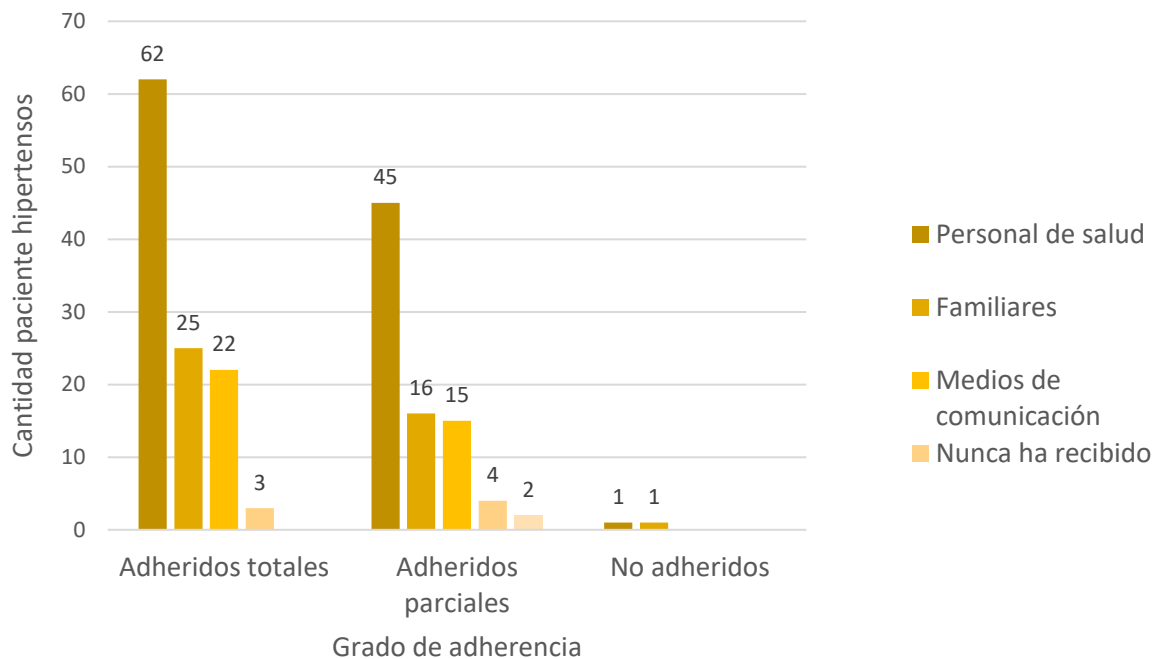


Figura N° 36. Distribución porcentual de participantes según grado de adherencia al tratamiento terapéutico relacionado con la educación recibida. Gran Área Metropolitana, 2017. Fuente: Elaboración propia, 2017.

El 50 % de la población que se adhiere totalmente al tratamiento terapéutico y el 36 % de población que posee adherencia parcial este tratamiento son los que han recibido educación por parte del personal de salud.

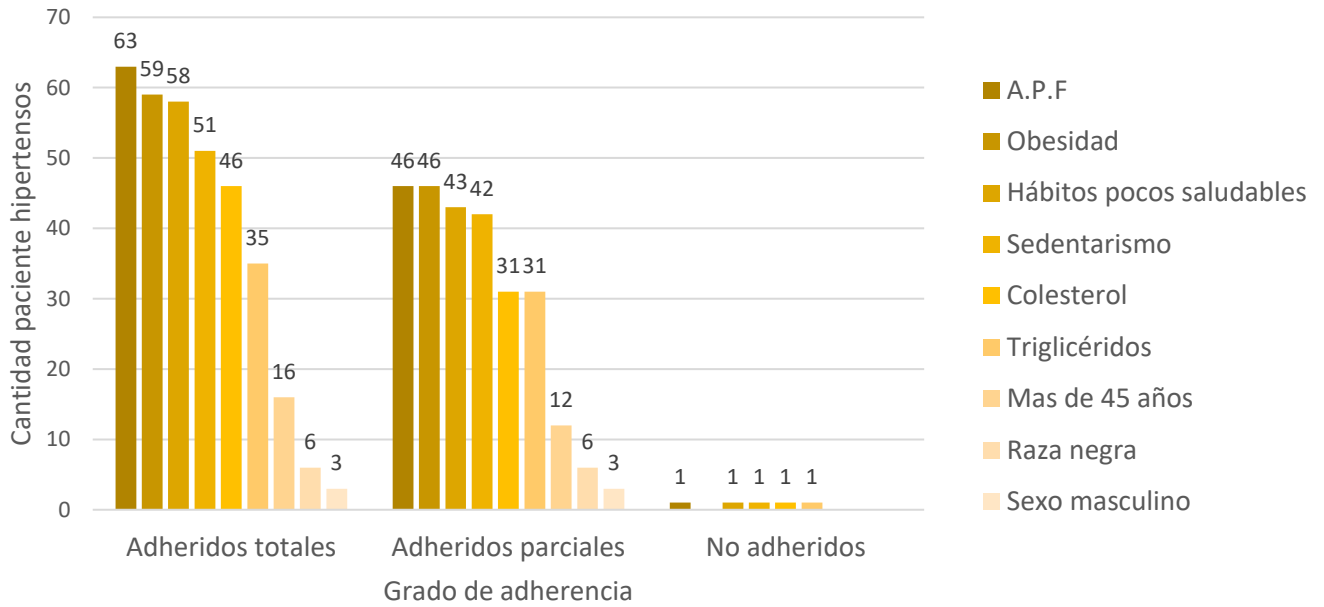


Figura N° 37. Distribución porcentual de participantes según grado de adherencia al tratamiento terapéutico relacionado con conocimiento de factores de riesgo. Gran Área Metropolitana, 2017. Fuente: Elaboración propia, 2017.

Los participantes con adherencia total al tratamiento son: 50 % antecedentes patológicos familiares, 47 % obesidad y 46 % hábitos poco saludables, mientras que las personas con adherencia parcial al tratamiento son: 37 % antecedentes patológicos familiares, 37 % obesidad y 34 % hábitos poco saludables.

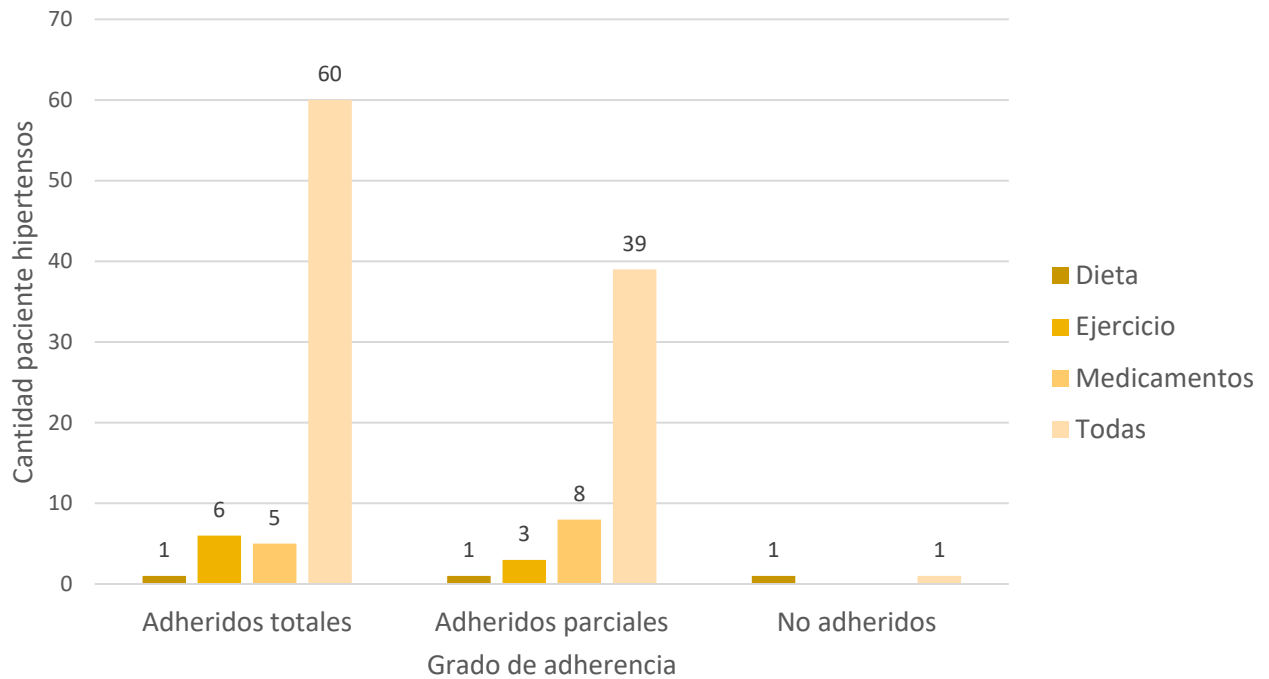


Figura N° 38 Distribución porcentual de participantes según grado de adherencia al tratamiento terapéutico relacionado con conocimiento sobre los tratamientos para la HTA. Gran Área Metropolitana, 2017. Fuente: Elaboración propia, 2017.

Se observa que el 48 % de los que se adhieren totalmente al tratamiento y el 31 % de los que se adhieren parcialmente al tratamiento son los que conocen los tratamientos utilizados para la hipertensión.

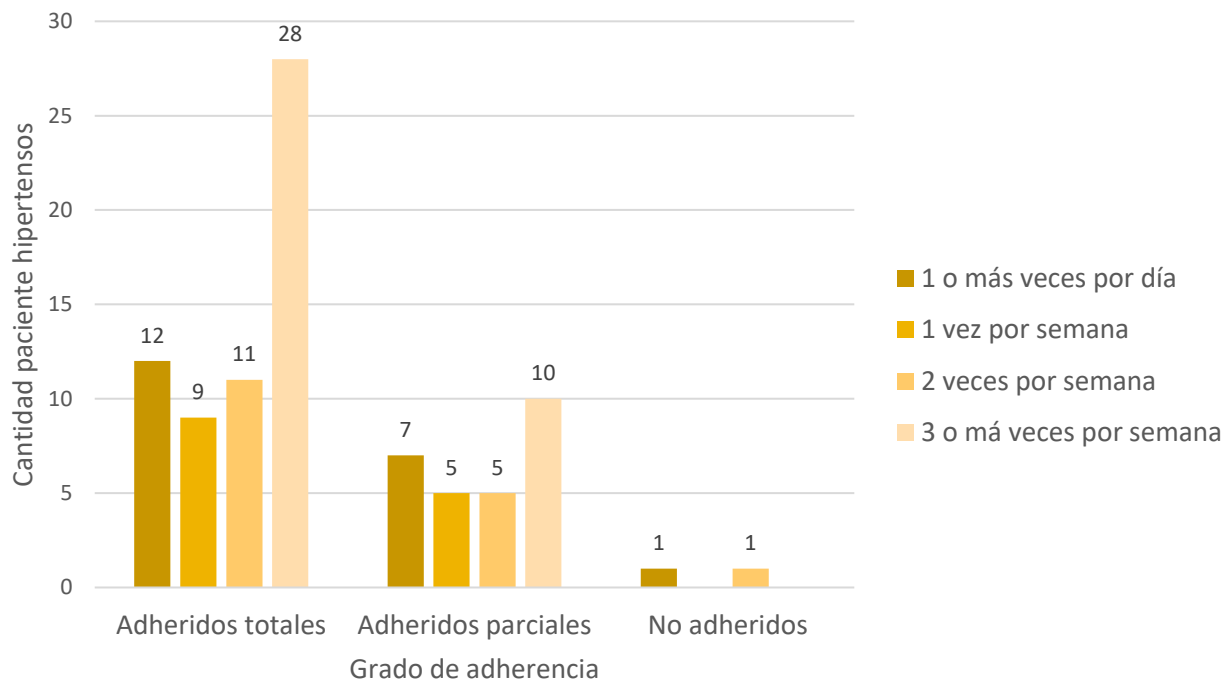


Figura N° 39. Distribución porcentual de participantes según grado de adherencia al tratamiento terapéutico relacionado la frecuencia del ejercicio. Gran Área Metropolitana, 2017 Fuente: Elaboración propia, 2017.

Se observa que el 22 % de los que tienen adherencia total y 8 % de los que se adhieren parcialmente al tratamiento son los realizan tres veces o más veces por semana actividad física.

CAPÍTULO V
DISCUSIÓN E INTERPRETACIÓN DE LOS RESULTADOS

5.1 DISCUSIÓN E INTERPRETACIÓN DE LOS RESULTADOS

Las características sociodemográficas de mayor relevancia para la presente investigación son: el 69 % pertenece al sexo femenino, lo cual concuerda con la Caja Costarricense de Seguro Social ²³ que menciona que la mayor prevalencia de la enfermedad hipertensiva es mayor en mujeres que en hombres, tienen un grado mayor de adherencia terapéutica con un 68 % que el sexo masculino. Al respecto, la Universidad Estatal a Distancia ¹⁵ indica que no hay diferencia de importancia debido al género en relación con la adherencia terapéutica, pero los datos de la investigación reflejan que sí existen dichas diferencias según el género.

El mayor rango de edad de personas con hipertensión en el estudio corresponde al grupo de 48 a 57 años, el 58 % es mayor de 48 años y concuerda con las estadísticas de la Caja Costarricense de Seguro Social, donde se menciona que la mayor prevalencia de hipertensión se da en personas mayores de 40 años. En el grupo etario más grande (de 48 a 57 años) se presenta el mayor grado de adherencia, comparado con las personas de 68 años o más, los cuales presentan menor grado de adherencia. Este hecho concuerda con Zumbado ¹⁸ que expresa que los individuos de edades mayores de 65 años presentan menor grado de adherencia reflejado en cifras de presión arterial mayores a las 140/90 mmhg.

El estado civil más representativo es el casado, coincidente con el autor Carhuallanqui et al. ⁵ que menciona que las personas casadas tienen mayor grado de adherencia al tratamiento.

En la investigación, se resalta que las personas con hipertensión tienen un grado académico de universidad completa e incompleta lo que concuerda con el autor Salcedo et al. ⁸ que señala el impacto en la adherencia al tratamiento cuando el nivel educativo de las personas es alto.

Con respecto a la percepción de los participantes en cuanto a la presión arterial elevada, cerca de la mitad de la población afirma que siempre presenta síntomas, pero el restante de la población en estudio dice que es asintomático, lo que coincide con la Organización Mundial de la Salud, ² que insiste en llamar a la hipertensión arterial “el asesino silencioso”, ya que esta enfermedad en muchas ocasiones no presenta síntomas como principal señal de diagnóstico. No obstante, los resultados difieren con lo indicado por los autores Salcedo et al.⁸ y Carhuallanqui et al. ⁵ donde mencionan que “entre más alto sea el nivel educativo de una persona, mayor conocimiento va a tener”, pues esto no coincide con los datos de la investigación.

La enfermedad crónica de mayor frecuencia concomitante con la hipertensión arterial es la obesidad. En este grupo de población, en concordancia con datos suministrados por la Caja Costarricense de Seguro Social ²¹ donde se menciona que la obesidad aumentó casi cuatro veces en los últimos 40 años. Además, se reporta que al menos el 80 % de esta población padecen de hipertensión arterial. Se encontró en la investigación que las personas hipertensas que presentan obesidad tienen menor grado de adherencia terapéutica que aquellos que no presentan ninguna otra enfermedad.

La segunda enfermedad crónica de mayor relevancia es la diabetes mellitus, Araya ¹⁶ sostiene una posible asociación entre pacientes que presentan ambas enfermedades, refiriéndose marcadamente al riesgo incrementado de sufrir enfermedad cardiovascular, insuficiencia renal y retinopatía diabética.

La adherencia al tratamiento terapéutico en personas con hipertensión y diabetes mellitus es de un 14 % mayor que el grado de adherencia comparado con la obesidad, sin embargo, es menor el grado de adherencia comparado con aquellas personas que no padecen de ninguna otra enfermedad. Esto concuerda con Romero et al. ⁶, pues mencionan que de las personas que

presentan comorbilidad de ambas enfermedades solo el 33 % al 49 % de la población no cumple con las indicaciones terapéuticas.

La mayor cantidad de pacientes con hipertensión reciben siempre apoyo familiar, igual que lo dicen en la Revista Cubana de Angiología Cirugía Vascular ¹⁰, ya que indica que al diseñar estrategias de intervención que incluyan redes de apoyo, mejora la participación activa y responsable con respecto al seguimiento del tratamiento. Este dato se refleja en la investigación, pues personas con hipertensión que reciben apoyo familiar tienen mayor grado de adherencia al tratamiento terapéutico, en comparación con aquellas que reciben menos o nada de apoyo familiar.

Los conocimientos sobre la hipertensión arterial que resaltan en el estudio son: la mayoría sabe que la hipertensión arterial es una enfermedad para toda la vida, al igual que los rangos que se estipulan como “normales” en cuanto a las cifras tensionales; conocen sobre los posibles signos y síntomas que puede presentar la hipertensión arterial; los factores de riesgo asociados y los posibles daños a órganos; también conocen el tratamiento terapéutico que utilizan y, a pesar de que los participantes en la investigación tienen altos conocimientos sobre la enfermedad, cerca de la mitad de los pacientes con hipertensión no tiene un adecuado grado de adherencia al tratamiento terapéutico, con la cual se difiere de García ²⁶ donde se menciona que la falta de información acerca de la enfermedad o el tratamiento terapéutico condicionan el incumplimiento de la terapia, no obstante, los datos reflejados afirman que esa relación es negativa en el caso específico de investigación.

La educación que han recibido las personas con hipertensión es mayormente brindada por el personal de salud, aquí se evidencia que el grado de adherencia al tratamiento terapéutico es mayor que en aquellos pacientes que han recibido educación por otros medios. Dicho hecho se

puede relacionar con Ortega ⁷ quien destaca la importancia del equipo de salud en la educación con énfasis en las acciones de autocuidado basado en el acompañamiento permanente y orientación acorde a distintas necesidades con el fin de mejorar el grado de adherencia al tratamiento.

En la investigación, los datos indican que los pacientes conocen el nombre del medicamento que consumen y la frecuencia del consumo con respecto a las indicaciones dadas, sin embargo, al indagar sobre el conocimiento de la dosificación, se destaca que menos de la mitad de la población conoce la dosis en miligramos, siendo este un factor importante en el grado de adherencia al tratamiento terapéutico, ya que cualquier equivocación repercute directamente en el control efectivo de la enfermedad.

Las personas con hipertensión que realizan algún tipo de ejercicio o actividad física son más de la mitad del total de los participantes y, a la vez, son los que presentan un mayor grado de adherencia al tratamiento que el resto de la población del estudio.

La práctica más frecuente realizada por las personas con hipertensión para mejorar efecto farmacológico de su tratamiento es consumirlo en la mañana, 79 % comparada con otras horas en el día, sin dejar de lado que algunos tienen indicación de consumirlo 2 o 3 veces al día.

Se destaca en la investigación que un mínimo de la población con hipertensión arterial no sigue ningún tipo de dieta. Más de la mitad alguna vez ha olvidado tomar su medicación y casi la mitad de la población consulta al médico cuando tiene la presión elevada y se siente mal.

Con respecto a la pregunta en que se indaga sobre lo relacionado con una sensación de bienestar son: una cuarta parte de la población no toma el medicamento o lo consume cuando se acuerda, come en exceso y no realiza actividad física, evidenciando la práctica de otras actividades, que no son las recomendadas para el tratamiento.

Cuando se sienten mal o tienen la presión arterial elevada, más de la mitad de la población del estudio, realiza las siguientes actividades: tomar otra pastilla para la presión de las que tiene o le sobraron, comer solo comida natural ese día, realizar más ejercicio o actividad física de la que realiza normalmente, comprar algún otro producto en la farmacia o productos naturales para bajar disminuir las cifras.

Los datos en la investigación resaltan que los pacientes hipertensos creen que los remedios naturales sirven como complemento para el tratamiento farmacológico de la enfermedad, donde se relaciona esta creencia con la práctica de tomar productos naturales cuando se siente mal. Otro dato importante es que las personas consideran que no deben tomar el medicamento si realizan actividad física, lo que equivale a un 10 % de la población con hipertensión, a pesar de tener un alto conocimiento sobre la enfermedad.

La adherencia de los pacientes hipertensos es de un 57 %, mientras que la población restante coincide con estudios donde se menciona que al menos el 40 % de la población tiene falta de adherencia al tratamiento terapéutico. La relación encontrada entre creencias, conocimientos y prácticas que realizan los pacientes hipertensos repercuten diferentemente sobre el grado de adherencia terapéutica.

CAPÍTULO VI
CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES

6.1 CONCLUSIONES

Socio demográficamente, la población participante es mayoritariamente femenina y se encuentra en el rango de edad entre los 48 a 57 años, con un alto grado de escolaridad universitaria y la mayoría son casados.

En la investigación, se identifica que las personas con hipertensión tienen un alto grado de conocimiento sobre la enfermedad y las prácticas más realizadas, según sus creencias son: tomarse los medicamentos en horas de la mañana, no seguir la dieta recomendada y, algunas veces, olvidar tomarse sus medicamentos. Además, las personas que realizan ejercicio o actividad física, entre una y más de tres veces a la semana, tiene mayor grado de adherencia al tratamiento.

Al analizar las creencias sobre tratamiento terapéutico, se identifica que el paciente con hipertensión va a actuar con respecto a cómo se sienta de salud, las actividades a realizar perjudican directamente al grado de adherencia terapéutica. Entre las actividades en relación con las creencias se encuentran factores como el consumo de otros medicamentos, la dieta, el ejercicio o actividad física, la toma de productos naturales y, según el caso, se eliminan o se intensifica su uso, según el estado de salud que se quiera alcanzar.

Al medir grado de adherencia al tratamiento terapéutico en pacientes hipertensos, se destaca que los indicadores como el sexo, la edad, nivel de escolaridad, estado civil, el padecimiento de otras enfermedades crónicas, el apoyo familiar, el conocimiento sobre los factores de riesgo y tratamiento de la HTA, así como la educación recibida, repercuten directamente en el grado de adherencia, teniendo una variación del grado de adherencia de un indicador a otro.

En la investigación, se refleja que el 57 % tiene adherencia al tratamiento terapéutico, sin embargo, la población restante se adhiere parcial o nada al tratamiento terapéutico a pesar de tener un alto nivel de conocimiento, se afirma que las creencias van de la mano con las prácticas, pues estas van a hacer de gran influencia para la realización de las buenas prácticas en salud.

Para que toda la población hipertensa logre adherirse al tratamiento terapéutico, hay que lograr cambiar los pensamientos subjetivos y estos solo se cambian si se logra entender la severidad percibida sobre la falta de adherencia al tratamiento. Mientras no estén conscientes de los riesgos que enfrentan y no se consideren susceptibles ante las complicaciones, es poco probable que se adhieran a los requerimientos terapéuticos, pues no valoran sus beneficios.

El grado de adherencia obtenido sirve como indicador al personal de enfermería, para poder realizar las intervenciones convenientes sobre la salud de los pacientes. Enfatizando la educación brindada sobre aquellos indicadores en los que se encuentran debilidades, cambiando todos aquellas creencias que pasan por alto las buenas prácticas en salud, para, de esta forma, lograr la concientización de los beneficios que trae la adherencia al tratamiento terapéutico a las salud de las personas.

Por lo tanto, en la población estudiada se concluye que los conocimientos, las creencias y prácticas de pacientes hipertensos están estrechamente relacionados con el grado de adherencia, existiendo barreras que impiden el 100 % la adherencia terapéutica.

6.2 RECOMENDACIONES

Al personal de salud encargado de la educación de los pacientes con hipertensión arterial en el I, II y III nivel de atención de los centros de salud de Costa Rica, se le recomienda:

- Elaborar y desarrollar programas educativos según las necesidades en beneficios de la adherencia al tratamiento, las consecuencias que este puede traer si no se cumple el plan de tratamiento, las prácticas a realizar cuando el tratamiento no le cae bien.
- Enfatizar la educación con respecto al cumplimiento del tratamiento no farmacológico (dieta y ejercicio). Resaltando la importancia del seguimiento de la dieta y los beneficios de realizar diariamente un ejercicio o actividad física, al menos 30 minutos diarios, para lograr cambios significativos en el control de la HTA.
- Enfatizar, a la hora de la educación, sobre la cantidad de miligramos de medicamento que consume, ya que este es un dato poco conocido por los pacientes, recalcar la importancia del uso de los medicamentos y la frecuencia de su toma según la indicación dada.
- Discutir con los pacientes hipertensos los beneficios de establecer vínculos con las personas más cercanas, con el fin de que les proporcionen apoyo para cumplir sus metas y objetivos a la hora de realizar las distintas actividades a desarrollar.
- Incentivar a los pacientes hipertensos a tener pensamientos positivos sobre los beneficios del seguimiento del tratamiento terapéutico, así como ayudarlos a identificar

todas aquellas acciones que no sean beneficiosas para la salud, pudiendo ello mismo cambiar esa práctica.

- Individualizar cada programa educativo acorde con las necesidades del paciente y la constancia de esta educación por parte del personal de enfermería, donde debemos tomar en cuenta factores como la edad, el sexo, el nivel de escolaridad, su estado civil, padecimientos de otras enfermedades crónicas y el apoyo familiar, para lograr aumentar los grados de adherencia terapéutica.

BIBLIOGRAFÍA

1. OPS-OMS. Día Mundial de la Hipertensión 2017: Conoce tus números [Internet]. 2017. Disponible en: http://www.paho.org/hq/index.php?option=com_content&view=article&id=13257%3Adia-mundial-de-la-hipertension-2017-conoce-tus-numeros&catid=9283%3Aworld-hypertension-day&Itemid=42345&lang=es
2. OPS: La hipertensión causa 800.000 muertes cada año en América Latina y el Caribe | Radio de las Naciones Unidas [Internet]. 2015 [citado 16 de octubre de 2017]. Disponible en: <http://www.unmultimedia.org/radio/spanish/2015/05/ops-la-hipertension-causa-800-000-muertes-cada-ano-en-america-latina-y-el-ceribe/>
3. OMS | El incumplimiento del tratamiento prescrito para las enfermedades crónicas es un problema mundial de gran envergadura [Internet]. WHO. [citado 17 de octubre de 2017]. Disponible en: <http://www.who.int/mediacentre/news/releases/2003/pr54/es/>
4. Luna-Breceda U, del Rocío Haro-Vázquez S, Uriostegui-Espíritu LC, de Jesús Barajas-Gómez T, Rosas-Navarro DA. Nivel de adherencia terapéutica en pacientes con hipertensión arterial: experiencia en una unidad de medicina familiar de Zapopan Jalisco, México. *Aten Fam.* 1 de julio de 2017; 24(3):116-20.
5. Carhuallanqui R, Diestra-Cabrera G, Tang-Herrera J, Málaga G. Adherencia al tratamiento farmacológico en pacientes hipertensos atendidos en un hospital general. *Adherence Pharmacother Hypertens Outpatients Attend Gen Hosp.* octubre de 2010; 21(4):197-201.

6. Romero G. SL, Parra DI, Sánchez R. JM, Rojas LZ. Adherencia terapéutica de pacientes con hipertensión arterial y diabetes mellitus tipo 2 de Bucaramanga, Colombia. Adherence Ther Regimen Hypertens Type-2 Diabetes Patients Bucaramanga Colomb. enero de 2017; 49(1):37-44.
7. Ortega Oviedo SI, Vargas Rosero E. Grado de adherencia a tratamientos en personas con riesgo cardiovascular. Degree Adherence Treat People Cardiovasc Risk. enero de 2014; 32(1):25-32.
8. Salcedo Barajas A, Gómez Ochoa AM. Grados de riesgo para la adherencia terapéutica en personas con hipertensión arterial. (Spanish). Degrees Risk Ther Adherence Pers Arter Hypertens Engl. enero de 2014; 32(1):33-43.
9. Pérez Rosabal E, Soler Sánchez YM, Morales Ortiz L. Adherencia terapéutica y creencias sobre su salud en pacientes hipertensos. Ther Adherence Beliefs Health Hypertens Patients. enero de 2016; 20(1):3-9.
10. González MA, Pérez GD, García R de la N, Herrera AD. Conocimientos, creencias y prácticas en pacientes hipertensos, relacionados con su adherencia terapéutica. (Spanish). Rev Cuba Enferm. septiembre de 2005; 21(3):63-70.
11. Ramos Morales LE. La adherencia al tratamiento en las enfermedades crónicas. Adherence Treat Chronic Dis. julio de 2015; 16(2):175-89.
12. Hirschberg S, Donatti S, Rijana I, Selan V. La Relación Entre Adherencia Terapéutica Y Calidad De Vida En La Hipertensión Arterial. Relatsh Ther ADHERENCE Qual LIFE Hypertens. julio de 2014; 6(2):64-70.
13. Granados G, Roales-Nieto JG, Moreno E, Ybarra JL. Creencias en síntomas y adherencia al tratamiento farmacológico en pacientes con hipertensión. Int J Clin Health

- Psychol [Internet]. 2007 [citado 25 de marzo de 2018]; 7(3). Disponible en:
<http://www.redalyc.org/resumen.oa?id=33770308>
14. Ericka Méndez Chacón LRB. Prevalencia de hipertensión en adultos mayores de Costa Rica [Internet]. UCR; 2006. Disponible en:
<http://ccp.ucr.ac.cr/creles/pdf/MendezACOSAP06.pdf>
15. Lourdes Arce Espinoza JM-N. Género y niveles de adherencia al tratamiento antihipertensivo en el personal de la Universidad Estatal a Distancia de Costa Rica [Internet]. UNED; 2009. Disponible en:
<https://investiga.uned.ac.cr/revistas/index.php/cuadernos/article/viewFile/226/100>
16. Araya-Orozco M. Hipertensión arterial y diabetes mellitus. Rev Costarricense Ciencias Médicas. diciembre de 2004; 25(3-4):65-71.
17. Moraga Rojas C. Prescripción de ejercicio en pacientes con hipertensión arterial. Rev Costarric Cardiol. diciembre de 2008; 10(1-2):19-23.
18. Prevalencia y manejo de la presión arterial. [Internet]. [citado 15 de marzo de 2018]. Disponible en: <http://www.scielo.sa.cr/pdf/rcsp/v20n1/art9v20n1.pdf>
19. Seguimiento Farmacoterapéutico con el Método Dáder en un grupo de pacientes con hipertensión arterial [Internet]. [citado 15 de marzo de 2018]. Disponible en:
<http://www.redalyc.org/pdf/690/69030306.pdf>
20. Holst Schumacher F, Quirós Morales D. Control del estrés, ira y ansiedad en pacientes con hipertensión arterial mediante TREC. Rev Costarric Psicol [Internet]. 2010 [citado 15 de marzo de 2018]; 29(43). Disponible en:
<http://www.redalyc.org/resumen.oa?id=476748707003>

21. Caja Costarricense de Seguro Social | Blog [Internet]. [citado 15 de marzo de 2018].
Disponible en: <http://www.ccss.sa.cr/noticia?sobrepeso-y-obesidad-elevan-prevalencia-de-hipertensi3n-en-poblacion-tica>
22. La Naci3n, Grupo Naci3n. Hipertensi3n en la poblaci3n costarricense crece debido a sobrepeso y obesidad [Internet]. [citado 15 de marzo de 2018]. Disponible en: <https://www.nacion.com/ciencia/salud/hipertensi3n-en-la-poblacion-costarricense-crece-debido-a-sobrepeso-y-obesidad/2FCUNAJXMVG7JK2EKDGO4ASG6A/story/>
23. PASAMOS CCSS. Vigilancia de los factores de riesgo cardiovascular [Internet]. Z Servicios Gr3ficos S.A.; 2011. Disponible en: <http://www.binasss.sa.cr/informesdegestion/vigilancia.pdf>
24. Caja Costarricense de Seguro Social | Blog [Internet]. [citado 17 de octubre de 2017].
Disponible en: <https://www.ccss.sa.cr/noticia?ccss-tiene-bajo-tratamiento-a-911608-hipertensos>
25. CCSS A de estadísticas en salud. Egresos y defunciones debidos a hipertensi3n esencial primaria (1997-2016).
26. Caja Costarricense de Seguro Social | Blog [Internet]. [citado 15 de marzo de 2018].
Disponible en: <http://www.ccss.sa.cr/noticia?arranca-en-ccss-ataque-frontal-contras-enfermedades-cronicas>
27. Garc3a Barreto D. Hipertensi3n arterial [Internet]. M3xico, D.F., MEXICO: FCE - Fondo de Cultura Econ3mica; 2000 [citado 22 de noviembre de 2017]. Disponible en: <http://ebookcentral.proquest.com/lib/bibliouhsp/detail.action?docID=3191618>
28. OMS | Hipertensi3n [Internet]. [citado 22 de noviembre de 2017]. Disponible en: <http://www.who.int/topics/hypertension/es/>

29. America heart association. HTA [Internet]. Disponible en:
http://www.heart.org/idc/groups/heart-public/@wcm/@hcm/documents/downloadable/ucm_316246.pdf
30. Guía técnica para capacitar al paciente HTA.pdf [Internet]. [citado 4 de diciembre de 2017]. Disponible en:
<http://www.salud.gob.mx/unidades/cdi/documentos/DOCSAL7515.pdf>
31. Prevención, Detección, Evaluación y Tratamiento de la Hipertensión Arterial.pdf [Internet]. [citado 1 de diciembre de 2017]. Disponible en:
http://www1.paho.org/hq/dmdocuments/2010/JNC7_interactivo.pdf
32. OMS. ADHERENCIA A LOS TRATAMIENTOS A LARGO PLAZO [Internet]. 2004. Disponible en: <http://www.farmacologia.hc.edu.uy/images/WHO-Adherence-Long-Term-Therapies-Spa-2003.pdf>
33. Arias YG. LA ADHERENCIA TERAPÉUTICA. (Spanish). Rev Cuba Med Gen Integral. septiembre de 2001; 17(5):502.
34. ADHERENCIA AL TRATAMIENTO FARMACOLÓGICO Y NO FARMACOLÓGICO EN PERSONAS CON FACTORES DE RIESGO DE ENFERMEDAD CARDIOVASCULAR, MONTERÍA, 2010.pdf [Internet]. [citado 5 de diciembre de 2017]. Disponible en:
<http://www.bdigital.unal.edu.co/8599/1/539502.2010.pdf>
35. Real academia española R-. conocimiento [Internet]. Diccionario de la lengua española. [citado 11 de diciembre de 2017]. Disponible en: <http://dle.rae.es/?id=AMrJ4zs>
36. Teoría cognoscitiva [Internet]. [citado 25 de marzo de 2018]. Disponible en:
<http://biblio3.url.edu.gt/Libros/2012/Teo-Apr4/4.pdf>

37. Conocimiento del paciente sobre su medicamentosx.pdf [Internet]. [citado 11 de diciembre de 2017]. Disponible en: <http://0-hera.ugr.es.adrastea.ugr.es/tesisugr/1771557x.pdf>
38. Real academia española R-. creencia [Internet]. Diccionario de la lengua española. [citado 11 de diciembre de 2017]. Disponible en: <http://dle.rae.es/?id=BDmkp0F>
39. El Modelo de Creencias de Salud: Revisión Teórica, Consideración Crítica y Propuesta Alternativa.pdf [Internet]. [citado 11 de diciembre de 2017]. Disponible en: <http://www.redalyc.org/pdf/560/56030105.pdf>
40. ASALE R-. práctico, ca [Internet]. Diccionario de la lengua española. [citado 18 de diciembre de 2017]. Disponible en: <http://dle.rae.es/?id=TtEMsxJ>
41. Ramos Morales LE. La adherencia al tratamiento en las enfermedades crónicas. Adherence Treat Chronic Dis. julio de 2015; 16(2):175-89.
42. OMS | Conceptos clave [Internet]. WHO. [citado 18 de diciembre de 2017]. Disponible en: http://www.who.int/social_determinants/thecommission/finalreport/key_concepts/es
43. Matrimonios | INSTITUTO NACIONAL DE ESTADISTICA Y CENSOS [Internet]. [citado 19 de diciembre de 2017]. Disponible en: <http://www.inec.go.cr/poblacion/matrimonios>
44. Nacimientos | INSTITUTO NACIONAL DE ESTADISTICA Y CENSOS [Internet]. [citado 19 de diciembre de 2017]. Disponible en: <http://www.inec.go.cr/poblacion/nacimientos>
45. Espinoza LA, Monge-Nájera J. Hipertensión en el personal de la universidad estatal a distancia de costa rica. MHSALUD Rev En Cienc Mov Hum Salud [Internet]. 31 de

- julio de 2009 [citado 19 de diciembre de 2017]; 6(1). Disponible en:
<http://www.revistas.una.ac.cr/index.php/mhsalud/article/view/377>
46. Temas especiales de Población | INSTITUTO NACIONAL DE ESTADISTICA Y CENSOS [Internet]. [citado 19 de diciembre de 2017]. Disponible en:
<http://www.inec.go.cr/poblacion/temas-especiales-de-poblacion>
47. Migración | INSTITUTO NACIONAL DE ESTADISTICA Y CENSOS [Internet]. [citado 19 de diciembre de 2017]. Disponible en:
<http://www.inec.go.cr/poblacion/migracion>
48. Migración e Integración en Costa Rica Informe 2012.pdf [Internet]. [citado 19 de diciembre de 2017]. Disponible en:
[http://www.migracion.go.cr/integracion_desarrollo/Migracion %20e %20Integracion %20en %20Costa %20Rica %20Informe %202012.pdf](http://www.migracion.go.cr/integracion_desarrollo/Migracion%20e%20Integracion%20en%20Costa%20Rica%20Informe%202012.pdf)
49. Educación | INSTITUTO NACIONAL DE ESTADISTICA Y CENSOS [Internet]. [citado 19 de diciembre de 2017]. Disponible en: <http://www.inec.go.cr/educacion>
50. Caja Costarricense de Seguro Social | Blog [Internet]. [citado 19 de diciembre de 2017]. Disponible en: <https://www.ccss.sa.cr/noticia?ccss-supera-meta-nacional-de-control-optimo-de-pacientes-hipertensos>
51. Sagrada TJ. Modelo de promoción de la salud [Internet]. [citado 10 de marzo de 2018]. Disponible en: <https://enfermeriavulare16.files.wordpress.com/2016/05/teorc3adanola-j-pender-modelo-de-la-promocic3b3n-de-la-salud.pdf>
52. Hernández R, Fernández C, Baptista M. Metodología de la investigación. Vol. Vol. 5ta. ed. México: Mc Graw Hill; 2010.

ANEXOS

Anexo N° 1: Declaración Jurada

DECLARACIÓN JURADA

Yo Tatiana Munguía Mora, cédula de identidad número 1-1529-0371, en condición de egresado de la carrera Enfermería de la Universidad Hispanoamericana y advertido de las penas con las que la ley castiga el falso testimonio y el perjurio, declaro bajo la fe del juramento que dejo rendido en este acto, que mi trabajo de graduación, para optar por el título Licenciatura Enfermería, titulado “Conocimientos, Creencias y Prácticas en los Pacientes Hipertensos relacionado con el grado de adherencia al tratamiento terapéutico, en el Gran Area Metropolitana” es una obra original y para su realización he respetado todo lo preceptuado por las Leyes Penales, así como la Ley de Derechos de Autor y Derechos Conexos, número 6683 del 14 octubre de 1982 y sus reformas, publicada en la Gaceta número 226 del 25 de noviembre de 1982; especialmente el numeral 70 de dicha ley en el que establece: “ Es permitido citar a un autor, transcribiendo los pasajes pertinentes siempre que estos no sean tantos y seguidos, que puedan considerarse como una producción simulada y sustancial, que redunden en perjuicio del autor”. Asimismo, que conozco y acepto que la Universidad se reserva el derecho de protocolizar este documento ante Notario Público. Firmo, en fe de lo anterior, en la ciudad de San José, el día cinco del mes de abril del año dos mil dieciocho.



Tatiana Munguía Mora

Anexo N° 2: Carta de permiso de la Universidad Hispanoamericana



San José, 01 de noviembre de 2017.

MSc
María Cecilia Astua
Universidad Hispanoamericana

Estimada Profesora:

Me permito saludarle y desearle éxito en el desarrollo de sus funciones profesionales, a su vez aprovecho la presente para comunicarle su nombramiento como tutora de Tesis de la estudiante: **Tatiana Munguía Mora** titulada, "Conocimientos, creencias y prácticas de pacientes hipertensos relacionado con el grado de adherencia al tratamiento terapéutico, en el gran área metropolitana, tercer cuatrimestre 2017"; para optar por el grado de Licenciatura en Enfermería.

Quedo a su disposición para evacuar cualquier consulta o duda.

Atentamente,



Oscar Barrientos Román
Dpto. Admisión y Registro
Universidad Hispanoamericana



Anexo N° 3: Carta de tutor

San José, 10 de abril 2018.

Msc.
Zaida Rodríguez C.
Directora Carrera de Enfermería
Universidad Hispanoamericana

Estimada Msc. Rodríguez

La estudiante **TATIANA MUNGUÍA MORA** me ha presentado, para efectos de revisión y aprobación, el trabajo de investigación denominado **CONOCIMIENTOS, CREENCIAS Y PRÁCTICAS DE PACIENTES HIPERTENSOS RELACIONADOS CON EL GRADO DE ADHERENCIA AL TRATAMIENTO TERAPÉUTICO, EN EL GRAN ÁREA METROPOLITANA, TERCER CUATRIMESTRE 2017**, el cual ha elaborado para optar por el grado académico de Licenciatura en enfermería.

En mi calidad de tutora, he verificado que se han hecho las correcciones indicadas durante el proceso de tutoría y he evaluado los aspectos relativos a la elaboración del problema, objetivos, justificación; antecedentes, marco teórico, marco metodológico, tabulación, análisis de datos; conclusiones y recomendaciones.

De los resultados obtenidos por el postulante, se obtiene la siguiente calificación:

a)	ORIGINAL DEL TEMA	10%	10%
b)	CUMPLIMIENTO DE ENTREGA DE AVANCES	20%	20%
c)	COHERENCIA ENTRE LOS OBJETIVOS, LOS INSTRUMENTOS APLICADOS Y LOS RESULTADOS DE LA INVESTIGACION	30%	29%
d)	RELEVANCIA DE LAS CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES	20%	18%
e)	CALIDAD, DETALLE DEL MARCO TEORICO	20%	19%
	TOTAL		96%

En virtud de la calificación obtenida, se avala el traslado al proceso de lectura.

Atentamente,

Msc. María Cecilia Astúa V, Tutora.
Cédula 3-213-890
maryastua@gmail.com

Anexo N° 4: Carta de lector

CARTA DEL LECTOR

San José, 4 de mayo, 2018

**Dirección de Enfermería
Universidad Hispanoamericana**

Estimados(as) señor(as):

El estudiante Tatiana Munguía Mora, cédula de identidad número: 1-1529-0371, me ha presentado, para efectos de revisión, el trabajo de investigación denominado "*Conocimientos, creencias y prácticas en pacientes hipertensos relacionado con su grado de adherencia al terapéutica, en el gran área metropolitana, 2017*", el cual ha elaborado para optar por el grado académico de Licenciada en Enfermería.

En mi calidad de lectora, he verificado que se han hecho las correcciones indicadas durante la revisión, he evaluado los aspectos relativos a la elaboración del problema, objetivos, justificación; antecedentes, marco teórico, marco metodológico, tabulación, análisis de datos; conclusiones y recomendaciones.

De los resultados obtenidos por el postulante, se obtiene la siguiente calificación:

a)	ORIGINAL DEL TEMA	10%	9%
b)	CUMPLIMIENTO DE ENTREGA DE AVANCES	20%	20%
c)	COHERENCIA ENTRE LOS OBJETIVOS, LOS INSTRUMENTOS APLICADOS Y LOS RESULTADOS DE LA INVESTIGACION	30%	29%
d)	RELEVANCIA DE LAS CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES	20%	18%
e)	CALIDAD, DETALLE DEL MARCO TEORICO	20%	18%
	TOTAL		94%

En virtud de la calificación obtenida, se da por aprobado y finalizado el proceso final de revisión de trabajo de tesis.

Atentamente,

Laura Chaverri Vargas
Cédula de identidad: 2-0544-0224
Carné Colegio Enfermeras: 5294

Anexo N° 5: Carta del filólogo

CARTA DEL FILÓLOGO

San José, 09 de mayo de 2018

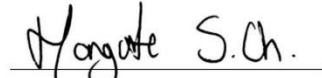
Msc.
Zaida Rodríguez C.
Directora Carrera de Enfermería
Universidad Hispanoamericana

Estimada señora:

He revisado y corregido en todos los extremos filológicos: la redacción, la ortografía, la puntuación, la morfología, la sintaxis y los vicios del lenguaje de la tesis denominada **“Conocimientos, creencias y prácticas de pacientes hipertensos relacionados con el grado de adherencia al tratamiento terapéutico, en el Gran Área Metropolitana, tercer cuatrimestre 2017.”**, presentada por la estudiante Tatiana Munguía Mora, para optar por el grado académico de **Licenciatura en Enfermería**.

Con las correcciones realizadas en este trabajo de investigación, esta tesis es un documento con valor filológico y cumple con los requisitos necesarios para ser presentada y defendida como Trabajo Final de Graduación, ante las autoridades universitarias correspondientes.

Atentamente,



Margarita Sirlene Chaves Bonilla

Filóloga

Cédula # 2 0717 0620

Carné afiliado # 231 “Asociación Costarricense de Filólogos”

Anexo N° 6: Dedicatoria

A Dios por darme la fortaleza para seguir adelante y continuar con los retos que se presentan en la vida, por estar siempre a mi lado y por regalarme la vida.

A mis Padres por ser mí pilar de vida, por todo el amor, esfuerzo realizado, apoyo incondicional y por creer en mí en cada momento de mi vida, por haberme brindado dado una excelente educación, por los valores inculcados, por enseñarme lo que es la perseverancia y el esfuerzo. Gracias a ellos por formar a la persona que soy hoy. Gracias por haberme regalado la oportunidad de estudiar.

A mi hermana Alejandra, por toda la ayuda brindaba, por el amor y apoyo incondicional en cualquier circunstancia de la vida, por siempre estar ahí en todo momento. A mi hermano Jose Alejandro, por ser ese motor de vida que toda persona necesita y por todo su amor brindado.

A mis abuelas Margarita y Olimpia, por siempre estar cuando la necesité, por enseñarme lo que es la fortaleza y nunca rendirse ante las circunstancias.

Tatiana Munguía Mora.

Anexo N° 7: Agradecimientos

A mi hermosa familia que ha estado a mi lado apoyándome en todo momento, gracias a todos por su esfuerzo y ayuda.

A la Universidad Hispanoamericana por haberme dado la oportunidad de formarme como profesional en su institución.

A mi tutora de tesis Msc. Ma. Cecilia Astúa Vega, por todo su apoyo y dedicación, por la motivación, los conocimientos y su experiencia ofrecida para llevar a cabo esta investigación.

A mi lectora de tesis Msc. Laura Chaverri Vargas, por aportar sus conocimientos en beneficio de mi formación profesional y para llevar a cabo este proyecto.

Al Lic. Francisco Suazo López, por sus enseñanzas en el primer campo clínico y ser uno de los primeros pilares en mi formación académica.

A mi profesor Erick Benavides Borbón, por enseñarme a esforzarme al máximo y buscar siempre la excelencia.

Tatiana Munguía Mora.

Anexo N° 8: Consentimiento informado

UNIVERSIDAD HISPANOAMERICANA

CARRERA DE _____
COORDINACIÓN DE INVESTIGACIÓN
Teléfono:(506) 2211 3000

CONSENTIMIENTO INFORMADO

Título de la Investigación: _____

Nombre del Investigador (a) Principal: _____

Nombre del participante: _____

A. PROPÓSITO DE LA INVESTIGACIÓN:

En esta sección se debe explicar quién está realizando la investigación, la institución a la que pertenecen, una breve justificación o motivación para realizar la investigación, la información que se pretende obtener, el tiempo que durará la investigación y el tiempo que durará la participación de las personas en la investigación. Procure no usar un lenguaje técnico, debe estar redactado con un lenguaje sencillo pero correcto: utilice palabras que cualquier persona pueda entender (la recomendación es redactar para personas con sexto grado de escolaridad).

B. ¿QUÉ SE HARÁ?:

Describa de forma detallada los siguientes puntos:

1. En qué consiste la participación de la persona (cuáles mediciones se le harán, si tiene que llenar cuestionarios, consumir algún alimento, dónde tiene que presentarse, en cuáles condiciones debe asistir, etc.).
2. Qué es lo que tiene que hacer para participar en la investigación (cuáles son los requisitos que tiene que cumplir para poder participar).
3. A qué se compromete cuando acepta formar parte de la población de la investigación.
4. Durante cuánto tiempo va a participar en la investigación.

C. RIESGOS:

1. La participación en este estudio puede significar cierto riesgo o molestia para usted por lo siguiente: (describa y anote claramente, con lenguaje sencillo, todas las molestias e inconvenientes posibles –reales y potenciales-, así como riesgos para la salud física y mental. incluyendo el riesgo de la pérdida de privacidad, la incomodidad o ansiedad. No minimice nunca los riesgos).
2. Si sufriera algún daño como consecuencia de los procedimientos a que será sometido para la realización de esta investigación, los investigadores participantes realizarán una referencia al profesional apropiado para que se le brinde el tratamiento necesario para su total recuperación.

D. BENEFICIOS:

Si existiera algún beneficio directo: Como resultado de su participación en este estudio, el beneficio que obtendrá será (describa los beneficios reales para la persona que acepta participar en el estudio).

Cuando no exista ningún beneficio directo: Como resultado de su participación en este estudio, no obtendrá ningún beneficio directo, sin embargo, será posible que los investigadores aprendan más acerca de..... y este conocimiento beneficiará a otras personas en el futuro.

- E.** Antes de dar su autorización para este estudio usted debe haber hablado con el(la) investigador(a) (*nombre completo del investigador*) quien debió haber contestado de forma satisfactoria todas sus preguntas. Si quisiera mayor información más adelante, puede obtenerla llamando al investigador a cargo al teléfono (*número*) en el horario (*horario de consulta disponible*). Cualquier consulta adicional puede comunicarse a la Universidad Hispanoamericana **al teléfono 2211-3000**, de lunes a viernes en el horario de 8 am a 5 pm.
- F.** Recibirá una copia de esta fórmula firmada para su uso personal.
- G.** Su participación en este estudio es voluntaria. Tiene el derecho **de negarse a participar o a interrumpir** su participación en cualquier momento, sin que esta decisión afecte la calidad de la atención médica o de otra índole que requiera.
- H.** Su participación en este estudio es confidencial por lo que en caso de publicarse los resultados de esta investigación o divulgarse en una reunión científica, se garantiza estrictamente el anonimato de todas las personas participantes en el estudio.
- I.** No perderá ningún derecho legal por firmar este documento.

CONSENTIMIENTO

He leído o se me ha leído, toda la información descrita en esta fórmula, antes de firmarla. He tenido la oportunidad de hacer preguntas y éstas han sido contestadas en forma adecuada. Por lo tanto, accedo a participar como sujeto de estudio en esta investigación.

Nombre, cédula y firma del sujeto (niños mayores de 12 años y adultos) fecha

Nombre, cédula y firma del testigo fecha

Nombre, cédula y firma del Investigador que solicita el consentimiento fecha

Nombre, cédula y firma del padre/madre/representante legal (menores de edad) fecha

NOTA : Si el participante es un menor de 12 años, se le debe explicar con particular cuidado en qué consiste lo que se le va a hacer.

Se le recuerda que si va a trabajar con adolescentes de edades entre 12 y 18 años, debe elaborar fórmula de asentimiento informado.

Anexo N° 9: Instrumento

UNIVERSIDAD HISPANOAMERICANA ESCUELA DE ENFERMERÍA

En el presente cuestionario se le despliegan una serie de preguntas, las cuales tienen como fin determinar los conocimientos, creencias y prácticas en los pacientes hipertensos relacionados con el grado de adherencia al tratamiento terapéutico, en la Gran Área Metropolitana forma parte del trabajo final de graduación, para optar por el grado académico de Licenciatura en Enfermería.

Es un trabajo estrictamente para uso académico y se ajusta al manejo confidencial que éticamente esto implica, por lo tanto se le ofrece total confidencialidad. Para mayor comprensión, lea cuidadosamente cada una de las preguntas y por favor responda con sinceridad, recuerde que no hay respuestas buenas o malas, solo son la manera en que percibimos las cosas.

AL FINALIZAR CERCÍÓRESE DE QUE NO DEJÓ PREGUNTAS SIN CONTESTAR Y SI LLEGA A TENER ALGUNA CONSULTA NO DUDE EN PREGUNTAR, puede contactarse al correo tatiana_munguia1822@hotmail.com.

DE POR FINALIZADA ESTA ENCUESTA SI PRESENTA ALGUNAS DE LAS OPCIONES QUE SE MENCIONAN A CONTINUACIÓN:

- NO presentar de hipertensión (presión alta).
- Residir fuera de la Gran Área Metropolitana o de Costa Rica.
- Consumir tratamiento por menos de un año para la hipertensión.
- Si tiene menos de 18 años.
- Si está embarazada
- Si presenta alguna alteración o enfermedad mental
- Si presenta alguna enfermedad en estado terminal o enfermedad crónicas transmisibles.

He leído, toda la información descrita en esta fórmula, antes de firmar. He tenido la oportunidad de hacer preguntas y éstas han sido contestadas en forma adecuada. Por lo tanto, accedo a participar como sujeto de estudio en esta investigación.

Si está de acuerdo en participar, coloque su firma (pueden ser sus iniciales o nombre completo) y su número de cedula en el reglón siguiente y prosiga a contestar las preguntas, si no dé por finalizada la encuesta.

FIRMA Y CEDULA

Marque las opciones según corresponda o las que considere correctas según los datos requeridos con lo que se le solicita. Recuerde leer bien lo que se le solicita.

SOLO LAS PREGUNTAS QUE TIENEN EN SU INDICACION QUE PUEDE MARCAR “VARIAS OPCIONES” PUEDE HACERLO. DE LO CONTRARIO ES UNA UNICA RESPUESTA.

Sección de datos sociodemográficos

Marque con una X al lado de la opción que considere correcta o responda los datos requeridos según se le solicita.

1) Sexo

Femenino Masculino

2) Su edad en años cumplidos es:

18 años a 27 años

28 años a 37 años

38 años a 47 años

48 años a 57 años

58 años a 67 años

68 años a 77 años

más de 78

3) ¿Lugar dónde vive?

San José Cartago Alajuela Heredia

4) ¿Cuál es su estado civil?

Soltero Casado Divorciado Viudo Unión libre

5) ¿Cuál es su nacionalidad?

Costarricense Otro _____

6) ¿Cuál es su nivel escolaridad?

Primaria completa

Primaria incompleta

Secundaria completa

Secundaria incompleta

Universidad completa

Universidad incompleta

Técnico medio

Otro

7) ¿Padece de alguna enfermedad crónica, además de la patología de hipertensión o presión alta? **PUEDE MARCAR VARIAS OPCIONES.**

Diabetes Asma

Obesidad Ninguna otra enfermedad

Otra: _____

8) ¿Mencione el tipo de atención médica que utiliza para el control y tratamiento de la presión alta o hipertensión?

Privado Del estado (CCSS)

9) ¿En qué etapa de su vida fue diagnosticado con hipertensión o presión alta?

Menor de 18 años

Adulto joven (20- 39 años de edad)

Adulto maduro (40 - 59 años de edad)

Adulto mayor (60- 65 años de edad o más)

Desconoce

10) ¿Recibe apoyo familiar en relación a su tratamiento con la hipertensión o presión alta?

Siempre Casi siempre A veces Casi nunca Nunca

11) ¿Usted cree que la hipertensión es una enfermedad para toda la vida?

Si No

- Sangrado en la nariz Visión doble
 Sonido de zumbido en los oídos

17) ¿Señale dos o más órganos que usted sabe pueden dañarse por tener hipertensión?

- Corazón Cerebro Riñones Piel Hígado Ojos

18) ¿De las siguientes opciones marque cuales cree usted son los factores de riesgo que puede presentar una persona para padecer de hipertensión? Puede marcar varios si así lo considera.

- Obesidad Antecedentes familiares de hipertensión
 Tener más de 45 años Raza negra
 Sedentarismo Colesterol alto
 Ser del sexo masculino Triglicéridos altos
 Raza blanca o hispanos
 Hábitos pocos saludables (fumar, alcohol, consumir exceso sal)

19) ¿Cuál de la siguientes opciones considera usted que se puede utilizar como tratamiento para la hipertensión?

- Dieta Ejercicio Medicamentos Todos los anteriores
 Otro _____

20) ¿Conoce los medicamentos que usted consume, escriba el nombre si su respuesta es sí?

- Si _____
 No

21) ¿Con que frecuencia los consume e indique el nombre del medicamento que anteriormente menciono?

R// _____

22) ¿Sabe cuál es la dosis de cada medicamento, escriba la cantidad si su respuesta es sí de los medicamentos anteriormente mencionados?

Si _____

No

23) ¿Marque las opciones que realiza usted si alguna vez se siente bien? **PUEDE MARCAR VARIAS OPCIONES**

No toma su medicamento

Se toma el medicamento a la hora que se acuerda o se salta algunas horas de acuerdo con lo indicado

Come en exceso.

Ese día no realiza actividad física.

Ve televisión

Come frituras.

Sigue las indicaciones prescritas como lo hace diariamente.

24) ¿Qué actividades realiza usted para bajar la presión arterial si alguna vez se siente mal: **PUEDE MARCAR VARIAS**

Se toma otra pastilla de las que tiene o de las que le sobraron y tiene guardadas.

Come ese día solamente comida natural.

Ese día realiza actividad física en exceso, hasta que se sienta mejor.

Va y compra en la farmacia algún otro producto para bajar la presión.

Toma productos naturales para bajar la presión.

Pregunta algún conocido sobre que puede realizar para bajar la presión.

Sigue las indicaciones prescritas como lo hace diariamente.

Consulta al médico.

25) ¿Considera usted que los remedios naturales son mejor que los medicamentos?

Si No Sirven como complemento del farmacológico

Otro _____

26) ¿Usted cree que no tiene que tomar los medicamentos si realiza algunas de las opciones que se mencionan?

Si realiza ejercicio diariamente o una vez por semana

Si realiza dieta baja en sal

Si toma productos naturales

Todas las anteriores

Tomo los medicamentos según las indicaciones medicas

27) ¿Cómo toma usted los medicamentos?

Solo los de la mañana

Solo los de la tarde

Solo los de la noche

Solo cuando se acuerda

Solo si se siente mal

Cuando realizo alguna actividad no los tomo

Sigue las indicaciones recomendadas por el médico

28) ¿Cumple las indicaciones relacionadas con la dieta?

Consume verduras

Consume poca sal

Consume pan, arroz, pastas moderadamente

Consume azúcares

No sigo la dieta, como todo lo que me gusta sin restricción

Todas la anteriores

28) ¿Qué tipo de ejercicio realiza?

Sale a caminar

Realiza labores domésticas como barrer o limpiar

- Sale a correr
- Va al gimnasio
- No realizo actividad física
- Otro _____

29) ¿Con qué frecuencia realiza el ejercicio?

- Nunca
- 1 o más veces al día
- Una vez por semana
- Dos veces por semana
- Tres o más veces por semana

30) ¿Alguna vez olvidó tomar sus medicamentos para la hipertensión?

- Si No A veces

31) Cuando se siente bien, ¿deja de tomar el medicamento?

- Si No

32) Si alguna vez el medicamento le cae mal. ¿deja de tomarlo?

- Si y consulta al médico para que se lo cambie
- Si y no toma más el medicamento
- No y consulta al médico
- No y lo sigue tomando con normalidad

33) Responda con una “x” cada pregunta como opción única según corresponda, en forma vertical → la cual consta de 5 respuestas (siempre, casi siempre, a veces, casi nunca, nunca) donde “siempre” es la respuesta más positiva a si realiza la actividad diariamente y “nunca” como respuesta negativa a si no realiza nunca la actividad.

Ítems del cuestionario	Siempre	Casi siempre	A veces	Casi nunca	Nunca
Toma medicamentos en el horario establecido					
Se toma todas las dosis indicadas					
Cumple con las indicaciones relacionadas con la dieta					
Asiste a las consultas de seguimiento programadas					
Realiza los ejercicios indicados					
Acomoda sus horarios de medicación a las actividades de su vida diaria					
Usted y su médico deciden de manera conjunta el tratamiento a seguir					
Puede cumplir el tratamiento sin supervisión de sus familiares o personas más cercanas					
Puede llevar a cabo el tratamiento sin realizar grandes esfuerzos					
Utiliza recordatorios que faciliten la realización del tratamiento					
Usted y su médico conversan acerca de cómo cumplir con el tratamiento					
Tuvo la posibilidad de manifestar la aceptación del tratamiento prescrito por su médico					

Se agradece su colaboración. Cordialmente, Tatiana Munguía Mora

Anexo N° 10: Tabulación plan piloto

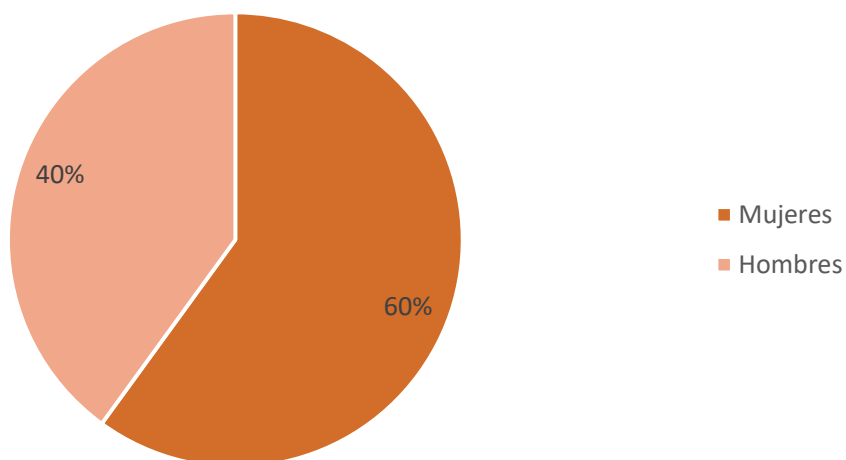
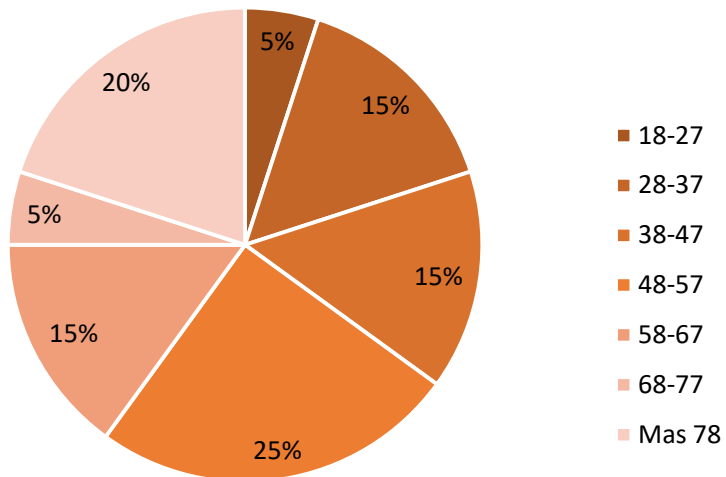


Figura N° 1 Distribución porcentual de participantes según sexo. Gran Área Metropolitana, 2017. Fuente: Elaboración propia, 2017.

60 %(12) de la población son de sexo femenino, mientras que el 40 %(8) pertenece al sexo masculino.²⁷



gr

Figura N° 2 Distribución porcentual de participantes según rangos de edad. Gran Área Metropolitana, 2017. Fuente: Elaboración propia, 2017.

25 % (5) de la población se encuentra entre los 48-57 años de edad, 20 % (4) representa a los de más de 78 años de edad, 15 % (3) que las edades de 25-37, 38-47 y 58-67 años y 5 % (1) que las edades de 18-27 y 68-77 años.

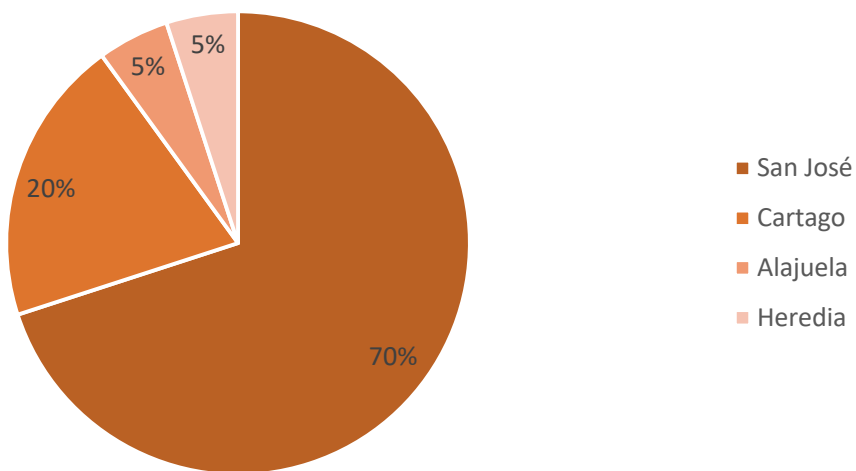


Figura N° 3 Distribución porcentual de participantes según lugar de residencia. Gran Área Metropolitana, 2017. Fuente: Elaboración propia, 2017.

70 %(14) de la población residen en la provincia de San José, que el 20 %(4) residen en la provincia de Cartago, 5 %(1) pertenece a las provincias de Alajuela y Heredia.

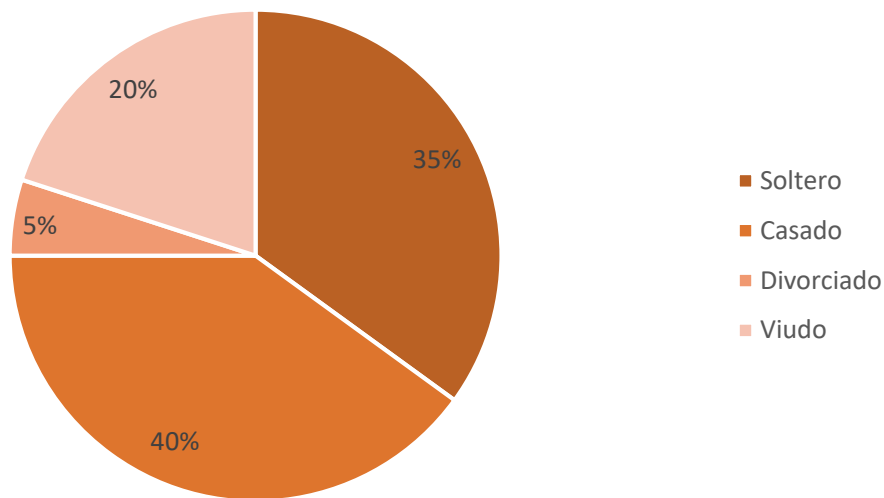


Figura N° 4 Distribución porcentual de participantes según estado civil. Gran Área Metropolitana, 2017. Fuente: Elaboración propia, 2017.

40 %(8) son de un estado civil casados, 35 %(7) son de un estado civil solteros, 20 %(4) son de un estado civil viudo y el 5 %(1) son de un estado civil divorciados.

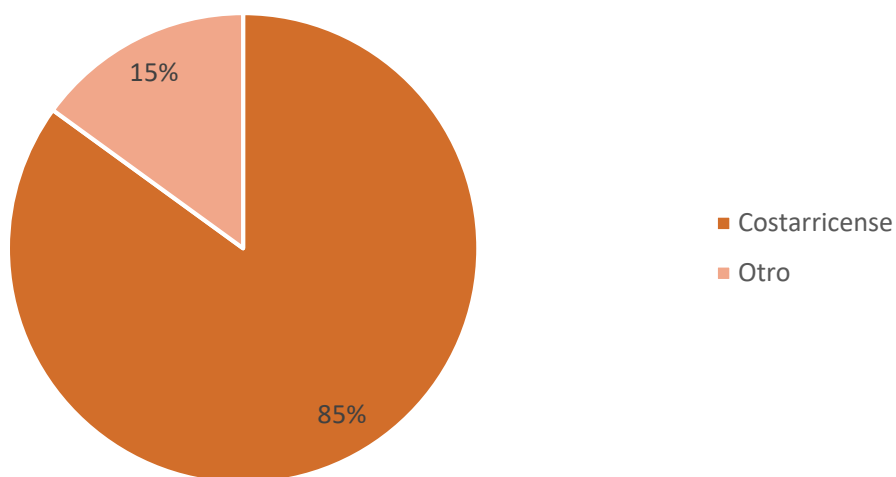


Figura N° 5. Distribución porcentual de participantes según nacionalidad. Gran Área Metropolitana, 2017.

85 % (17) de la población son costarricenses, y el 15 % (3) pertenecen a otras nacionalidades.

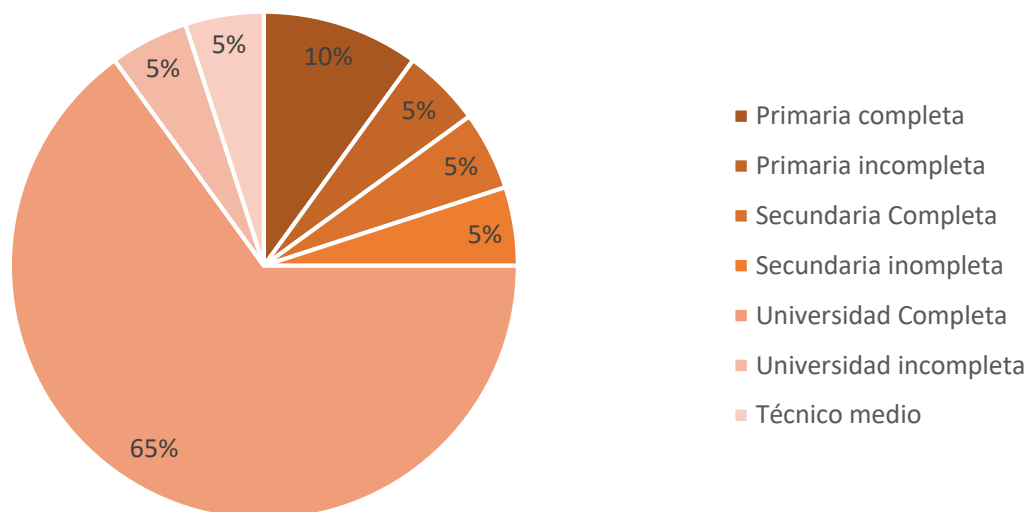


Figura N° 6 Distribución porcentual de participantes según último año de estudio aprobado. Gran Área Metropolitana, 2017. Fuente: Elaboración propia, 2017.

65 % (13) nivel de escolaridad universitaria completa, 10 % (2) nivel de escolaridad de primaria completa, mientras que los niveles de escolaridad primaria incompleta, secundaria completa, secundaria incompleta, universidad incompleta, técnico medio representan el 5 % (1) de la población.

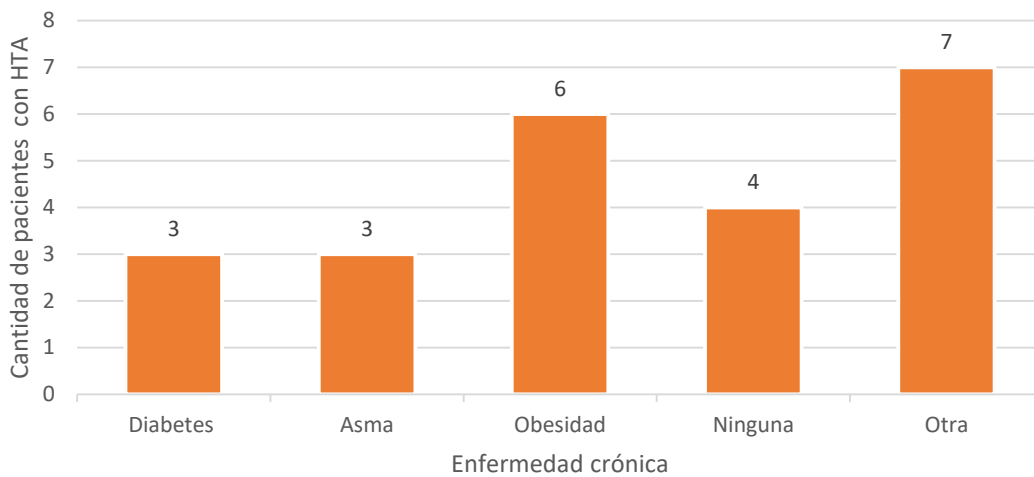


Figura N° 7. Distribución porcentual de participantes según padecimiento de enfermedades crónicas. Gran Área Metropolitana, 2017. Fuente: Elaboración propia, 2017.

7 (35 %) pacientes hipertensos de la población total padecen otra enfermedad crónica, 6 (30 %) obesidad, 4 (20 %) ninguna otra enfermedad crónica, 3 personas padecen de diabetes y otras 3 asma, lo que representa al (15 %) de la población.

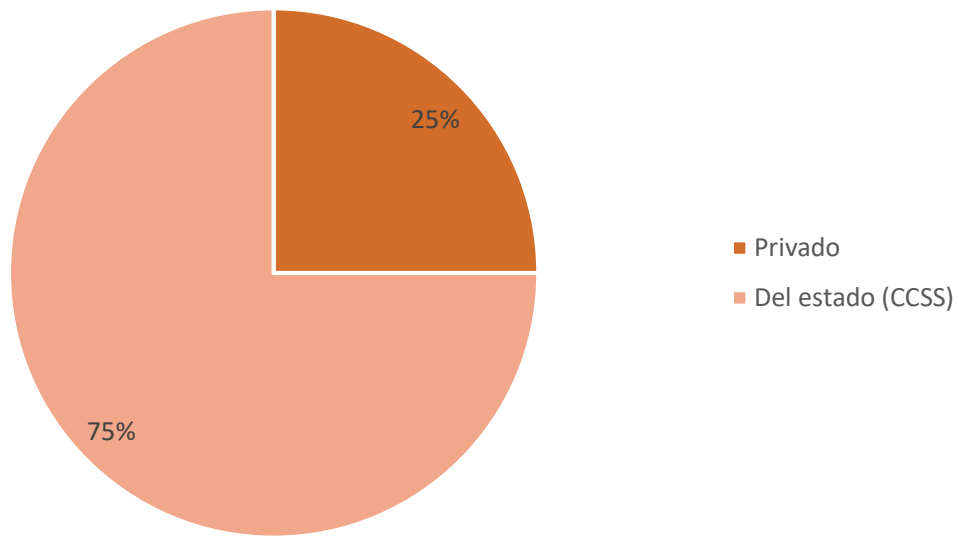


Figura N° 8. Distribución porcentual de participantes según tipo de seguro a utilizar para el control y tratamiento de la hipertensión arterial. Gran Área Metropolitana, 2017. Fuente: Elaboración propia, 2017.

75 % (15) de la población utilizan la atención médica brindada por el estado en la CCSS, mientras que el 25 % (5) utilizan la atención médica privada.

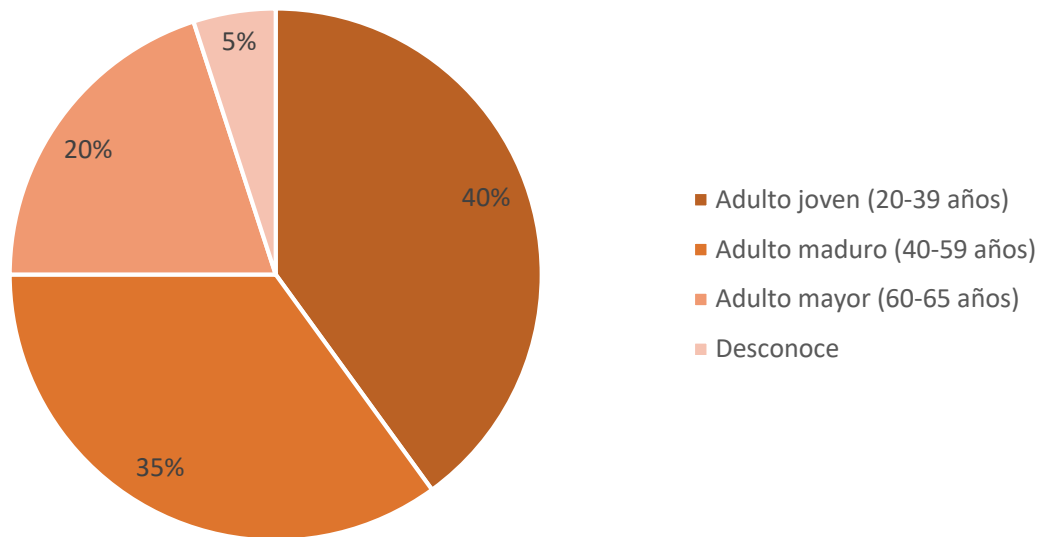


Figura N° 9. Distribución porcentual de participantes según etapa de la vida en la cual fue diagnosticado con hipertensión arterial. Gran Área Metropolitana, 2017. Fuente: Elaboración propia, 2017.

40 %(8) adulto joven, 35 %(7) adulto maduro, 20 %(4) adulto mayor y que el 5 %(1) lo desconoce.

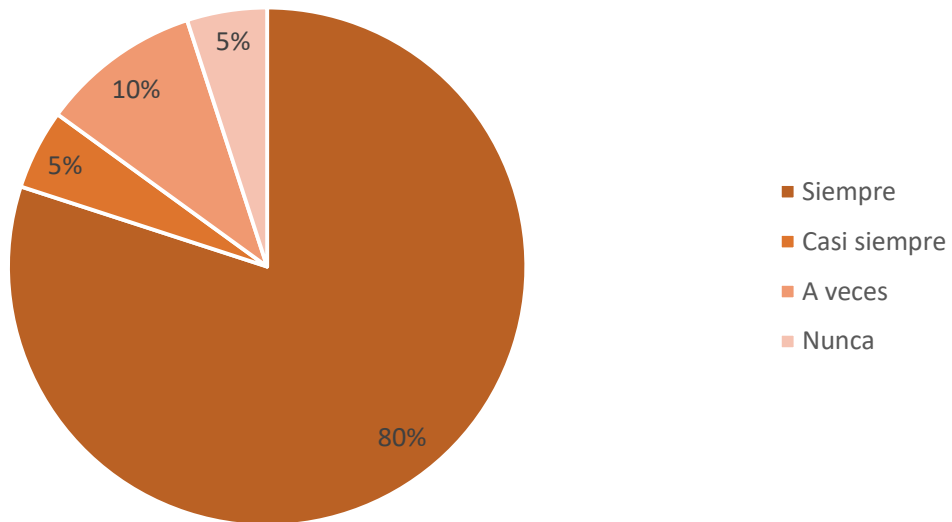


Figura N°10. Distribución porcentual de participantes según apoyo familiar en relación con el tratamiento hipertensión arterial. Gran Área Metropolitana, .2017. Fuente: Elaboración propia, 2017.

80 % (16) siempre reciben apoyo familiar, que el 10 % (2) a veces recibe apoyo familiar y que el 5 % (1) de la población representa a los que casi siempre y nunca reciben apoyo familiar.

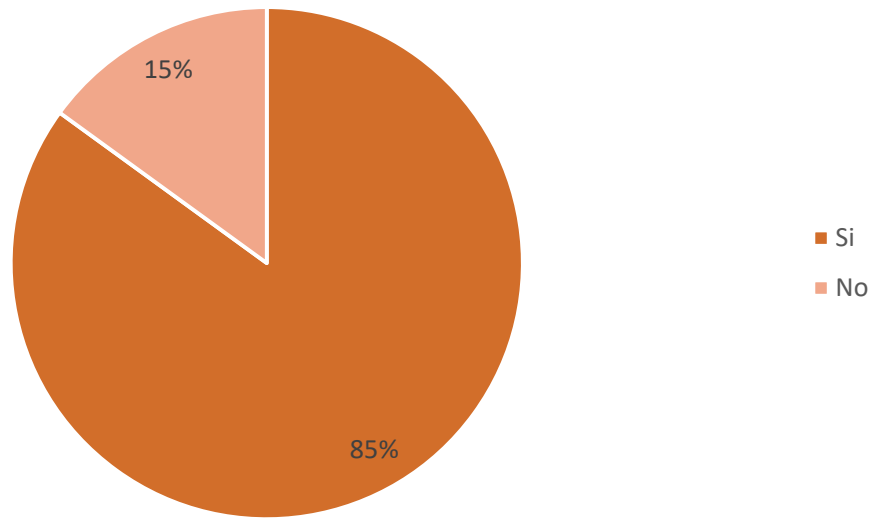


Figura N°11. Distribución porcentual de participantes según conocimiento sobre cronicidad de la hipertensión arterial. Gran Área Metropolitana, 2017. Fuente: Elaboración propia, 2017.

85 % (17) enfermedad para toda la vida, mientras que el 15 % (3) no es una enfermedad para toda la vida.

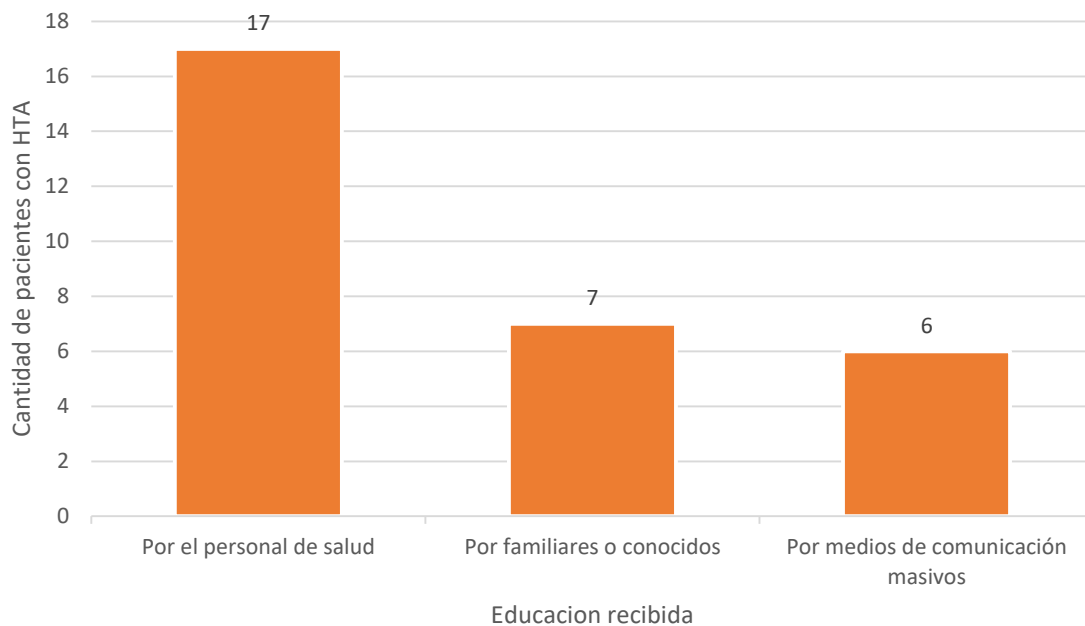


Figura N° 12 Distribución porcentual de participantes según educación recibida acerca de la hipertensión arterial. Gran Área Metropolitana, 2017. Fuente: Elaboración propia, 2017.

17 (85 %) personas han recibido educación por parte del personal de salud, 7 (35 %) personas han recibido educación por parte de familiares o conocidos, y que 6 (30 %) persona ha recibido educación por parte de los medios de comunicación masivos.

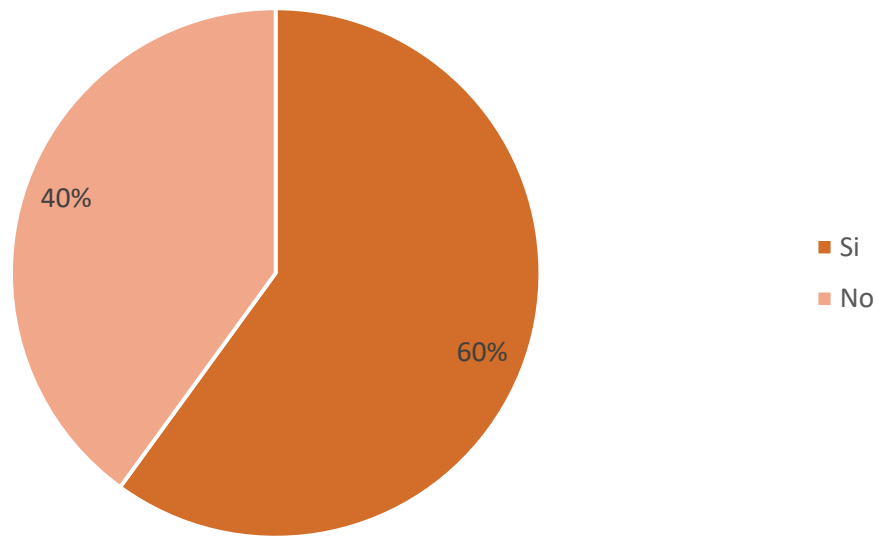


Figura N°13. Distribución porcentual de participantes según información recibida acerca de su tratamiento por escrito. Gran Área Metropolitana, 2017. Fuente: Elaboración propia, 2017.

60 % (12) de la población si ha recibido su plan de tratamiento por escrito, mientras que el 40 % (8) afirma no haber recibido su plan de tratamiento por escrito.

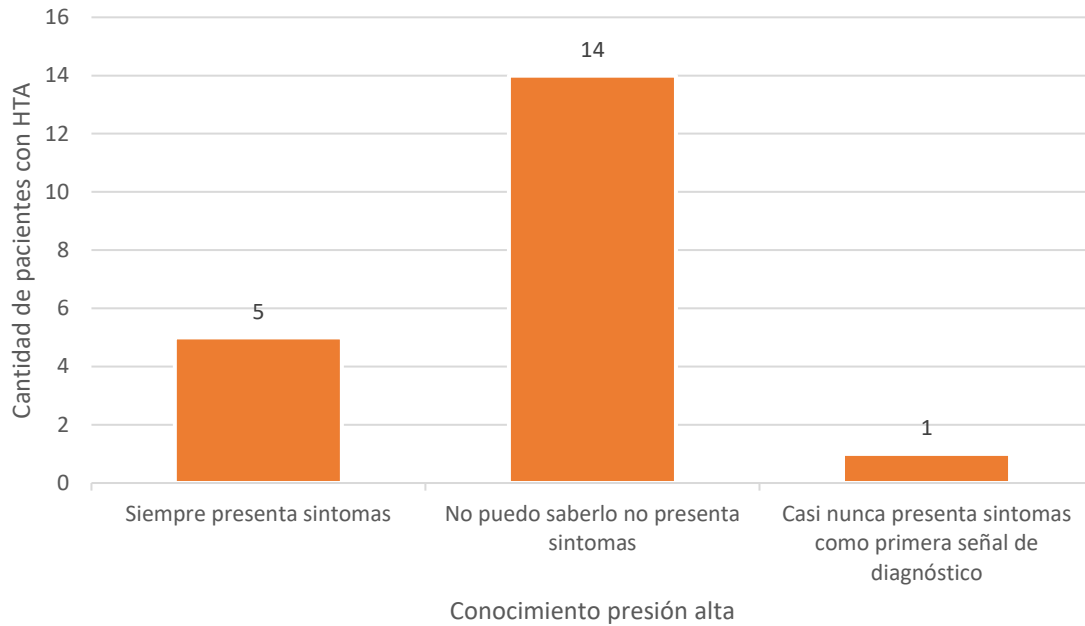


Figura N° 14. Distribución porcentual de participantes según conocimiento de los síntomas asociados a la hipertensión arterial. Gran Área Metropolitana, 2017 Fuente: Elaboración propia, 2017.

14 (70 %) personas siempre voy a presentar síntomas, 5(25 %) personas no pueden saber si tiene HTA por que no presenta síntomas y que 1 (5 %) persona afirma que la HTA casi nunca presenta síntomas como primera señal de diagnóstico.

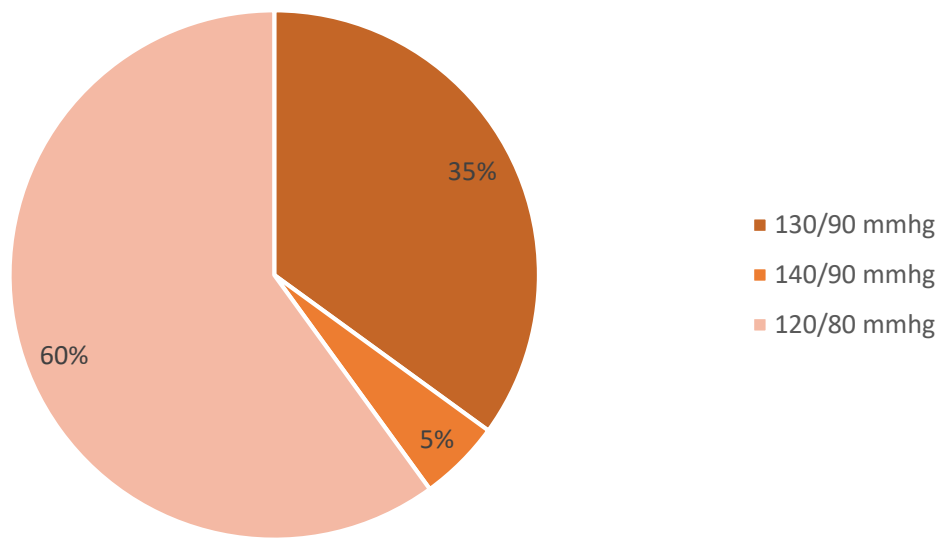


Figura N°15. Distribución porcentual de participantes según conocimiento del rango normal de la hipertensión arterial. Gran Área Metropolitana, 2017. Fuente: Elaboración propia, 2017.

60 % (12) de la población afirman que el rango normal es de 120/80 mmhg, 35 % (7) cree que el rango normal de la HTA es de 130/90 mmhg y que el 5 % (1) de la población afirma que es 140/90 mmhg.

Tabla N° 1

Conocimiento de signos y síntomas de la HTA. Gran Área Metropolitana, 2017.

Signos y síntomas	Cantidad de pacientes HTA según conocimiento	Porcentaje
Dolor de cabeza	18	90 %
Sonido de zumbido en los oídos	13	65 %
Mareos	12	60 %
Palpitaciones	10	50 %
Visión borrosa	9	45 %
Náuseas y vómitos	8	40 %
Sangrado en la nariz	6	30 %
Dolor en el pecho	5	25 %
Visión doble	4	20 %

Fuente: Elaboración propia

90 %(18) dolor de cabeza, 65 %(13) sonido de zumbido en los oídos, 60 %(12) mareos, 50 %(10) palpitaciones, 45 %(9) visión borrosa, 40 %(8) náusea y vómito, 30 %(6) sangrado en la nariz, 25 %(5) dolor en el pecho y el 20 %(4) visión doble.

Tabla N° 2

Conocimiento de los órganos que pueden dañarse con HTA. Gran Área Metropolitana, 2017.

Órgano	Cantidad de pacientes HTA según conocimiento	Porcentaje
Corazón	16	80 %
Riñones	14	70 %
Cerebro	11	55 %
Ojos	9	45 %
Hígado	6	30 %
Piel	1	5 %

Fuente: Elaboración propia

80 %(16) corazón, 70 %(14) los riñones, 55 %(11) cerebro, 45 %(9) los ojos, 30 %(6) hígado, 5 %(1) la piel.

Tabla N° 3

Conocimiento sobre los factores de riesgos para padecer con HTA. Gran Área Metropolitana,
2017.

Factor de riesgo	Cantidad de pacientes HTA según conocimiento	Porcentaje
Antecedentes P. familiares	19	95 %
Triglicéridos altos	15	75 %
Obesidad	15	75 %
Sedentarismo	14	70 %
Hábitos poco saludables	14	70 %
Colesterol alto	14	70 %
Tener más de 45 años	8	40 %
Raza negra	4	20 %
Ser del sexo masculino	3	15 %

Fuente: Elaboración propia

95 %(19) antecedentes patológicos familiares, 75 %(15) los triglicéridos altos y obesidad, 70 %(14) sedentarismo, hábitos pocos saludable y colesterol alto, 40 %(8) ser mayor de 45 años, 20 %(4) ser de raza negra y el 15 %(3) ser del sexo masculino.

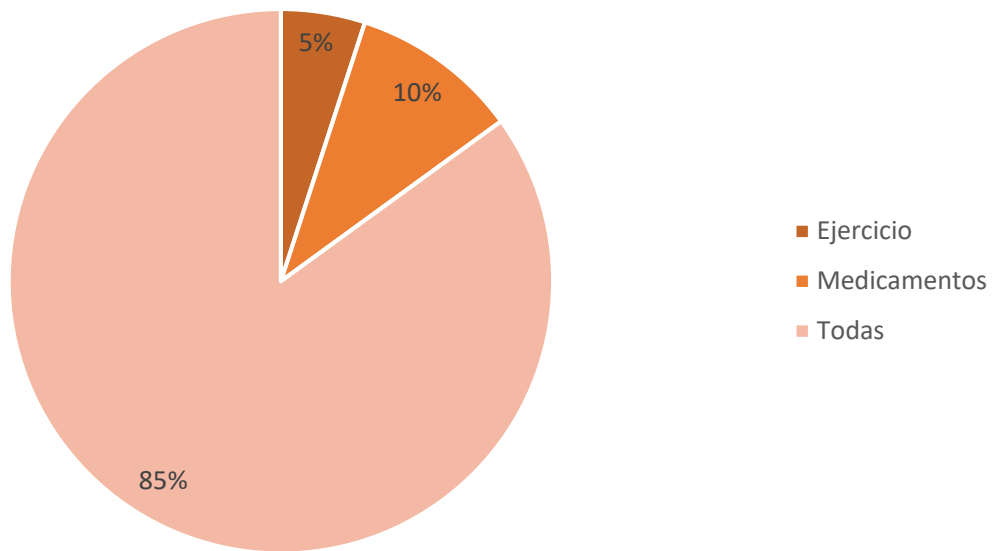


Figura N°16. Distribución porcentual de participantes según conocimiento acerca de diferentes tratamientos que se utilizan para la hipertensión arterial. Gran Área Metropolitana, 2017.

Fuente: Elaboración propia, 2017.

85 % (17) menciona todas son opciones para los tratamientos de la HTA, 10 % (2) conoce sobre los medicamentos como tratamiento de la HTA, mientras que el 5 % (1) conoce que el ejercicio es parte de los tratamientos para la HTA.

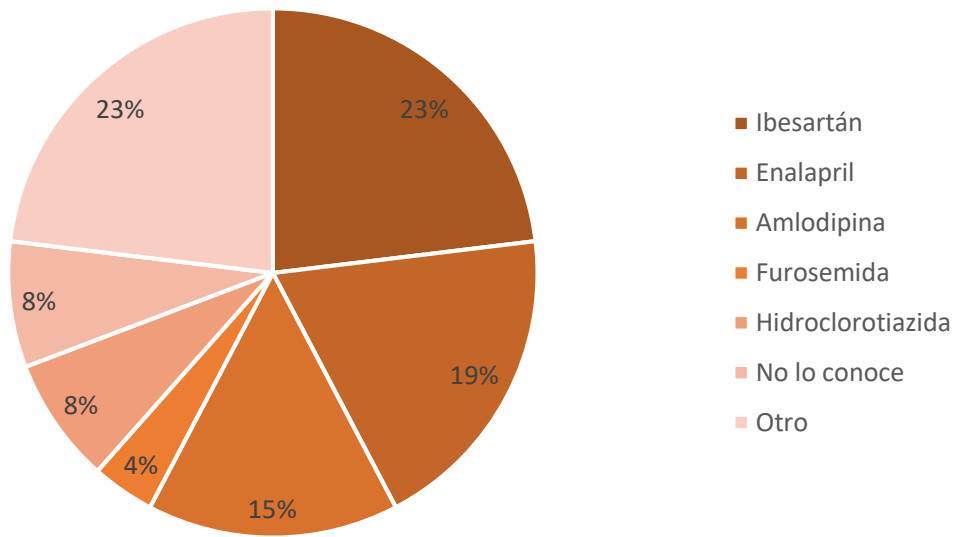


Figura N°17 Distribución porcentual de pacientes hipertensos, según conocimiento sobre el medicamento que consume para la hipertensión arterial. Gran Área Metropolitana, 2017.

Fuente: Elaboración propia, 2017.

23 %(6) de la población consume solo ibesartán como tratamiento de la HTA, 23 %(6) consume otro medicamento como el aldomet, coreg, preterax, atenolol como tratamiento de la HTA, 19 %(5) utiliza la enalapril como tratamiento para la HTA, 15 %(4) utiliza la amlodipina como tratamiento de la HTA, 8 %(2) desconocen el nombre del medicamento y los que toman Hidroclorotiazida, 4 %(1) que la furosemida.

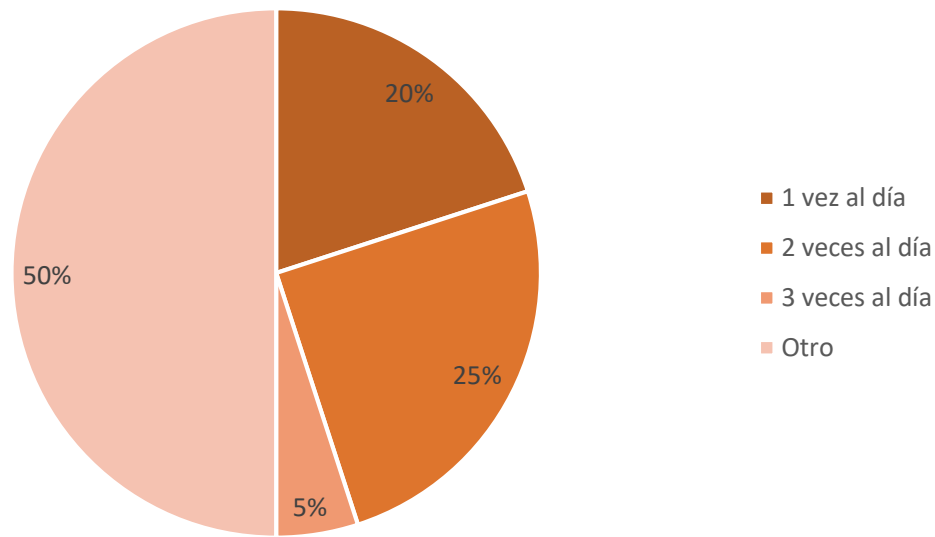


Figura N° 18 Distribución porcentual de participantes según frecuencia de su tratamiento para la hipertensión arterial. Gran Área Metropolitana, 2017. Fuente: Elaboración propia, 2017.

50 % (10) a diario, diariamente y todos los días para el consumo del tratamiento de la HTA, 25 % (5) los consume con una frecuencia de 2 veces por día, que el 20 % (4) los consume con una frecuencia de una vez al día y que 5 % (1) solo los consume con una frecuencia de tres al día.

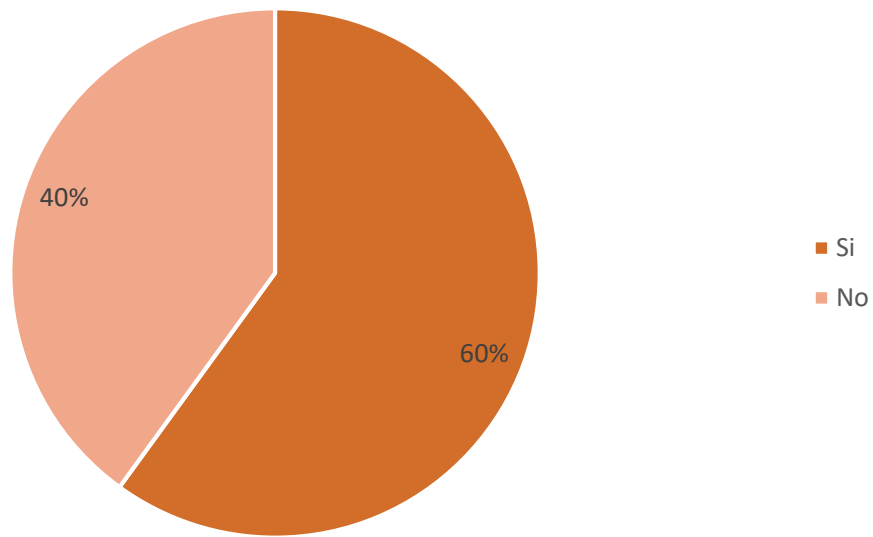


Figura N°19. Distribución porcentual de participantes según conocimiento de dosis del tratamiento que consume para la hipertensión arterial. Gran Área Metropolitana, 2017.

Fuente: Elaboración propia, 2017.

60 %(12) si conoce la dosis en miligramos de los medicamentos que consume para el tratamiento de la HTA, mientras que el 40 %(8) no conoce la dosis en miligramos de los medicamentos que consume para el tratamiento de la HTA.

Tabla N° 4

Actividades según creencias que realiza si alguna vez se siente bien. Gran Área Metropolitana, 2017.

Actividad	Cantidad de pacientes que realizan la actividad HTA	Porcentaje
Sigue las indicaciones prescritas	17	85 %
No toma su medicamento	3	15 %
Ese día no realiza actividad física	3	15 %
Come frituras	2	10 %
Come en exceso	1	5 %
Ve televisión	1	5 %
Se toma el medicamento a la hora que se acuerda o se salta algunas horas	1	5 %

Fuente: Elaboración propia

85 % (17) siguen las indicaciones prescritas por el médico, 15 % (3) no toman su medicamento y no realizan actividad física, 10 % (2) come frituras fue un come en exceso y 5 % (1) ve televisión y se toma el medicamento a la hora que se acuerda o se salta horas fue de un

Tabla N° 5

Actividades según creencias que realiza para bajar la presión arterial si se siente mal. Gran Área Metropolitana, 2017.

Actividad	Cantidad de pacientes que realizan la actividad HTA	Porcentaje
Sigue las indicaciones prescritas como lo hace diariamente	10	50 %
Consulta al médico	5	25 %
Toma productos naturales para bajar la presión	3	15 %
Come ese día solamente comida natural	2	10 %
Se toma otra pastilla de las que tiene o que le sobraron y tiene guardadas	2	10 %

Fuente: Elaboración propia

50 %(10) sigue las indicaciones prescritas como lo hace diariamente, 25 %(5) consulta al médico, 15 %(3) toma productos naturales para bajar la presión, 10 % come ese día solamente comida natural y se toma otra pastilla de las que tiene o que le sobraron y tiene guardadas.

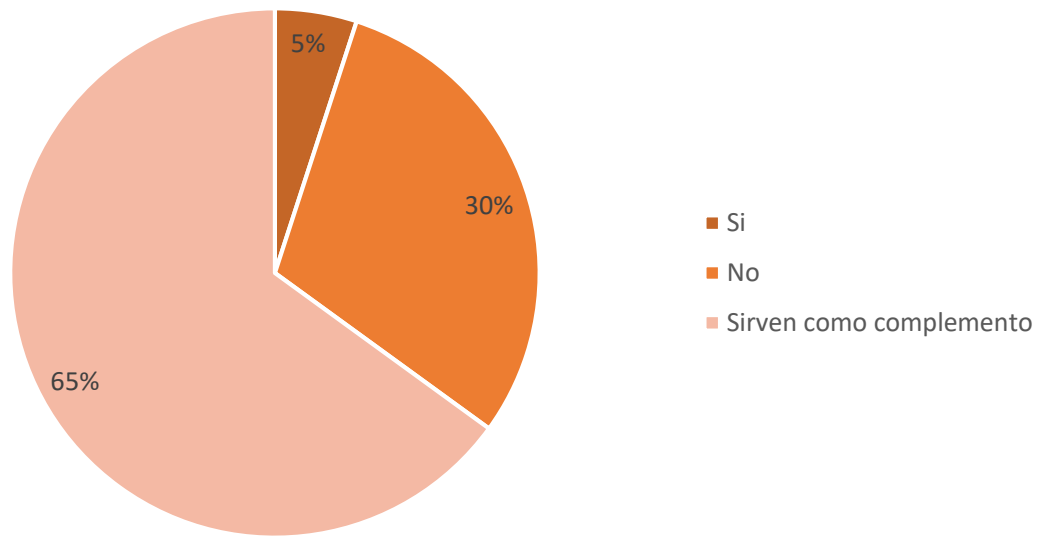


Figura N°20 Distribución porcentual de participantes según percepción de la medicina “natural” en ventaja de los tratamientos convencionales para la hipertensión arterial. Gran Área Metropolitana, 2017. Fuente: Elaboración propia, 2017.

65 % (13) considera que sirve como complemento del tratamiento farmacológico, 30 % (6) no considera que los remedios naturales son mejor que los medicamentos y el 5 % (1) sí considera que los remedios naturales son mejores que los medicamentos para tratamiento de la HTA.

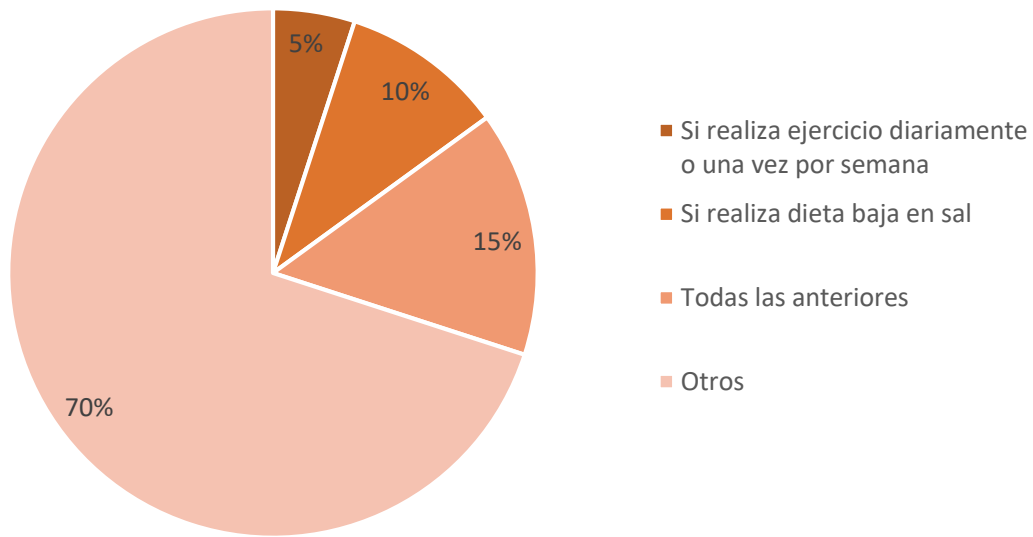


Figura N° 21 Distribución porcentual de participantes según abandono del tratamiento para la hipertensión arterial. Gran Área Metropolitana, 2017. Fuente: Elaboración propia, 2017.

70 % (14) siguen las indicaciones prescritas, que lo siguen tomando con regularidad al menos que el médico lo indique, 15 % (3) afirma que si realiza todas las actividades anteriores no tiene que tomar el medicamento, 10 % (2) que si realiza dieta baja en sal no tiene que tomar el medicamento y el 5 % (1) cree que si ejercicio diariamente o una vez por semana no tienen que tomar el medicamento.

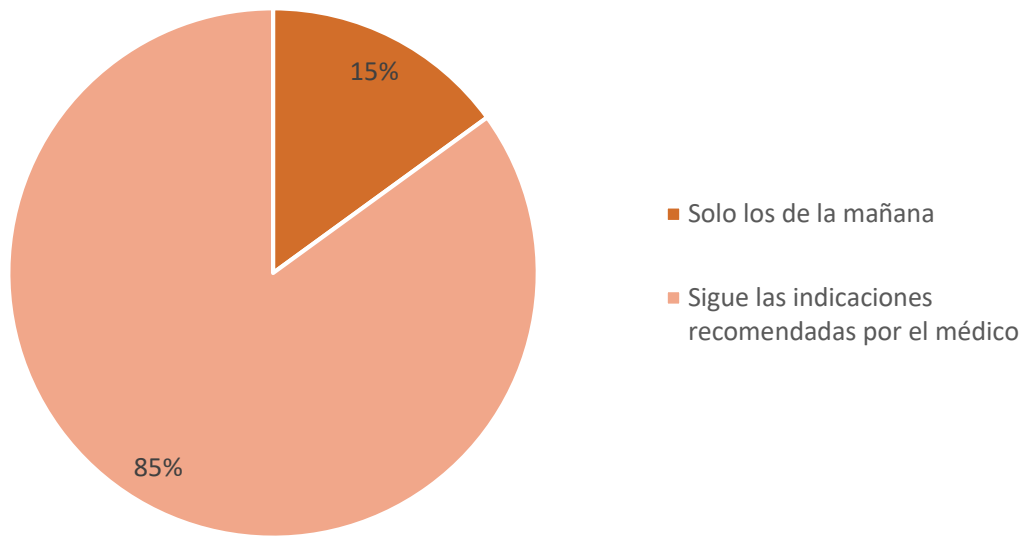


Figura N°22 Distribución porcentual de participantes según el horario en el que consume su medicamento para lograr un mayor efecto. Gran Área Metropolitana, 2017. Fuente: Elaboración propia, 2017.

85 %(17) afirman que se toman los medicamentos solo en la mañana para un mejor efecto, mientras el 15 %(3) afirma que siguen las indicaciones recomendadas por el médico.

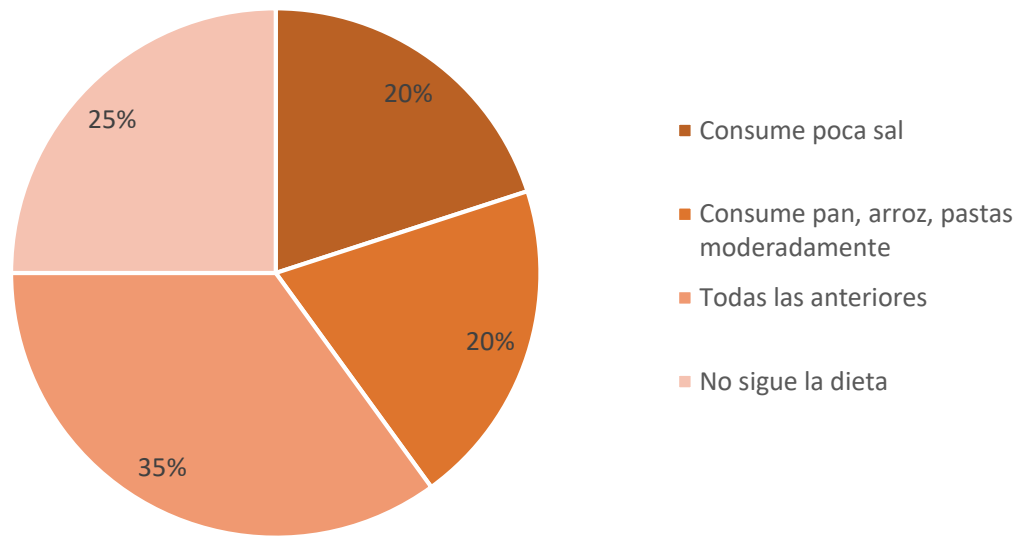


Figura N° 23 Distribución porcentual de participantes según prácticas alimenticias utilizadas para el tratamiento de la hipertensión arterial. Gran Área Metropolitana, 2017 Fuente: Elaboración propia, 2017.

35 %(7) corresponde a todas las anteriores la cual menciona las opciones sobre si consume; verduras, poca sal, pan, arroz, pasta moderadamente y azucares, 25 %(5) no sigue la dieta, 20 %(4) consumen todo lo que les gusta sin restricción, que las opciones de si consumen pan, arroz, pasta moderadamente y azucares.

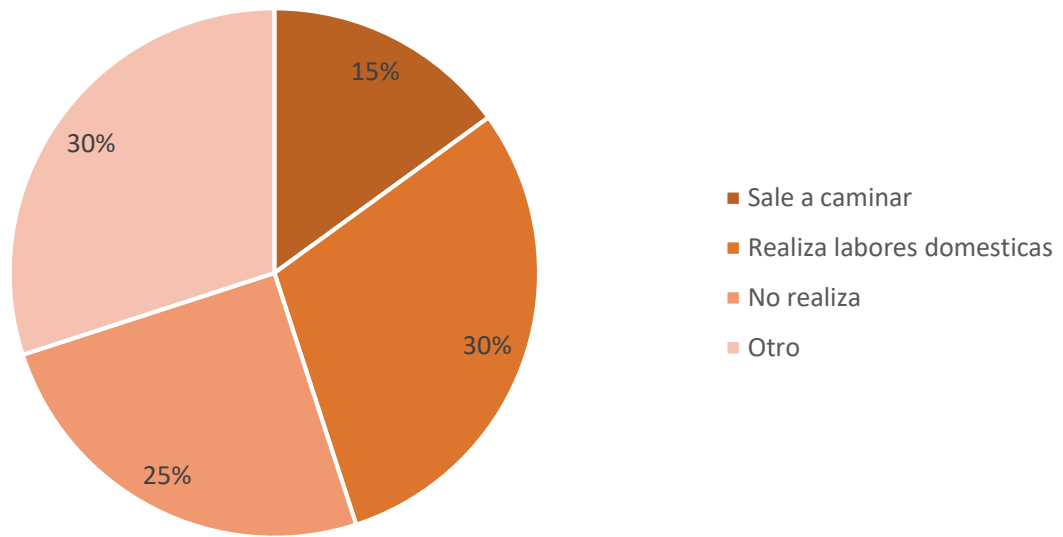


Figura N° 24 Distribución porcentual de participantes según tipo de ejercicio o actividad física que realiza como tratamiento de la hipertensión. Gran Área Metropolitana, 2017. Fuente: Elaboración propia, 2017.

30 %(6) realiza labores domésticas y otros ejercicios como el ciclismo y natación, 25 %(5) afirma no realizar ninguna actividad física y que el 15 %(3) salen a caminar.

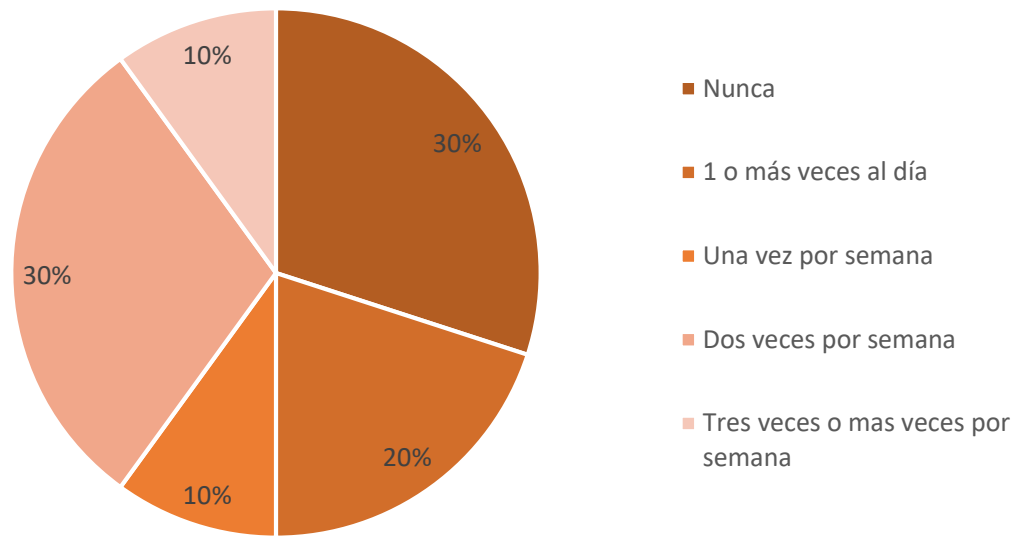


Figura N° 25 Distribución porcentual de participantes según la frecuencia con la que realizan ejercicio o actividad física para el tratamiento de la hipertensión arterial. Gran Área Metropolitana, 2017. Fuente: Elaboración propia, 2017.

30 %(6) realizan ejercicio o actividad física dos veces por semana y los que nunca realizan ningún ejercicio o actividad física, 20 %(4) solo lo realiza 1 o más veces al día y el 10 %(2) de la población total lo realiza una y tres veces por semana.

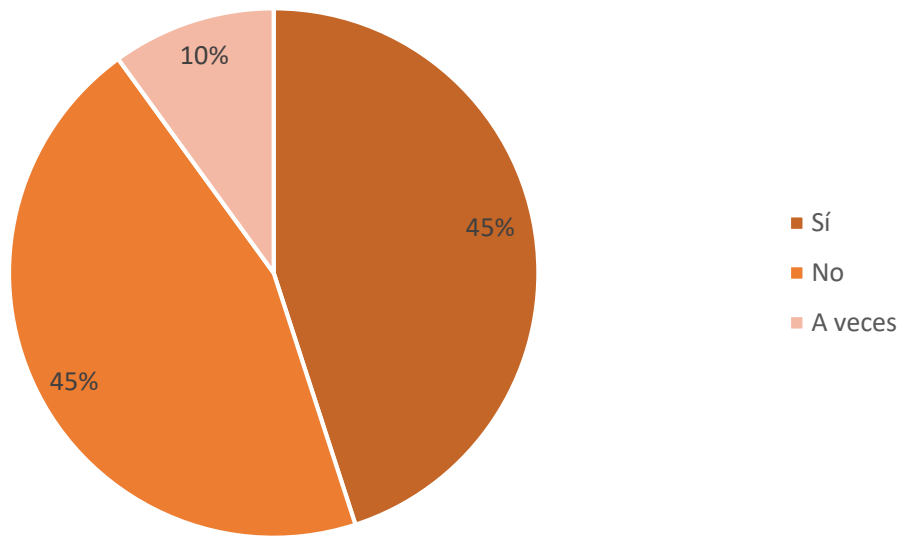


Figura N°26. Distribución porcentual de participantes según frecuencia con la que se olvida tomar el tratamiento de la hipertensión arterial. Gran Área Metropolitana, 2017 Fuente: Elaboración propia, 2017.

45 % (9) sí han olvidado tomar su medicamento y los que no han olvidado tomar su medicamento alguna vez, 10 % (2) de la población a veces ha olvidado tomar si medicamento.

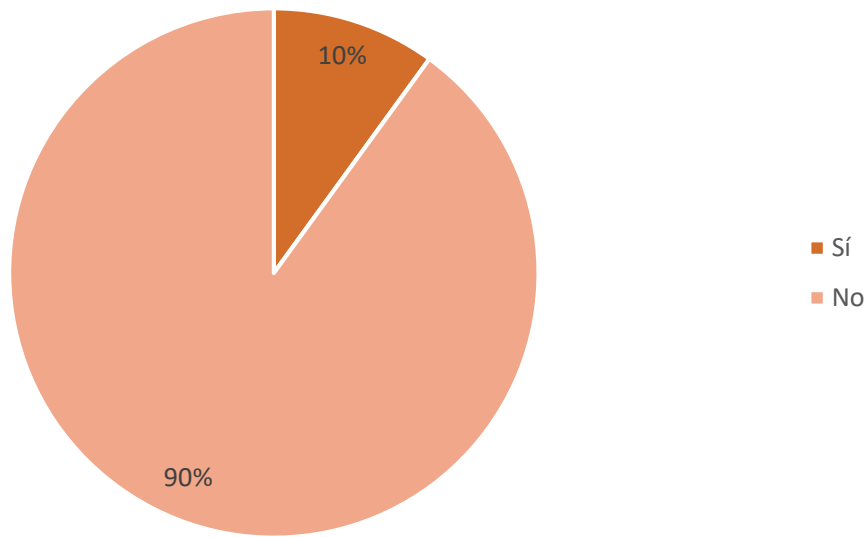


Figura N° 27 Distribución porcentual de participantes según abandono del tratamiento para la hipertensión arterial si se sienten bien. Gran Área Metropolitana, 2017. Fuente: Elaboración propia, 2017.

90 %(18) no dejan de tomar su medicamento cuando se sienten bien y el 10 %(2) sí deja de tomarlos cuando se sienten bien.

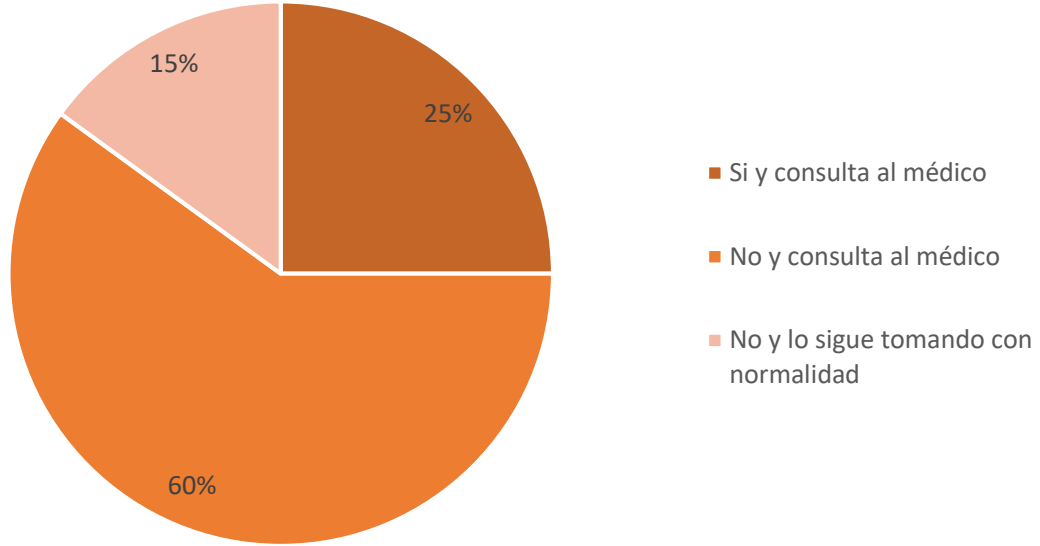


Figura N° 28 Distribución porcentual de participantes según abandono del tratamiento para la hipertensión arterial porque este no sea tolerado. Gran Área Metropolitana, 2017.

60 %(12) no dejan de tomar y consulta al médico, 25 %(5) sí dejan de tomar y consulta al médico y el 15 %(3) no deja de tomarlo y lo sigue tomando con normalidad.

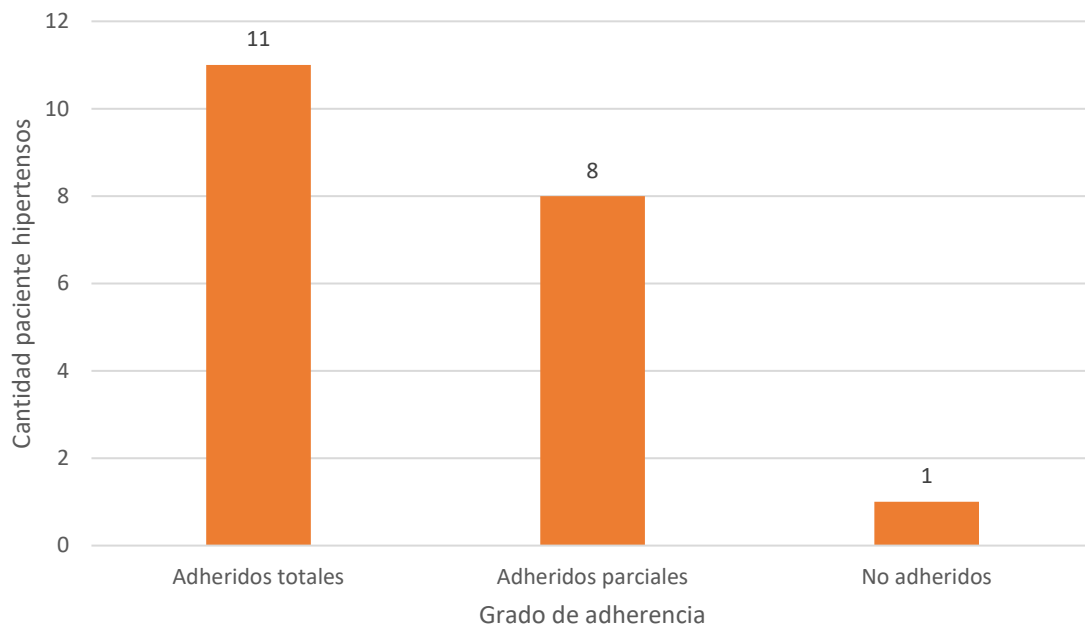
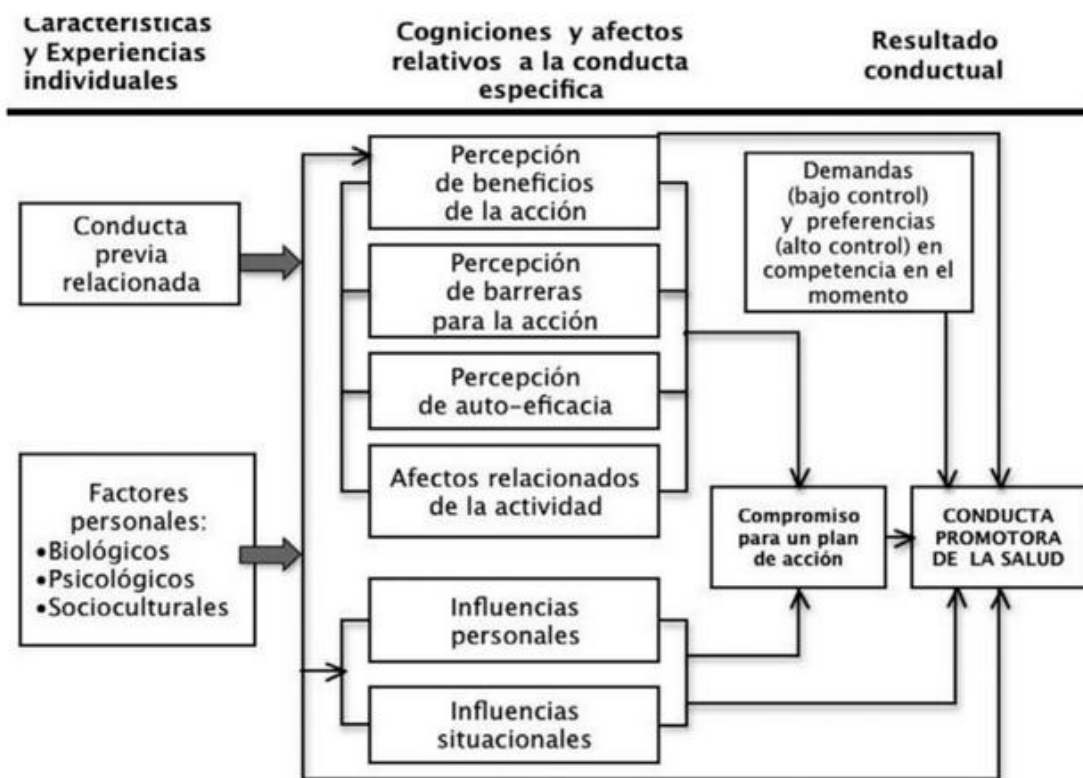


Figura N° 29 Distribución porcentual de participantes según grado de adherencia al tratamiento terapéutico. Gran Área Metropolitana, 2017. Fuente: Elaboración propia, 2017.

55 % (11) personas tienen un grado de adherencia total lo que equivale al 55 % de la población, 40 % (8) personas tienen un grado de adherencia parcial lo que equivale al 40 % de la población y 5 % (1) personas no tienen ningún grado de adherencia al tratamiento.

Anexo N° 11: Diagrama del Modelo de Promoción Salud de Pender

Figura 1. Tomado de: modelo de promoción de la salud de Pender1996. en: CID PH, Merino JE, Stieповich JB21



Fuente: modelos de promoción de la salud de J. Pender. Extraído de <http://www.scielo.cl/pdf/rme/v134n12/art01.pdf>

Anexo N° 12: Cuestionario MBG (Martin- Bayarre- Grau)

A) Según su criterio asigne el siguiente puntaje evaluativo a cada uno:

Mucho: 3

Poco: 2

Nada: 1

Ítems del cuestionario	Razonable	Discrimina variaciones	Justificable	Claramente definido	Datos factibles
1. Toma los medicamentos en el horario establecido					
2. Se toma todas las dosis indicadas					
3. Cumple las indicaciones relacionadas con la dieta					
4. Realiza los ejercicios físicos indicados					
5. Asiste a las consultas de seguimiento programadas.					
6. Acomoda sus horarios de medicación, a las actividades de su vida diaria					
7. Utiliza recordatorios que faciliten la realización del tratamiento					
8. Puede cumplir el tratamiento sin supervisión de su familia o amigos					
9. Puede llevar a cabo el tratamiento sin realizar grandes esfuerzos					
10. Usted y su médico, deciden de manera conjunta, el tratamiento a seguir					
11. Usted y su médico conversan acerca de cómo cumplir el tratamiento					
12. Tuvo la posibilidad de manifestar la aceptación del					

Fuente: revista cubana de salud pública, 2008. Extraído de:

http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0864-34662008000100012

