

# UNIVERSIDAD DE HUANUCO

## ESCUELA DE POSGRADO

PROGRAMA ACADÉMICO DE MAESTRÍA EN CIENCIAS DE LA  
SALUD, CON MENCIÓN EN SALUD PÚBLICA Y DOCENCIA  
UNIVERSITARIA



## TESIS

---

**“Adherencia terapéutica y estilos de vida en pacientes hipertensos  
usuarios de la red asistencial de EsSalud de Huánuco”**

---

PARA OPTAR EL GRADO ACADÉMICO DE MAESTRO EN CIENCIAS  
DE LA SALUD, CON MENCIÓN EN SALUD PÚBLICA Y DOCENCIA  
UNIVERSITARIA

AUTOR: Barrueta Santillan, David Anibal

ASESORA: Ruiz Aquino, Mely Meleni

HUÁNUCO – PERÚ

2023

# U

### TIPO DEL TRABAJO DE INVESTIGACIÓN:

- Tesis ( X )
- Trabajo de Suficiencia Profesional ( )
- Trabajo de Investigación ( )
- Trabajo Académico ( )

**LÍNEAS DE INVESTIGACIÓN:** Salud pública  
**AÑO DE LA LÍNEA DE INVESTIGACIÓN** (2018-2019)

### CAMPO DE CONOCIMIENTO OCDE:

**Área:** Ciencias médicas, Ciencias de la salud

**Sub área:** Ciencias de la salud

**Disciplina:** Salud pública, Salud ambiental

### DATOS DEL PROGRAMA:

Nombre del Grado/Título a recibir: Maestro en ciencias de la salud, con mención en salud pública y docencia universitaria

Código del Programa: P21

Tipo de Financiamiento:

- Propio ( X )
- UDH ( )
- Fondos Concursables ( )

# D

### DATOS DEL AUTOR:

Documento Nacional de Identidad (DNI): 22416110

### DATOS DEL ASESOR:

Documento Nacional de Identidad (DNI): 42382901

Grado/Título: Maestra salud pública y gestión sanitaria

Código ORCID: 0000-0002-8340-7898

### DATOS DE LOS JURADOS:

N°	APELLIDOS Y NOMBRES	GRADO	DNI	Código ORCID
1	Leiva Yaro, Amalia Verónica	Doctora en ciencias de la salud	19834199	0000-0001-9810-207X
2	Rodriguez De Lombardi, Gladys Liliana	Doctora en ciencias de la salud	22404125	0000-0002-4021-2361
3	Jara Claudio, Edith Cristina	Doctor en ciencias de la educación	22419984	0000-0002-3671-3374

# H

## ACTA DE SUSTENTACIÓN DEL GRADO DE MAESTRIA EN CIENCIAS DE LA SALUD

En la ciudad de Huánuco, siendo las 15:30 horas del día 18 del mes de Diciembre del año 2023, en cumplimiento de lo señalado en el Reglamento de Grados y Títulos de la Universidad de Huánuco, se reunieron la sustentante y el Jurado Calificador de manera presencial integrado por los docentes:

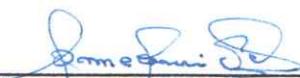
Dra. Amalia LEIVA YARO  
Dra. Gladys Liliana RODRIGUEZ DE LOMBARDI  
Dra. Edith JARA CLAUDIO

Nombrados mediante resolución N° 701-2023-D-EPG-UDH de fecha 18 de diciembre del 2023; para evaluar la tesis intitulada "**ADHERENCIA TERAPEUTICA Y ESTILOS DE VIDA EN PACIENTES HIPERTENSOS USUARIOS DE LA RED ASISTENCIAL DE ESSALUD DE HUÁNUCO**". Presentado por el Bach. **David Aníbal BARRUETA SANTILLAN**, para optar el grado de **Maestra en Ciencias de la Salud con mención en Salud Pública y Docencia Universitaria**.

Dicho acto de sustentación se desarrolla en dos etapas: exposición y absolución de preguntas procediéndose luego a la evaluación por parte de los miembros de jurado.

Habiéndose absuelto las objeciones que le fueron formuladas por los miembros del jurado y de conformidad con las respectivas disposiciones reglamentarias procedieron a deliberar y calificar, declarándolo APROBADO por UNANIMIDAD con calificativo cuantitativo de 16 y cualitativo de BUEVO.

Siendo las 19:00 horas del día lunes 18 del mes de diciembre del año 2023, los miembros del jurado calificador firman la presente acta en señal de conformidad.



Dr. Amalia LEIVA YARO

DNI: 19834199

Código ORCID: 0000-0001-6076-0413

**PRESIDENTA**



Dra. Gladys Liliana RODRIGUEZ DE LOMBARDI

DNI: 22404125

Código ORCID: 0000-0002-4021-2061

**SECRETARIA**



Dra. Edith JARA CLAUDIO

DNI: 22419984

Código ORCID: 0000-0002-3671-3374

**VOCAL**



## UNIVERSIDAD DE HUÁNUCO

### CONSTANCIA DE ORIGINALIDAD

El comité de integridad científica, realizó la revisión del trabajo de investigación del estudiante: DAVID ANÍBAL BARRUETA SANTILLAN, de la investigación titulada “Adherencia terapéutica y estilos de vida en pacientes hipertensos usuarios de la Red Asistencial de EsSalud de Huánuco”, con asesor(a) MELY RUIZ AQUINO, designado(a) mediante documento: RESOLUCIÓN N° 683-2019-D-EPG-UDH del P. A. de la MAESTRÍA EN CIENCIAS DE LA SALUD CON MENCIÓN EN SALUD PÚBLICA Y DOCENCIA UNIVERSITARIA.

Puede constar que la misma tiene un índice de similitud del 19 % verificable en el reporte final del análisis de originalidad mediante el Software Turnitin.

Por lo que concluyo que cada una de las coincidencias detectadas no constituyen plagio y cumple con todas las normas de la Universidad de Huánuco.

Se expide la presente, a solicitud del interesado para los fines que estime conveniente.

Huánuco, 30 de octubre de 2024



RICHARD J. SOLIS TOLEDO  
D.N.I.: 47074047  
cod. ORCID: 0000-0002-7629-6421



FERNANDO F. SILVERIO BRAVO  
D.N.I.: 40618286  
cod. ORCID: 0009-0008-6777-3370

# David Barrueta Santilla.docx

## INFORME DE ORIGINALIDAD

19%

INDICE DE SIMILITUD

20%

FUENTES DE INTERNET

6%

PUBLICACIONES

5%

TRABAJOS DEL  
ESTUDIANTE

## FUENTES PRIMARIAS

1

[repositorio.udh.edu.pe](https://repositorio.udh.edu.pe)

Fuente de Internet

5%

2

[www.udh.edu.pe](http://www.udh.edu.pe)

Fuente de Internet

3%

3

[hdl.handle.net](http://hdl.handle.net)

Fuente de Internet

2%

4

[repositorio.uwiener.edu.pe](https://repositorio.uwiener.edu.pe)

Fuente de Internet

1%

5

[dspace.ueb.edu.ec](https://dspace.ueb.edu.ec)

Fuente de Internet

1%



RICHARD J. SOLIS TOLEDO

D.N.I.: 47074047

cod. ORCID: 0000-0002-7629-6421



FERNANDO F. SILVERIO BRAVO

D.N.I.: 40618286

cod. ORCID: 0009-0008-6777-3370

## **DEDICATORIA**

Al señor, todo poderoso, que nos guía cada día.

A mi familia, que son el motor y motivo de mi superación personal y profesional.

## **AGRADECIMIENTOS**

A la Universidad de Huánuco, por darnos la oportunidad de un crecimiento profesional.

A la muestra que participó de este estudio.

A todos muchas gracias.

# ÍNDICE

DEDICATORIA .....	II
AGRADECIMIENTOS.....	III
ÍNDICE.....	IV
ÍNDICE DE TABLAS.....	VII
RESUMEN.....	IX
ABSTRACT.....	X
INTRODUCCIÓN.....	XI
CAPITULO I.....	12
PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA.....	12
1.1. DESCRIPCIÓN DEL PROBLEMA.....	12
1.2. FORMULACIÓN DEL PROBLEMA.....	17
1.2.1. PROBLEMA GENERAL.....	17
1.2.2. PROBLEMAS ESPECÍFICOS.....	17
1.3. OBJETIVOS.....	17
1.3.1. OBJETIVO GENERAL.....	17
1.3.2. OBJETIVOS ESPECÍFICOS.....	17
1.4. TRASCENDENCIA DE LA INVESTIGACIÓN.....	18
1.4.1. TRASCENDENCIA TEÓRICA.....	18
1.4.2. TRASCENDENCIA PRÁCTICA.....	18
1.4.3. TRASCENDENCIA SOCIAL.....	19
CAPITULO II.....	20
MARCO TEÓRICO.....	20
2.1. ANTECEDENTES DE INVESTIGACIÓN.....	20
2.1.1. ANTECEDENTES INTERNACIONALES.....	20
2.1.2. ANTECEDENTES NACIONALES.....	22
2.1.3. ANTECEDENTES LOCALES.....	24
2.2. BASES TEÓRICAS.....	25
2.2.1. MODELO DE PROMOCIÓN DE LA SALUD.....	25
2.2.2. MODELO DEL AUTOCUIDADO DE LA SALUD.....	26
2.3. DEFINICIONES CONCEPTUALES.....	28
2.3.1. HIPERTENSIÓN ARTERIAL.....	28
2.3.2. CUADRO CLÍNICO.....	29

2.3.3.	DIAGNOSTICO .....	30
2.3.4.	TRATAMIENTO.....	30
2.3.5.	ADHERENCIA AL TRATAMIENTO.....	32
2.3.6.	DIMENSIONES DE LA ADHERENCIA .....	32
2.3.7.	ESTILO DE VIDA .....	33
2.3.8.	DIMENSIONES DE LOS ESTILOS DE VIDA.....	33
2.4.	SISTEMA DE HIPÓTESIS .....	35
2.4.1.	HIPÓTESIS GENERAL .....	35
2.4.2.	HIPÓTESIS ESPECIFICAS .....	36
2.5.	SISTEMA DE VARIABLES E INDICADORES .....	36
2.5.1.	VARIABLE INDEPENDIENTE.....	36
2.5.2.	VARIABLE DEPENDIENTE .....	36
2.6.	OPERACIONALIZACIÓN DE VARIABLES.....	36
CAPITULO III .....		38
MARCO METODOLÓGICO .....		38
3.1.	TIPO DE ESTUDIO.....	38
3.1.1.	ENFOQUE .....	38
3.1.2.	ALCANCE .....	38
3.1.3.	DISEÑO .....	38
3.2.	POBLACIÓN Y MUESTRA .....	39
3.2.1.	POBLACIÓN .....	39
3.2.2.	MUESTRA.....	39
3.3.	TÉCNICAS E INSTRUMENTOS DE RECOLECCIÓN DE DATOS .....	40
3.4.	TÉCNICAS PARA EL PROCEDIMIENTO Y ANÁLISIS DE LA INFORMACIÓN .....	42
3.5.	ASPECTOS ÉTICOS.....	43
3.6.	ANÁLISIS Y DATOS.....	43
CAPITULO IV.....		44
RESULTADOS.....		44
4.1.	ANÁLISIS DESCRIPTIVO .....	44
4.2.	ANÁLISIS INFERENCIAL .....	60
CAPITULO V.....		64
DISCUSIÓN.....		64

CONCLUSIONES .....	69
RECOMENDACIONES.....	70
REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS.....	73
ANEXOS.....	82

## ÍNDICE DE TABLAS

Tabla 1. Características sociodemográficas de los pacientes hipertensos, usuarios de la Red Asistencial de EsSalud de Huánuco; 2020. ....	44
Tabla 2. Características familiares de los pacientes hipertensos, usuarios de la Red Asistencial de EsSalud de Huánuco; 2020 .....	45
Tabla 3. Características de la enfermedad de los pacientes hipertensos, usuarios de la Red Asistencial de EsSalud de Huánuco; 2020 .....	46
Tabla 4. Características del tratamiento de los pacientes hipertensos, usuarios de la Red Asistencial de EsSalud de Huánuco; 2020 .....	47
Tabla 5. Hábitos alimenticios en el estilo de vida de los pacientes hipertensos, usuarios de la Red Asistencial de EsSalud de Huánuco; 2020	48
Tabla 6. Actividad física en el estilo de vida de los pacientes hipertensos, usuarios de la Red Asistencial de EsSalud de Huánuco; 2020 .....	49
Tabla 7. Consumo de sustancias psicoactivas en el estilo de vida de los pacientes hipertensos, usuarios de la Red Asistencial de EsSalud de Huánuco; 2020.....	50
Tabla 8. Cuidado de la salud en el estilo de vida de los pacientes hipertensos, usuarios de la Red Asistencial de EsSalud de Huánuco; 2020	51
Tabla 9. Manejo del estrés en el estilo de vida de los pacientes hipertensos, usuarios de la Red Asistencial de EsSalud de Huánuco; 2020 .....	52
Tabla 10. Descripción de las dimensiones del estilo de vida de los pacientes hipertensos, usuarios de la Red Asistencial de EsSalud de Huánuco; 2020	53
Tabla 11. Nivel del estilo de vida de los pacientes hipertensos, usuarios de la Red Asistencial de EsSalud de Huánuco; 2020.....	54
Tabla 12. Control sobre el tratamiento en la adherencia terapéutica de los pacientes hipertensos, usuarios de la Red Asistencial de EsSalud de Huánuco; 2020.....	55
Tabla 13. Seguimiento médico conductual en la adherencia terapéutica de los pacientes hipertensos, usuarios de la Red Asistencial de EsSalud de Huánuco; 2020.....	56
Tabla 14. Autoeficacia en la adherencia terapéutica de los pacientes hipertensos, usuarios de la Red Asistencial de EsSalud de Huánuco; 2020	57
Tabla 15. Descripción de las dimensiones de la adherencia terapéutica de	

los pacientes hipertensos, usuarios de la Red Asistencial de EsSalud de Huánuco; 2020.....	58
Tabla 16. Estado de la adherencia terapéutica de los pacientes hipertensos, usuarios de la Red Asistencial de EsSalud de Huánuco; 2020 .....	59
Tabla 17. Relación entre la adherencia terapéutica y el estilo de vida en pacientes hipertensos, usuarios de la Red Asistencial de EsSalud de Huánuco; 2020.....	60
Tabla 18. Relación entre la adherencia terapéutica en la dimensión control sobre el tratamiento y el estilo de vida en pacientes hipertensos, usuarios de la Red Asistencial de EsSalud de Huánuco; 2020 .....	61
Tabla 19. Relación entre la adherencia terapéutica en la dimensión seguimiento médico y el estilo de vida en pacientes hipertensos, usuarios de la Red Asistencial de EsSalud de Huánuco; 2020 .....	62
Tabla 20. Relación entre la adherencia terapéutica en la dimensión autoeficacia y el estilo de vida en pacientes hipertensos, usuarios de la Red Asistencial de EsSalud de Huánuco; 2020 .....	63

## RESUMEN

**Objetivo.** Determinar la relación entre la adherencia terapéutica y los estilos de vida en pacientes hipertensos usuarios de la Red Asistencial de EsSalud de Huánuco, 2020.

**Métodos.** El enfoque del estudio fue cuantitativo, de tipo analítico, observacional y transversal. El diseño aplicado fue el correlacional. La población fueron 451 pacientes hipertensos de los cuales la muestra seleccionado fue 207. El muestro fue el probabilístico. La aplico dos escalas de estilo de vida y de adherencia terapéutica. El análisis inferencial se desarrolló aplicando la prueba Tau b de kendall, considerándose un p valor menor 0, 005.

**Resultados.** El 38,6% (80) de los pacientes hipertensos evidenció un estilo de vida fue no saludable. El 61,4% (127) tuvieron una alta adherencia al tratamiento antipertensivo. Al relacionar la adherencia terapéutica y el estilo de vida en pacientes hipertensos, se halló relación significativa [Tau b de kendall= 0,718 y p = 0,000], entre dichas variables, del mismo modo, se halló relación entre la adherencia terapéutica en la dimensión control, el seguimiento médico y la dimensión autoeficacia con el estilo de vida en pacientes hipertensos. **Conclusiones.** Se determinó que existe relación entre la adherencia terapéutica y los estilos de vida en pacientes hipertensos en estudio.

**Palabras claves:** estilo de vida, salud, adherencia, hipertensión, adultos mayores, vida saludable.

## ABSTRACT

**Objective.** Aim. To determine the relationship between therapeutic adherence and lifestyles in hypertensive patients using the EsSalud Assistance Network of Huánuco, 2020.

**methods.** The focus of the study was quantitative, analytical, observational and cross-sectional. The applied design was the correlational one. The population was 451 hypertensive patients of which the selected sample was 207. The sample was probabilistic. I apply two scales of lifestyle and therapeutic adherence. The inferential analysis was carried out applying the Kendall Tau b test, considering a p value less than 0.005.

**Results.** 38.6% (80) of the hypertensive patients showed an unhealthy lifestyle. 61.4% (127) had high adherence to antipertensive treatment. When relating therapeutic adherence and lifestyle in hypertensive patients, a significant relationship was found [Kendall's Tau b= 0.718 and p = 0.000], between said variables, in the same way, a relationship was found between therapeutic adherence in the control dimension, medical follow-up and the dimension of self-efficacy with lifestyle in hypertensive patients. conclusions. It was determined that there is a relationship between therapeutic adherence and lifestyles in hypertensive patients under study.

**Keywords:** lifestyle, health, adherence, hypertension, older adults, healthy life.

## INTRODUCCIÓN

La adherencia a los tratamientos prescritos y la adopción de hábitos de vida saludables son componentes fundamentales en la gestión efectiva de la hipertensión. Estos dos aspectos, la adherencia terapéutica y el mantenimiento de un estilo de vida saludable, se consideran mutuamente dependientes para lograr resultados óptimos en el control de la hipertensión. No se trata solo de tomar los medicamentos prescritos, sino también de integrar ajustes sostenibles en el estilo de vida que respalden la salud cardiovascular en general. Esto implica un compromiso activo con los proveedores de atención médica, asegurando que el plan de tratamiento se siga rigurosamente y realizando mejoras continuas en el estilo de vida, como cambios en la dieta, actividad física regular y manejo del estrés. Estos ajustes deben mantenerse a largo plazo para tener un impacto duradero en los niveles de presión arterial, lo que, en última instancia, reduce la probabilidad de complicaciones derivadas de la hipertensión, como enfermedades cardíacas o accidentes cerebrovasculares.

La colaboración con los profesionales de la salud es esencial en este proceso, ya que brindan la orientación necesaria para enfrentar las complejidades de manejar una condición crónica como la hipertensión. Se alienta a los pacientes a ver esto como un viaje continuo, en el cual los medicamentos y las modificaciones del estilo de vida trabajan en conjunto para crear un enfoque integral hacia la salud. En el contexto de este estudio, la investigación se ha dividido en varios apartados centrales, comenzando con una clara articulación del problema, seguida de una exploración de los fundamentos teóricos relevantes que informan sobre la cuestión. Se han diseñado enfoques metodológicos cuidadosamente para recopilar datos significativos, que luego se analizan y discuten en la sección de resultados. La discusión profundiza en los hallazgos para ofrecer perspectivas más amplias, y finalmente, el estudio incluye un segmento dedicado a extraer conclusiones y ofrecer recomendaciones que podrían influir en futuras prácticas y políticas de salud.

# CAPITULO I

## PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

### 1.1. DESCRIPCIÓN DEL PROBLEMA

La hipertensión arterial (HTA), es una enfermedad que mantiene los vasos sanguíneos bajo alta tensión, lo que puede conducir a la destrucción de los vasos sanguíneos. Por su prevalencia, es un conocido problema de salud pública que causa discapacidad y muerte; y es la principal causa de consulta en los servicios médicos (1).

La HTA hoy en día, es uno de los problemas de salud pública más graves del mundo, que causa discapacidades graves y muerte. El tratamiento actual se basa en un adecuado control de la presión arterial utilizando fármacos seguros y eficaces (2).

Según el Ministerio de Salud (MINSA), la hipertensión arterial puede ocurrir en cualquier persona a cualquier edad. Pero los hombres tienen un mayor riesgo de contraer la enfermedad (3). El bajo nivel de adherencia al tratamiento en enfermedades crónicas como la hipertensión arterial, es un problema potencial en nuestro país y a nivel de Huánuco. Aunque la educación para la salud se ha utilizado en diferentes niveles de atención para mejorar la adherencia a la medicación y promover hábitos saludables, no hay evidencia de que sea efectiva, especialmente en pacientes hipertensos que tienen dificultad para cambiar los hábitos higiénico-dietéticos (4).

La falta de adherencia del tratamiento en los pacientes con hipertensión, este es un problema global real y continuo que causa una morbilidad y mortalidad increíblemente elevado debido a enfermedades crónicas (2).

Tal como señala Pacherre (5), la adherencia al tratamiento antihipertensivo es primordial para que el paciente logre sostener y continuar con el tratamiento así este modo adquiera cambios importantes en su

conducta que favorezcan su vida. El tratamiento y el control de la hipertensión han mejorado en los últimos años, pero siguen siendo inadecuados y significativamente por debajo del promedio en los países de ingresos altos y otros países de América Latina. Según la información disponible, la adherencia al tratamiento de la hipertensión también es deficiente (6).

Tal como lo explican González, et al., (7) la HTA tiene relación directa con los estilos de vida, incluida la dieta, la actividad física y los hábitos tóxicos, ya que juegan un papel importante en la salud humana. Si no son los adecuados, son factores de riesgo de enfermedades cardiovasculares, así como de trastornos endocrinos como la diabetes y la obesidad.

Según el Ministerio de Salud (MINSA) actualmente, uno de cada cinco adultos tiene presión arterial alta y las complicaciones son una de las principales causas de muerte de quienes padecen esta enfermedad (3). De acuerdo con un estudio que investiga a cuatro países de Sudamérica, (Argentina, Chile, Colombia y Brasil), actualmente la mitad de la población adulta con hipertensión sabe que tiene hipertensión, lo que resulta en bajas tasas de control poblacional, y solo una pequeña proporción de adultos con hipertensión tiene su presión arterial bajo control en estos cuatro países (8).

En los países de bajos ingresos, varios factores contribuyen al aumento de la prevalencia de la hipertensión (HTA). Entre los más significativos se encuentran los adultos mayores de 65 años, las personas con poca o ninguna educación formal, aquellos con sobrepeso u obesidad, los habitantes de áreas urbanas, los hombres y las personas que consumen alcohol regularmente. Estos factores de riesgo se combinan para aumentar la probabilidad de desarrollar hipertensión, lo que resalta la necesidad de intervenciones de salud dirigidas a estas poblaciones.

Existen varios factores de riesgo asociados a la prevalencia de HTA en países de bajos ingresos, entre ellos la edad mayor de 65 años, la falta de educación, el sobrepeso, la obesidad, la población urbana, el género y el consumo de alcohol (6).

En cuanto a la magnitud del problema que se está investigando, una investigación realizada en Cuba en 2017 reveló que la mayoría de los pacientes mostraba solo una adherencia parcial a sus tratamientos antihipertensivos prescritos. Este hallazgo resalta los desafíos persistentes en el manejo de la hipertensión en la población estudiada, ya que solo el 18,5% de los pacientes cumplía completamente con sus regímenes de tratamiento. Estos resultados subrayan la necesidad de estrategias más efectivas para mejorar la adherencia al tratamiento y lograr un mejor control de la hipertensión.

En cuanto a la medición de los problemas de investigación en Cuba en 2017, mostraron el valor de mantener un poco el tratamiento, lo que permitió constatar que el problema persistía en los pacientes estudiados con tratamiento antihipertensivo, el (18,5%) de los pacientes estudiados se adhieren en su totalidad al tratamiento preinscrito por el medico (9).

En Paraguay, en 2015 se informó una alta tasa de pacientes no tratados, con un 50 % de pacientes hipertensos que no recibieron tratamiento (10). En México, en el 2016, encontraron que casi el 50% de las personas con presión arterial alta no reciben el tratamiento adecuado y desarrollan síntomas alarmantes que aumentan el riesgo de discapacidad o complicaciones y muerte prematura por la enfermedad (11).

A nivel del Perú, según el Instituto Nacional de Estadística e informática (INEI), la hipertensión arterial afecta al 18,6% de la población de 15 años a más. En 2017, la prevalencia de hipertensión arterial en la población de 15 años a más se distribuyó en las provincias de Lima (22,4%), Provincia Constitucional del Callao (20,6%) y Tacna (20,6%). 20.3%) evidenciaron tener la mayor proporción de personas con hipertensión arterial (12).

Según la Encuesta Demográfica y de Salud Familiar (ENDES) 2015 en el Perú, la frecuencia de hipertensión durante el consumo de drogas fue del 12,3%, pero aproximadamente más del 18% de los pacientes hipertensos, lo que significa que sólo el 25% de los hipertensos tenían controlada la presión arterial, mientras que el 75% restante no (3). Un informe de ENDES de 2016

en Perú encontró que 4 millones de personas de 15 años o más tienen presión arterial alta, lo que representa el 17,6% de la población (13).

A nivel local de Huánuco, realizaron un estudio donde se observó que en el programa de hipertensión del CAP UNHEVAL– EsSalud durante el periodo marzo 2015 – marzo 2017, los pacientes con hipertensión inadecuadamente controlada representaron el 14,3% del total de hipertensos atendidos, por lo que también hubo un mes en el que se registró el 28,3% (diciembre de 2015), que es una tasa muy alta; el mínimo fue del 7,1 % (marzo de 2016) (14).

La HTA es un padecimiento crónico generado por múltiples factores como el alto consumo de sodio, el envejecimiento, el tabaquismo, la falta de ejercicio, la obesidad e incluida la diabetes (15).

Del mismo modo; la HTA es una enfermedad cardíaca, que viene siendo la principal causa de muerte en el mundo. Esto es importante por el riesgo de enfermedad cardíaca, que se considera un problema de salud pública (16).

Los efectos de la presión arterial alta en la salud pueden verse exacerbados por otros factores, lo que aumenta el riesgo de enfermedad cardíaca, accidente cerebrovascular, insuficiencia renal o daño ocular. Puede provocar aterosclerosis, en la que se acumula placa y bloquea los vasos sanguíneos; Este estrechamiento empeora la presión arterial y causa daño a algunos órganos (3).

Según la Organización Mundial de la Salud (OMS), la presión arterial alta puede hacer que el corazón se agrande y eventualmente cause insuficiencia cardíaca. Los vasos sanguíneos pueden volverse débiles y frágiles, lo que puede obstruirlos y romperlos. La presión arterial alta puede causar coágulos de sangre en el cerebro, lo que puede provocar un accidente cerebrovascular (17).

Así mismo la Organización Panamericana de la Salud (OPS) refiere que la presión arterial alta es un factor de riesgo de cardiopatía isquémica y

accidente cerebrovascular, dijeron. También dijo que algunas complicaciones de la hipertensión arterial son el infarto, el infarto de miocardio y la arritmia (18).

Según la problemática expuesta, es importante entender la importancia del número de personas con hipertensión arterial, así como los beneficios del control médico y estadístico, que finalmente repercuten en la vida de muchas personas. Es muy importante que una persona con presión arterial alta tenga un conocimiento amplio de la enfermedad y sus factores de riesgo, que muchas personas desconocen, especialmente en las primeras etapas (4).

Existe evidencia científica de que las intervenciones de enfermería pueden ayudar a disminuir la presión arterial y mejorar la adherencia a la medicación. En este punto, promover un estilo de vida saludable ayuda a prevenir enfermedades y a llevar una vida mejor. Ayuda a prevenir muchas enfermedades no solo con presión arterial alta (3).

En la práctica, los resultados destacan la necesidad de que el personal de enfermería fortalezca sus competencias como educadores en salud. También es importante individualizar las intervenciones educativas, ya que las motivaciones, sensibilidades y habilidades de cada paciente son únicas, por lo que una sesión de capacitación no sirve para todos. La ayuda psicológica es necesaria para los pacientes con problemas; más allá del conocimiento adquirido, porque necesitan cambiar su percepción de la "vida" (4).

Es necesario repensar la ciencia médica y otras ciencias en torno a la necesidad de educar a las personas con enfermedades graves para que desarrollen buenos hábitos que promuevan la atención y el tratamiento. A pesar de mucha discusión y popularidad en la ciencia, no se puede aprender en el hogar, la escuela o el lugar de trabajo y, como han demostrado la ciencia y la salud, es una enfermedad grave.

## **1.2. FORMULACIÓN DEL PROBLEMA**

### **1.2.1. PROBLEMA GENERAL**

¿La adherencia terapéutica tendrá relación con el estilo de vida en pacientes hipertensos usuarios de la Red Asistencial de EsSalud de Huánuco, en el 2020?

### **1.2.2. PROBLEMAS ESPECÍFICOS**

1. ¿Cuál es el nivel de la adherencia terapéutica frente al tratamiento de pacientes hipertensos usuarios de la Red Asistencial de EsSalud de Huánuco, 2020?
2. ¿Qué tipo de estilos de vida tienen los pacientes hipertensos usuarios de la Red Asistencial de EsSalud de Huánuco, 2020?
3. ¿La adherencia terapéutica en la dimensión control sobre el tratamiento tendrá relación entre los estilos de vida en pacientes hipertensos en estudio?
4. ¿La adherencia terapéutica en la dimensión seguimiento médico control tendrá relación con los estilos de vida en pacientes hipertensos en estudio?
5. ¿La adherencia terapéutica en la autoeficacia tendrá relación con los estilos de vida en pacientes hipertensos en estudio?

## **1.3. OBJETIVOS**

### **1.3.1. OBJETIVO GENERAL**

Determinar la relación entre la adherencia terapéutica y los estilos de vida en pacientes hipertensos usuarios de la Red Asistencial de EsSalud de Huánuco, 2020.

### **1.3.2. OBJETIVOS ESPECÍFICOS**

1. Valorar la adherencia terapéutica frente al tratamiento de pacientes hipertensos en estudio.

2. Identificar los estilos de vida en pacientes hipertensos en estudio.
3. Identificar la relación entre la adherencia terapéutica en la dimensión control sobre el tratamiento y los estilos de vida en pacientes hipertensos en estudio.
4. Analizar la relación entre la adherencia terapéutica en la dimensión seguimiento médico control y los estilos de vida en pacientes hipertensos en estudio.
5. Determinar la relación entre la adherencia terapéutica en la autoeficacia y los estilos de vida en pacientes hipertensos en estudio.

#### **1.4. TRASCENDENCIA DE LA INVESTIGACIÓN**

##### **1.4.1. TRASCENDENCIA TEÓRICA**

Este estudio es relevante ya que la HTA a nivel mundial y nacional tiene alta prevalencia e incidencia de la HTA, afectando a la población adulta de entre 40 a 60 años por ello amerita estudiar la adherencia terapéutica ya que es un problema de salud pública.

Es también importante estudiar el estilo de vida de cada paciente ya que esto ayudará a reducir las posibilidades de contraer la HTA, algún tipo de enfermedad coronaria, reducirá los niveles de azúcar y prevendrá una enfermedad degenerativa.

El análisis del control de la hipertensión y los estilos de vida, ayudará a buscar estrategias para la prevención y el control de la Hipertensión Arterial.

##### **1.4.2. TRASCENDENCIA PRÁCTICA**

Este estudio pertenece a la Línea de investigación: de promoción de la salud y prevención de las enfermedades; para poder prevenir la hipertensión arterial, los hábitos saludables nos pueden ayudar en gran

medida.

De igual modo la persona que padece esta enfermedad debe de adoptar estilos de vida saludable ya que esto ayudará a prevenir tanto la incidencia de la HTA.

Asimismo, el consumir alimentos saludables, hacer ejercicios, no fumar entre otros y que constantemente practiquen estos hábitos saludables pueden prevenir o retrasar la aparición de HTA, y cuantos más cambios de estilo de vida haga, más probabilidades tendrá de bajar su presión arterial para evitar los problemas de salud que conducen a la enfermedad.

#### **1.4.3. TRASCENDENCIA SOCIAL**

De manera general un control integral se dirige a toda la población, buscando dar respuesta a las necesidades de los grupos en riesgo (población adulta).

Se espera que los datos obtenidos en este estudio sirvan de base para futuras investigaciones sobre este tema, especialmente en nuestra población; el objetivo de los resultados es generalizar la información obtenida para desarrollar estrategias con un enfoque facilitador de la prevención.

El conocimiento sobre el control de la hipertensión y los estilos de vida saludable en nuestro medio, facilitará la prevención de complicaciones, y tratamiento oportuno, lo que mejorará el pronóstico y la sobrevida de los pacientes.

Además, Los resultados de este estudio pueden servir de referencia para futuras investigaciones y ayudar a mejorar la calidad de vida de las personas.

## **CAPITULO II**

### **MARCO TEÓRICO**

#### **2.1. ANTECEDENTES DE INVESTIGACIÓN**

##### **2.1.1. ANTECEDENTES INTERNACIONALES**

En Cuba en el 2018 Morejón, Giraldoni, Rodríguez, Bernal, Espinosa, Silva, Pedro (19), desarrollaron un estudio denominado “Factores relacionados con el control de la HTA en Cienfuegos”; cuyo objetivo fue describir los factores relacionados con la evolución, detección y control de la HTA. Un estudio realizado con una muestra probabilística de 1,276 adultos de entre 25 y 74 años de la ciudad de Cienfuegos identificó varios factores clave que influyen en el manejo de la hipertensión (HTA). Estos factores incluyen la edad del paciente, la raza y una importante falta de seguimiento dentro de los servicios de salud para asegurar una adecuada detección y control de la enfermedad. Los hallazgos revelaron brechas significativas en el sistema de salud, especialmente en la identificación temprana de los casos, el seguimiento continuo de los pacientes y la gestión general del sistema, lo que dificulta el manejo efectivo de la hipertensión.

En Cuba, en el 2016, Pomares, et al., (9) desarrollaron un estudio descriptivo titulado “Adherencia terapéutica en pacientes con hipertensión arterial”, cuyo objetivo fue determinar el comportamiento de la adherencia terapéutica en pacientes con HTA. Este estudio comparó varios factores en el Área de Salud #2, Cecilio Ruíz de Zárate, en la provincia de Cienfuegos, realizado entre los meses de abril y mayo. Se utilizó un método de muestreo aleatorio simple, lo que dio como resultado una muestra de 27 pacientes. Los investigadores examinaron variables como la edad, el género, el nivel educativo, la ocupación, la duración de la enfermedad y la adherencia a las terapias prescritas. Utilizaron un cuestionario para evaluar qué tan bien seguían los pacientes sus planes de tratamiento, administrándolo de forma

individual a cada participante. Los resultados revelaron que la mayoría de los pacientes tenía más de 60 años, predominantemente mujeres, con un alto nivel educativo y profesionales. La mayoría había convivido con la enfermedad durante más de 10 años. Además, muchos participantes mostraron solo una adherencia parcial a sus tratamientos. El estudio concluyó que un bajo porcentaje de los pacientes seguía completamente las instrucciones médicas, lo que resalta los desafíos para lograr una adherencia completa al tratamiento.

En Cuba en el 2015 González, et al., (7) llevaron a cabo un estudio descriptivo de corte transversal denominado “Estilos de vida, hipertensión arterial y obesidad en adolescentes”; con el Objetivo de caracterizar los estilos de vida, e identificar la hipertensión arterial y el exceso de peso de los adolescentes del Reparto Antonio Guiterras, del municipio Habana del Este. La muestra fueron adolescentes de 10 a 17 años. El estudio observó a 276 adolescentes, con la mayoría en el rango de edad de 10 a 14 años (59,4%) y de piel blanca (60,9%), sin diferencias significativas entre varones y mujeres. De estos adolescentes, el 23,2% fue identificado como con sobrepeso u obesidad, el 2,9% fue diagnosticado con hipertensión, y el 14,5% fue clasificado como prehipertenso. Los datos revelaron una alta frecuencia de consumo diario de alimentos azucarados (72,8%) y fritos (43,5%), mientras que la ingesta de frutas y verduras fue notablemente baja. Además, el 34,4% de los adolescentes informó consumir alcohol, a menudo comenzando a una edad temprana, el 7,2% eran fumadores activos, y el 56,2% estaban expuestos al humo de segunda mano. Se observó una clara conexión entre los hábitos de fumar de los padres y sus hijos, lo que sugiere que el comportamiento de los padres influye significativamente en los hábitos de tabaquismo de los adolescentes.

En Ecuador en el 2014 Gordon y Gualotuña (20), realizaron un estudio transversal denominado “Hipertensión Arterial Relacionada con el Estilo de Vida en los pacientes que acuden al Centro de Salud Tipo A Pujilí”; cuyo objetivo fue determinar la relación de estilos de vida con la Hipertensión Arterial de los pacientes. El estudio incluyó a 50

pacientes diagnosticados con hipertensión, y los hallazgos proporcionaron una visión sobre la prevalencia de diversos factores relacionados. Entre los pacientes hipertensos, el 70% eran mujeres y el 76% pertenecía al grupo de adultos de mediana edad. Más de la mitad (56%) de los participantes fueron clasificados con sobrepeso, y el 50% informó realizar ejercicio físico solo de manera ocasional. Además, el 46% tenía una dieta rica en alimentos grasos, el 11.64% consumía alcohol con regularidad y el 30% eran fumadores. Una gran parte de los pacientes, el 72%, también sufría de insomnio, mientras que el 40% fue diagnosticado con hipertensión en estadio 1. Estos resultados resaltan características clave de estilo de vida y demográficas que pueden contribuir al manejo y los factores de riesgo asociados con la hipertensión.

### **2.1.2. ANTECEDENTES NACIONALES**

En Trujillo en el 2017 Antúnez (21), realizó un estudio descriptivo, correlacional y transversal titulado “estilos de vida y su relación con los niveles de tensión arterial en personas con diagnóstico de hipertensión arterial del hospital santa Isabel, el Porvenir”; cuyo objetivo fue determinar la relación entre los estilos de vida y los niveles de tensión arterial en personas con diagnóstico de Hipertensión Arterial. El estudio se centró en 70 pacientes hipertensos que participaban en controles regulares como parte del Programa del Adulto. Los hallazgos revelaron que el 85,7% de los pacientes mantenía un estilo de vida saludable, mientras que el 8,6% demostraba solo un estilo de vida promedio. Al analizar los niveles de tensión arterial, el 54,3% de los pacientes tenía lecturas de presión arterial normales, mientras que el 37,1% presentó presión arterial normal alta. Además, el 7,2% de los pacientes mostró hipertensión de grado I, y un pequeño porcentaje, el 1,4%, fue clasificado con hipertensión de grado II. Estos resultados subrayan la variabilidad en los hábitos de vida y el control de la presión arterial dentro de la población hipertensa.

En Sullana en el 2017 Reyes (22), realizó un estudio con el

enfoque cuantitativo descriptivo y de corte transversal titulado “Estilos de vida en pacientes con hipertensión arterial atendidos en Centro de Salud Villa Primavera, agosto-noviembre”, tuvo por objetivo determinar los estilos de vida en pacientes con hipertensión arterial. El estudio involucró a una muestra de 30 participantes. Los investigadores descubrieron que el 50% de los pacientes hipertensos mantenía un estilo de vida saludable, mientras que el 30% presentaba hábitos no saludables y el 20% tenía un estilo de vida que podría clasificarse como parcialmente saludable. Estos hallazgos indican una variabilidad significativa en las elecciones de estilo de vida entre los pacientes hipertensos examinados.

En Iquitos en el 2014 Napuchi (23), realizó un estudio de tipo descriptivo, no experimental, transversal, correlacional denominado “Estilos de vida y estado nutricional en pacientes con hipertensión arterial atendidos en el centro de salud Morona Cocha”, con el objetivo de determinar la relación que existe entre el estilo de vida y estado nutricional en pacientes con hipertensión arterial. El estudio incluyó un total de 130 pacientes, y los investigadores concluyeron que existe una correlación positiva entre la circunferencia de la cintura, el índice de masa corporal (IMC) y los niveles de triglicéridos y colesterol. Este hallazgo sugiere que, a medida que aumenta la circunferencia de la cintura, probablemente haya un aumento correspondiente en el IMC y en los niveles de triglicéridos y colesterol en el cuerpo, destacando la interconexión de estos indicadores de salud.

En Lima en el 2014 Cáceres (24) realizó un estudio de tipo descriptivo de corte transversal denominado “Estilos de vida en pacientes del programa de hipertensión arterial del Hospital I Carlos Alcántara Butterfield”; tuvo como objetivo determinar los estilos de vida de los pacientes del programa de Hipertensión arterial entre los meses Abril - Julio. El estudio involucró a una muestra de 45 pacientes inscritos en un programa de hipertensión. Los hallazgos revelaron que un significativo 71% de los pacientes informó participar en elecciones de estilo de vida no saludables, mientras que solo el 29% se adhirió a

prácticas más saludables. En términos de sus hábitos alimenticios, el 93% de los participantes consumió pollo tres veces por semana, el 80% bebió agua a diario y el 78% incorporó verduras en sus comidas diariamente. Sin embargo, solo el 62% comió frutas todos los días, y el 51% incluyó huevos en su dieta tres veces a la semana. Alarmantemente, el 93% informó agregar sal a más de tres comidas al día, y el 89% a menudo preparó platos guisados. En un aspecto más positivo, el 73% de los pacientes participó en actividades físicas y caminatas diarias, y el 71% se comprometió a caminar al menos 30 minutos cada día.

### **2.1.3. ANTECEDENTES LOCALES**

En Huánuco en el 2018 Huamán (25), realizó un estudio observacional, prospectivo, analítico titulado “Relación de la funcionalidad familiar y la adherencia terapéutica en pacientes con hipertensión arterial del hospital regional Hermilio Valdizán Medrano”, con el objetivo de determinar la relación que existe entre la funcionalidad familiar y la adherencia terapéutica en los pacientes con hipertensión arterial. El estudio se centró en una muestra de 154 pacientes, utilizando tanto una escala de funcionalidad familiar como una escala de adherencia terapéutica para recopilar datos relevantes. Los investigadores concluyeron que existía una relación significativa entre la funcionalidad familiar y el nivel de adherencia terapéutica entre los pacientes participantes en el estudio. Esto sugiere que un entorno familiar de apoyo puede desempeñar un papel crucial en ayudar a los pacientes a seguir sus regímenes de tratamiento.

En Huánuco en el 2017, Martínez y Merino (14), llevaron a cabo un estudio cuantitativo, observacional, analítico, transversal titulado “eventos asociados al control inadecuado de la presión arterial en pacientes que asisten al programa de hipertensión en el CAP UNHEVAL-Essalud” con el objetivo de evaluar la prevalencia del inadecuado control de hipertensión y establecer su relación con la mala adherencia al tratamiento farmacológico, el bajo nivel de conocimiento

sobre la hipertensión arterial y el sedentarismo. El estudio involucró a una muestra de 165 pacientes que participan en un programa de hipertensión. Los investigadores concluyeron que muchos pacientes hipertensos experimentan un control inadecuado de su presión arterial. Descubrieron que un estilo de vida sedentario y la baja adherencia a la medicación prescrita estaban estadísticamente vinculados a este manejo inadecuado de la presión arterial. En contraste, aunque los pacientes poseían algo de conocimiento sobre su condición, se encontró que esta conciencia no tenía correlación significativa con un control efectivo de la presión arterial, lo que sugiere que simplemente estar informado sobre la enfermedad no es suficiente para garantizar un manejo adecuado.

## **2.2. BASES TEÓRICAS**

### **2.2.1. MODELO DE PROMOCIÓN DE LA SALUD**

El modelo de promoción de la salud ofrece una explicación integral de cómo los comportamientos, actitudes y motivaciones de los individuos evolucionan en relación con las actividades de promoción de la salud. Este modelo no solo enfatiza las decisiones actuales que las personas toman, sino también cómo sus comportamientos pasados pueden influir indirectamente en sus acciones presentes y futuras relacionadas con la salud. Tiene en cuenta los factores psicológicos y emocionales que impulsan a las personas a adoptar o evitar comportamientos que promueven la salud, como participar en ejercicio regular, mantener una dieta equilibrada o gestionar el estrés de manera eficaz. Al examinar cómo se interrelacionan estos factores, el modelo ofrece una comprensión más profunda de lo que motiva a las personas a hacer cambios orientados a mejorar su bienestar.

Además, el modelo resalta la influencia de la eficacia percibida, que se refiere a la creencia de una persona en su capacidad para participar exitosamente en comportamientos que promueven la salud. Cuando las personas se sienten capaces de hacer cambios positivos,

es más probable que lo hagan. De manera similar, el modelo tiene en cuenta los beneficios percibidos y las barreras a dichos comportamientos. Por ejemplo, alguien puede reconocer los beneficios para la salud del ejercicio, pero enfrentarse a obstáculos como limitaciones de tiempo o falta de recursos. El modelo también explora cómo estas percepciones influyen en la participación general en actividades de promoción de la salud. Al comprender estas complejas interconexiones, el modelo de promoción de la salud proporciona valiosos conocimientos sobre cómo se pueden fomentar, mantener y ajustar los comportamientos de salud a lo largo del tiempo para lograr mejores resultados de salud a largo plazo (27).

### **2.2.2. MODELO DEL AUTOCUIDADO DE LA SALUD**

En la teoría del autocuidado de Dorothea Orem, los seres humanos son percibidos como organismos complejos con capacidades biológicas, racionales y cognitivas. Esto significa que los individuos son capaces de una profunda autorreflexión, no solo sobre sus propios estados físicos y emocionales, sino también en relación con el mundo que los rodea. Orem cree que las personas poseen una capacidad innata para analizar sus circunstancias, evaluar sus necesidades y tomar acciones deliberadas para mejorar o mantener su bienestar. Más que ser receptores pasivos de atención, los individuos son participantes activos en su salud. Son capaces de procesar información simbólica, participar en una comunicación reflexiva y dirigir sus esfuerzos hacia la promoción del bienestar tanto para sí mismos como para quienes los rodean.

La visión de Orem sobre la enfermería está profundamente arraigada en esta comprensión de la capacidad humana. Ella define el rol del enfermero como uno que apoya y empodera a los individuos para que asuman el control de su autocuidado. Los enfermeros asisten a las personas a reconocer cuándo necesitan realizar actividades específicas relacionadas con la salud y les ayudan a desarrollar las habilidades necesarias para sostener estas acciones. Ya sea mantener

una buena salud, recuperarse de una enfermedad o manejar los efectos continuos de una condición de salud, el enfermero está ahí para guiar a los pacientes a lo largo de su viaje de autocuidado. Este enfoque colaborativo asegura que los individuos estén equipados para gestionar sus desafíos de salud de manera independiente, pero con el apoyo compasivo de un profesional de la salud cuando sea necesario. (28).

El proceso de autocuidado requiere que los individuos no solo lo aprendan, sino que también lo apliquen consistentemente con una conciencia intencional a lo largo del tiempo. Esta práctica debe abordarse con un esfuerzo consciente, asegurando que se realice regularmente y que se adapte a las necesidades cambiantes del individuo. Estas necesidades están moldeadas por diversos factores, como las diferentes etapas de crecimiento y desarrollo que una persona atraviesa a lo largo de su vida. Además, el estado actual de su salud, ya sea que se encuentre en una fase de recuperación, enfermedad o bienestar, juega un papel clave para determinar qué prácticas de autocuidado son necesarias.

Asimismo, las características de salud de un individuo, como condiciones crónicas o vulnerabilidades, deben ser tomadas en cuenta, ya que influirán en el tipo y la frecuencia del autocuidado requerido. Los factores ambientales, incluyendo la disponibilidad de recursos, el sistema de apoyo y los posibles factores de estrés, también impactan en el enfoque del autocuidado. Finalmente, el nivel de energía física o resistencia que una persona tenga en un momento dado puede afectar su capacidad para participar en actividades de autocuidado. Es un proceso dinámico, lo que significa que el autocuidado debe ajustarse para alinearse con las circunstancias cambiantes en la vida del individuo, asegurando que satisfagan adecuadamente sus demandas de salud y energía en cada etapa (29).

Al evaluar a los pacientes que han sido diagnosticados con hipertensión, es fundamental adoptar un enfoque integral que vaya más

allá de simplemente reconocer el diagnóstico. Los profesionales de la salud deben evaluar de manera exhaustiva las capacidades actuales del paciente y su comprensión de la enfermedad. Esto incluye evaluar el conocimiento del paciente sobre la hipertensión, su capacidad para manejar la condición y las habilidades existentes en prácticas de autocuidado. Al identificar tanto los puntos fuertes como las áreas en las que el paciente puede carecer de habilidades o comprensión necesarias, se puede realizar una evaluación realista y completa de sus potencialidades y déficits.

Dicha evaluación es esencial para crear un plan de atención individualizado que aborde no solo las preocupaciones de salud inmediatas del paciente, sino también sus necesidades futuras. Por ejemplo, el plan de atención debería tener como objetivo mejorar las habilidades del paciente para gestionar su propia salud, orientándolos en la adopción de cambios en el estilo de vida o en la adherencia a los medicamentos. Este plan de atención personalizado también debe anticipar posibles desafíos, brindando apoyo en las áreas donde el paciente pueda enfrentar dificultades. Al personalizar el plan de esta manera, los proveedores de atención médica pueden ayudar a garantizar que el paciente esté capacitado para manejar mejor su condición y reducir los riesgos asociados con la hipertensión a largo plazo (22).

## **2.3. DEFINICIONES CONCEPTUALES**

### **2.3.1. HIPERTENSIÓN ARTERIAL**

El Ministerio de Salud (MINSA) caracteriza la hipertensión como una condición a largo plazo en la que la presión arterial permanece anormalmente alta con el tiempo (3).

Esta condición crónica afecta principalmente a la población anciana y se considera una enfermedad vascular, arterial, sistémica e inflamatoria. Aunque la causa exacta de la hipertensión sigue siendo desconocida en muchos casos, generalmente se diagnostica por una

elevación constante tanto de los niveles de presión arterial sistólica como diastólica más allá de lo que se considera normal (30).

Existe una relación bien documentada entre la hipertensión y el desarrollo de complicaciones graves a nivel cardiovascular y renal. Esta relación se ha observado de manera consistente, lo que a menudo difumina las distinciones entre las personas con presión arterial normal y aquellas diagnosticadas con hipertensión. Los criterios para diagnosticar hipertensión suelen basarse en umbrales específicos de presión arterial, pero la superposición de riesgos entre estos dos grupos puede dificultar la diferenciación entre niveles de presión arterial normal y elevados, lo que resalta el impacto significativo que incluso aumentos moderados en la presión arterial pueden tener en la salud (31).

### **2.3.2. CUADRO CLÍNICO**

La hipertensión a menudo se conoce como una condición silenciosa porque generalmente no presenta síntomas perceptibles. Muchas personas con presión arterial alta pueden no darse cuenta de que padecen la afección hasta que enfrentan problemas de salud graves, principalmente porque no experimentan señales de advertencia evidentes. La ausencia de síntomas suele provocar un retraso en la búsqueda de tratamiento, lo que aumenta el riesgo de desarrollar complicaciones a largo plazo. Estas complicaciones pueden ser graves y variadas, como la insuficiencia cardíaca congestiva, donde el corazón tiene dificultades para bombear sangre de manera efectiva, o la hipertrofia del ventrículo izquierdo, un engrosamiento del ventrículo izquierdo del corazón debido al aumento del trabajo que debe realizar.

Además, la hipertensión puede contribuir a la enfermedad renal crónica, ya que la presión arterial alta daña los vasos sanguíneos de los riñones, lo que afecta su capacidad para filtrar desechos. También pueden surgir problemas de visión, como aquellos derivados de la retinopatía, debido al daño en los vasos sanguíneos de los ojos.

Problemas neurológicos, incluidos aquellos relacionados con los accidentes cerebrovasculares o la enfermedad cerebrovascular, e incluso la disfunción eréctil, pueden complicar aún más la salud de las personas con presión arterial alta no tratada. Sin embargo, en los casos en que la presión arterial aumenta a niveles peligrosamente altos, una crisis hipertensiva puede aparecer síntomas más inmediatos y notables, como dolores de cabeza severos, mareos, visión borrosa o náuseas, lo que indica la necesidad de una intervención médica urgente (30).

### **2.3.3. DIAGNOSTICO**

Se recomienda el control de la presión arterial para personas mayores de 18 años. Las mediciones de la presión arterial deben repetirse cada 2 o 5 años si se encuentran dentro de los límites normales, y controlarse anualmente si hay factores de riesgo presentes. El programa de diagnóstico incluye: anamnesis, evaluación clínica, toma repetida de presión arterial y exámenes de laboratorio e instrumentales (30).

### **2.3.4. TRATAMIENTO**

Existen dos tipos de tratamiento:

La farmacológica: este tipo de tratamiento se va dar de acuerdo al estadio en el que se encuentre la presión arterial.

La no farmacológica: están dirigidos a cambios en el estilo de vida y deben realizarse en todos los pacientes hipertensos, tanto como tratamiento inicial como adyuvante a la terapia con medicamentos antihipertensivos. El objetivo principal de este plan de tratamiento es reducir los niveles elevados de presión arterial en las personas diagnosticadas con hipertensión. Al hacerlo, el tratamiento tiene como propósito disminuir la presión sobre el sistema cardiovascular, lo que puede ayudar a minimizar los riesgos para la salud a largo plazo asociados con la presión arterial alta. Un aspecto clave de este

tratamiento es reducir la dependencia de los medicamentos antihipertensivos al optimizar su eficacia, lo que significa que los pacientes podrían necesitar menos medicamentos o dosis más bajas con el tiempo a medida que su condición se controle mejor.

Además, este enfoque no solo se centra en tratar a quienes ya padecen hipertensión, sino también en prevenir su aparición en la población general. Al enfocarse en estrategias de prevención primaria, como fomentar elecciones de estilo de vida más saludables y promover la conciencia sobre los factores de riesgo, el tratamiento busca reducir la prevalencia de la hipertensión y sus complicaciones asociadas, como las enfermedades cardíacas, los accidentes cerebrovasculares y otros problemas cardiovasculares. En última instancia, el objetivo es crear una estrategia holística que no solo gestione la presión arterial de manera más efectiva, sino que también proteja a la población en general del desarrollo de problemas de salud relacionados con la hipertensión (30).

En los casos de hipertensión más grave, como la hipertensión de grado 2 o 3, la iniciación del tratamiento farmacológico se realizará sin demora. Esta acción rápida también es necesaria para los pacientes con hipertensión de grado 1 que presentan un riesgo cardiovascular alto o muy alto, aquellos diagnosticados con enfermedad cardiovascular, enfermedad renal crónica o aquellos que muestran signos de daño orgánico causado por la presión arterial alta. El uso inmediato de medicamentos en estos casos es crucial para prevenir un mayor deterioro de la salud y proteger a los órganos afectados del daño incesante causado por la hipertensión no controlada.

Para los pacientes con cualquier grado de hipertensión, se recomienda de manera constante realizar cambios en su estilo de vida como parte del enfoque de tratamiento. Estos cambios incluyen mejoras en la dieta, mayor actividad física, reducción del consumo de sal y manejo del estrés. Se fomentan tales modificaciones en el estilo de vida como la primera línea de defensa contra el aumento de la

presión arterial. Sin embargo, para aquellos con hipertensión de grado 1, si los cambios en el estilo de vida por sí solos no logran reducir los niveles de presión arterial a rangos aceptables en un plazo de tres a seis meses, se introducirá la intervención farmacológica para ayudar a controlar la afección. Este enfoque combinado garantiza que se utilicen tanto estrategias sin medicamentos como con medicamentos para proporcionar el tratamiento más efectivo posible (32).

### **2.3.5. ADHERENCIA AL TRATAMIENTO**

Seguir el plan de tratamiento prescrito motiva a los pacientes a realizar modificaciones en su régimen de medicación, hábitos alimenticios o estilo de vida general, de acuerdo con la orientación proporcionada por sus profesionales de la salud. Este compromiso con la adherencia no solo aumenta la probabilidad de lograr mejores resultados de salud, sino que también empodera a los pacientes para que tomen un papel activo en la gestión de su salud y bienestar (33).

También según López, Romero, Parra, Rojas (34); la adherencia al tratamiento alienta a los pacientes a realizar cambios en la medicación, la dieta o el estilo de vida según las recomendaciones de sus proveedores de atención médica.

Así mismo la Real Academia Española (RAE), la adherencia se describe como un vínculo físico, el apego de las cosas, o simplemente la cualidad de la adhesión.

### **2.3.6. DIMENSIONES DE LA ADHERENCIA**

#### **2.3.6.1. CONTROL SOBRE EL TRATAMIENTO**

Cuando al paciente se le prescribe tratamiento y se controla la presión arterial, se realiza control terapéutico una vez al mes durante 6 meses. Al menos 4 de los 6 grupos de control deben tener lecturas de presión arterial dentro del rango objetivo y, por lo tanto, ser considerados pacientes controlados. Una vez logrado esto, se tomarán medidas de control cada 3 meses (30).

### **2.3.6.2. SEGUIMIENTO MÉDICO CONDUCTUAL**

El proceso de seguimiento evalúa cuán activamente participan las personas en prácticas de atención médica que son efectivas a largo plazo. Esto incluye asistir a consultas médicas programadas y recibir las pruebas clínicas necesarias, entre otros comportamientos (35).

### **2.3.6.3. AUTOEFICACIA**

Según el psicólogo Albert Bandura, la autoeficacia se refiere a la creencia de un individuo en su propia capacidad para alcanzar el éxito en diversas situaciones que pueda encontrar. Esta creencia juega un papel crucial en la determinación de cómo abordan tareas y desafíos.

### **2.3.7. ESTILO DE VIDA**

El estilo de vida se refiere a un conjunto de patrones de comportamiento habituales que dan forma a la vida diaria de las personas. Esto incluye diversos hábitos y preferencias que las personas desarrollan a lo largo del tiempo (36). Dichos hábitos abarcan elecciones dietéticas, niveles de actividad física, comportamientos de tabaquismo, actividades recreativas, prácticas sexuales, relaciones interpersonales y patrones de consumo respecto a diversos bienes y servicios (37).

### **2.3.8. DIMENSIONES DE LOS ESTILOS DE VIDA**

#### **2.3.8.1. ACTIVIDAD FÍSICA**

El ejercicio reduce la presión arterial independientemente de la dieta, la restricción de sodio, la pérdida de peso, el alcohol y el tratamiento. Por todas estas razones, el ejercicio se ha convertido en una poderosa herramienta no farmacológica para la prevención y tratamiento de enfermedades crónicas (38, 39).

El ejercicio puede ayudar a bajar la presión arterial, en un estudio se encontró que los pacientes hipertensos activos tienen menos probabilidades de morir (40).

### **2.3.8.2. HÁBITOS ALIMENTICIOS**

La presencia de proteínas adecuadas ayuda a disminuir la presión arterial, como el aumento del flujo sanguíneo renal, la filtración glomerular, la excreción de sodio y el aminoácido arginina tiene propiedades vasodilatadoras; ayuda a disminuir la presión arterial (41), (42).

### **2.3.8.3. CONSUMO DE SUSTANCIAS PSICOACTIVAS**

La cocaína ha demostrado estar relacionada con la hipertensión, afectando a las personas ya sea que la usen a corto plazo o durante un período prolongado. La forma en que actúa en el cuerpo implica bloquear la reabsorción de neurotransmisores importantes como la adrenalina y la noradrenalina en las neuronas adrenérgicas presinápticas periféricas. Esta interferencia puede llevar a un aumento de la presión arterial. De manera similar, otras sustancias psicoactivas, como el éxtasis, producen efectos que son bastante comparables. Los usuarios a menudo experimentan una condición similar caracterizada por una deshidratación severa, que puede agravar aún más las consecuencias fisiológicas sobre la salud cardiovascular (43).

En contraste, Picazo y sus colegas (45) enfatizan que el consumo de cocaína está vinculado a una variedad de complicaciones, siendo las cardiovasculares y neurológicas algunas de las más comunes. El uso regular y prolongado de esta sustancia tiene el potencial de resultar en hipertensión severa, lo que puede elevar significativamente el riesgo de problemas cardíacos. Además, este uso continuo también puede llevar al inicio de enfermedades renales crónicas, que pueden progresar hacia la insuficiencia renal terminal, lo que representa amenazas

serias para la salud en general.

Adicionalmente, la adicción se destaca como uno de los principales factores que contribuyen a diversos problemas de salud. Consumir más de dos bebidas alcohólicas al día parece estar relacionado con el riesgo de desarrollar hipertensión arterial. Además, estudios recientes indican que incluso el consumo moderado de alcohol, que podría parecer inofensivo, puede llevar a efectos negativos en la salud. Esta creciente preocupación sugiere que las personas deberían ser cautelosas acerca de sus hábitos de consumo de alcohol, ya que incluso una pequeña cantidad podría contribuir potencialmente a riesgos significativos para la salud (44).

#### **2.3.8.4. CUIDADO DE LA SALUD**

El enfermero juega un papel importante en el equipo de atención primaria, utilizando medidas y experiencia en diagnóstico y promoción de la salud para lograr el autocuidado, abordar los problemas y ayudara aliviar el dolor (46). Asimismo, el Enfermero es quien cumple un rol protagónico en la adherencia al tratamiento pues es quien orienta convence y concientiza para el cumplimiento del tratamiento.

#### **2.3.8.5. MANEJO DEL ESTRÉS**

Las personas que afrontan bien el estrés tienen esta capacidad de una manera específica. Así como funciona el ejercicio físico, también funciona la fuerza para lidiar con el estrés. Observar nuestros pensamientos y acciones es una forma importante de lidiar con el estrés. (47).

### **2.4. SISTEMA DE HIPÓTESIS**

#### **2.4.1. HIPÓTESIS GENERAL**

**H0:** La adherencia terapéutica no tiene relación con los estilos de

vida en pacientes hipertensos usuarios de la Red Asistencial de EsSalud de Huánuco, 2020.

**Ha:** La adherencia terapéutica tiene relación con los estilos de vida en pacientes hipertensos usuarios de la Red Asistencial de EsSalud de Huánuco, 2020.

## 2.4.2. HIPÓTESIS ESPECIFICAS

**Ha<sub>1</sub>:** La adherencia terapéutica en la dimensión control sobre el tratamiento tiene relación con los estilos de vida en los pacientes en estudio, 2020.

**Ha<sub>2</sub>:** La adherencia terapéutica en la dimensión seguimiento médico control tiene relación con los estilos de vida en los pacientes en estudio, 2020.

**Ha<sub>3</sub>:** La adherencia terapéutica en la autoeficacia tiene relación con los estilos de vida en los pacientes en estudio, 2020.

## 2.5. SISTEMA DE VARIABLES E INDICADORES

### 2.5.1. VARIABLE INDEPENDIENTE

Adherencia terapéutica.

### 2.5.2. VARIABLE DEPENDIENTE

Estilos de vida en pacientes hipertensos.

## 2.6. OPERACIONALIZACIÓN DE VARIABLES

Variable	Dimensión	Tipo de variable	Indicador	Escala de medición
<b>VARIABLE DEPENDIENTE</b>				
Estilos de vida en pacientes hipertensos	Hábitos alimenticios	Categórico	Saludable	Nominal
			No saludable	Dicotómica
	Actividad física	Categórico	Saludable	Nominal
			No saludable	Dicotómica
Consumo de sustancia	Categórico	Saludable	Nominal	
		No saludable	Dicotómica	

	psicoactivas			
	Cuidado de la salud	Categorico	Saludable No saludable	Nominal Dicotomica
	Manejo de estrés	Categorico	Saludable No saludable	Nominal Dicotomica
<b>VARIABLE INDEPENDIENTE</b>				
	Control sobre el tratamiento	Categorico	Adherente No adherente	Nominal Dicotomica
Adherencia terapeutica	Seguimiento conductual	Categorico	Adherente No adherente	Nominal Dicotomica
	Autoeficacia	Categorico	Adherente No adherente	Nominal Dicotomica

## CAPITULO III

### MARCO METODOLÓGICO

#### 3.1. TIPO DE ESTUDIO

##### 3.1.1. ENFOQUE

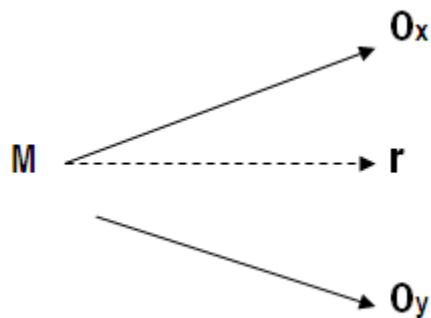
El estudio se desarrolló bajo el enfoque cuantitativo, ya que las hipótesis fueron comprobadas mediante el análisis inferencial, aplicando pruebas estadísticas no paramétricas, tal como se aprecia en la sección de los resultados.

##### 3.1.2. ALCANCE

El estudio se desarrolló bajo el enfoque cuantitativo, fue de tipo analíticos, transversal y observacional.

##### 3.1.3. DISEÑO

El diseño de investigación fue el diseño correlacional, tal como se muestra a continuación.



Dónde:

M= Muestra

O<sub>x</sub>= Adherencia terapéutica

O<sub>y</sub> = Estilos de vida

r= relación

## **3.2. POBLACIÓN Y MUESTRA**

### **3.2.1. POBLACIÓN**

Se trabajó con 451 pacientes hipertensos, según los reportes estadísticos de la Red Asistencial Essalud Huánuco. Se incluyó a los pacientes con diagnóstico médico de hipertensión arterial, usuarios del programa mayores de edad, por más de 6 meses de servicio y a los que aceptaron firmar el consentimiento informado. Se les excluyó a los pacientes que no desearon participar en el estudio.

### **3.2.2. MUESTRA**

#### **- Unidad de análisis**

Pacientes hipertensos

#### **Unidad de muestreo**

Unidad seleccionada igual que la unidad de análisis.

#### **- Marco muestral**

Padrón nominal proporcionado por el programa

#### **- Tipo de muestreo**

El proceso de selección de la muestra se llevó a cabo utilizando un método conocido como muestreo probabilístico, que en este caso empleó la técnica de muestreo aleatorio simple. Este método está diseñado para garantizar que cada individuo dentro de la población objetivo tenga la misma oportunidad de ser incluido en la muestra. Además, durante el proceso de selección, se prestó especial atención a criterios específicos de inclusión y exclusión. Estos criterios fueron esenciales para asegurar que los participantes seleccionados cumplieran con las condiciones necesarias para el estudio, lo que a su vez mejora la integridad y la fiabilidad de los hallazgos de la

investigación.

$$n = \frac{N * Z_{1-\alpha/2}^2 * p * q}{d^2 * (N - 1) + Z_{1-\alpha/2}^2 * p * q}$$

Marco muestral	N =	<b>451</b>
Alfa (Máximo error tipo I)	$\alpha =$	<b>0.050</b>
Nivel de Confianza	$1 - \alpha/2 =$	0.975
Z de (1- $\alpha/2$ )	$Z (1 - \alpha/2) =$	1.960
Prevalencia de la enfermedad	$p =$	<b>0.500</b>
Complemento de p	$q =$	0.500
Precisión	$d =$	<b>0.050</b>
Tamaño de la muestra	$n =$	<b>207.70</b>

#### a) Delimitación geográfica – temporal y temática

- **a. Ubicación en el espacio.** El estudio se llevó a cabo en la Red Asistencial EsSalud Huánuco.
- **b. Ubicación en el tiempo.** La duración del estudio fue durante el periodo del 2020.

### 3.3. TÉCNICAS E INSTRUMENTOS DE RECOLECCIÓN DE DATOS

Técnica	Instrumento	Autor	Descripción	Validación
Entrevista individualizada	Cuestionario de las características generales	Autoconstruido	Este instrumento consta de 19 ítems y 05 dimensiones	Validación por juicio de jueces y expertos
Entrevista individualizada	Escala de los estilos de vida	Autoconstruido	Este instrumento consta de 53 ítems y 5 dimensiones	Validación por juicio de jueces y

Entrevista individualizada	Escala de la adherencia terapéutica	Olvera Arreola, Sandra Sonali; Müggenburg y Rodríguez Vigil, María Cristina	Consta de 21 ítems y 3 dimensiones a) Control de ingesta de medicamentos y alimentos, b) Seguimiento médico conductual, y c) Autoeficacia. Todos los ítems con escala de respuesta de 0 a 100, en la que el paciente elige en términos de porcentaje la efectividad de su comportamiento. Se entiende que más cercano al 100, el paciente es más adherente. En los ítems 20 al 24 los enunciados están descritos en sentido negativo, por lo Los rangos para establecer el nivel de adherencia terapéutica son los siguientes: 0-33 puntos, baja adherencia; de 34-67, moderada adherencia; de 68-100, alta adherencia. tanto, la escala se invierte: 0 corresponde a 100, 10 a 90, 20 a 80 y así sucesivamente	expertos Confiabilidad
----------------------------	-------------------------------------	---	---	---------------------------

## **Validación de las escalas de recolección de datos**

### **Fase cualitativa**

En primer lugar se realiza la validez cualitativa o de contenido de las dos escalas aplicadas en este estudio, efectuándose primero la revisión correspondiente de la literatura correspondiente de las variables en estudio, posteriormente habiendo ubicados a las escalas, se procedió a la revisión de los mismos por 5 expertos en la temática en estudio, quienes dieron algunas sugerencias de mejora de algunas de los ítems, luego de haber subsanado las observaciones ambas escalas fueron sometidas a una muestra piloto con la finalidad de verificar la comprensión de los mismos.

### **Fase cuantitativa**

En un segundo momento, las dos escalas fueron sometidas al cálculo de la confiabilidad, previa aplicación de los mismos a una segunda muestra piloto, con el cual se elaboró una base de datos, y se procedió al cálculo de la confiabilidad mediante la prueba alfa de crombach, en el cual se obtuvo los siguientes resultados.

<b>Escalas</b>	<b>Valor alfa</b>
Escala de los estilos de vida	0,75
Escala de la adherencia terapéutica	0,86

### **3.4. TÉCNICAS PARA EL PROCEDIMIENTO Y ANÁLISIS DE LA INFORMACIÓN**

En preparación para la ejecución del trabajo de campo, se estableció una coordinación integral con la Red Asistencial EsSalud, así como con la enfermera a cargo del programa estratégico, quien otorgó su aprobación para el despliegue de las herramientas de recolección de datos. Antes de iniciar las actividades de campo, se realizaron sesiones de capacitación para el personal que asistiría en la administración de las encuestas. También fue esencial que, antes de abordar a los pacientes hipertensos para la encuesta, se les solicitara firmar un documento de consentimiento informado. Este paso garantizó que estuvieran completamente al tanto del propósito y las

implicaciones del estudio, tras lo cual se utilizaron los instrumentos de recolección de datos correspondientes.

### **3.5. ASPECTOS ÉTICOS**

La investigación llevada a cabo fue diseñada para ser no invasiva para todos los participantes involucrados, ya que la metodología empleada tenía como único propósito la recopilación de información sin poner en riesgo la integridad física o ética de las personas. Antes de la implementación de las herramientas de recolección de datos, era imperativo obtener el consentimiento informado de cada participante seleccionado para el estudio; esto garantizó que cada participante fuera claramente informado, de manera escrita, sobre los objetivos y propósitos generales del proyecto en el que participarían. Después de revisar cuidadosamente el documento de consentimiento, tanto los participantes como los investigadores firmaron como reconocimiento formal de su acuerdo.

### **3.6. ANÁLISIS Y DATOS**

Al realizar el análisis descriptivo, los investigadores categorizaron los datos según el tipo de variable que representaban, distinguiendo entre variables categóricas y numéricas. En contraste, para el análisis inferencial, se llevó a cabo un examen bivariado utilizando la prueba estadística tau de Kendall, que es especialmente útil para evaluar la relación entre dos variables. Para este análisis, cualquier valor de  $p$  inferior a 0,05 se consideró estadísticamente significativo, lo que indica que había una asociación significativa presente en los hallazgos de esta prueba.

## CAPITULO IV

### RESULTADOS

#### 4.1. ANÁLISIS DESCRIPTIVO

**Tabla 1.** Características sociodemográficas de los pacientes hipertensos, usuarios de la Red Asistencial de EsSalud de Huánuco; 2020

Características sociodemográficas	n= 207	
	fi	%
<b>Grupo de edad</b>		
Adulto maduro (50-59)	7	3,4
Adulto mayor (60 a más)	200	96,6
<b>Genero</b>		
Masculino	72	34,8
Femenino	135	65,2
<b>Estado civil</b>		
Casado(a)	123	59,4
Conviviente	8	3,9
Viudo(a)	43	20,8
Divorciado(a)	14	6,8
Separado(a)	19	9,2
<b>Profesa alguna religión</b>		
Católico	151	72,9
Evangélico	56	27,1
<b>Grado de escolaridad</b>		
Primaria incompleta	25	12,1
Primaria completa	7	3,4
Secundaria incompleta	31	15,0
Secundaria completa	29	14,0
Superior incompleto	32	15,5
Superior incompleto	8	3,9
Superior completo	75	36,2

La tabla 1 sobre las características sociodemográficas de los pacientes hipertensos en estudio, se halló que, 96,6% (200) son adultos mayores de 60 años a más; 65,2% (135) son féminas; 59,4% (123) se encuentran casados; 72,9% (151) profesan la religión católica y; 36,2% (75) cuentan con superior completo.

**Tabla 2.** Características familiares de los pacientes hipertensos, usuarios de la Red Asistencial de EsSalud de Huánuco; 2020

Características familiares	n= 207	
	fi	%
<b>Con quien vive actualmente</b>		
Esposo(a)	177	85,5
Hijo(s)	26	12,6
Padres	4	1,9
<b>Tipo de familia</b>		
Nuclear	158	76,3
Extendida	12	5,8
Monoparental	37	17,9
<b>Número de hijos</b>		
Menos de 3 hijos	87	42,0
De 4 a 6 hijos	95	45,9
Más de 6 hijos	25	12,1
<b>Apoyo familiar</b>		
Si	69	33,3
No	138	66,7

La tabla 2 acerca las características familiares de los pacientes hipertensos en estudio, se evidencia que, 85,5% (177) viven actualmente con sus esposos; 76,3% (158) su tipo de familia es nuclear; 45,9% (95) tienen de 4 a 6 hijos y; 66,7% (138) No reciben apoyo familiar alguno.

**Tabla 3.** Características de la enfermedad de los pacientes hipertensos, usuarios de la Red Asistencial de EsSalud de Huánuco; 2020

Características de la enfermedad	n= 207	
	fi	%
<b>Antecedentes</b>		
Desconoce	74	35,7
Padre	45	21,7
Madre	66	31,9
Abuelos	7	3,4
No los tiene	15	7,2
<b>Tiempo que asiste al programa de hipertensión</b>		
Menos de 10 años	122	58,9
De 10 a 20 años	60	29,0
Más de 20 años	25	12,1
<b>Edad de diagnóstico de la enfermedad</b>		
Adulto medio (39-49)	25	12,1
Adulto maduro (50-59)	106	51,2
Adulto mayor (60-69)	76	36,7
<b>Presión arterial controlada</b>		
Si	156	75,4
No	51	24,6
<b>Frecuencia</b>		
En ocasiones	14	6,8
Con frecuencia	22	10,6
Casi siempre	64	30,9
Siempre	107	51,7

En la presente tabla acerca las características de la enfermedad de los pacientes hipertensos en estudio, se evidencia que, 35,7% (74) desconocen sobre sus antecedentes; 58,9% (122) asisten menos de 10 años al programa de hipertensión; 51,2% (106) les diagnosticaron la enfermedad siendo adultos maduros entre 50 y 59 años; 75,4% (156) su presión siempre se encuentra controlada.

**Tabla 4.** Características del tratamiento de los pacientes hipertensos, usuarios de la Red Asistencial de EsSalud de Huánuco; 2020

Características del tratamiento	n= 207	
	fi	%
<b>Medicamento antihipertensivo</b>		
IECA	138	66,7
ARA II	69	33,3
<b>Algunas veces suspende la toma de medicamentos</b>		
Si	199	96,1
No	8	3,9

Respecto a las características del tratamiento de los pacientes hipertensos en estudio, se evidencia que, 66,7% (138) consumen medicamentos antihipertensivos como los IECA y; una importante proporción suspende algunas veces la toma de medicamentos [96,1% (199)].

**Tabla 5.** Hábitos alimenticios en el estilo de vida de los pacientes hipertensos, usuarios de la Red Asistencial de EsSalud de Huánuco; 2020

Hábitos alimenticios	n= 207					
	Siempre		Algunas veces		Nunca	
	fi	%	fi	%	fi	%
Consumo de alimentos principales, desayuno, almuerzo y cena	158	76,3	49	23,7	0	0,0
Consumo de una dieta baja en grasa	111	53,6	78	37,7	18	8,7
Consumo de una dieta alta en contenido de proteínas	80	38,6	120	58,0	7	3,4
Consumo de leche cremosa diariamente	8	3,9	75	36,2	124	59,9
Consumo diario de cuatro a ocho vasos de agua	187	90,3	20	9,7	0	0,0
Consumo diario de alimentos salados como conservas, embutidos, encurtidos y otros	0	0,0	77	37,2	130	62,8
Preferencia de yogurt y la leche en comparación al café, chocolate y te	60	29,0	118	57,0	29	14,0
Consumo diario de leche descremada	57	27,5	125	60,4	25	12,1
Consumo diario de alimentos salados, agregando sal adicional a su comida	0	0,0	28	13,5	179	86,5
Consumo de gaseosas más de cuatro veces a la semana	0	0,0	36	17,4	171	82,6
Consumo de más de cuatro vasos de gaseosa al día	0	0,0	15	7,2	192	92,8
Consumo diario de vegetales	185	89,4	22	10,6	0	0,0
Consumo diario de frutas	182	87,9	25	12,1	0	0,0
Consumo diario de pan integral	25	12,1	78	37,7	104	50,2
Consumo diario de cereales	76	36,7	131	63,3	0	0,0
Consumo diario de lácteos	11	5,3	147	71,0	49	23,7
Consumo diario de granos enteros	99	47,8	108	52,2	0	0,0
Consumo de frutas y verduras entre las comidas fuertes del día	186	89,9	21	10,1	0	0,0
Consumo diario de pescado y pollo	186	89,9	14	6,8	7	3,4
Consumo diario de dulces, helados y pasteles	0	0,0	64	30,9	143	69,1
Consumo diario de carne roja	0	0,0	44	21,3	163	78,7
Consumo de alimentos ahumados como carnes, pescado y quesos ahumados	0	0,0	15	7,2	192	92,8
Come rápido	87	42,0	16	7,7	104	50,2
Consumo de alimentos ricos en colesterol (huevo, hígado, queso, helado)	11	5,3	147	71,0	49	23,7
Incremento de más sal a los alimentos procesados que ya la contienen	0	0,0	13	6,3	194	93,7

La tabla 5 acerca de los hábitos alimenticios en el estilo de vida de los pacientes hipertensos en estudio, se evidencia que, 89,9% (186) siempre consumen frutas y verduras entre las comidas fuertes del día, pescado y pollo, respectivamente; 71,0% (147) algunas veces consumen a diario lácteos y alimentos ricos en colesterol y; 93,7% (194) nunca incrementan más sal a los alimentos procesados que ya lo contienen.

**Tabla 6.** Actividad física en el estilo de vida de los pacientes hipertensos, usuarios de la Red Asistencial de EsSalud de Huánuco; 2020

Actividad física	n= 207					
	Siempre		Algunas veces		Nunca	
	fi	%	fi	%	fi	%
¿Participa en programas o actividades de ejercicio físico/aeróbico bajo supervisión?	15	7,2	34	16,4	158	76,3
¿Realiza diariamente ejercicio como caminatas o trotar por 30 minutos?	32	15,5	65	31,4	110	53,1
¿Practica algún tipo de deporte como natación o tenis, de 3 a 4 veces a la semana?	0	0,0	8	3,8	199	96,1
¿Practica tai chí, kung fu o yoga?	0	0,0	18	8,7	189	91,3
¿Con qué frecuencia permanece frente al televisor?	110	53,1	97	46,9	0	0,0

La presente tabla acerca de la actividad física en el estilo de vida de los pacientes hipertensos en estudio, se aprecia que, 53,1% (110) siempre permanece frente al televisor; 31,4% (65) algunas veces realiza diariamente ejercicio como caminatas o trotar por 30 minutos y; 96,1% (199) nunca practica algún tipo de deporte como natación o tenis, de 3 a 4 veces a la semana.

**Tabla 7.** Consumo de sustancias psicoactivas en el estilo de vida de los pacientes hipertensos, usuarios de la Red Asistencial de EsSalud de Huánuco; 2020

Consumo de sustancias psicoactivas	n= 207					
	Siempre		Algunas veces		Nunca	
	fi	%	fi	%	fi	%
¿Prohíbe usted que fumen en su presencia?	162	78,3	18	8,7	27	13,0
¿Cuándo usted empieza a beber cualquier tipo de bebida alcohólica, puede controlar en qué momento deja de tomar?	124	59,9	64	30,9	19	9,2
¿Fuma cigarrillos?	0	0,0	11	5,3	196	94,7
¿Consume bebidas alcohólicas?	0	0,0	88	42,5	119	57,5
¿Tiende a consumir bebidas alcohólicas, fumar cigarrillos o consumir drogas cuando se le presenta algún problema o angustia en su vida diaria?	4	1,9	0	0,0	203	98,1
¿Consume sustancias psicoactivas como marihuana, cocaína, éxtasis u otras?	4	1,9	0	0,0	203	98,1
¿Consume más de dos tazas de café diarias?	18	8,7	77	37,2	112	54,1
¿Consume gaseosas diarias?	4	1,9	6	2,9	197	95,2

En la tabla 7 acerca del consumo de sustancias psicoactivas en el estilo de vida de los pacientes hipertensos en estudio, se aprecia que, 78,3% (162) siempre prohíbe que fumen en su presencia; 42,5% (88) algunas veces consume bebidas alcohólicas y; 98,1%(203) nunca tiende a consumir bebidas alcohólicas, fumar cigarrillos o consumir drogas cuando se le presenta algún problema o angustia en su vida diaria y tampoco sustancias psicoactivas como marihuana, cocaína, éxtasis u otras, respectivamente.

**Tabla 8.** Cuidado de la salud en el estilo de vida de los pacientes hipertensos, usuarios de la Red Asistencial de EsSalud de Huánuco; 2020

Cuidado de la salud	n= 207					
	Siempre		Algunas veces		Nunca	
	fi	%	fi	%	fi	%
¿Ha mantenido controlada su presión arterial en los últimos 6 meses?	148	71,5	44	21,3	15	7,2
¿Ha ido al médico en los últimos 6 meses?	48	23,2	46	22,2	113	54,6
¿Usa bloqueadores solares cuando se expone al sol?	19	9,2	44	21,3	144	69,6
¿Evita las exposiciones prolongadas a los rayos solares?	114	55,1	40	19,3	53	25,6
¿Controla su presión arterial al menos una vez al año?	186	89,9	21	10,1	0	0,0
¿Lee y sigue las instrucciones cuando utiliza algún medicamento?	147	71,0	40	19,3	20	9,7
¿Se ha realizado exámenes de colesterol en los últimos 6 meses?	86	41,5	40	19,3	81	39,1
¿Se ha realizado exámenes de triglicéridos en los últimos 6 meses?	86	41,5	40	19,3	81	39,1
¿Se ha realizado exámenes de glicemia en los últimos 6 meses?	85	41,1	38	18,4	84	40,6
¿Se automedica en caso de dolores musculares, de cabeza o estados gripales?	26	12,6	123	59,4	58	28,0
¿Consume medicamentos ansiolíticos, tranquilizantes o estimulantes sin prescripción médica?	0	0,0	9	4,3	198	95,7
¿Observa su cuerpo con detenimiento para detectar cambios físicos?	81	39,1	41	19,8	85	41,1
¿Se ha realizado exámenes de urología en los últimos 6 meses? Solo varones	39	18,8	0	0,0	168	81,2
¿Se ha realizado exámenes de ginecología en los últimos 6 meses? Solo mujeres	39	18,8	0	0,0	168	81,2
¿Utiliza las medidas de protección respectivas cuando realiza alguna actividad física (pesas, bicicleta, carreras, natación, etc.)?	75	36,2	0	0,0	132	63,8
¿Duerme más de 7 horas diarias?	154	74,4	35	16,9	18	8,7

Referente a la tabla de cuidado de la salud en el estilo de vida de los pacientes hipertensos en estudio, se evidencia que, 89,9% (186) siempre controla su presión arterial al menos una vez al año; 59,4% (123) algunas veces se automedica en caso de dolores musculares, de cabeza o estados gripales y; 95,7%(198) nunca consume medicamentos ansiolíticos, tranquilizantes o estimulantes sin prescripción médica.

**Tabla 9.** Manejo del estrés en el estilo de vida de los pacientes hipertensos, usuarios de la Red Asistencial de EsSalud de Huánuco; 2020

Manejo del estrés	n= 207					
	Siempre		Algunas veces		Nunca	
	fi	%	fi	%	fi	%
¿Participa en actividades sociales?	68	32,9	20	9,7	119	57,5
¿Toma diariamente tiempo para el relajamiento?	44	21,3	75	36,2	88	42,5
¿Es consciente de las fuentes que le producen tensión (nervios) en su vida?	72	34,8	46	22,2	89	43,0
¿Pasa de 15 a 20 minutos diarios en relajamiento o meditación?	68	32,9	94	45,5	45	21,7
¿Relaja conscientemente sus músculos antes de dormir?	68	32,9	21	10,1	118	57,0
¿Se concentra en pensamientos agradables a la hora de dormir?	52	25,1	38	18,4	117	56,5
¿Pide información a los profesionales de la salud para cuidar de usted?	143	69,1	51	24,6	13	6,3
¿Usa métodos específicos para controlar la tensión (nervios)?	48	23,2	36	17,4	123	59,4

En la presente tabla sobre el manejo del estrés en el estilo de vida de los pacientes hipertensos en estudio, se evidencia que, 69,1% (143) siempre pide información a los profesionales de la salud para cuidar de sí; 45,5% (94) algunas veces pasa de 15 a 20 minutos diarios en relajamiento o meditación y; 59,4% (123) nunca usa métodos específicos para controlar la tensión (nervios).

**Tabla 10.** Descripción de las dimensiones del estilo de vida de los pacientes hipertensos, usuarios de la Red Asistencial de EsSalud de Huánuco; 2020

Dimensiones	n= 207					
	Saludable		Poco saludable		No saludable	
	fi	%	fi	%	fi	%
Hábitos alimenticios	40	19,3	119	57,5	48	23,2
Actividad física	15	7,2	42	20,3	150	72,5
Consumo de sustancias psicoactivas	18	8,7	102	49,3	87	42,0
Cuidado de la salud	75	36,2	63	30,4	69	33,3
Manejo del estrés	72	34,8	28	13,5	107	51,7

La tabla 10 acerca de las dimensiones del estilo de vida de los pacientes hipertensos en estudio, se aprecia que, 36,2% (75) presento un estilo de vida saludable en la dimensión cuidado de la salud; 57,5% (119) fue poco saludable en la dimensión hábitos alimenticios y; 72,5% (150) no es saludable en la dimensión actividad física.

**Tabla 11.** Nivel del estilo de vida de los pacientes hipertensos, usuarios de la Red Asistencial de EsSalud de Huánuco; 2020

Nivel del estilo de vida	n= 207	
	fi	%
Saludable	56	27,1
Poco saludable	71	34,3
No saludable	80	38,6

En la presente tabla acerca del nivel de estilo de vida de los pacientes hipertensos en estudio, se evidenció que, 38,6% (80) el estilo de vida no es saludable; 34,3% (71) poco saludable y; 27,1% (56) saludable.

**Tabla 12.** Control sobre el tratamiento en la adherencia terapéutica de los pacientes hipertensos, usuarios de la Red Asistencial de EsSalud de Huánuco; 2020

Control sobre el tratamiento	n= 207					
	Siempre		Algunas veces		Nunca	
	fi	%	fi	%	fi	%
Ingiero mis medicamentos de manera puntual	191	92,3	16	7,7	0	0,0
No importa que el tratamiento sea por largo tiempo; siempre ingiero mis medicamentos a la hora indicada	191	92,3	16	7,7	0	0,0
Me hago análisis clínicos en los periodos que el médico me indica	127	61,4	72	34,8	8	3,9
Si tengo que seguir una dieta rigurosa, la respeto	139	67,1	64	30,9	4	1,9
Asisto a mis consultas de manera puntual	166	80,2	35	16,9	6	2,9
Atiendo las recomendaciones del médico en cuanto a estar pendiente de cualquier síntoma que pueda afectar mi salud	142	68,6	52	25,1	13	6,3
Estoy dispuesto a dejar algo placentero, como dejar de fumar o no ingerir bebidas alcohólicas, si el médico me lo ordena	132	63,8	71	34,3	4	1,9

La tabla 12 acerca del control sobre el tratamiento en la adherencia terapéutica de los pacientes hipertensos en estudio, se aprecia que, 92,3% (191) siempre ingiere sus medicamentos de manera puntual sin importar que el tratamiento sea por largo tiempo; 34,8% (72) algunas veces se hace análisis clínicos en los periodos que el médico le indica y; 6,3% (13) nunca atiende las recomendaciones del médico en cuanto a estar pendiente de cualquier síntoma que pueda afectar su salud.

**Tabla 13.** Seguimiento médico conductual en la adherencia terapéutica de los pacientes hipertensos, usuarios de la Red Asistencial de EsSalud de Huánuco; 2020

Seguimiento médico conductual	n= 207					
	Siempre		Algunas veces		Nunca	
	fi	%	fi	%	fi	%
Como sólo aquellos alimentos que el médico me permite	105	50,7	100	48,3	2	1,0
Si el médico me inspira confianza, sigo el tratamiento	162	78,3	45	21,7	0	0,0
Después de haber iniciado un tratamiento para controlar mi presión arterial, regreso a consulta si el médico me indica que es necesario para verificar mi estado de salud	142	68,6	65	31,4	0	0,0
Cuando me dan resultados de mis análisis clínicos, estoy más seguro de lo que tengo y me apego más al tratamiento	178	86,0	25	12,1	4	1,9
Si mi enfermedad no es peligrosa, pongo poca atención en el tratamiento	54	26,1	54	26,1	99	47,8
Cuando tengo mucho trabajo o muchas cosas que hacer, se me olvida tomar mis medicamentos	22	10,6	113	54,6	72	34,8
Cuando los síntomas desaparecen, abandono el tratamiento	24	11,6	68	32,9	115	55,6

La presente tabla sobre el seguimiento médico conductual en la adherencia terapéutica de los pacientes hipertensos en estudio, se aprecia que, 86,0% (178) siempre cuando le dan resultados de sus análisis clínicos, está más seguro de lo que tiene y se apega más al tratamiento; 54,6% (113) algunas veces cuando tiene mucho trabajo o muchas cosas que hacer, se le olvida tomar sus medicamentos y; 55,6% (115) nunca abandona el tratamiento cuando los síntomas desaparecen.

**Tabla 14.** Autoeficacia en la adherencia terapéutica de los pacientes hipertensos, usuarios de la Red Asistencial de EsSalud de Huánuco; 2020

Autoeficacia	n= 207					
	Siempre		Algunas veces		Nunca	
	fi	%	fi	%	fi	%
Si en poco tiempo no veo mejoría en mi salud, dejo el tratamiento	21	10,1	7	3,4	179	86,5
Si el tratamiento exige hacer ejercicio continuo, lo hago	86	41,5	17	8,2	104	50,2
Para que yo siga el tratamiento, es necesario que otros me recuerden que debo tomar mis medicamentos	11	5,3	147	71,0	49	23,7
Me hago mis análisis clínicos periódicamente como me lo recomienda el médico, aunque no esté enfermo	158	76,3	49	23,7	0	0,0
Me inspira confianza que el personal de salud demuestre conocer mi enfermedad	196	94,7	11	5,3	0	0,0
Si sospecho que mi enfermedad es grave, hago lo que esté en mis manos para aliviarme	178	86,0	18	8,7	11	5,3
Aunque el tratamiento sea complicado, lo sigo	201	97,1	6	2,9	0	0,0

La presente tabla acerca de la autoeficacia en la adherencia terapéutica de los pacientes hipertensos en estudio, se evidencia que, 97,1% (201) siempre sigue aunque el tratamiento es complicado; 71,0% (147) algunas veces es necesario que otros le recuerden que debe tomar sus medicamentos y; 86,5% (179) nunca deja su tratamiento si en poco tiempo no ve mejoría.

**Tabla 15.** Descripción de las dimensiones de la adherencia terapéutica de los pacientes hipertensos, usuarios de la Red Asistencial de EsSalud de Huánuco; 2020

Dimensiones	n= 207					
	Alta		Media		Baja	
	Fi	%	fi	%	fi	%
Control sobre el tratamiento	143	69,1	51	24,6	13	6,3
Seguimiento médico conductual	77	37,2	70	33,8	60	29,0
Autoeficacia	86	41,5	100	48,3	21	10,1

Respecto a las dimensiones de la adherencia terapéutica de los pacientes hipertensos en estudio, se aprecia que, 69,1% (143) tienen una alta adherencia en la dimensión control sobre el tratamiento; 48,3% (100) una adherencia media en la dimensión autoeficacia y; 29,0% (60) baja adherencia en la dimensión seguimiento médico conductual.

**Tabla 16.** Estado de la adherencia terapéutica de los pacientes hipertensos, usuarios de la Red Asistencial de EsSalud de Huánuco; 2020

Estado de la adherencia terapéutica	n= 207	
	fi	%
Alta	127	61,4
Media	59	28,5
Baja	21	10,1

La presente tabla sobre el estado de adherencia terapéutica de los pacientes hipertensos en estudio, se evidenció que, 61,4% (127) tuvieron una alta adherencia; 28,5% (59) media y; 10,1% (21) baja.

## 4.2. ANÁLISIS INFERENCIAL

**Tabla 17.** Relación entre la adherencia terapéutica y el estilo de vida en pacientes hipertensos, usuarios de la Red Asistencial de EsSalud de Huánuco; 2020

Adherencia terapéutica	Estilo de vida						Tau b de kendall	p-valor
	Saludable		Poco saludable		No saludable			
	fi	%	fi	%	fi	%		
Alta	56	27,1	63	30,4	8	3,9	0,718	0,000
Media	0	0,0	8	3,9	51	24,6		
Baja	0	0,0	0	0,0	21	10,1		
Total	56	27,1	71	34,3	80	38,6		

Analizando la relación entre la adherencia terapéutica y el estilo de vida en pacientes hipertensos en estudio, se aprecia que, el 27,1% (56) de la muestra tuvieron una alta adherencia y un estilo de vida saludable.

Comprobando la relación entre dichas variables, mediante la prueba de tau b de Kendall, se halló un valor calculado de 0,718, con significancia ( $p = 0,000$ ). Así mismo se muestra una buena relación, por ello se rechazó la hipótesis nula lo cual demuestra que la adherencia terapéutica se relaciona con el estilo de vida de los pacientes hipertensos.

**Tabla 18.** Relación entre la adherencia terapéutica en la dimensión control sobre el tratamiento y el estilo de vida en pacientes hipertensos, usuarios de la Red Asistencial de EsSalud de Huánuco; 2020

Control sobre el tratamiento	Estilo de vida						Tau b de Kendall	p-valor
	Saludable		Poco saludable		No saludable			
	fi	%	fi	%	fi	%		
Alta	56	27,1	71	34,3	16	7,7	0,690	0,000
Media	0	0,0	0	0,0	51	24,6		
Baja	0	0,0	0	0,0	13	6,3		
Total	56	27,1	71	34,3	80	38,6		

Al evaluar la relación entre la adherencia terapéutica en la dimensión control sobre el tratamiento y el estilo de vida en pacientes hipertensos en estudio, se aprecia que, el 27,1% (56) de la muestra tuvieron una alta adherencia en el control sobre su tratamiento y un estilo de vida saludable.

Al corroborar la relación entre dichas variables, mediante la prueba de tau b de Kendall, se halló un valor calculado de 0,690, con significancia ( $p = 0,000$ ). Así mismo se muestra una buena relación, por ello se rechazó la hipótesis nula lo cual demuestra que el control sobre su tratamiento se relacionan con el estilo de vida de los pacientes hipertensos.

**Tabla 19.** Relación entre la adherencia terapéutica en la dimensión seguimiento médico y el estilo de vida en pacientes hipertensos, usuarios de la Red Asistencial de EsSalud de Huánuco; 2020

Seguimiento médico	Estilo de vida						Tau b de Kendall	p-valor
	Saludable		Poco saludable		No saludable			
	fi	%	fi	%	fi	%		
Alta	48	23,2	29	14,0	0	0,0	0,738	0,000
Media	8	3,9	38	18,4	24	11,6		
Baja	0	0,0	4	1,9	56	27,1		
Total	56	27,1	71	34,3	80	38,6		

Evaluando la relación entre la adherencia terapéutica en la dimensión seguimiento continuo y el estilo de vida en pacientes hipertensos en estudio, se aprecia que, el 23,2% (48) de la muestra tuvieron una alta adherencia en el seguimiento médico y un estilo de vida saludable.

Comprobando la relación entre dichas variables, mediante la prueba de tau b de Kendall, se halló un valor calculado de 0,738, con significancia ( $p = 0,000$ ). Así mismo se muestra una buena relación, por ello se rechazó la hipótesis nula lo cual demuestra que el seguimiento médico se relaciona con el estilo de vida de los pacientes hipertensos.

**Tabla 20.** Relación entre la adherencia terapéutica en la dimensión autoeficacia y el estilo de vida en pacientes hipertensos, usuarios de la Red Asistencial de EsSalud de Huánuco; 2020

Autoeficacia	Estilo de vida						Tau b de Kendall	p-valor
	Saludable		Poco saludable		No saludable			
	fi	%	fi	%	fi	%		
Alta	52	25,1	34	16,4	0	0,0	0,717	0,000
Media	4	1,9	37	17,9	59	28,5		
Baja	0	0,0	0	0,0	21	10,1		
Total	56	27,1	71	34,3	80	38,6		

Analizando la relación entre la adherencia terapéutica en la dimensión autoeficacia y el estilo de vida en pacientes hipertensos en estudio, se evidencia que, el 25,1% (52) de la muestra tuvieron una alta adherencia en la autoeficacia y un estilo de vida saludable.

Al comprobar la relación entre dichas variables, mediante la prueba de tau b de Kendall, se halló un valor calculado de 0,717, con significancia ( $p = 0,000$ ). Así mismo se muestra una buena relación, por ello se rechazó la hipótesis nula lo cual demuestra que la autoeficacia se relacionan con el estilo de vida de los pacientes hipertensos.

## CAPITULO V

### DISCUSIÓN

En el estudio, en un primer momento se halló que la adherencia terapéutica de los pacientes hipertensos fue de nivel alto. Contrario a nuestros resultados, Ortega et al., (48) describieron que la baja adherencia a las terapias prescritas es un problema significativo que afecta los resultados de salud a nivel mundial. Este problema es especialmente notable en personas que padecen enfermedades crónicas, donde mantener una adherencia constante a los regímenes de tratamiento a largo plazo resulta ser un desafío importante. A nivel global, solo un poco más de la mitad de los pacientes con condiciones crónicas logran seguir de manera consistente sus planes de tratamiento. La situación es especialmente crítica en los países en desarrollo, donde los índices de adherencia tienden a ser significativamente más bajos. Esta falta de cumplimiento constante con el tratamiento no solo obstaculiza la efectividad de las intervenciones médicas, sino que también conduce a peores resultados de salud, mayores tasas de complicaciones y un aumento en los costos de atención médica. Ramos (49), también señala, que la falta de adherencia a los tratamientos prescritos se reconoce como una preocupación de salud significativa y urgente, especialmente en el contexto de las enfermedades crónicas. Los pacientes con condiciones a largo plazo a menudo tienen dificultades para seguir sus planes de tratamiento de manera constante, y este incumplimiento tiene serias implicaciones. En el contexto de las enfermedades crónicas, donde el manejo constante es fundamental para prevenir complicaciones y mejorar la calidad de vida, la incapacidad o falta de disposición de los pacientes para cumplir con sus tratamientos prescritos representa un obstáculo importante para lograr resultados de salud efectivos. Este problema persistente tiene efectos de gran alcance, impactando tanto la salud individual de los pacientes como los sistemas de salud pública en general.

En un segundo momento, se halló que los estilos de vida, son poco saludables, similar a estos resultados Pérez et al., (50) hallaron que los estilos de vida de los pacientes hipertensos que participaron en el estudio

son no saludables e inadecuados; no existieron diferencias en cuanto al sexo.

El resultado de que los pacientes hipertensos tienen estilos de vida no saludables es un hallazgo relevante en la investigación sobre la hipertensión arterial. Los estilos de vida no saludables, como una dieta poco saludable, falta de ejercicio, consumo de alcohol excesivo, tabaquismo y estrés crónico, son factores de riesgo conocidos para el desarrollo y el control deficiente de la hipertensión.

Una dieta poco saludable, caracterizada por el consumo excesivo de sodio, grasas saturadas, grasas trans y alimentos procesados, puede aumentar la presión arterial y contribuir al desarrollo de la hipertensión. La falta de actividad física regular también puede influir negativamente en la presión arterial y en la salud cardiovascular en general.

El consumo excesivo de alcohol puede elevar la presión arterial y aumentar el riesgo de complicaciones relacionadas con la hipertensión. Asimismo, el tabaquismo es un factor de riesgo significativo para la hipertensión y puede agravar aún más los problemas de salud en pacientes hipertensos.

Además, el estrés crónico y una falta de estrategias efectivas de manejo del estrés pueden contribuir al desarrollo y a la falta de control de la hipertensión. El estrés puede desencadenar respuestas fisiológicas que aumentan la presión arterial, y las personas que no implementan técnicas adecuadas para gestionar el estrés pueden tener mayores dificultades para controlar su presión arterial.

Estos resultados subrayan la importancia de abordar los estilos de vida no saludables en los pacientes hipertensos como parte integral de su tratamiento. Es fundamental proporcionar educación y apoyo para promover cambios en la dieta, fomentar la actividad física regular, reducir el consumo de alcohol, ayudar a dejar de fumar y enseñar técnicas efectivas de manejo del estrés. Al adoptar un estilo de vida saludable, los pacientes hipertensos pueden mejorar el control de su presión arterial y reducir el riesgo de

complicaciones asociadas con la enfermedad.

También en el estudio se identificó la relación entre la adherencia terapéutica y los estilos de vida de los pacientes hipertensos, similares resultados, también halló Gavidia (51), quien evidenció que los pacientes hipertensos tienen un estilo de vida regular, enfatizando que la mayor proporción tienen relaciones interpersonales regulares, asimismo, el nivel de adherencia terapéutica también fue regular destacando que la mayoría tuvieron una relación transaccional regular. También, Cajachahua et al. (52) corroboraron que más de la mitad de su muestra presentaron un estilo de vida regular y aquellos que viven con su pareja reflejaron una mejor adherencia terapéutica, evidenciándose claramente la relación entre estilos de vida y adherencia terapéutica. (53) Como también el estudio de Lozada et al. quienes mostraron que, a mayor adherencia, mayor la calidad de vida en los adultos mayores en su dimensión relación social y condición física.

Asimismo, Huacahuaman realizó un estudio similar a los hallazgos obtenidos, quien refiere que los estilos de vida y la adherencia terapéutica de los pacientes hipertensos fue mala, pese a que los pacientes de este estudio pertenecen a un programa de Cusco, esto puede deberse a que son de comunidades aledañas a la población dificultando en asistir frecuentemente al centro de salud (54).

Dhakal et al., (55) en su estudio de investigación concuerda con los hallazgos obtenidos, quienes verificaron que las personas adultas con hipertensión no tienen un buen estilo de vida debido a diversos factores, como el trabajo, la edad, la educación, creencias, generando que las personas adultas con hipertensión no se adhieren a sus tratamientos farmacológicos.

Y Hirschberg alegó que la adherencia terapéutica es un componente fundamental para el tratamiento contra la hipertensión arterial, dado que si se mejora el estado

de salud se reforzaría de manera positiva el tratamiento médico, demostrando que la adherencia terapéutica y estilo de vida están

estrechamente relacionadas (56).

La hipertensión arterial es una enfermedad crónica que requiere una gestión adecuada para prevenir complicaciones graves. La adherencia terapéutica se refiere a la medida en que los pacientes siguen las recomendaciones y pautas de tratamiento prescritas por los profesionales de la salud. Esta adherencia está influenciada por diversos factores, entre ellos, los estilos de vida de los pacientes. Varios estudios han demostrado una relación significativa entre los estilos de vida y la adherencia terapéutica en pacientes hipertensos. Estos estudios han encontrado que los pacientes que siguen un estilo de vida saludable, que incluye una dieta equilibrada, ejercicio regular, control del peso, reducción del consumo de alcohol y abandono del tabaco, tienden a tener una mayor adherencia al tratamiento.

Contrario a estos resultados, Pomares et al (57) observaron que existen desafíos significativos en cuanto a que los pacientes sigan de manera consistente las recomendaciones médicas. En muchos casos, solo una pequeña proporción de pacientes logra cumplir plenamente con los tratamientos prescritos, lo que dificulta alcanzar los resultados de salud deseados. Estas dificultades de adherencia suelen deberse a una variedad de factores, como la complejidad del régimen de tratamiento, el olvido o la falta de comprensión sobre la importancia de cumplir estrictamente con las indicaciones. Como resultado, la mayoría de los pacientes no sigue sus planes de tratamiento como se les ha indicado, lo que puede llevar a un manejo subóptimo de sus condiciones y potencialmente empeorar su salud en general.

Asimismo, Pérez et al., (58) en sus resultados hallaron que la mayoría de los pacientes mostraba solo una adherencia parcial a los planes de tratamiento prescritos. Estos individuos demostraron una baja percepción de su susceptibilidad a los riesgos asociados con la hipertensión y una comprensión moderada de la posible gravedad de las complicaciones que surgen de esta condición. A pesar de reconocer algunos beneficios de seguir el tratamiento, muchos pacientes encontraron numerosos obstáculos que les dificultaron cumplir plenamente con las recomendaciones proporcionadas

por sus proveedores de atención médica. Estas barreras podrían ir desde desafíos logísticos, como el acceso a los medicamentos, hasta problemas más personales, como la falta de motivación o la mala comprensión de los consejos médicos, lo que contribuyó a una adherencia incompleta al régimen de tratamiento.

Frente a los resultados obtenidos, se destaca las fortalezas del presente estudio, ya que permitió identificar la adherencia terapéutica y estilo de vida de las personas con hipertensión arterial, permitiendo que se pueda plantear estrategias para mejorar el estilo de vida del paciente hipertenso y así tengan una mejor adherencia terapéutica en el tratamiento, cumplimiento, percepción y seguimiento continuo.

El estudio presentó limitaciones durante el proceso de recolección de datos, puesto que el 2020, se daba inicio a la pandemia de la COVID-19, razón por la cual no se pudo aplicar las encuestas al 100% de la muestra inicialmente planificada.

Existe una estrecha relación entre la adherencia terapéutica y los estilos de vida de los pacientes hipertensos. Adoptar un estilo de vida saludable, que incluya una dieta equilibrada, ejercicio regular y evitar hábitos perjudiciales como el consumo de alcohol y el tabaquismo, puede mejorar la adherencia al tratamiento y el control de la presión arterial. Sin embargo, es importante tener en cuenta que cada paciente es único, y la adherencia terapéutica puede estar influenciada por múltiples factores individuales y contextuales.

Por último, es importante que continúen efectuando más investigaciones, permitiendo captar y plantear estrategias y sesiones educativas para la mejora del paciente hipertenso, asimismo, modificar el estilo de vida que no ayuda a su mejora, sobre todo en la actividad física, consumo de sustancias psicoactivas y cuidados de su salud, ya que cuando mejora su estilo de vida, su adherencia terapéutica es mal alta.

## CONCLUSIONES

Se arribaron a las siguientes conclusiones, dando respuesta a cada objetivo planteado en el estudio:

1. Sobre los estilos de vida de los pacientes hipertensos, se observó predominio de los estilos de vida inadecuados, estilos de vida no saludables con un 38,6% (80).
2. Al analizar el estado de adherencia terapéutica de los pacientes hipertensos en estudio, se evidenció que, 61,4% (127) tuvieron una alta adherencia.
3. Al relacionar la adherencia terapéutica y el estilo de vida en pacientes hipertensos, se halló que dichas variables tienen relación significativa [Tau b de Kendall= 0,718 y  $p = 0,000$ ], por lo que se aceptó la hipótesis de investigación.
4. Al analizar la relación entre la adherencia terapéutica en la dimensión control sobre el tratamiento y el estilo de vida en pacientes hipertensos, también se encontró relación significativa entre dichas variables [Tau b de Kendall= 0,690 y  $p = 0,000$ ], por lo que también se aceptó la hipótesis de investigación.
5. En la relación entre la adherencia terapéutica en la dimensión seguimiento médico y el estilo de vida en pacientes hipertensos, se encontró relación significativa [Tau b de Kendall= 0,738 y  $p = 0,000$ ], por lo que también se acepta la hipótesis de investigación.
6. Finalmente se halló relación entre la adherencia terapéutica en la dimensión autoeficacia y el estilo de vida en pacientes hipertensos, contrastado mediante prueba de tau b de Kendall, = 0,717, y un  $p = 0,000$ ), aceptándose por consiguiente la hipótesis de investigación.

## RECOMENDACIONES

- **Para los pacientes en estudio y comunidad en general**
  - ✓ Realizar coordinaciones con el ministerio de educación y ministerio de salud para realizar difusiones en todos los medios de comunicación sobre los beneficios y ventajas que traen los buenos estilos de vida
  - ✓ Concientizar a los pacientes y comunidad en general a lograr la autoeficacia para el buen cumplimiento del tratamiento antihipertensivo.
- **Para las autoridades del sector salud**
  - ✓ Difundir spots donde se informe el estilo de vida saludable de forma sostenible en pacientes hipertensos y la importancia de ser continuo los tratamientos sugeridos por el personal de salud.
  - ✓ Promocionar continuamente el autocuidado en los pacientes con hipertensión arterial, haciendo partícipes a los familiares de los mismos, el cual constituye un aliado estratégico.
- **Para los enfermeros asistenciales**
  - ✓ Realizar seguimientos domiciliarios a los usuarios hipertensos en sus hogares para monitorizar sus tratamientos y brindar consejería integral para mejorar su estilo de vida.
  - ✓ Proporcionar información clara y comprensible sobre la hipertensión arterial, sus riesgos y la importancia del tratamiento. Esto incluye explicar los beneficios de llevar un estilo de vida saludable, seguir el plan de tratamiento prescrito para lograr una adherencia terapéutica satisfactoria.
  - ✓ Trabajar en colaboración con el paciente para establecer metas alcanzables en términos de cambios en el estilo de vida y control de la presión arterial. Estas metas deben ser específicas, medibles, alcanzables, relevantes y con un tiempo determinado (SMART).

- ✓ Recomendar una dieta equilibrada, como la dieta DASH, que se caracteriza por ser baja en sodio y rica en frutas, verduras, granos integrales, proteínas magras y productos lácteos bajos en grasa. Proporcionar orientación sobre cómo leer las etiquetas de los alimentos y evitar alimentos procesados y ricos en sodio.
  - ✓ Ejercicio regular: Alentar a los pacientes a realizar actividad física de forma regular, de acuerdo con sus capacidades y recomendaciones médicas. Recomendar al menos 150 minutos de ejercicio aeróbico moderado o 75 minutos de ejercicio aeróbico vigoroso por semana, junto con ejercicios de fortalecimiento muscular.
  - ✓ Control del peso: Brindar asesoramiento sobre la importancia de mantener un peso saludable y ofrecer pautas sobre la alimentación balanceada y la actividad física para lograr y mantener un peso adecuado.
  - ✓ Apoyo emocional y seguimiento regular: Brindar un entorno de apoyo emocional y establecer un sistema de seguimiento regular para evaluar el progreso del paciente, resolver dudas y brindar motivación continua. Esto puede incluir consultas periódicas con el médico, enfermero o educador de salud.
  - ✓ Simplificar el régimen de tratamiento: Evaluar la posibilidad de simplificar el régimen de tratamiento, si es necesario, para facilitar la adherencia. Esto puede implicar ajustar los horarios de medicación o prescribir combinaciones de medicamentos en lugar de múltiples tabletas.
  - ✓ Recursos adicionales: Proporcionar materiales educativos, folletos informativos, recursos en línea o aplicaciones móviles que puedan ayudar a los pacientes a mantenerse informados y motivados en su tratamiento y estilo de vida saludable.
- **Para la comunidad académica**
    - ✓ Realizar investigaciones de tipo experimental para identificar si al

modificar el estilo de vida controlamos efectivamente el aumento de las enfermedades no transmisibles como la hipertensión arterial; e incidir sobre la investigación de la adherencia terapéutica para luego ponerlo en práctica.

## REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Espinosa Brito A. Hipertensión arterial: cifras para definirla al comenzar 2018. Rev Finlay [Internet]. 2018 [Consultado 2019 Oct 10];8(1):66-74. Disponible en: [http://scielo.sld.cu/scielo.php?pid=S2221-24342018000100008&script=sci\\_arttext&tlng=en](http://scielo.sld.cu/scielo.php?pid=S2221-24342018000100008&script=sci_arttext&tlng=en).
2. Carhuallanqui R, Diestra Cabrera G, Tang Herrera J, Málaga G. Adherencia al tratamiento farmacológico en pacientes hipertensos atendidos en un hospital general. Rev Med Hered [Internet]. 2010 [Consultado 2019 Oct 10];21(4):197-201. Disponible en: [http://www.scielo.org.pe/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1018-130X2010000400005](http://www.scielo.org.pe/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1018-130X2010000400005).
3. Ministerio de Salud. Hipertensión [Internet]. [Consultado 2019 Oct 10]. Disponible en: <https://www.minsa.gob.pe/Especial/2017/hipertension/index.asp?op=7>.
4. Zurera Delgado I, Caballero Villarraso M, Ruíz García M. Análisis de los factores que determinan la adherencia terapéutica del paciente hipertenso. Enferm nefrol [Internet]. 2014 [Consultado 2019 Oct 10];17(4):251-60. Disponible en: [http://scielo.isciii.es/pdf/enefro/v17n4/03\\_original2.pdf](http://scielo.isciii.es/pdf/enefro/v17n4/03_original2.pdf).
5. Marquina Pacherre R. Nivel de adherencia al tratamiento de hipertensión arterial de los adultos mayores servicio de medicina. Hospital Nacional de Dos de Mayo. [Tesis para optar el título profesional de Licenciado en Enfermería]. Lima: Universidad Privada San Juan Bautista; 2018.
6. Herrera Añazco P, Pacheco Mendoza J, Valenzuela Rodríguez G, Málaga G. Autoconocimiento, adherencia al tratamiento y control de la hipertensión arterial en el Perú: una revisión narrativa. Rev Peru Med Exp Salud Publica [Internet]. 2017 [Consultado 2019 Oct 10];34(3):497-504. Disponible en: <https://www.scielosp.org/article/rpmesp/2017.v34n3/497-504/>.

7. González Sánchez R, Llapur Milián R, Díaz Cuesta M, Illa Cos MdR, Yee López E, Pérez Bello D. Estilos de vida, hipertensión arterial y obesidad en adolescentes. Rev Cubana Pediatr [Internet]. 2015 [Consultado 2019 Oct 10];87(3):273-84. Disponible en: [http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0034-75312015000300003](http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-75312015000300003).
8. Organización Panamericana de la Salud. Hipertensión [Internet]. [Consultado 2019 Oct 10]. Disponible en: [https://www.paho.org/hq/index.php?option=com\\_topics&view=article&id=221&Itemid=40878](https://www.paho.org/hq/index.php?option=com_topics&view=article&id=221&Itemid=40878)(=es.
9. Pomares Ávalos AJ, Vázquez Núñez MA, Ruíz Domínguez ES. Adherencia terapéutica en pacientes con hipertensión arterial. Rev Finlay [Internet]. 2017 [Consultado 2019 Oct 10];7(2):81-8. Disponible en: <https://www.medigraphic.com/cgi-bin/new/resumen.cgi?IDARTICULO=73215>.
10. Ortellado Maidana J, Ramírez A, González G, Olmedo Filizzola G, Ayala de Doll M, Paredes González O, et al. Consenso paraguayo de hipertensión arterial 2015. Rev Med Inter. 2016;3(2):11-57.
11. Luna Breceda U, Haro Vázquez SdR, Uriostegui Espiritu LC, Barajas Gómez TdJ, 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 [Internet]. 2017 [Consultado 2019 Oct 10];24(3):116-20. Disponible en: <https://www.medigraphic.com/cgi-bin/new/resumen.cgi?IDARTICULO=73031>.
12. Instituto Nacional de Estadística e Informática. Principales sistemas de consulta estadística. Portal web del INEI [Internet]. [Consultado 2019 Oct 10]. Disponible en: <http://files.pucp.edu.pe/departamento/economia/PPT-INFO-WEB-INEI-260816.pdf>.
13. Ministerio de Salud. Minsa: en Perú cuatro millones de personas tienen hipertensión arterial [Internet]. [Consultado 2019 Oct 10]. Disponible

en: <https://andina.pe/agencia/noticia-minsa-peru-cuatro-millones-personas-tienen-hipertension-arterial-751737.aspx>.

14. Martínez Dávalos A, Merino Morales P. Eventos asociados al control inadecuado de la presión arterial en pacientes que asisten al programa de hipertensión en el CAP unheval-essalud Huánuco durante el año. [Tesis para optar título de médico Cirujano]. Huánuco: Universidad Nacional Hermilio Valdizan; 2017.
15. Campos Nonato I, Hernández Barrera L, Pedroza Tobías A, Medina C, Barquera S. Hipertensión arterial en adultos mexicanos: prevalencia, diagnóstico y tipo de tratamiento. Ensanut MC 2016. salud pública mex [Internet]. 2018 [Consultado 2019 Oct 10];60(3):233-43. Disponible en: [https://www.scielosp.org/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0036-36342018000300004](https://www.scielosp.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0036-36342018000300004).
16. Trindade Radovanovic CA, Afonso dos Santos L, de Barros Carvalho MD, Silva Marcon S. Hipertensión arterial y otros factores de riesgo asociados a las enfermedades cardiovasculares en adultos. Rev Latino-Am Enfermagem [Internet]. 2014 [Consultado 2019 Oct 10];22(4):547-53. Disponible en: [https://www.redalyc.org/pdf/2814/281432119004\\_1.pdf](https://www.redalyc.org/pdf/2814/281432119004_1.pdf).
17. Organización Mundial de la Salud. Preguntas y respuestas sobre la hipertensión [Internet]. [Consultado 2019 Oct 10]. Disponible en: <https://www.who.int/features/qa/82/es/>.
18. Organización Panamericana de la salud. Día Mundial de la Hipertensión 2017: Conoce tus números [Internet]. [Consultado 2019 Oct 10]. Disponible en: [https://www.paho.org/col/index.php?option=com\\_content&view=article&id=2752:dia-mundial-de-la-hipertension-2017-conoce-tus-numeros&Itemid=487](https://www.paho.org/col/index.php?option=com_content&view=article&id=2752:dia-mundial-de-la-hipertension-2017-conoce-tus-numeros&Itemid=487).
19. Morejon Giraldoni AF, Benet RodrÁguez M, Espinosa Brito AD, Silva Aycaguer LC, Ordunez P. Factores relacionados con el control de la hipertensión arterial en Cienfuegos. Rev Cub Salud Publica. 2019;45(3):1-17.

20. Gordón Guaján ME, Gualotuña Martínez MS. Hipertensión arterial relacionada con el estilo de vida en los pacientes que acuden al centro de salud tipo A Pujilí en el periodo Julio-Diciembre 2014. [Tesis previo a la obtención del título de Licenciada en Enfermería]. [Internet]. Quito: Universidad Central del Ecuador; 2015. [Consultado 2019 Oct 10]. Disponible en: <http://www.dspace.uce.edu.ec/bitstream/25000/5133/1/T-UC-0006-010.pdf>.
21. Antúnez Ruiz F. Estilos de vida y su relación con los niveles de tensión arterial en personas con diagnóstico de hipertensión arterial del hospital santa Isabel, el porvenir – Trujillo 2017. [Tesis para obtener el título profesional de Licenciada en enfermería]. Trujillo: Universidad Cesar Vallejo. Facultad de ciencias Médicas; 2017.
22. Reyes Zapata S. Estilos de vida en pacientes con hipertensión arterial atendidos en Centro de Salud Villa Primavera, agosto-noviembre 2017. [Tesis para obtener el título profesional de Licenciada en Enfermería]. Sullana: Universidad San Pedro. Facultad de Ciencias de la Salud; 2018.
23. Napuchi Inuma NA. Estilos de vida y estado nutricional en pacientes con hipertensión arterial atendidos en el centro de salud morona cocha. Loreto. 2014. [Tesis para optar el título profesional de Licenciada en Bromatología y Nutrición Humana]. Iquitos: Universidad Nacional de la Amazonia Peruana. Facultad de Industrias Alimentarias; 2015.
24. Cáceres Plascencia JM. Estilos de vida en pacientes del programa de hipertensión arterial del Hospital I Carlos Alcántara Butterfield. [Tesis para optar al grado de Especialista en Enfermería Cardiológica]. Lima: Universidad Nacional Mayor de San Marcos. Facultad de Medicina; 2016.
25. Huaman Gomez L. Relación de la funcionalidad familiar y la adherencia terapéutica en pacientes con hipertensión arterial del hospital regional Hermilio Valdizán Medrano, Huánuco 2018. [Tesis para optar título de Licenciada en Enfermería]. Huánuco: Universidad de Huánuco; 2018.
26. Aristizábal Hoyos GP, Blanco Borjas DM, Sánchez Ramos A, Ostiguín

Meléndez RM. El modelo de promoción de la salud de Nola Pender: Una reflexión en torno a su comprensión. *Enferm univ* [Internet]. 2011 [citado el 04 de junio de 2019];8(4):16-23. Disponible en: [http://www.scielo.org.mx/scielo.php?pid=S1665-70632011000400003&script=sci\\_arttext](http://www.scielo.org.mx/scielo.php?pid=S1665-70632011000400003&script=sci_arttext).

27. Navarro M, Díaz M, Beristain I. Proceso enfermero basado en el modelo de promoción de la salud. *Rev Desarrollo Cientif Enferm*. 2011;19(4):139-43.
28. Navarro Peña Y, Castro Salas M. Modelo de Dorothea Orem aplicado a un grupo comunitario a través del proceso de enfermería. *Enferm glob*. 2010;1(19):0-.
29. Rojas Gallo A, Pérez Pimentel S, Lluch Bonet A, Cabrera Adán M. Gestión del cuidado enfermero en la teoría del déficit de autocuidado. *Revista Cubana de Enfermería*. 2009;25(3-4):0-.
30. Ministerio de Salud. Guía técnica: guía de práctica clínica para el diagnóstico, tratamiento y control de la enfermedad hipertensiva [Internet]. [Consultado 2019 Oct 10]. Disponible en: <http://bvs.minsa.gob.pe/local/MINSA/2826.pdf>.
31. Williams B, Mancia G, Spiering W, Agabiti E, Azizi M, Burnier M, et al. Guía ESC/ESH 2018 sobre el diagnóstico y tratamiento de la hipertensión arterial. *Revista Esp Cardio*. 2018;72(2):1-78.
32. Ramos MV. Hipertensión arterial: novedades de las guías 2018. *Rev Uru Card*. 2019;34(1):131-52.
33. Reyes Flores E, Trejo Alvarez R, Arguijo Abrego S, Jiménez Gómez A, Castillo Castro A, Hernández Silva A, et al. Adherencia terapéutica: conceptos, determinantes y nuevas estrategias. *Rev Méd Hond*. 2016;84(3):125-32.
34. López Romero LA, Romero Guevara SL, Parra DI, Rojas Sánchez LZ. Adherencia al tratamiento: Concepto y medición. *Rev prom salud*. 2016;21(1):117-37.

35. Soria Trujano R, Vega Valero Z, Nava Quiroz C, Saavedra Vázquez K. Interacción médico-paciente y su relación con el control del padecimiento en enfermos crónicos. *Liberabit*. 2011;17(2):223-30.
36. Ministerio de salud. Nota de prensa. Minsa fomenta estilos de vida saludable en la familia [Internet]. [Consultado 2019 Oct 01]. Disponible en: <https://www.gob.pe/institucion/minsa/noticias/14784-minsa-fomenta-estilos-de-vida-saludable-en-la-familia>.
37. Hernández de la Rosa M, Godoy Quinto J, Romero San Salvador CY, Gutiérrez Gabriel I, Arthur Aguirre F. Efecto del estilo de vida en el control de pacientes con hipertensión arterial sistémica en una unidad de medicina familiar en Puebla, México. *Atención Familiar*. 2018;25(4):155-9.
38. Briones Arteaga EM. Ejercicios físicos en la prevención de hipertensión arterial. *Medisan*. 2016;20(1):35-41.
39. Del Valle Soto M, Manonelles Marqueta P, De Teresa Galván C, Bonafonte LF, Luengo E, Gaztañaga Aurrekoetxea T. Prescripción de ejercicio físico en la prevención y tratamiento de la hipertensión arterial. Documento de Consenso de la Sociedad Española de Medicina del Deporte (SEMED-FEMEDE). *Rev Feder Esp*. 2015(169):281-313.
40. Vélez Álvarez C, Vidarte Claros JA. Efecto de un programa de entrenamiento físico sobre condición física saludable en hipertensos. *Rev Bras Geriatr Gerontol*. 2016;19(2):277-88.
41. Espinoza Vílchez G. Influencia del estado nutricional y hábitos alimentarios en la presencia de complicaciones en pacientes adultos con Diabetes Mellitus tipo 2. Hospital Distrital Vista Alegre -Trujillo. 2016. [Tesis para obtener el título profesional de Licenciada en Nutrición]. Trujillo: Universidad Cesar Vallejo. Facultad de Ciencias Médicas. Escuela Profesional de Nutrición; 2016.
42. Ortega Anta RM, Jiménez Ortega AI, Perea Sánchez JM, Cuadrado Soto E, López Sobaler AM. Pautas nutricionales en prevención y control

de la hipertensión arterial. *Nutr Hosp.* 2016;33:53-8.

43. Montoya Céspedes JA, Arango Pérez C, Gaviria Mendoza A, Mejía Vélez CA, Carvajal Guevara JD, Hurtado Zapata JS, et al. Interacciones potenciales de fármacos antihipertensivos en un año de estudio de pacientes con hipertensión arterial atendidos en hospitales de 11 municipios del Departamento de Risaralda, Colombia. *Gac Méd Caracas.* 2013;121(2):132-41.
44. Cedeño Zambrano JE, Vásquez Jaramillo PA, Roca Lino VE. Riesgo cardiovascular relacionado con el consumo de alcohol. *Domin Cienc.* 2016;2(4):17-27.
45. Picazo Sánchez M, Cuxart Pérez M, Martín Romero F, Sans Lorman R. Consumo de cocaína, hipertensión arterial y enfermedad renal crónica. *Nefrología (Madrid).* 2010;30(6):706-7.
46. Vega Angarita OM. Agencia de autocuidado en hipertensos usuarios de un hospital universitario en Cúcuta (Colombia). *Rev Salud Uninorte [Internet].* 2014 [Consultado 2019 Oct 10];30(2):133-45. Disponible en: <http://rcientificas.uninorte.edu.co/index.php/salud/article/viewArticle/5416>.
47. Azcona J, Guillén C, Meléndez A, Pastrana J. Guía sobre el manejo del estrés desde Medicina del Trabajo. 1ra ed. España- Madrid. Sans Growing Brands. Barcelona, 2016.
48. Ortega Cerda José Juan, Sánchez Herrera Diana, Rodríguez Miranda Óscar Adrián, Ortega Legaspi Juan Manuel. Adherencia terapéutica: un problema de atención médica. *Acta méd. Grupo Ángeles [revista en la Internet].* 2018 Sep [citado 2023 Jun 20]; 16( 3 ): 226-232. Disponible en: [http://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1870-72032018000300226&lng=es](http://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1870-72032018000300226&lng=es)
49. Ramos Morales Luisa Estela. La adherencia al tratamiento en las enfermedades crónicas. *Rev Cubana Angiol Cir Vasc [Internet].* 2015 Dic [citado 2023 Jun 19]; 16( 2 ): 175-189. Disponible en:

[http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1682-00372015000200006&lng=es](http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1682-00372015000200006&lng=es).

50. Pérez Rodríguez Lianet, Utrera Díaz Grissel, Rodríguez Martínez Laritza. Caracterización de estilos de vida en pacientes hipertensos del consultorio 7 área IV. Cienfuegos, 2021. Medisur [Internet]. 2022 Dic [citado 2023 Jun 28] ; 20( 6 ): 1124-1131. Disponible en: [http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1727-897X2022000601124&lng=es](http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1727-897X2022000601124&lng=es). Epub 30-Dic-2022
51. Gavidia R. Estilo de vida y adherencia terapéutica en pacientes hipertensos del centro de salud José Leonardo Ortiz, Chiclayo-2022. [Internet] Chiclayo: Universidad Norbert Wiener; 2022 [Consultado 2023 Jun 11] Disponible en: <https://repositorio.uwiener.edu.pe/handle/20.500.13053/6420>
52. Cajachahua M, Varga C, Inglés M, Chávez J. Estilos de vida y adherencia a terapia antihipertensiva, La Era-Lima Perú y San Miguel-Arica Chile. Rev Latin Hipertensión [Internet]. 2021 [Consultado 2023 Jun 11]; 16(1): 101-09. Disponible en: [http://saber.ucv.ve/ojs/index.php/rev\\_lh/article/view/23064](http://saber.ucv.ve/ojs/index.php/rev_lh/article/view/23064)
53. Lozada A, Piscocoya J, Shiraishi C, Mendieta A. Calidad de vida y adherencia terapéutica en un programa de hipertensión arterial. Rev. salud pública [internet]. 2020 [Consultado 2023 Jun 11];22(6):618-25. Doi: <https://doi.org/10.15446/rsap.v22n6.88007>.
54. Huancahuaman J. Estilos de vida y la adherencia terapéutica en pacientes que acuden al Programa Integral de Hipertensión Arterial en el Centro de Salud Echarati, la Convención- Cusco 2019. [Internet] Cusco: Universidad Andina de Cusco; 2019 [Consultado 2023 Jun 11] Disponible en: <https://hdl.handle.net/20.500.12557/3175>
55. Dhakal A, Takma K, Neupane M. Adherence to lifestyle modifications and its associated factors in hypertensive patients. Journal of clinical nursing [internet]. 2022 [Consultado 2023 Jun 11]; 31(15-16): 2181–188. Doi: <https://doi.org/10.1111/jocn.16033>

56. Hirschberg S, Donatti S, Ignacio R, Selan V. La relación entre adherencia terapéutica y calidad de vida en la hipertensión arterial. Rev Latin Cien Psic [internet]. 2014 [Consultado 2023 Jun 11]; 6(2): 65-70. Disponible en: <https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=5253393>
57. Pomares Avalos Ahmed, Vázquez Núñez Marian, Ruíz Domínguez Erika. Adherencia terapéutica en pacientes con hipertensión arterial. Rev. Finlay [Internet]. 2017 Jun [citado 2023 Jun 19] ; 7( 2 ): 81-88. Disponible en: [http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S2221-24342017000200003&lng=es](http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S2221-24342017000200003&lng=es).
58. Pérez Rosabal Elsa, Soler Sánchez Yudmila María, Morales Ortiz Leyanet. Adherencia terapéutica y creencias sobre su salud en pacientes hipertensos. MEDISAN [Internet]. 2016 Ene [citado 2023 Jun 19] ; 20( 1 ): 3-9. Disponible en: [http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1029-30192016000100002&lng=es](http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1029-30192016000100002&lng=es).

## **COMO CITAR ESTE TRABAJO DE INVESTIGACIÓN**

Barrueta A. Adherencia terapéutica y estilos de vida en pacientes hipertensos usuarios de la red asistencial de EsSalud de Huánuco [Internet] Huánuco: Universidad de Huánuco; 2024 [Consultado ]. Disponible en: <http://...>

# **ANEXOS**



---

<p>dimensión control sobre el tratamiento tendrá relación entre los estilos de vida en pacientes hipertensos en estudio?</p>	<p>tratamiento y los estilos de vida en pacientes hipertensos en estudio.</p>	<p>tiene relación con los estilos de vida en los pacientes en estudio, 2020.</p>
<p>4. ¿La adherencia terapéutica en la dimensión seguimiento médico control tendrá relación con los estilos de vida en pacientes hipertensos en estudio?</p>	<p>4. Analizar la relación entre la adherencia terapéutica en la dimensión seguimiento médico control y los estilos de vida en pacientes hipertensos en estudio.</p>	<p><b>Ha<sub>2</sub>:</b> La adherencia terapéutica en la dimensión seguimiento médico control tiene relación con los estilos de vida en los pacientes en estudio, 2020.</p>
<p>5. ¿La adherencia terapéutica en la autoeficacia tendrá relación con los estilos de vida en pacientes hipertensos en estudio?</p>	<p>5. Determinar la relación entre la adherencia terapéutica en la autoeficacia y los estilos de vida en pacientes hipertensos en estudio.</p>	<p><b>Ha<sub>3</sub>:</b> La adherencia terapéutica en la autoeficacia tiene relación con los estilos de vida en los pacientes en estudio, 2020.</p>

---

## ANEXO 2

### CUESTIONARIO DE LAS CARACTERÍSTICAS GENERALES DE LA MUESTRA

**TÍTULO DEL ESTUDIO.** Adherencia terapéutica y estilos de vida en pacientes hipertensos usuarios de la Red Asistencial de EsSalud de Huánuco, 2019.

**INSTRUCCIONES.** Buenos días/ tardes, estimado paciente: Le invito a participar de una encuesta confidencial, que tiene como objetivo conocer sus datos generales.

A continuación, encontrará una serie de enunciados, por favor responda marcando con un ASPA (X) según sea su respuesta o llene en el espacio en blanco lo que se le solicita.

#### I. CARACTERÍSTICAS DEMOGRÁFICAS

1. ¿Cuál es su edad?  
En años \_\_\_\_\_
2. Genero
  - a) Masculino ( )
  - b) Femenino ( )

#### II. CARÁCTERÍSTICAS SOCIALES

3. ¿Cuál es su estado civil?
  - a) Casado(a) ( )
  - b) Conviviente ( )
  - c) Viuda(a) ( )
  - d) Divorciado(a) ( )
  - e) Separado(a) ( )
4. ¿Usted profesa alguna religión?
  - a) Sí ( )
  - b) No ( )
  - 4.1 De ser afirmativa su respuesta indique ¿Qué religión?  
Especifique \_\_\_\_\_
5. ¿Cuál es su grado de escolaridad alcanzado?
  - a) Sin estudios ( )
  - b) Primaria incompleta ( )
  - c) Primaria completa ( )
  - d) Secundaria incompleta ( )
  - e) Superior incompleto ( )
  - f) Superior completo ( )
  - g) Superior incompleto ( )

### III. CARACTERÍSTICAS FAMILIARES

6. ¿Con quién vive actualmente?
- a) Esposa (o) ( )
  - b) Hijo(s) ( )
  - c) Padres ( )
  - d) Hermana(o) ( )
  - e) Otro, especifique: \_\_\_\_\_
7. ¿Qué tipo de familia tiene?
- a) Nuclear: (Formada por la madre, el padre y los hijos) ( )
  - b) Extendida: (Formada por parientes cuyas relaciones no son únicamente entre padres e hijos) ( )
  - c) Familia Monoparental: (Formada por uno de los padres)( )
8. ¿Cuántas personas viven en su casa?  
\_\_\_\_\_ (En números)
9. ¿Cuántos hijos tiene?  
\_\_\_\_\_ (En números)
10. ¿Recibe apoyo familiar?
- a) Sí ( )
  - b) No ( )

### IV. CARACTERÍSTICAS DE LA ENFERMEDAD

11. ¿Tiene usted antecedentes familiares de Hipertensión Arterial:
- a) Desconoce ( )
  - b) Padre ( )
  - c) Madre ( )
  - d) Abuelos ( )
  - e) No los tiene ( )
12. ¿Hace cuánto tiempo asiste al programa de hipertensión de este hospital?  
En meses \_\_\_\_\_
13. En los últimos seis meses ¿Cuántas veces ha asistido al programa de hipertensión? -----
14. ¿A qué edad le diagnosticaron la enfermedad?  
En años \_\_\_\_\_
15. ¿Su presión arterial está controlada actualmente?
- a. Sí ( )
  - b. No ( )
16. Indique los valores de su presión arterial de sus tres últimos controles (ver tarjeta de control)

Primero-----

Segundo-----

Tercero -----

17. ¿Cumple las recomendaciones dadas en el programa de hipertensión actualmente?

- a) Sí ( )  
b) No ( )

<b>V. CARACTERISTICAS DEL TRATAMIENTO</b>
---

18. TRATAMIENTO ANTIHIPERTENSIVO QUE TOMA

MEDICAMENTO	Dosis	Frecuencia
ECA		
ARA II		
ANTAGONISTA DE CALCIO		
DIURÉTICO		
B-BLOQUEADORES		

19. ¿Algunas veces suspende la toma de medicamentos?

- a) Sí ( )  
b) No ( )

19.1. Si es afirmativo indique porque motivo:

\_\_\_\_\_

## ANEXO 3

### ESCALA DE LOS ESTILOS DE VIDA

**TÍTULO DEL ESTUDIO.** Adherencia terapéutica y estilos de vida en pacientes hipertensos usuarios de la Red Asistencial de EsSalud de Huánuco, 2019.

**INSTRUCCIONES.** La presente escala tiene como objetivo identificar el tipo de estilos de vida de pacientes adultos en estudio. Recuerde que este instrumento es anónimo manteniendo así la confiabilidad de sus respuestas.

N°	ÍTEM	ALTERNATIVAS DE RESPUESTA		
		Siempre (3)	Algunas veces (2)	Nunca (1)
<b>I</b>	<b>HABITOS ALIMENTICIOS</b>			
1.	¿Usted consume sus alimentos principales como: desayuno, almuerzo y cena en un horario establecido?			
2.	¿Realiza consumo de dietas, bajo en grasa?			
3.	¿Realiza consumo de dieta alto en contenido de proteínas?			
4.	¿Consume la leche cremosa diariamente (la azul)?			
5.	¿Consume de cuatro a ocho vasos de agua diaria?			
6.	¿Consume alimentos salados como: conservas, embutidos, encurtidos y otros diariamente?			
7.	¿Prefiere el yogurt y la leche en comparación al café, chocolate y te?			
8.	¿Consume leche descremada diariamente?			
9.	¿Consume alimentos salados, diariamente?, ¿es decir agrega sal adicional a su comida?			
10.	¿Consume gaseosas más de cuatro veces a la semana?			
11.	¿Consume más de 4 vasos de gaseosa			

	al día?			
12.	¿En su alimentación incluye vegetales diariamente?			
13.	¿En su alimentación incluye frutas diariamente?			
14.	¿En su alimentación incluye pan integral diariamente?			
15.	¿En su alimentación incluye cereales diariamente?			
16.	¿En su alimentación incluye lácteos diariamente?			
17.	¿En su alimentación incluye granos enteros diariamente?			
18.	¿Incluye usted, las frutas y verduras en los 3 principales alimentos(desayuno, almuerzo y cena)			
19.	¿Consume pescado y pollo más que carnes rojas?			
20.	¿Consume dulces, helados, pasteles diariamente?			
21.	¿Consume usted carne roja más de 4 veces a la semana?			
22.	¿Consume alimentos ahumados como: carnes, pescado y quesos ahumados?			
23.	¿Con que frecuencia usted come rápido?			
24.	¿Con que frecuencia usted consume alimentos ricos en colesterol (huevo, hígado, queso, helado) lo consume?			
25.	¿De los alimentos que usted consume y contienen sal, luego de probar cree que es necesario agregarle sal para poder consumirla?			
<b>II</b>	<b>ACTIVIDAD FÍSICA</b>			
26.	¿Participa en programas o actividades de ejercicio físico bajo supervisión:			

	aeróbicos?			
27.	¿Realiza usted ejercicio como: caminatas, trotar por 30 minutos como mínimo diario?			
28.	¿Realiza práctica de algún tipo de deporte como: natación, tenis, 3 a 4 veces a la semana?			
29.	¿Participa en ejercicio de taichí, con fu, yoga?			
30.	¿Con que frecuencia permanece frente al televisor?			
<b>III</b>	<b>CONSUMO DE SUSTANCIAS PSICOACTIVAS</b>			
31.	¿Prohíbe usted que fumen en su presencia?			
32.	¿Cuándo usted empieza a beber cualquier tipo de bebida alcohólica, puede reconocer en que momento deja de tomar?			
33.	¿Fuma cigarrillo?			
34.	¿Consume usted licor al menos dos veces a la semana?			
35.	Cuando usted presenta algún problema, angustia, en su vida diaria ¿Tiende a consumir bebidas alcohólicas o fumar cigarrillos o consumir drogas?			
36.	¿Usted consume sustancias psicoactivas como: marihuana, cocaína, éxtasis u otras?			
37.	¿Usted consume más de dos tazas de café diariamente?			
38.	¿Usted consume más de 3 coca colas?			
<b>IV</b>	<b>CUIDADO DE LA SALUD</b>			
39.	En los últimos 6 meses, ¿su presión arterial se ha mantenido controlado?			

40.	En los últimos 6 meses, ¿ha ido al médico?			
41.	Cuando se expone al sol, usa bloqueadores solares			
42.	Evita las exposiciones prolongadas a los rayos solares			
43.	Controla al menos una vez al año su presión arterial			
44.	Lee y sigue las instrucciones cuando utiliza algún medicamento			
45.	En los últimos 6 meses, ¿se ha realizado exámenes de colesterol?			
46.	En los últimos 6 meses, ¿se ha realizado exámenes de triglicéridos?			
47.	En los últimos 6 meses, ¿se ha realizado exámenes de glicemia?			
48.	Se auto medica en caso de dolores musculares, de cabeza o estados gripales.			
49.	¿Consume medicamentos ansiolíticos, tranquilizantes o estimulantes sin prescripción médica?			
50.	Observa su cuerpo con detenimiento para detectar cambios físicos			
51.	En los últimos 6 meses, ¿se ha realizado exámenes de urología?			
52.	En los últimos 6 meses, ¿se ha realizado exámenes de ginecología?			
53.	Cuando realiza alguna actividad física (levanta pesas, monta bicicleta, manejo de algún vehículo, nada, etc.) utiliza las medidas de protección respectivas			
54.	¿Duerme más de 7 horas?			
V	<b>MANEJO DEL ESTRES</b>			
55.	Participa usted en actividades sociales			

56.	Tomas tiempo cada día para el relajamiento.			
57.	Eres consciente de las fuentes que producen tensión (comúnmente nervios) en tu vida.			
58.	Pasas de 15 a 20 minutos diariamente en relajamiento o meditación.			
59.	Relajas conscientemente tus músculos antes de dormir.			
60.	Te concentras en pensamientos agradables a la hora de dormir.			
61.	Pides información a los profesionales de la salud para cuidar de usted.			
62.	Usas métodos específicos para controlar la tensión (nervios).			

## ANEXO 4

### ESCALA DE LA ADHERENCIA TERAPEUTICA DEL TRATAMIENTO DE LA HIPERTENSIÓN ARTERIAL

**TÍTULO DEL ESTUDIO.** Adherencia terapéutica y estilos de vida en pacientes hipertensos usuarios de la Red Asistencial de EsSalud de Huánuco, 2019.

N°	PREGUNTA	ESCALA DEL 0 AL 100												
		0	10	20	30	40	50	60	70	80	90	100		
	<b>I. CONTROL SOBRE EL TRATAMIENTO</b>													
1.	Ingiero mis medicamentos de manera puntual.													
2.	No importa que el tratamiento sea por largo tiempo, siempre ingiero mis medicamentos a la hora indicada.													
3.	Me hago análisis clínicos en los periodos que el médico me indica.													
4.	Si tengo que seguir una dieta rigurosa, la respeto.													
5.	Asisto a mis consultas de manera puntual.													
6.	Atiendo las recomendaciones del médico en cuanto estar al pendiente de cualquier síntoma que pueda afectar mi salud.													
7.	Estoy dispuesto a dejar algo placentero como por ejemplo dejar de fumar o no ingerir bebidas alcohólicas, si el médico me lo ordena.													
	<b>II. SEGUIMIENTO MÉDICO CONDUCTUAL</b>													
8.	Como sólo aquellos alimentos que el médico me permite.													
9.	Si el médico me inspira confianza, sigo el tratamiento.													

10.	Después de haber iniciado un tratamiento para controlar mi presión arterial, regreso a consulta si el médico me indica que es necesario para verificar mi estado de salud.																		
11.	Cuando me dan resultados de mis análisis clínicos, estoy más seguro de lo que tengo y me apego más al tratamiento.																		
12.	Si mi enfermedad no es peligrosa, pongo poca atención en el tratamiento.																		
13.	Cuando tengo mucho trabajo o muchas cosas que hacer, se me olvida tomar mis medicamentos.																		
14.	Cuando los síntomas desaparecen, abandono el tratamiento.																		
<b>III. AUTOEFICACIA</b>																			
15.	Si en poco tiempo no veo mejoría en mi salud, dejo el tratamiento.																		
16.	Si el tratamiento exige hacer ejercicio continuo, lo hago.																		
17.	Para que yo siga el tratamiento, es necesario que otros me recuerden que debo tomar mis medicamentos.																		
18.	Me hago mis análisis clínicos periódicamente como me lo recomienda el médico, aunque no esté enfermo.																		
19.	Me inspira confianza que el personal de salud demuestre conocer mi enfermedad.																		
20.	Si sospecho que mi enfermedad es grave, hago lo que esté en mis manos para aliviarme.																		
21.	Aunque el tratamiento sea complicado, lo sigo.																		

## ANEXO 5

### CONSENTIMIENTO INFORMADO

**Título del estudio.** Adherencia terapéutica y estilos de vida en pacientes hipertensos usuarios de la Red Asistencial de EsSalud de Huánuco, 2019.

**Yo:**.....

He leído la hoja de información que se me ha entregado.

He podido hacer preguntas sobre el estudio.

He recibido suficiente información sobre el estudio.

He hablado con el investigador

Comprendo que mi participación es voluntaria.

Comprendo que puedo retirarme del estudio:

1. Cuando quiera.
2. Sin tener que dar explicaciones.
3. Sin que esto repercuta en mi familia

Presto libremente mi conformidad para participar en el estudio.

Fecha ----/----/-----

DNI-----Firma



-----