



UNIVERSIDAD TÉCNICA DEL NORTE



INSTITUTO DE POSGRADO

**MAESTRÍA EN SALUD PÚBLICA
MENCION EN ENFERMERÍA FAMILIAR Y COMUNITARIA**

TEMA:

**“ADHERENCIA AL TRATAMIENTO FARMACOLÓGICO EN USUARIOS
HIPERTENSOS DEL CENTRO DE SALUD AYORA, 2021”**

**Trabajo de Investigación previo a la obtención del Título Magíster en Salud Pública con
Mención en Enfermería Familiar y Comunitaria.**

AUTOR:

Carlos Esteban Calderón Patiño

DIRECTOR:

Dr. Enrique Eduardo Terán Torres

ASESOR:

Dr. Edison Ramiro Jara Alban

IBARRA - ECUADOR

2021

Dedicatoria

A mis queridos padres Isidro Calderón y Nancy Patiño, por apoyarme incondicionalmente a cada paso de mi vida, por enseñarme a superar adversidades, obstáculos, por creer en mí, motivarme siempre, porque han trabajado muy duro para poder sustentar mis estudios, por ser mi refugio y esa voz de aliento en los días más difíciles en los que pensaba rendirme y también corregirme cuando era necesario.

A mis hermanas Tatiana, Mariela, Jaqueline, Natali Calderón porque de una u otra manera me han apoyado y acompañado durante mis estudios, con una palabra de aliento y el inmenso cariño, en la realización tareas que necesité ayuda, por brindarme un alimento en días agotadores y muy cargados de estudio y ayudarme a luchar para poder materializar este gran sueño.

Agradecimiento

Primeramente, a nuestro padre Dios por darme su aliento de vida, por cuidarme, guardarme y fortalecerme durante todos los días de mi vida, por darme la sabiduría necesaria para afrontar los problemas y pruebas de la vida, durante mis estudios y darme ese amor tan inmenso para desarrollar mis labores y estudios conjuntamente, por darme paz en mi corazón cuando he estado saturado de situaciones adversas, por su infinita gracia y permitirme llegar a culminar este nivel de estudios que es fundamental para mi formación profesional y personal.

A mi familia por brindarme el calor de hogar, esencial que se necesita para contribuir con mi formación como persona, al desarrollo de mis capacidades y habilidades en cada paso de mis estudios, por enseñarme a trabajar responsablemente y con amor al prójimo, por enseñarme a luchar duro para poder surgir, por apoyarme económica y emocionalmente para cumplir con mis metas trazadas a lo largo de mi vida.

A la prestigiosa institución que me abrió las puertas y me dio la oportunidad de formarme y cumplir con mi gran sueño, por permitirme formar parte de la gran familia del Instituto de Posgrados de la Universidad Técnica del Norte. Para mis docentes y tutores que me han enseñado a desarrollar destrezas y habilidades, han contribuido con mi formación académica para poder reafirmar la labor de enfermería y realizarla con calidad y calidez, de manera especial al director de mi trabajo de titulación Dr. Enrique Terán y a mi asesor Dr. Ramiro Jara por guiarme e impartirme sus sabios conocimientos de manera incondicional.

Autorización de uso y publicación a favor de la Universidad Técnica del Norte



UNIVERSIDAD TÉCNICA DEL NORTE BIBLIOTECA UNIVERSITARIA

AUTORIZACIÓN DE USO Y PUBLICACIÓN A FAVOR DE LA UNIVERSIDAD TÉCNICA DEL NORTE

3. IDENTIFICACIÓN DE LA OBRA

En cumplimiento del Art. 144 de la Ley de Educación Superior, hago la entrega del presente trabajo a la Universidad Técnica del Norte para que sea publicado en el Repositorio Digital Institucional, para lo cual pongo a disposición la siguiente información:

DATOS DE CONTACTO			
CÉDULA DE IDENTIDAD	0401844444		
APELLIDOS Y NOMBRES	Calderón Patiño Carlos Esteban		
DIRECCIÓN	Otavalo – Ciudadela Jacinto Collahuazo etapa 4		
EMAIL	carloscalderon2011@yahoo.es		
TELÉFONO FIJO	062904365	TELÉFONO MÓVIL:	0986270414

DATOS DE LA OBRA	
TÍTULO:	"Adherencia al Tratamiento Farmacológico en Usuarios Hipertensos del Centro de Salud Ayora, 2021"
AUTOR:	Carlos Esteban Calderón
FECHA: DD/MM/AAAA	28/09/2021
SOLO PARA TRABAJOS DE GRADO	
PROGRAMA:	<input type="checkbox"/> PREGRADO <input checked="" type="checkbox"/> POSGRADO
TÍTULO POR EL QUE OPTA:	Máster en Salud Pública Mención en Enfermería Familiar y Comunitaria
ASESOR/DIRECTOR:	Dr. Edisson Ramiro Jara Alban/Dr. Enrique Eduardo Terán Torres

4. CONSTANCIAS

El autor manifiesta que la obra objeto de la presente autorización es original y se la desarrolló, sin violar derechos de autor de terceros, por lo tanto, la obra es original y que es el titular de los derechos patrimoniales, por lo que asume la responsabilidad sobre el contenido de la misma y saldrá en defensa de la Universidad en caso de reclamación por parte de terceros.

Ibarra, a los 28 días del mes de septiembre de 2021

EL AUTOR:

(Firma) 
Nombre: Calderón Patiño Carlos Esteban

Conformidad con el documento final



UNIVERSIDAD TÉCNICA DEL NORTE

Resolución No. 001- 073 CEAACES - 2013 - 13

INSTITUTO DE POSGRADO

C.6 Conformidad con el documento final

Julio 28, 2021

Doctora

Lucía Yépez

DIRECTORA INSTITUTO DE POSGRADO UNIVERSIDAD TÉCNICA DEL NORTE

ASUNTO: Conformidad con el documento final

Señora Directora:

Nos permitimos informar a usted que revisado el Trabajo final de Grado titulado **"Adherencia al Tratamiento Farmacológico en Usuarios Hipertensos del Centro de Salud Ayora, 2021"** del maestrante Calderón Patiño Carlos Esteban, de la Maestría de Salud Pública Mención Enfermería Familiar y Comunitaria, certificamos que han sido acogidas y satisfechas todas las observaciones realizadas.

Atentamente,

	Apellidos y Nombres	Firma
Tutor	Enrique Eduardo Terán Torres.	ENRIQUE EDUARDO TERAN TORRES Firmado digitalmente por ENRIQUE EDUARDO TERAN TORRES Fecha: 2021.07.28 21:50:26 -0500
Asesor	Edisson Ramiro Jara Alban.	

SCIENTIA ET THECNICUS IN SERVITIUM POPULI

Índice de Contenidos

Dedicatoria	2
Agradecimiento	3
Autorización de uso y publicación a favor de la Universidad Técnica del Norte	4
Conformidad con el documento final	5
Índice de Contenidos	6
Índice de Tablas.....	10
Índice de Ilustraciones.....	11
Resumen	12
Abstract	13
Capítulo I.....	14
Planteamiento del Problema	14
Antecedentes.....	16
Objetivos.....	17
General.....	17
Específicos	17
Justificación.....	18
Capítulo II Marco Teórico.....	19
Marco Referencial	19
Marco Conceptual.....	21
Factores de riesgo de la hipertensión arterial (HTA).....	21
Cuadro clínico.....	21

Tratamiento no Farmacológico	22
Tratamiento Farmacológico	22
Adherencia Terapéutica	24
Importancia de la Adherencia Terapéutica	24
Factores que Influyen a la Adherencia.....	24
Factores Relacionados con el Paciente.....	24
Factores Relacionados con la Enfermedad.....	25
Factores Relacionados con estilos de vida.....	25
Factores Relacionados con el Sistema Sanitario.....	26
Factores Socioeconómicos.....	26
Medida de la Adherencia Terapéutica	26
Marco Legal.....	27
Constitución de la República del Ecuador	27
Ley Orgánica de Salud.....	27
Capítulo III Marco Metodológico	29
Descripción del Área de Estudio	29
Enfoque y Tipo de Investigación.....	29
Procedimientos	29
Métodos.....	29
Técnicas	29
Instrumentos.....	30
Población	30

Muestra	30
Criterios de Inclusión.	30
Criterios de Exclusión.	30
Procesamiento de la Información.....	31
Operacionalización de Variables Apéndice A	31
Consideraciones Bioéticas	31
Principios de la bioética	31
El Código deontológico del CIE para la profesión de enfermería	32
Capítulo IV	33
Resultados.....	33
Características Sociodemográficas	33
Factores Conductuales	35
Factores Patológicos	36
Medición de Adherencia	37
Relación de la Adherencia con Factores Sociodemográficos	38
Adherencia y Estilos de Vida.....	41
Adherencia y Factores Patológicos	42
Discusión	43
Conclusiones	47
Recomendaciones.....	48
Referencias	49
Apéndices	55

Apéndice A. Operacionalización de variables.....	55
Apéndice B. Galería Fotográfica	59
Apéndice C. Oficio	60
Apéndice C. Encuesta.....	61

Índice de Tablas

Tabla 1.....	33
Tabla 2.....	34
Tabla 3.....	35
Tabla 4.....	35
Tabla 5.....	36
Tabla 6.....	36
Tabla 7.....	37
Tabla 8.....	39
Tabla 9.....	40
Tabla 10.....	41
Tabla 11.....	42

Índice de Ilustraciones

Figura 1	33
Figura 2	34
Figura 3	36
Figura 4	37
Figura 5	39
Figura 6	40
Figura 7	41
Figura 8	42

UNIVERSIDAD TÉCNICA DEL NORTE

INSTITUTO DE POSTGRADO

PROGRAMA DE MAESTRÍA EN SALUD PÚBLICA

Adherencia al tratamiento farmacológico en usuarios hipertensos del Centro de Salud Ayora,

2021

Autor: Carlos Esteban Calderón Patiño

Tutor: Dr. Enrique Eduardo Terán Torres

Año: 2021

Resumen

La adherencia al tratamiento es la coincidencia entre el comportamiento de una persona y los consejos de salud o prescripciones que ha recibido; es la hipertensión arterial una enfermedad crónica y el factor de riesgo más importante de muerte, discapacidad, enfermedad isquémica del corazón y cerebro. El objetivo es identificar los factores que influyen en la adherencia al tratamiento farmacológico antihipertensivo en usuarios del Centro de Salud Ayora, 2021. Para lograrlo se realizó una investigación cuantitativa, descriptiva, de tipo observacional, transversal empleando el método deductivo, aplicando un cuestionario estructurado de 28 preguntas en la herramienta de Google Formularios las cuales incluye características sociodemográficas, factores conductuales, patológicos y la prueba de Morisky modificada MMAS- 8, para posteriormente tabular los resultados en Microsoft Excel y EpiInfo. Logrando evidenciar que predomina edades entre 68 a 82 años, de género femenino en su mayoría, el nivel de instrucción mayoritario es de a primaria incompleta. La población actualmente no ingiere bebidas alcohólicas, en cuanto a realizar deporte o actividad física el mayor porcentaje no lo realiza a menudo, se estresa casi siempre en un elevado porcentaje. Predomina la presencia de comorbilidades y de este la mayoría corresponde a obesidad, sobrepeso, hipotiroidismo. Además, un porcentaje relativamente alto corresponde a no adherente y la principal falencia es el olvido en la toma de medicamentos; la adherencia se relaciona con género femenino, de edad mayor de 68 años, educación superior y lugar de residencia urbano. Son más adherentes usuarios que realiza actividad física regularmente y en relación a la presencia o no de comorbilidades no se evidencia efecto en la adherencia.

Palabras Clave: Adherencia, Tratamiento Farmacológico, Hipertensión

UNIVERSIDAD TÉCNICA DEL NORTE

INSTITUTO DE POSTGRADO

PROGRAMA DE MAESTRÍA EN SALUD PÚBLICA

Adherence to pharmacological treatment in hypertensive users of the Ayora Health Center,

2021

Author: Carlos Esteban Calderón Patiño

Tutor: Dr. Enrique Eduardo Terán Torres

Year: 2021

Abstract

Adherence to treatment is the coincidence between a person's behavior and the health advice or prescriptions they have received; high blood pressure is a chronic disease and the most important risk factor for death, disability, ischemic heart and brain disease. The objective is to identify the factors that influence adherence to antihypertensive drug treatment in users of the Ayora Health Center, 2021. To achieve this, a quantitative, descriptive, observational, cross-sectional investigation was carried out using the deductive method, applying a structured questionnaire of 28 questions in the Google Forms tool which includes sociodemographic characteristics, behavioral and pathological factors and the modified Morisky test MMAS-8, to later tabulate the results in Microsoft Excel and EpiInfo. Achieving evidence that the ages between 68 to 82 years predominate, mostly female, the majority level of education is incomplete primary. The population currently does not ingest alcoholic beverages. In terms of sports or physical activity, the highest percentage does not do it often, almost always stresses in a high percentage. The presence of comorbidities predominates and of this the majority corresponds to obesity, overweight, hypothyroidism. In addition, a relatively high percentage corresponds to non-adherent and the main fault is forgetfulness in taking medications; adherence is related to female gender, age over 68 years, higher education and urban place of residence. There are more adherent users who perform physical activity regularly and in relation to the presence or absence of comorbidities, no effect on adherence is evidenced.

Key Words: Adherence, Pharmacological Treatment, Hypertension

Capítulo I

Planteamiento del Problema

La hipertensión o tensión arterial alta (HTA) igual o mayor a 140/90 mmHg es un trastorno grave que incrementa de manera significativa el riesgo de sufrir cardiopatías, encefalopatías, nefropatías, entre otras enfermedades y es una de las causas principales de muerte prematura en el mundo. Se estima que a nivel mundial existen 1130 millones de personas con hipertensión, de las cuales la mayoría de ellas vive en países de ingresos bajos y medianos. En 2015, se evidenció que 1 de cada 4 hombres y 1 de cada 5 mujeres tenían hipertensión y apenas 1 de cada 5 personas hipertensas tiene controlada la enfermedad (Organización Mundial de la Salud, 2019).

La HTA es la primera causa de enfermedad coronaria, falla cardíaca y evento cerebrovascular, la segunda de falla renal y diabetes mellitus (DM). Las guías clínicas nacionales e internacionales sobre HTA persiguen disminuir las complicaciones por esta enfermedad; sin embargo, hay baja adherencia al tratamiento farmacológico antihipertensivo: 50-75% en países desarrollados y hasta 27% en países en vía de desarrollo (Guarin Loaiza & Pinilla Roa , 2016, pág. 652).

Entre el 20 y 35% de la población adulta de América Latina y el Caribe padece hipertensión. El porcentaje de personas hipertensas va aumentando en los últimos años y muchos desconocen su condición por lo que es considerada silenciosa. De acuerdo con un estudio en cuatro países de Sudamérica, (Argentina, Chile, Colombia y Brasil), apenas el 57.1% de la población adulta que se estima con HTA sabe que la padece (Organización Panamericana de la Salud , 2017).

Son distintos los factores que contribuyen al efectivo cumplimiento de la terapéutica por los pacientes: se conocen la motivación personal, conocimiento de la enfermedad y sus consecuencias, la confianza en que el procedimiento terapéutico que se ha propuesto

conseguirá el éxito esperado, el nivel cultural e intelectual, la existencia de una red de apoyo social al paciente hipertenso. Cuanto más sintomática es una enfermedad, mayor cumplimiento terapéutico se espera por parte del enfermo, pero la HTA es un padecimiento a menudo asintomático y crónico, por lo que la percepción de riesgo por el paciente con frecuencia es baja, lo cual favorece a disminuir su adhesión regular al tratamiento. (López Vázquez & Chávez Vega, 2016, págs. 41-42). En la parroquia de Ayora de los 11838 habitantes el 35.7% de la población es indígena, aproximadamente el 15% es no escolarizada y el 50 % tiene instrucción primaria completa, factores que intervienen en el cumplimiento de la terapéutica para la enfermedad.

De acuerdo con los resultados de la Encuesta Nacional de Salud (ENSANUT) del año 2012, en Ecuador, la prevalencia de hipertensión en la población de 18 a 59 años es de 9.3%, aumenta con la edad; siendo más frecuente en hombres que en mujeres (11.2% vs. 7.5%). Con respecto a la etnia, la prevalencia de hipertensión es alrededor de un 42% más alta en los adultos afrodescendientes. Las provincias que registran el mayor número de atenciones por hipertensión son: Guayas, Pichincha y Manabí. (Ministerio de Salud Pública del Ecuador, 2019).

Debido a la magnitud de las múltiples consecuencias que provoca la presión arterial alta, sin tratamiento en los pacientes, surge la necesidad de indagar los factores que determinan el cumplimiento o no del tratamiento farmacológico, con la finalidad de poder aportar con posibles soluciones ante la problemática.

Antecedentes

La presión arterial (PA) es la fuerza que ejerce la sangre contra las paredes de las arterias. En este aspecto, cada vez que el corazón late bombea sangre hacia las arterias, que es cuando su presión es más alta denominándose presión sistólica (PAS). Cuando el corazón está en reposo entre un latido y otro, la presión sanguínea disminuye, llamándose presión diastólica (PAD). Estos valores son medibles con ayuda de un tensiómetro y el resultado se expresa en milímetros de mercurio (mmHg). La HTA se define por cifras de PA sistólica \geq 140 mmHg o de PA diastólica \geq 90 mmHg o ambas, obtenidas con la medida convencional en la consulta (Berenguer Guarnaluses, 2016, pág. 2435).

Hasta el siglo XIX se seguía pensando que la hipertensión era consecuencia del desequilibrio entre humores. En la crisis, el mismo organismo a veces conseguía reequilibrarlos mediante diarrea, vómitos o sudor, el médico podía colaborar con sangrías y purgantes. Laenec ya había inventado el estetoscopio, que permitía escuchar los ruidos del corazón y los pulmones. A Korotkoff se le ocurrió, en 1905, aplicarlo a la arteria que se obstruía, descubrió que cuando se desinflaba el manguito aparecía primero uno fuerte, la presión máxima, y que a medida que se desinflaba iban apareciendo otros tonos hasta desaparecer, la presión mínima. En la década de los años 40 y 50 del siglo XX entre el 30 y el 40% de las camas estaban ocupadas por personas de edad media con enfermedades procedentes de la hipertensión: maligna hipertensiva, fallo cardiaco, accidente cerebrovascular o fallo renal. Era 1964 cuando Edward Freis, promotor del primer ensayo clínico que demostró el beneficio de controlar la presión arterial, en pocos años se fundaron consorcios para respaldar el control de la presión arterial y la investigación puso en el mercado una variedad grande de medicamentos (Caicoya, 2012).

Objetivos

General

Identificar los factores que influyen en la adherencia al tratamiento farmacológico antihipertensivo en usuarios del centro de salud Ayora, 2021

Específicos

- Describir socio demográficamente a la población de estudio.
- Estimar el nivel de adherencia al tratamiento de la población estudiada.
- Relacionar el nivel de adherencia con los factores sociodemográficos.
- Establecer la relación entre la adherencia y los estilos de vida.
- Correlacionar la adherencia con la presencia de patología en comorbilidad.

Justificación

La hipertensión arterial es el factor de mayor riesgo de morbilidad y mortalidad en enfermedades cardiovasculares, de allí la importancia de que exista un adecuado control de la enfermedad, y para lograrlo depende directamente de una aceptable adherencia al tratamiento farmacológico y no farmacológico. Siendo la adherencia al tratamiento farmacológico uno de los aspectos principales para el manejo de la hipertensión, es necesario determinar todos los factores que limitan el tratamiento antihipertensivo.

Con la finalidad de reducir muertes o complicaciones por hipertensión mal controlada se hace énfasis en la búsqueda de información que permita efectuar un óptimo seguimiento al tratamiento empleado en usuarios hipertensos. Empleando una técnica de investigación a la población hipertensa, se evidenció los factores que intervienen en la adherencia al tratamiento farmacológico para poder utilizar estrategias que permitan mejorar la misma.

Beneficiando así tanto al estado ya que evitamos el uso de medicamentos combinados para tratar hipertensiones descompensadas, a la familia evitando gastos innecesarios, al usuario evitando las múltiples complicaciones, incluso la muerte y a la comunidad ya que se brindó información sobre la importancia de un adecuado control de la hipertensión.

Tomando en consideración que el desarrollo de la investigación es parte esencial de la formación de maestrantes el tema de la presente fue enfocado en uno de los problemas frecuentes en Salud Pública como es el seguimiento de usuarios diagnosticados con enfermedades crónicas no transmisibles entre ellas la hipertensión arterial, permitió contextualizar la realidad de la población estudiada.

Capítulo II Marco Teórico

Marco Referencial

Danilo Orellana y colaboradores (2016) en el estudio “Prevalencia de hipertensión arterial, falta de adherencia al tratamiento antihipertensivo y factores asociados en pacientes de los hospitales José Carrasco Arteaga y Vicente Corral Moscoso” En Ecuador concluye que la prevalencia de adherencia al tratamiento antihipertensivo es del 39.9%. Los factores más relevantes para la no adherencia, fueron los relacionados al paciente, seguidos de factores socioeconómicos, los de la terapia y del equipo de salud, indican que una eficiente motivación al paciente permite lograr altos índices de adherencia al tratamiento, por lo que los esfuerzos deben dirigirse a cambiar la idea del paciente en relación a la enfermedad. En este estudio, los pacientes que tuvieron información y motivación por parte del personal sanitario fueron 2.42 veces más adherentes que aquellos quienes consideraron que nunca o a veces eran apoyados por el médico y/o enfermera/o (Orellana Cobos, Chacón Abril, Quizhpi Lazo, & Álvarez Serrano, 2016, págs. 256-257).

Limaylla Maribel (2017) en Perú en su estudio “Consejería farmacéutica y adherencia al tratamiento antihipertensivo: estudio preliminar” muestra que luego de la consejería farmacéutica se obtuvo una mejoría significativa en la adherencia, según las diferencias de los resultados de la prueba de Morisky-Green al inicio y al final ($p < 0,05$). Asimismo, se alcanzó mejora significativa en el nivel de conocimiento del paciente sobre la hipertensión arterial, mediante la evaluación de los resultados de la prueba de Batalla al inicio y final ($p < 0,05$); es decir, hubo un incremento de 36,4 puntos por ambas pruebas luego de la consejería farmacéutica. Se concluye que la consejería farmacéutica puede ser una herramienta útil para mejorar la adherencia terapéutica a corto plazo y por lo tanto, los costos de la atención de salud con mejores resultados para los pacientes con HTA y en la mejora del nivel de conocimiento de su enfermedad (Limaylla-La-Torre, 2017, pág. 343).

Lázaro Linares y colaboradores (2017) en el estudio titulado Caracterización de pacientes adultos mayores con tratamiento farmacológico antihipertensivo atendidos en el hospital “Dr. León Cuervo Rubio” en Cuba resalta que existe predominio de los adultos mayores que contaban con más de 15 años de evolución de su enfermedad, comúnmente se acepta que el cumplimiento de la terapéutica por los hipertensos se sitúa en torno a 50-70 años. Los estudios han sugerido que las mujeres son más sistemáticas en el cumplimiento de las indicaciones médicas que los hombres, e igualmente se considera que las personas de mayor edad olvidan menos las tomas de medicamentos, porque frecuentemente dichos enfermos padecen también otras afecciones y tienen más síntomas, lo cual los incentiva a no abandonar la medicación. Dentro de los factores de riesgo hubo predominio del sedentarismo y el tabaquismo, los cuales fueron seguidos por una inadecuada nutrición y la obesidad. Además, consideran que el control de los factores de riesgo y de las cifras de tensión arterial posibilitan evitar secuelas u otros daños a la salud asociados a dicha patología (Linares Cánovas, Lemus Fajardo, Linares Cánovas, Lazo Herrera, & Díaz Pita, 2017, pág. 5).

Según Fajardo Martínez y colaboradores (2019) en la investigación titulada “Adherencia al tratamiento farmacológico en pacientes con hipertensión arterial de un consultorio auxiliar.” En México evidencian que, de la población estudiada, el porcentaje de adherencia al tratamiento puede estar asociado a factores como la actuación y disposición del médico familiar en el momento del estudio para darles el seguimiento. Caso contrario se ha descrito en hasta en 80 % de los casos con baja adherencia: se vinculan a la escasa comprensión por parte del paciente del tratamiento indicado por el médico, el abuso de términos médicos y la comunicación ineficaz en la relación médico-paciente, todo lo cual influye en las bajas tasas de adherencia. En la población estudiada, se encontró un comportamiento similar en los pacientes en cuanto al apego al tratamiento y el conocimiento de la enfermedad (Martínez Fajardo, García Valdez, & Álvarez Villaseñor, 2019).

Marco Conceptual

Factores de riesgo de la hipertensión arterial (HTA)

Entre otros contextos sociales, los niveles educativos bajos se asocian de forma independiente con un mayor riesgo de HTA; es por esto, que debe considerarse la evaluación del factor de riesgo psicosocial, mediante entrevistas clínicas o cuestionarios estandarizados, para identificar posibles barreras al cambio en las prácticas de vida o la adherencia a la medicación en individuos con alto riesgo de enfermedad cardiovascular (CV) o con enfermedad CV establecida. Algunas condiciones individuales, familiares y ambientales pueden aumentar el riesgo de hipertensión arterial; éstas son: Diabetes mellitus, dieta no saludable, sedentarismo, obesidad, alcoholismo, tabaquismo, antecedentes familiares y genética, edad avanzada, etnia afrodescendiente (Ministerio de Salud Pública del Ecuador, 2019).

Cuadro clínico

En la mayoría de los pacientes la HTA transcurre sin síntomas y, por lo tanto, pasa desapercibida, con el riesgo que eso conlleva, pero existen manifestaciones clínicas como cefalea, diaforesis, taquicardia, respiración corta, mareo, alteraciones visuales, zumbidos en los oídos y rubor facial. Según datos de la Sociedad Española de Hipertensión Arterial Liga Española para la Lucha contra la Hipertensión Arterial, los hipertensos que han estado sin diagnóstico durante mucho tiempo, pueden sufrir en un momento dado una complicación, como la angina de pecho, que es un síntoma derivado de esta. El exceso de presión en las arterias mantenida durante años y no tratada, puede conducir a un número elevado de complicaciones como aterosclerosis, cardiopatía hipertensiva, enfermedad renal y accidente vascular cerebral (Berenguer Guarnaluses, 2016).

Tratamiento no Farmacológico

Las intervenciones terapéuticas no farmacológicas para tratar la HTA suelen ser difíciles de implementar. Esto obedece a que implican cambios de hábitos y de conductas que, generalmente, están profundamente enraizados en los individuos de una determinada comunidad o sociedad. Aún más difícil, es mantener estos cambios de hábitos y conductas a través del tiempo. Las recomendaciones principales son la reducción de la ingesta de sodio, implementación de una dieta rica en potasio, disminución de peso hasta lograr un peso corporal adecuado, ejercicio físico regular iniciando gradualmente, eliminar el consumo de alcohol etílico y tabaco (Soto, 2018)

Tratamiento Farmacológico

Si se excluye a la población afrodescendiente, en la población general, incluyendo a los diabéticos, el tratamiento inicial debe incluir un diurético tipo tiazida, un bloqueador de los canales de calcio (BCC), un inhibidor de la enzima convertidora de angiotensina (IECA) o un antagonista de los receptores de angiotensina II (ARA II). En afrodescendiente, incluyendo a aquellos que tienen diabetes, el tratamiento antihipertensivo inicial debe incluir un diurético tipo tiazida o un BCC. Por otro lado, se recomienda en pacientes hipertensos menores de 55 años con riesgo cardiovascular (RCV) bajo o moderado iniciar el tratamiento farmacológico con IECA o ARA II, mientras que en aquellos mayores de 55 años con RCV bajo o moderado, iniciar el tratamiento farmacológico con BCC o diuréticos. Los bloqueadores β fueron inferiores a otros fármacos para la prevención de eventos importantes de enfermedad cardiovascular, accidente cerebrovascular e insuficiencia renal, se los considera como opción de primera línea en menores de 55 años (Troncoso , 2018).

Los miembros del Comité Nacional Conjunto Octava (JNC 8) (Eighth Joint National Committee) desarrollaron recomendaciones para el tratamiento de la HTA tratando de cumplir

con las necesidades del usuario y del médico que realiza atención primaria. Existe una fuerte evidencia para afirmar el tratamiento de personas hipertensas de 60 años o mayores de esa edad a un objetivo de presión arterial (PA) menor de 150/90 mm Hg y para personas hipertensas 30 a 59 años de edad el grupo de expertos recomienda una PA de menos de 140/90 mm Hg para los grupos en función de experto opinión. Se recomiendan los mismos umbrales y metas para los adultos hipertensos con diabetes o enfermedad renal crónica no diabética (ERC) que para la población general hipertensa menores de 60 años. (James, y otros, 2014)

Hay evidencia moderada para apoyar el inicio del tratamiento farmacológico con un IECA, ARA II, BCC o diurético tipo tiazida en la población hipertensa no negra, incluyendo aquellos con diabetes. En la población hipertensa negra, incluyendo aquellos con diabetes, un BCC o diurético tipo tiazida se recomienda como tratamiento inicial. Hay pruebas moderadas para apoyar inicial o complemento tratamiento antihipertensivo con un IECA o un ARA en personas con enfermedad renal crónica para mejorar los resultados en los riñones.

Dentro de las estrategias para dosificar las drogas antihipertensivas se recomienda iniciar con una droga (tiazida, BCC, IECA, ARA) y si no se alcanzó la meta con la droga inicial aumente la dosis hasta el máximo o hasta alcanzar la meta. Si la meta no se alcanza, agregue una segunda droga de una clase distinta a la inicial (tiazida, BCC, IECA, ARA) y aumente su dosis hasta alcanzar la meta Si la meta no se alcanza con 2 drogas, agregue una tercera de la lista y titule la dosis, evitando la combinación IECA y ARA (Arguedas Quesada, 2014). (James, y otros, 2014)

Adherencia Terapéutica

La adherencia al tratamiento se puede entender como la coincidencia entre el comportamiento de una persona y los consejos de salud o prescripciones que ha recibido; Dicha adherencia y sus diversos niveles de cumplimiento se han intentado expresar y pueden estar condicionadas por características de la personalidad del paciente y diferentes variables: creencias, tipo de enfermedad, tratamiento farmacológico, relación con el profesional de la salud e información provista por éste. (Hernández, y otros, 2018, pág. 8)

Importancia de la Adherencia Terapéutica

La importancia de la adherencia al tratamiento en la HTA radica en que esta es la enfermedad crónica y el factor de riesgo más importante de muerte, discapacidad y de enfermedad isquémica del corazón y del cerebro. La HTA refleja una prevalencia mundial que oscila entre el 30 y el 45 % de la población general, independiente de la zona geográfica o el nivel económico de cada país. Estos son elementos que obligan un comportamiento responsable y persistente por el paciente, mismo que se considera el principal factor implicado en el mal control de la enfermedad. Por lo cual, requiere tratamiento regular y sistemático durante toda la vida para alcanzar a reducir las descompensaciones y complicaciones, situación que se torna más preocupante cuando los pacientes se niegan a reconocer ante los profesionales de la salud su falta de apego a la terapéutica. (Ramírez Pérez, Ramírez Pérez, & Borrell Zayas, 2020)

Factores que Influyen a la Adherencia

Factores Relacionados con el Paciente.

Uno de los más estudiados es la edad, en general se ha observado que, cuanto más joven es el paciente, menor es la adherencia al tratamiento. En cuanto al estado civil, algunos estudios registran que el matrimonio o el hecho de vivir en compañía son factores facilitadores para una correcta adherencia terapéutica. Por otra parte, los pacientes con

deterioro cognitivo o problemas de memoria o de atención pueden también presentar una menor adherencia de origen involuntario. Además, los olvidos establecen una de las causas más habituales de la falta de adherencia al tratamiento. (Pagés Puigdemont & Valverde Merino, 2018).

Factores Relacionados con la Enfermedad.

La severidad de la patología, su pronóstico o el impacto que puede tener en la calidad de vida también puede alterar el comportamiento terapéutico de los pacientes. De esta forma, la ausencia de síntomas o la mejoría clínica de la enfermedad, pueden suponer una barrera para un correcto cumplimiento terapéutico. En cambio, cuando hay una decadencia de los síntomas o la propia enfermedad provoca cierto grado de discapacidad, generalmente, se produce un efecto positivo en la adherencia terapéutica. Además, se ha observado que ciertos diagnósticos, como los trastornos psiquiátricos son, por sí mismos, barreras para un correcto cumplimiento del tratamiento (Pagés Puigdemont & Valverde Merino, 2018).

Factores Relacionados con estilos de vida.

Todos los pacientes deben ser debidamente incitados y convencidos de la importancia del tratamiento no farmacológico, por cuanto es la principal disposición a emprender y muchas veces resulta ser la terapia apropiada; igualmente, el personal sanitario encargado debe tener conocimientos sobre la temática. Se considera que todos los hipertensos necesitan modificar su estilo de vida y entre las primordiales medidas a cumplir se encuentran las siguientes: controlar el peso corporal, reducir la sal en los alimentos, realizar ejercicios físicos, aumentar el consumo de frutas y vegetales, eliminar el hábito de fumar y limitar la ingestión de bebidas alcohólicas (Berenguer Guarnaluses, 2016).

Factores Relacionados con el Sistema Sanitario

Los factores relacionados con el sistema sanitario tienen efectos negativos en la adherencia terapéutica; por ejemplo: centros de salud con infraestructura inadecuada y recursos deficientes, personal de salud poco remunerado y sobrecarga de trabajo que llevan a consultas breves y carentes de calidad y calidez, personal de salud sin adecuada preparación, poca capacidad del sistema para educar a los pacientes y proveer seguimiento en enfermedades crónicas, falta de conocimiento sobre la adherencia y las intervenciones más efectivas. Mejorar la adherencia terapéutica requiere evaluar las áreas de oportunidad en donde se puede intervenir. Ya identificado el problema que interfiere en la adherencia terapéutica, se construyen de manera individualizada las estrategias y las intervenciones. Se ha demostrado que la falta de adherencia se asocia con aumento en el número de hospitalizaciones entre los pacientes; esto aumenta el costo de los recursos sanitarios, así como el desgaste del personal de salud. (Ortega, Sánchez, Rodríguez, & Ortega, 2018).

Factores Socioeconómicos

Entre ellos están la pobreza, el acceso a la atención de salud y medicamentos, el analfabetismo, la provisión de redes de apoyo social efectivas y mecanismos para la prestación de servicios de salud que tengan en cuenta las creencias culturales acerca de la enfermedad y el tratamiento (Ortega, Sánchez, Rodríguez, & Ortega, 2018).

Medida de la Adherencia Terapéutica

Uno de los cuestionarios más conocidos y utilizados tanto en la práctica clínica como en investigación es el cuestionario de Morisky-Green. La primera versión consta de cuatro preguntas de respuesta dicotómica sí o no para valorar una correcta adherencia terapéutica. En la literatura, esta prueba también se denomina Medication Adherence Questionnaire (MAQ) o 4-item Morisky Medication Adherence Scale (MMAS-4). Ha sido validado en una gran variedad de patologías crónicas y poblaciones como: hipertensión, diabetes, dislipemia, enfermedad de Parkinson, enfermedad cardiovascular y en pacientes mayores con patologías crónicas. En 2008 se publicó una nueva versión de la prueba con ocho preguntas (*8-item*

Morisky Medication Adherence Scale o *MMAS-8*) y mide comportamientos de adherencia específicos asociados a la ingesta de medicamentos, con siete preguntas cuyas alternativas de respuestas son SÍ/NO, y una pregunta en escala de tipo Likert. La adherencia se determinó de acuerdo con su puntuación, clasificando como adherentes a los pacientes con 8 puntos y no adherentes con puntajes menores a 8. (Pagès Puigdemont & Valverde Merino, 2018)

Marco Legal

Constitución de la República del Ecuador

Sección séptima Salud Art. 32.- La salud es un derecho que garantiza el Estado, cuya realización se vincula al ejercicio de otros derechos, entre ellos el derecho al agua, la alimentación, la educación, la cultura física, el trabajo, la seguridad social, los ambientes sanos y otros que sustentan el buen vivir. El Estado garantizará este derecho mediante políticas económicas, sociales, culturales, educativas y ambientales; y el acceso permanente, oportuno y sin exclusión a programas, acciones y servicios de promoción y atención integral de salud, salud sexual y salud reproductiva. La prestación de los servicios de salud se regirá por los principios de equidad, universalidad, solidaridad, interculturalidad, calidad, eficiencia, eficacia, precaución y bioética, con enfoque de género y generacional. (Asamblea Nacional Constituyente del Ecuador , 2011, pág. 17)

Ley Orgánica de Salud

Capítulo 1 del Derecho a la Salud y su Protección. Art. 3.- La salud es el completo estado de bienestar físico, mental y social y no solamente la ausencia de afecciones o enfermedades. Es un derecho humano inalienable, indivisible, irrenunciable e intransigible, cuya protección y garantía es responsabilidad primordial del Estado; y,

el resultado de un proceso colectivo de interacción donde Estado, sociedad, familia e individuos convergen para la construcción de ambientes, entornos y estilos de vida saludables. (Congreso Nacional del Ecuador , 2015, pág. 2)

Capítulo III Marco Metodológico

Descripción del Área de Estudio

El Centro de Salud tipo “A” Ayora se encuentra ubicado en el cantón Cayambe, parroquia San José de Ayora entre la calle Quito y Avenida Ejército equina, el clima frío predomina en la zona por la cercanía al nevado Cayambe.

La parroquia está localizada en las siguientes coordenadas: Latitud: 0° 04' 10.02" Longitud: 78° 08' 2,5" Altitud: Entre 2800 y 5200 m.s.n.m. Para el año 2020 según el INEC la población estimada de la parroquia es de 11.800 habitantes.

Enfoque y Tipo de Investigación

El enfoque de la investigación es cuantitativo, pues permite obtener resultados estadísticos de la adherencia y precisar el porcentaje de cumplimiento, descriptivo: a que permite detallar los principales factores que influyen para la adherencia al tratamiento. Observacional por tener un carácter estadístico y demográfico, se limita a la medición de las variables que se tienen en cuenta en el estudio de tipo transversal ya que se consideró a la población una sola vez en un solo periodo de tiempo sin ser necesario realizar un seguimiento posterior.

Procedimientos

Métodos

Deductivo: Ya que se evidencia los factores que determinan la adherencia al tratamiento en la población estudiada. Bibliográfico: Mediante la búsqueda de información en fuentes primarias y secundarias.

Técnicas

Encuesta: con cuestionarios estructurado de preguntas, orientadas a identificar los factores que influyen en la adherencia al tratamiento farmacológico en los pacientes hipertensos. Revisión de fuentes: primarias y secundarias de literatura científica

Instrumentos

El Cuestionario. - Con esta herramienta se pretende recolectar información de los usuarios hipertensos, aplicando el cuestionario de Prueba DE MORISKY MMAS-8: Mide en el paciente las actitudes frente a la manera como toma los medicamentos.

Los errores en la omisión de medicamentos son: el olvido, descuido, deteniendo el medicamento cuando se sienten mejor o empezando el fármaco cuando empeoran.

Población

La población de estudio está constituida por 120 varones y mujeres, mayores de edad, con diagnóstico y tratamiento para Hipertensión arterial que pertenecen al Centro de salud Ayora. Según la matriz de seguimiento y control institucional de la unidad de salud.

Muestra

El estudio trabajará con el total de pacientes con diagnóstico con hipertensión arterial que adscritos al centro de salud Ayora (120), que cumplan con los criterios de inclusión y exclusión.

Criterios de Inclusión.

Pacientes mayores de 20 años, con diagnóstico de hipertensión arterial diagnosticada pertenecientes al Centro de Salud Ayora, con capacidad para leer o entender el consentimiento informado, que requieran tratamiento farmacológico.

Paciente que obtiene tratamiento antihipertensivo de forma regular de la unidad.

Criterios de Exclusión.

Usuarios que no aceptan participar en el estudio. Usuarios hipertensos sin control o seguimiento por personal del Centro de Salud Ayora.

Paciente con enfermedad psiquiátrica no compensada que afecte su capacidad de decisión.

Procesamiento de la Información

Luego de la aplicación del instrumento de investigación, se procedió a la tabulación de datos en un paquete informático denominado EPI INFO, es un programa que analiza la base de datos permitiendo en forma secuencial determinar las acciones a tomar, además le proporcionará una matriz de correlaciones de variables, para poder realizar la construcción de tablas, para luego proceder a elaborar gráficos que permitan detallar los resultados y facilitar de esa forma el análisis.

Operacionalización de Variables Apéndice A

Consideraciones Bioéticas

Principios de la bioética

“La Bioética es la rama de ética basada en la reflexión y deliberación que se enfoca en resolver conflictos en la vida social, específicamente en las ciencias de la vida, así como también en la práctica y en la investigación médica”.

Principio de la Beneficencia. - basado en la necesidad de no generar daño siendo capaz de comprometer al paciente a su cago siempre haciendo el bien. Principio de la No Maleficencia. - un principio centrado en prevenir el daño físico, mental, social y psicológico esencialmente evitando la imprudencia y la negligencia.

Principio de la Justicia. - relacionada directamente con la equidad, y la planificación, exigiendo de tal manera, tratar a todas las personas por igual sin discriminación de raza, etnia edad, condición económica. Principio de la

Autonomía. - basado en el respeto por las personas, una capacidad que se adquiere para tomar decisiones en relación a la enfermedad donde debe prevalecer la información con argumentos (Ferro, Molina, & Rodríguez, 2009).

El Código deontológico del CIE para la profesión de enfermería

Éste tiene cuatro elementos principales que ponen de relieve las normas de conducta ética. Los Elementos del Código son: 1.- La Enfermera y las personas: La responsabilidad profesional primordial de la enfermera será para con las personas que necesiten cuidados de enfermería. Proporcionando: cuidados, respeto, brindando información y confidencialidad. 2.- La Enfermera y la práctica: La enfermera observará en todo momento normas de conducta personal a fin de fomentar confianza. Empleará tecnología y avances científicos. 3.- La Enfermera y la profesión: La enfermera aplicará normas de práctica clínica, gestión, investigación y formación de enfermería, contribuyendo al desarrollo de conocimientos profesionales. 4.- La Enfermera y sus compañeros de trabajo: La enfermera adoptará las medidas adecuadas para preservar a las personas familias y comunidades cuando un compañero u otra persona pongan en peligro su salud (Consejo internacional de enfermeras Ginebra Suiza, 2006, págs. 2-3).

Capítulo IV

Los resultados se detallan a continuación, tomando en cuenta los objetivos específicos para el cumplimiento del objetivo general; se analizan y discuten tomando en cuenta varias consideraciones como artículos publicados con anterioridad referentes al tema.

Resultados

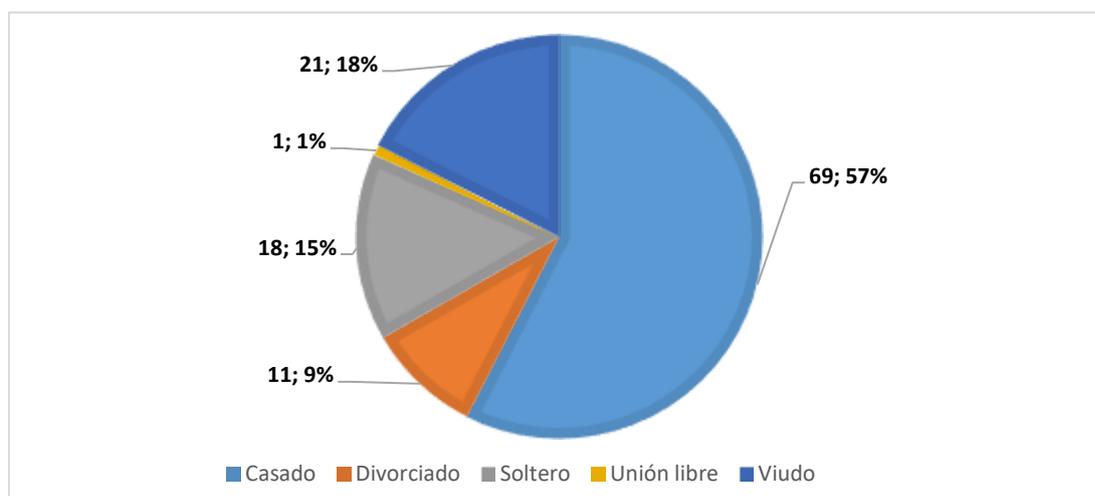
Características Sociodemográficas

La mayoría de los sujetos estudiados (77.5%) tuvieron más de 68 años (Tabla 1) y fueron mujeres en un 64.2% (n=77). Más de la mitad (57.5%, n=69) de los participantes estaban casados (Figura 1).

Tabla 1: *Distribución de los participantes por grupo de edad*

Variable	Frecuencia	Porcentaje
Edad		
26 a 40	2	1,67%
41 a 54	7	5,83%
54 a 68	18	15,00%
68 a 82	76	63,33%
82 a 96	17	14,17%
Total	120	100,00%

Figura 1: *Distribución de los participantes de acuerdo a su estado civil*



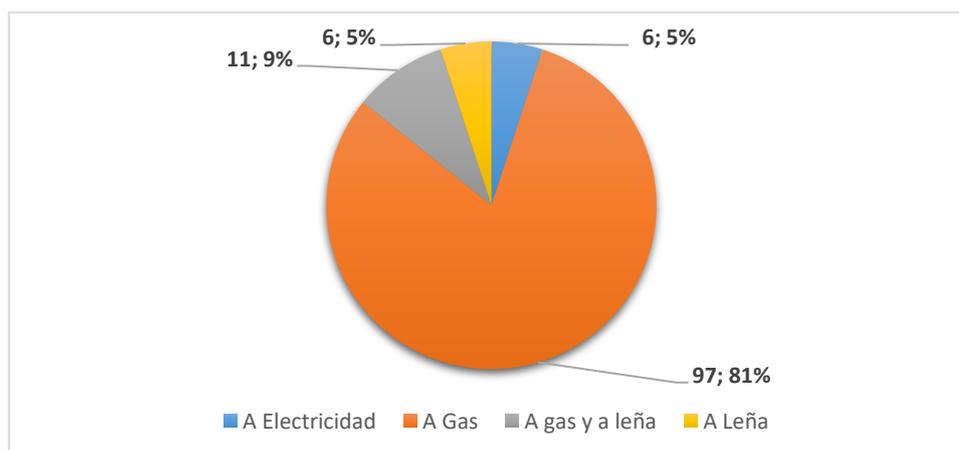
En cuanto al nivel de instrucción, la minoría de los participantes completaron la secundaria o fueron a la universidad (20.83%, n=25) (Tabla 2); y de acuerdo a su autoidentificación, el 84.17% (n=101) fueron mestizos, 13.33% (n=16) fueron indígenas, hubo dos blancos (1.67%) y un afroecuatoriano (0.83%).

Tabla 2: *Distribución de los participantes de acuerdo a su instrucción.*

Nivel de Instrucción		
Analfabeto	22	18,33%
Primaria incompleta	32	26,67%
Primaria completa	27	22,50%
Secundaria Incompleta	11	9,17%
Secundaria completa	13	10,83%
Superior	12	10,00%
Técnico	3	2,50%
Total	120	100,00%

De los sujetos estudiados el mayor porcentaje 50% (n=60) realiza quehaceres domésticos como actividad cotidiana, mientras que el porcentaje restante responden a actividades laborales bajo dependencia, por cuenta propia o desempleo. La mayoría de los participantes 80.83% prepara los alimentos empleando gas licuado de petróleo (Figura 2).

Figura 2: *Distribución de participantes de acuerdo al método de cocción de los alimentos*



La zona de residencia predominante fue la urbana con un 61,6% (n=74); el 57.5% (n=69) de hipertensos vive en convivencia familiar y en cuanto a la disponibilidad de servicios básicos (Tabla 3) el 65% de los sujetos estudiados cuenta con los mismos.

Tabla 3: Disponibilidad de servicios básicos

	Si		No		Total	
	Frecuencia	Porcentaje	Frecuencia	Porcentaje		
Servicios básicos	78	65,00%	42	35,00%	120	100,00%

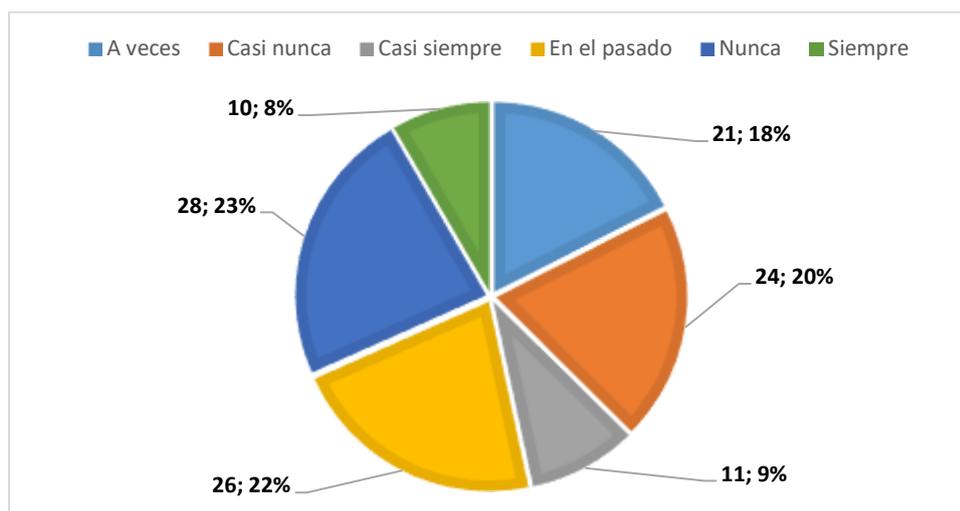
Factores Conductuales

De la población de estudio 64.33% (n =56) indican que al menos en una ocasión han ingerido bebidas alcohólicas, lo que no pasa con el consumo de tabaco que en un 67,50%(n=81) no ha fumado. En referencia a los niveles de estrés se evidencio que el 34,16% no maneja adecuadamente situaciones desagradables (Tabla 4).

Tabla 4: Tolerancia al estrés

Variable	Frecuencia	Porcentaje
Total	120	100,00%
¿Con que frecuencia se siente estresado (frustrado, enojado o nervioso)?		
A veces	42	35,00%
Casi nunca	27	22,50%
Casi siempre	31	25,83%
En el pasado	0	0,00%
Nunca	10	8,33%
Siempre	10	8,33%
Total	120	100,00%

Con respecto a la realización de actividad física un 43% (n=52) no la realiza (Figura 3). El consumo estimado de sodio de los participantes (Tabla 5) es medio (79,17%), mientras que lo óptimo sería que el consumo sea bajo.

Figura 3: Distribución de los participantes de acuerdo a actividad física**Tabla 5:** Consumo estimado de sodio

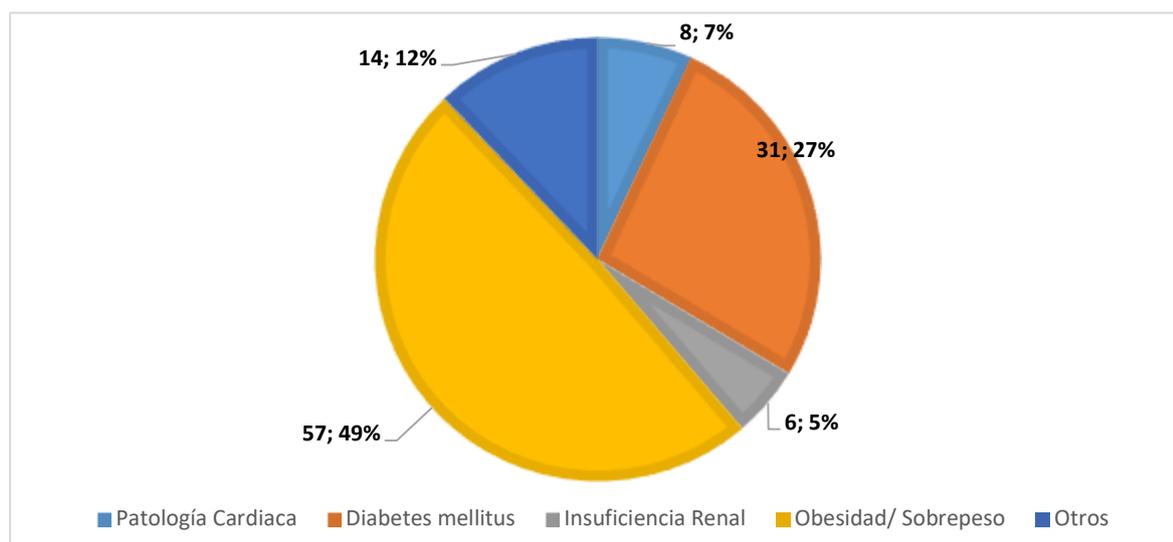
Variable	Frecuencia	Porcentaje
Consumo estimado de sodio		
Alto (14 - 20)	11	9,17%
Bajo (<6)	14	11,67%
Medio (7 - 13)	95	79,17%
Total	120	100,00%

Factores Patológicos

De la población estudiada más de la mitad (66%) presenta alguna enfermedad adicional a la presión alta (Tabla 6). De las cuales la patología predominante (Figura 4) es la obesidad y/o sobrepeso (49%), seguido por Diabetes mellitus (31,27%).

Tabla 6: Comorbilidades.

Variable	Frecuencia	Porcentaje
Comorbilidades		
No	41	34,17%
Si	79	65,83%
Total	120	100,00%

Figura 4: Distribución de las patologías en usuarios con comorbilidad existente.

Medición de Adherencia

De los sujetos de estudio un porcentaje significativo 86.7% (n=104) son no adherentes al tratamiento farmacológico antihipertensivo, la población no adherente refleja el porcentaje mayor en la pregunta que hace relación al olvido de tomar la medicación, o llevar la misma cuando viaja o se encuentra fuera del hogar (Tabla 7).

Tabla 7

Escala de Adherencia a la Medicación de Morisky 8 ítems (MMAS-8)

Test de Morisky MMAS-8	Frecuencia	Porcentaje
¿Se le olvida alguna vez tomar la medicina para su HTA?		
No = 1	55	45,83%
Sí = 0	65	54,17%
Total	120	100,00%
Si recuerda las últimas dos semanas, ¿hubo algún día en el que se le olvidó tomar la medicina para su hipertensión arterial?		
No=1	62	51,67%
Sí=0	58	48,33%
Total	120	100,00%
¿Alguna vez ha reducido la dosis o directamente dejado de tomar la medicina sin decírselo a su médico porque se sentía peor al tomarla?		
No=1	94	78,33%
Sí=0	26	21,67%
Total	120	100,00%

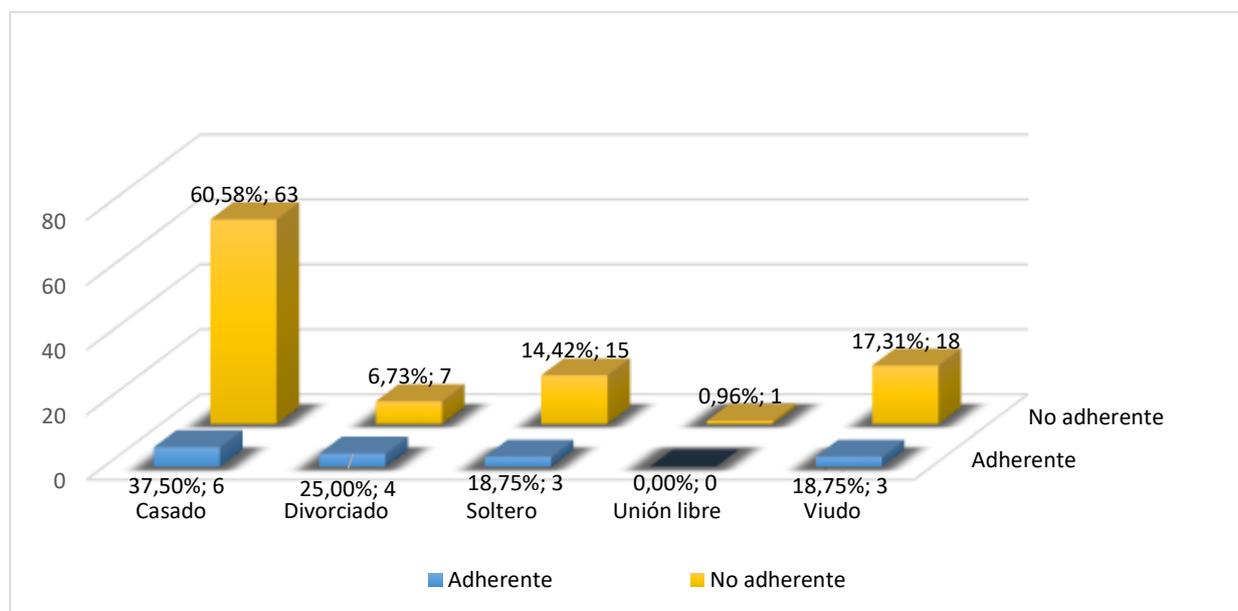
Cuando viaja o está fuera del hogar, ¿se le olvida llevar la medicina para su hipertensión arterial alguna vez?		
No=0	69	57,5%
Sí=1	51	42,50%
Total	120	100,00%
¿Tomó la medicina para su hipertensión arterial ayer?		
No=0	7	5,83%
Sí=1	113	94,17%
Total	120	100,00%
Cuando siente que su hipertensión arterial está bajo control, ¿deja a veces de tomar su medicina?		
No=1	100	83,33%
Sí=0	20	16,67%
Total	120	100,00%
¿Se siente alguna vez presionado por seguir el tratamiento médico para su HTA?		
No=1	84	70,00%
Sí=0	36	30,00%
Total	120	100,00%
¿Con qué frecuencia tiene dificultades para recordar tomar todas sus medicinas?		
Algunas veces =0.5	24	20,00%
Habitualmente= 0.25	9	7,50%
Nunca/Casi nunca = 1	54	45,00%
Rara vez= 0.75	32	26,67%
Siempre=0	1	0,83%
Total	120	100,00%

Relación de la Adherencia con Factores Sociodemográficos

Al relacionar los resultados de la adherencia con la edad de la población estudiada se observó que las personas mayores de 68 años son mayormente adherentes (Tabla 8) con el (68.75%). Los casados son más adherentes (Figura 5) con el 37.5% (n=6), con relación a los solteros, divorciados o unión libre, y con lo relacionado a autoidentificación étnica los mestizos son más adherentes 75% (n=12) que las demás etnias.

Tabla 8: *Relación de adherencia con la edad*

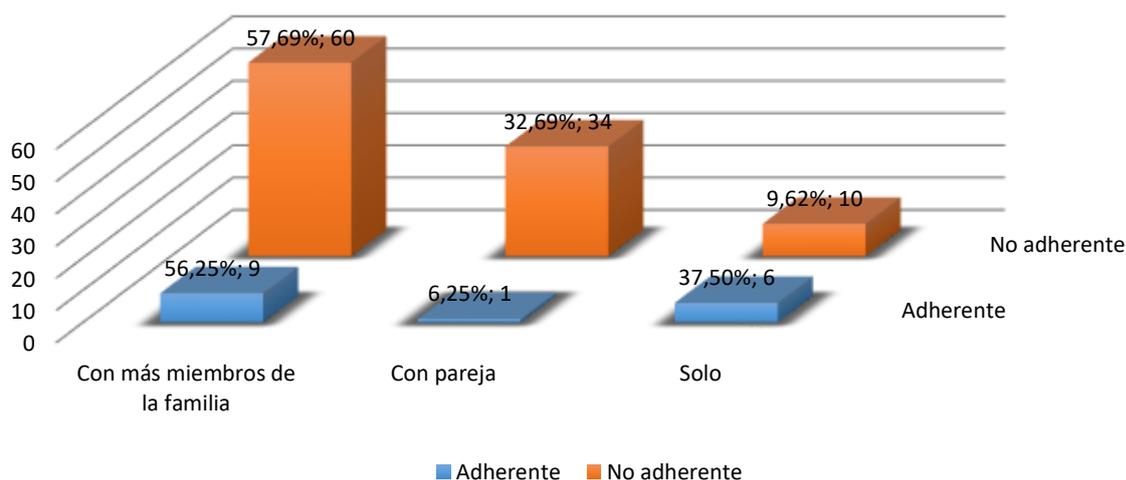
Adherencia	Edad en años cumplidos					Total
	26 a 40	41 a 54	54 a 68	68 a 82	82 a 96	
Adherente	0	0	3	11	2	16
	0,00%	0,00%	18,75%	68,75%	12,50%	100,00%
No adherente	2	7	15	65	15	104
	1,92%	6,73%	14,42%	62,50%	14,42%	100,00%
Total	2	7	18	76	17	120
	1,67%	5,83%	15,00%	63,33%	14,17%	100,00%

Figura 5: *Relación de adherencia con estado civil*

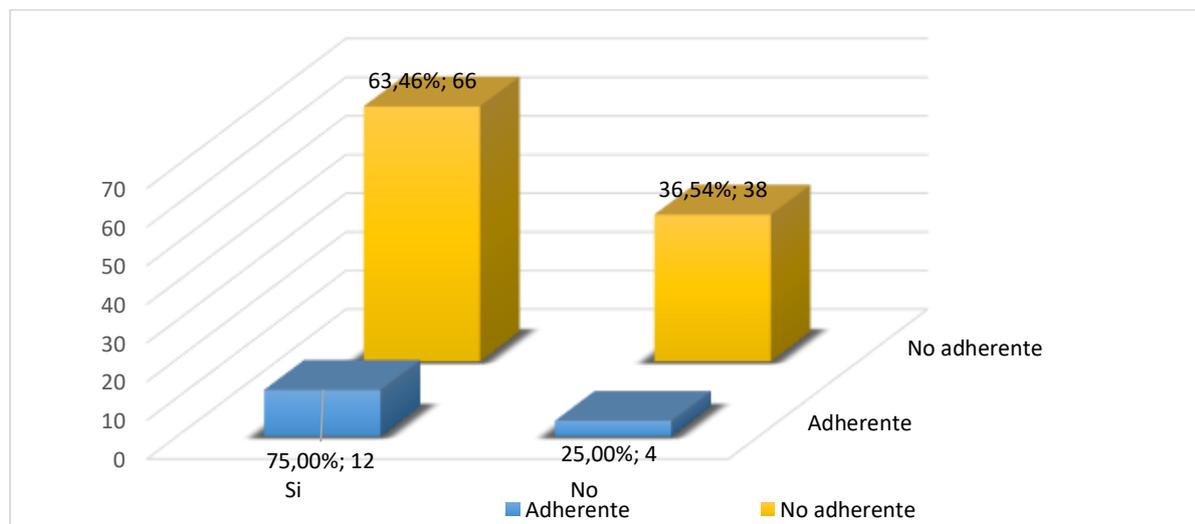
Comparando la población adherente con el nivel de escolaridad, se identifica que las personas que cuentan con educación superior son más adherentes con el 25% (Tabla 9). Al igual que los individuos que realizan quehaceres domésticos son adherentes con un 75% (n=12). Los sujetos de estudio que emplean gas licuado de petróleo como mecanismo para cocción de los alimentos son más adherentes con un 68.5% (n=11) y al relacionar la adherencia con la convivencia es mayoritario cuando el individuo vive con 2 o más miembros de la familia 56,25% (Figura 6).

Tabla 9: Relación de adherencia con el nivel de instrucción

Nivel de Instrucción			
	Adherente	No adherente	Total
Analfabeto	3 18,75%	19 18,27%	22 18,33%
Primaria completa	3 18,75%	24 23,08%	27 22,50%
Primaria incompleta	3 18,75%	29 27,88%	32 26,67%
Secundaria completa	2 12,50%	11 10,58%	13 10,83%
Secundaria Incompleta	1 6,25%	10 9,62%	11 9,17%
Superior	4 25,00%	8 7,69%	12 10,00%
Técnico	0 0,00%	3 2,88%	3 2,50%
Total	16 13,33%	104 86,67%	120 100,00%

Figura 6: Relación de la adherencia con convivencia

Se identificó que el género femenino es mayoritario para adherencia con un 75% (n=12), al igual que la zona de residencia que se relaciona con la adherencia es la urbana 62.5% (n=10), y en cuanto a disponibilidad de servicios básicos los sujetos que cuentan con los mismos son más adherentes en un 75% (Figura 7).

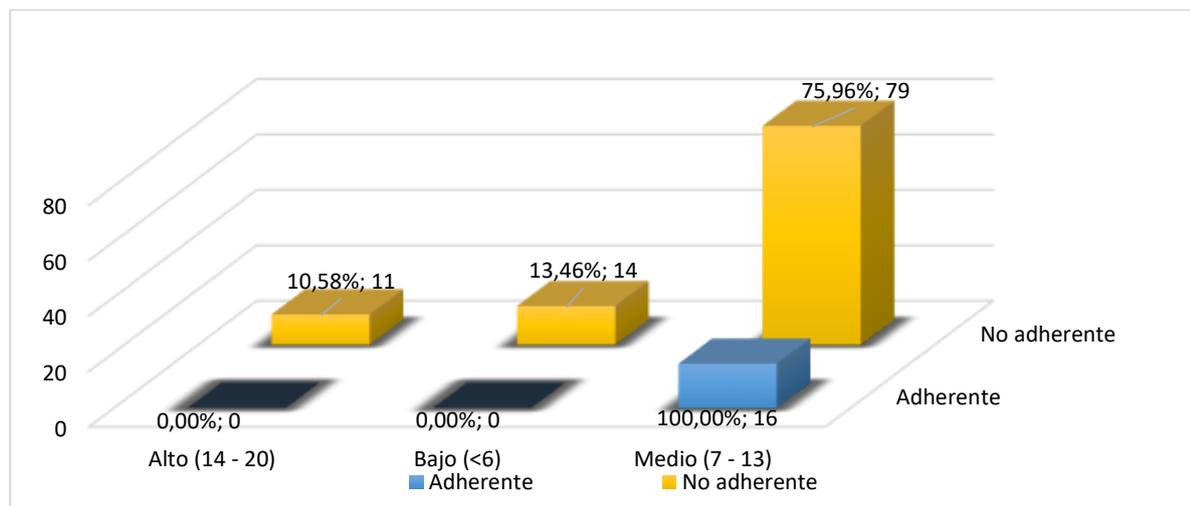
Figura 7: *Relación de adherencia con la disponibilidad de servicios básicos*

Adherencia y Estilos de Vida

Si relacionamos la adherencia con la práctica de actividad física se refleja una mayor adherencia en usuarios que practican deporte regularmente 50% (Tabla 10). En cuanto al consumo de alcohol étílico podemos evidenciar que los individuos que refieren no haber consumido alcohol nunca, presentan un porcentaje mayor de adherencia con 50% (n=8); de acuerdo al consumo de tabaco se obtuvo un 68,75% (n=11) de adherencia en personas que nunca habían fumado y de acuerdo al consumo estimado de sodio las personas que presentan un consumo medio son adherentes 100% (Figura 8).

Tabla 10: *Relación de adherencia con actividad física.*

Adherencia	¿Practica deporte o realiza actividad física regularmente?						Total
	A veces	Casi nunca	Casi siempre	En el pasado	Nunca	Siempre	
Adherente	5	0	2	2	4	3	16
	31,25%	0,00%	12,50%	12,50%	25,00%	18,75%	100,00%
No adherente	16	24	9	24	24	7	104
	15,38%	23,08%	8,65%	23,08%	23,08%	6,73%	100,00%
Total	21	24	11	26	28	10	120
	17,50%	20,00%	9,17%	21,67%	23,33%	8,33%	100,00%

Figura 8: *Relación de la adherencia con el consumo de sodio*

Adherencia y Factores Patológicos

La adherencia no tiene relación directa con la presencia de patologías adicionales a la hipertensión arterial ya que en la (Tabla 11) se puede observar un 50% de adherencia en presencia de comorbilidades y un 50 % en ausencia de las mismas.

Tabla 11: *Relación de la adherencia con factores patológicos.*

Adherencia	Factores Patológicos		Total
	Comorbilidades Si	No	
Adherente	8	8	16
	50,00%	50,00%	100,00%
No adherente	71	33	104
	68,27%	31,73%	100,00%
Total	79	41	120
	65,83%	34,17%	100,00%

Discusión

La mayoría de los sujetos estudiados tuvieron más de 68 años (Tabla 1) y fueron mujeres mayoritariamente. Más de la mitad de los participantes estaban casados (Figura 1). En cuanto al nivel de instrucción, la minoría de los participantes completaron la secundaria o fueron a la universidad (Tabla 2); y de acuerdo a su autoidentificación, el 84.17% (n=101) fueron mestizos, 13.33% (n=16) fueron indígenas, hubo dos blancos (1.67%) y un afroecuatoriano (0.83%). Chávez y colaboradores en su estudio del 2019 encuestaron a 276 pacientes, encontrándose que el 67% (184) eran mujeres y que el 69% (191) tenían 60 años o más. Con respecto al grado de instrucción, el 48,2% tenían secundaria completa y el 42,0% tenían primaria completa. En cuanto a aspectos sociales el 57% (156) tenían pareja (Rosas Chavez, Romero Visurraga, Ramirez Guardia, & Málaga, 2019, pág. 214).

De los sujetos estudiados el mayor porcentaje realiza quehaceres domésticos como actividad cotidiana, mientras que el porcentaje restante responden a actividades laborales bajo dependencia, por cuenta propia o desempleo. La mayoría de los participantes prepara los alimentos empleando gas licuado de petróleo (Figura 2). Estos resultados concuerdan con los obtenidos por Martínez y colaboradores Conforme a la actividad, predominaron las actividades del hogar (45,7 %) (Martínez Fajardo, García Valdez, & Álvarez Villaseñor, 2019).

La zona de residencia predominante fue la urbana; más de la mitad de hipertensos vive en convivencia familiar y en cuanto a la disponibilidad de servicios básicos (Tabla 3) un porcentaje superior de los sujetos estudiados cuenta con los mismos.

De la población de estudio más de la mitad indican que al menos en una ocasión han ingerido bebidas alcohólicas, lo que no pasa con el consumo de tabaco que en un 67% no ha fumado. En referencia a los niveles de estrés se evidencio un porcentaje relativamente bajo no maneja adecuadamente situaciones desagradables (Tabla 4). Con respecto a la realización de

actividad física un 43% no la realiza (Figura 3). El consumo estimado de sodio de los participantes (Tabla 5) es medio en su mayoría, mientras que lo óptimo sería que el consumo sea bajo. De la población estudiada más de la mitad presenta alguna enfermedad adicional a la presión alta (Tabla 6). De las cuales la patología predominante (Figura 4) es la obesidad y/o sobrepeso, seguido por Diabetes mellitus. Hallándose similitud con Linares y colaboradores la distribución de los adultos mayores según la presencia de otras enfermedades crónicas, destacándose la diabetes mellitus, la insuficiencia cardíaca y las nefropatías, con el 35,86, 34,34 y 33,84 %, respectivamente. A su vez, dentro de los factores de riesgo predominaron el sedentarismo y el tabaquismo, con un 59,09 y 41,92 %, respectivamente. (Linares Cánovas, Lemus Fajardo, Linares Cánovas, Lazo Herrera, & Díaz Pita, 2017)

De los sujetos de estudio un porcentaje significativo 87% son no adherentes al tratamiento farmacológico antihipertensivo, la población no adherente refleja el porcentaje mayor en la pregunta que hace relación al olvido de tomar la medicación, o llevar la misma cuando viaja o se encuentra fuera del hogar (Tabla 7). Estos resultados concuerdan con los obtenidos de un estudio realizado en una población similar por González y Cardosa donde se aplicó la prueba de Morisky y la no adherencia esta estuvo relacionada primeramente con la pregunta: si alguna vez la medicación le sienta mal ¿deja de tomarla? En consecuencia, se obtuvo que el (80,9 %) de los pacientes no se adherían al tratamiento antihipertensivo. (González Boulí, Cardosa Aguilar, & Carbonell Noblet, 2019)

Al relacionar los resultados de la adherencia con la edad de la población estudiada se observó que las personas mayores de 68 años son mayormente adherentes (Tabla 8). Los casados son más adherentes (Figura 5), con relación a los solteros, divorciados o unión libre, y con lo relacionado a autoidentificación étnica los mestizos son más adherentes que las demás etnias. Pagés y Valverde concluyeron con resultados similares en su estudio, pues observaron que cuanto más joven es el paciente, menor es la adherencia al tratamiento. En

cuanto al estado civil, algunos estudios apuntan a que el matrimonio o el hecho de vivir en compañía son factores facilitadores para una correcta adherencia terapéutica (Pagés Puigdemont & Valverde Merino, 2018).

Comparando la población adherente con el nivel de escolaridad, se identifica que las personas que cuentan con educación superior son más adherentes (Tabla 9). Al igual que los individuos que realizan quehaceres domésticos son adherentes casi en la totalidad. Los sujetos de estudio que emplean gas licuado de petróleo como mecanismo para cocción de los alimentos son adherentes y al relacionar la adherencia con la convivencia es mayoritario cuando el individuo vive con 2 o más miembros de la familia (Figura 6). Se identificó que el género femenino es mayoritario para adherencia, al igual que la zona de residencia que se relaciona con la adherencia es la urbana, y en cuanto a disponibilidad de servicios básicos los sujetos que cuentan con los mismos son más adherentes en un 75% (Figura 7). Rueda en un trabajo similar realizado a pacientes atendidos por consulta externa en el Hospital Santa Rosa, se halló el 53,3 % de adherencia al tratamiento farmacológico, predominando los mayores de 65 años (49,2 %), donde el 70 % eran mujeres y el 80,8 % procedía de una zona urbana, el 25,8 % tenía primaria incompleta (Rueda Vidarte, 2018).

Si relacionamos la adherencia con la práctica de actividad física se refleja una mayor adherencia en usuarios que practican deporte regularmente (Tabla 10). En cuanto al consumo de alcohol etílico podemos evidenciar que los individuos que refieren no haber consumido alcohol nunca, presentan un porcentaje mayor de adherencia; de acuerdo al consumo de tabaco se obtuvo una mejor adherencia en personas que nunca habían fumado y de acuerdo al consumo estimado de sodio las personas que presentan un consumo medio son adherentes en la totalidad (Figura 8). Se han analizado la adherencia en pacientes hipertensos y su relación con la actividad deportiva, concluyen que realizar actividad física mejora niveles de adherencia al tratamiento, el estrés se relacionó significativamente y de manera negativa con

la adherencia total, quienes presentaban mayor autoeficacia al inicio del estudio manifestaron niveles más altos de conducta adherente respecto a seguir la medicación según lo prescrito, ejercicio, dieta y manejo del estrés (Mena Díaz, Nazar, & Mendoza Parra, 2018).

La adherencia no tiene relación directa con la presencia de patologías adicionales a la hipertensión arterial ya que en la (Tabla 11) se puede observar a la mitad de la población adherente en presencia de comorbilidades y la mitad restante en ausencia de las mismas. En un estudio similar, la diabetes (63.21%) fue la comorbilidad informada con mayor frecuencia y la mayoría de los enfermos presentaban tres a cuatro comorbilidades diferentes y reflejaron una mayor adherencia al tratamiento (Sadakathulla & Venkat Mateti, 2019, pág. 321).

Conclusiones

En características sociodemográficas el rango de edad que predomina es de 68 a 82 años, de género femenino en su mayoría, prepondera el estado civil casado, el nivel de instrucción con mayor porcentaje corresponde a primaria incompleta, seguido de analfabetismo, de autoidentificación étnica mestizo, de igual manera supera en ocupación los usuarios jubilados, además de vivir en residencia urbana la mayoría y que conviven con más miembros de la familia.

En factores conductuales se refleja una población de usuarios que actualmente no ingiere bebidas alcohólicas, que nunca existió consumo de tabaco, en cuanto a realizar deporte o actividad física el mayor porcentaje no lo realiza a menudo, y se estresa casi siempre un elevado porcentaje en indagaciones acerca del nivel de estrés.

Predomina la presencia de comorbilidades en un alto porcentaje y de este la mayoría corresponde a obesidad, sobrepeso e hipotiroidismo que al relacionarlo con la adherencia no influye significativamente pues son adherentes el 50% de usuarios con presencia de comorbilidades.

Se evidencia un 13,33% de adherencia al tratamiento, mientras que del porcentaje restante la mayoría tiene dificultades para recordar tomar la medicación, que es la principal falencia para reflejar ese porcentaje relativamente alto de no adherencia.

Recomendaciones

A la Universidad Técnica del Norte y el Instituto de Posgrados a continuar impulsando el desarrollo de este tipo de estudios de cuarto nivel ya que es muy beneficioso para la población de profesionales del norte del país para poder brindar un excelente servicio de salud a la comunidad en general.

Al Centro de Salud Ayora y al Distrito de salud 17D10 a facilitar y dar apertura para realizar estudios de la población asignada ya que con eso se puede visualizar y abordar de mejor manera los problemas de salud prevalentes en el sector y mejorar la calidad de vida de la población.

Al equipo de profesionales que laboran en atención primaria para tomar en cuenta la importancia fundamental de mejorar la adherencia al tratamiento farmacológico de la población hipertensa, monitorear y dar un seguimiento continuo y oportuno a usuarios que padecen este tipo de enfermedades crónicas.

Al profesional de Salud Familiar y Comunitaria a velar por la ejecución de programas o estrategias de promoción de salud para la población, con la finalidad de concientizar sobre la importancia de mantener bajo control y con tratamiento a las enfermedades crónicas que deterioran la salud del usuario.

Referencias

- López Vázquez, S., & Chávez Vega, R. (02 de 2016). Adherencia al tratamiento antihipertensivo en pacientes mayores de 60 años. *Revista Habanera de Ciencias Médicas*, 15(1), 41-42. Obtenido de http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1729-519X2016000100006
- Martínez Fajardo, E. J., García Valdez, R., & Álvarez Villaseñor, A. S. (25 de 07 de 2019). Adherencia al tratamiento farmacológico en pacientes con hipertensión arterial de un consultorio auxiliar. *Medicina general y de familia*, 8(2), 61. Recuperado el 25 de 07 de 2020, de <http://mgyf.org/adherencia-al-tratamiento-farmacologico-en-pacientes-con-hipertension-arterial-de-un-consultorio-auxiliar/>
- Mena Díaz, F. C., Nazar, G., & Mendoza Parra, S. (25 de 05 de 2018). Antecedentes de adherencia a tratamiento en pacientes hipertensos de un centro de salud chileno. *LILACS-Express*, 2(23), 67-78. doi: 10.17151/hpsal.2018.23.2.5
- Orellana Cobos, D. F., Chacón Abril, K. L., Quizhpi Lazo, J. M., & Álvarez Serrano, M. E. (30 de 11 de 2016). Prevalencia de hipertensión arterial, falta de adherencia al tratamiento antihipertensivo y factores asociados en pacientes de los hospitales José Carrasco Arteaga y Vicente Corral Moscoso. *Revista medica Hospital José Carrasco Arteaga (HJCA)*, 8(3), 256-257. Recuperado el 25 de 07 de 2020, de https://www.researchgate.net/publication/312289073_Estudio_Transversal_Prevalencia_de_Hipertension_Arterial_Falta_de_Adherencia_al_Tratamiento_Antihipertensivo_y_Factores_Asociados_en_Pacientes_de_los_Hospitales_Jose_Carrasco_Arteaga_y_Vicente_Corral_

- Rosas Chavez, G., Romero Visurraga, C., Ramirez Guardia, E., & Málaga, G. (06 de 2019). El grado de alfabetización en salud y adherencia al tratamiento en pacientes con hipertensión arterial en un hospital nacional de Lima, Perú. *Revista Peruana de Medicina Experimental y Salud Pública*, 2(36), 214.
doi:<https://doi.org/10.17843/rpmesp.2019.362.4279>
- Arguedas Quesada, J. A. (01 de 2014). *Actualización Médica Periódica*. Obtenido de Guías Basadas en la Evidencia para el Manejo de la Presión Arterial Elevada en los Adultos 2014 (JNC 8) :
<http://www.cimgbc.sld.cu/Articulos/Guias%20para%20el%20manejo%20de%20la%20opresion%20arterial.pdf>
- Asamblea Nacional Constituyente del Ecuador . (13 de 07 de 2011). *CONSTITUCION DE LA REPUBLICA DEL ECUADOR 2008*.
- Berenguer Guarnaluses, L. J. (11 de 2016). Algunas consideraciones sobre la hipertensión arterial. *Medisan*, 20(11), 2435. Obtenido de
http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1029-30192016001100015
- Caicoya, M. (30 de 06 de 2012). *La Nueva España*. Obtenido de Historia de la Hipertensión:
<https://www.lne.es/vida-y-estilo/salud/expertos/2012/06/30/historia-hipertension-20845079.html>
- Congreso Nacional del Ecuador . (18 de 12 de 2015). *Ley Orgánica de Salud* . Obtenido de
<https://www.salud.gob.ec/wp-content/uploads/2017/03/LEY-ORG%C3%81NICA-DE-SALUD4.pdf>
- Consejo internacional de enfermeras Ginebra Suiza. (2006). Recuperado el 20 de 06 de 2018, de Código Deontológico de enfermería CIE:
<http://www.ee.lafe.san.gva.es/pdfs/icncodesp.pdf>

Ferro, M., Molina, L., & Rodríguez, W. (JUNIO de 2009). *La bioética y sus principios*.

Recuperado el 06 de 05 de 2020, de Acta Odontológica Venezolana:

http://www.scielo.org.ve/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0001-63652009000200029

González Boulí, Y., Cardosa Aguilar, E., & Carbonell Noblet, A. (03 de 2019). Adherencia terapéutica antihipertensiva en adultos mayores. *Revista Información Científica*, 98(2), 151. Obtenido de <https://www.medigraphic.com/pdfs/revinfcie/ric-2019/ric192c.pdf>

Guarin Loaiza , G. M., & Pinilla Roa , A. E. (2016). Adherencia al tratamiento antihipertensivo y su relación con la calidad de vida en pacientes de dos hospitales de Bogotá, D.C. *Revista de la Facultad de Medicina* , 64(4), 652.
doi:<http://dx.doi.org/10.15446/revfacmed.v64n4.52217>

Hernández, I., Sarmiento, N., Gonzalez, I., Galarza, S., De la Bastida, A., Terán, S., & Terán, E. (12 de 3 de 2018). Adherencia al tratamiento en los pacientes de consulta externa de los centros de salud de Quito. *Metro Ciencia*, 26(1), 8. Obtenido de <https://revistametrociencia.com.ec/index.php/revista/article/view/35>

James, P. A., Oparil, S., Carter, B. L., Cushman, W. C., Cheryl, D. H., Lackland, D. T., . . .

Ortiz, E. (2014). *Octavo Reporte JNC 8 en español*. (F. Infantes, Ed.) Obtenido de Directriz basada en la Evidencia para el Manejo de la HTA JNC8:

<https://d1wqtxts1xzle7.cloudfront.net/46288672/jnc8-traducido-160316155113-with-cover-page-v2.pdf?Expires=1627501199&Signature=JDWE5xz7ChWk7KSAPyKEGYVJHpB9rO9SG62ukWjz4-pDWZPdBki1RUfC8EwdXC-P9NEbHOt67xex1AXHxzgHViCuRdWYbODauDWdKno79MxYcc5R01ky75SZ3ya9DPF>

- Limaylla-La-Torre, M. (abril-junio de 2017). Consejería farmacéutica y adherencia al tratamiento antihipertensivo: estudio preliminar. *Revista Peruana de Medicina Experimental en Salud Publica*, 34(2), 343. Recuperado el 25 de 07 de 2020, de http://www.scielo.org.pe/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1726-46342017000200028
- Linares Cánovas, L. P., Lemus Fajardo, N. M., Linares Cánovas, L. B., Lazo Herrera, L. A., & Díaz Pita, G. (8 de 12 de 2017). Caracterización de pacientes adultos mayores con tratamiento farmacológico antihipertensivo atendidos en el hospital “Dr. León Cuervo Rubio”. *Revista Electrónica Dr. Zoilo E. Marinello Vidaurreta*, 42(6), 5. Recuperado el 25 de 07 de 2020, de revzoilomarinaldo.sld.cu/index.php/zmv/article/view/1184.
- Ministerio de Salud Pública del Ecuador. (2019). *Hipertensión arterial*. Obtenido de Guia de Practica Clínica: https://www.salud.gob.ec/wp-content/uploads/2019/06/gpc_hta192019.pdf
- Organización Mundial de la Salud. (13 de 09 de 2019). *Centro de prensa* . Obtenido de Hipertensión: <https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/hypertension>
- Organización Panamericana de la Salud . (2017). *Enfermedades no trasmisibles*. Obtenido de Dia Mundial de la Hipertensión: https://www.paho.org/hq/index.php?option=com_content&view=article&id=13257:dia-mundial-de-la-hipertension-2017-conoce-tus-numeros&Itemid=42345&lang=es
- Ortega, J. J., Sánchez, D., Rodriguez, A. O., & Ortega, J. M. (05 de 02 de 2018). Adherencia terapéutica: un problema de atención médica. *Acta médica Grupo Ángeles*, 16(3), 227. Obtenido de http://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1870-72032018000300226

- Pagès Puigdemont, N., & Valverde Merino, I. (27 de 09 de 2018). Adherencia terapéutica: factores modificadores y estrategias de mejora. *Ars Pharm*, 59(4), 253. Obtenido de https://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S2340-98942018000400251
- Pagès Puigdemont, N., & Valverde Merino, I. (2018). Métodos para medir la adherencia terapéutica. *Ars Pharmaceutica*, 59(3), 169. Obtenido de <https://scielo.isciii.es/pdf/ars/v59n3/2340-9894-ars-59-03-163.pdf>
- Ramírez Pérez, A. R., Ramírez Pérez, J. F., & Borrell Zayas, J. C. (2020). Adherencia terapéutica antihipertensiva y factores asociados al incumplimiento en el primer nivel de atención en Cienfuegos, 2019. *Revista Cubana de Farmacia.*, 53(1), 4. Obtenido de <http://revfarmacia.sld.cu/index.php/far/article/view/385/296>
- Rueda Vidarte, J. J. (2018). *Repositorio Universidad Nacional de Piura* . Obtenido de Adherencia al tratamiento farmacológico antihipertensivo en pacientes atendidos por consultorio externo del Hospital Santa Rosa, Piura entre periodo enero marzo 2018.: <https://repositorio.unp.edu.pe/bitstream/handle/UNP/1170/CIE-%20RUE-VID-18.pdf?sequence=1&isAllowed=y>
- Sadakathulla, I., & Venkat Mateti, U. (2019). La adhesión al tratamiento antihipertensivo es de fundamental importancia. *Salud(i)Ciencia*, 4(23), 321.
doi:<http://www.dx.doi.org/10.21840/siic/157368>
- Soto, J. R. (27 de 12 de 2018). TRATAMIENTO NO FARMACOLÓGICO DE LA HIPERTENSIÓN ARTERIAL. *Revista Médica Clínica Las Condes*, 29(1), 63-66.
Obtenido de <https://reader.elsevier.com/reader/sd/pii/S0716864018300051?token=37531E24D6A6F64494F39BA48F19C173C98652601666938E2388B374B6DB6DA680BA403A6F1>

2BE2FF24AA683B3EF410D&originRegion=us-east-
1&originCreation=20210531030819

Troncoso , J. (12 de 06 de 2018). *Tratamiento Farmacológico de la Hipertensión Arterial*. (I. Mora, Ed.) Obtenido de <https://medicina.uc.cl/wp-content/uploads/2018/08/Articulo-HTA-Jonathan.pdf>

Apéndices

Apéndice A. Operacionalización de variables

	Tipo de variable	Naturaleza de la variable	Definición Conceptual	Dimensión operacional	Indicador	Escala
Características sociodemográficas	Independiente	Cuantitativa	Son todas las características asignadas a la edad, sexo, educación, ingresos, estado civil, trabajo, religión, tasa de natalidad, tasa de mortalidad, tamaño de la familia. Esto se hace para cada miembro de la población	Edad Sexo Estado civil Nivel de Instrucción Autoidentificación étnica Situación Laboral Lugar de residencia Convivencia Disposición de servicios básicos Cocina	Años. Masculino/ Femenino. Casado /Soltero/ Unión libre/Viudo/ Divorciado. Analfabeto/Primaria completa/ Primaria incompleta/ Secundaria completa/ Secundaria incompleta/ Técnico/Superior. Mestizo/ Indígena/ Afroecuatoriano/ Blanco/ Montubio. Trabajador dependiente/ Trabajo por cuenta propia, Desempleado/ Jubilado/ Pensionista. Urbano/ Rural. Solo/ Con pareja/ Con más miembros de la familia. Luz/ Agua potable/ Teléfono/ Alcantarillado. Gas/ Electricidad /Leña.	Número de personas por grupo de edad. Número de personas de acuerdo con el sexo Número de personas de acuerdo con estado civil actual. Número de personas de acuerdo a nivel más alto alcanzado en estudios. Número de personas por etnia. Número de personas por tipo de labores diarias que desempeñan. Número de personas por zona de residencia. Tamaño de la estructura familiar. Número de personas que disponen de acceso a servicios básicos. Porcentaje de personas por la forma de preparación de alimentos.

Nivel de adherencia terapéutica	Dependiente	Cuantitativa	Estrategia que permite que el paciente mantenga y continúe el tratamiento y de esta manera logre cambios significativos en su comportamiento que mejoren su vida	Escala de adherencia a la medicación de Morisky 8 ítems (MMAS-8): mide comportamientos de adherencia específicos asociados a la ingesta de medicamentos, con siete preguntas cuyas alternativas de respuestas son SÍ/NO, y una pregunta en escala de tipo Likert. Ha sido validada en pacientes hipertensos	Clasificando como adherentes a los pacientes con 8 puntos y no adherentes con puntajes menores a 8.	<p>1. ¿Se le olvida alguna vez tomar la medicina para su hipertensión arterial? Sí=0 No=1;</p> <p>2. A algunas personas se les pasa tomarse sus medicinas por otras razones y no un simple olvido. Si recuerda las últimas dos semanas, ¿hubo algún día en el que se le olvidó tomar la medicina para su hipertensión arterial? Sí=0 No=1;</p> <p>3 ¿Alguna vez ha reducido la dosis o directamente dejado de tomar la medicina sin decírselo a su médico porque se sentía peor al tomarla? Sí=0 No=1;</p> <p>4. Cuando viaja o está fuera del hogar, ¿se le olvida llevar la medicina para su hipertensión arterial alguna vez? Sí=0 No=1</p> <p>5. ¿Tomó la medicina para su hipertensión arterial ayer? Sí=1 No=0;</p> <p>6. Cuando siente que su hipertensión arterial está bajo control, ¿deja a veces de tomar su medicina? Sí=0 No=1;</p> <p>7. Tomar medicamentos cada día puede ser un problema para muchas personas. ¿Se siente alguna vez presionado por seguir el tratamiento médico para su hipertensión arterial? Sí=0 No=1;</p> <p>8. ¿Con qué frecuencia tiene dificultades para recordar tomar todas sus medicinas? Nunca/ Casi nunca 1 Rara vez 0,75 Algunas veces 0,5 Habitualmente 0,25, Siempre 0.</p>
---------------------------------	-------------	--------------	--	---	---	---

Factores de riesgo conductuales	Independiente	Cuantitativa	Conductas que adoptan las personas con el fin de mejorar o empeorar la salud. Las inapropiadas conllevan a enfermedades y pueden convertirse en hábitos que son firmemente arraigados y que con frecuencia se realiza.	Alcoholismo	Si/No, Frecuencia	Número de personas que consume alcohol.
				Tabaquismo	Si/No, Frecuencia	Número de personas que consume tabaco.
				Sedentarismo	Si/No, Frecuencia	Número de personas que practica o no ejercicio o actividad física.
				Estrés	Si/No, Frecuencia	Número de personas que refiere estrés psicológico.
				Consumo de sodio	Si/No, Frecuencia	Número de personas que consume sodio.
Factores de riesgo patológicos	Independiente	Cuantitativa	Característica o circunstancia detectable diagnosticada, de una persona que se sabe está asociada o predispone un aumento de la probabilidad de poder desarrollar o exponer a un proceso de morbilidad.	Diabetes mellitus	Si/No, Tiempo de evolución	Número de personas que padece diabetes.
				Insuficiencia renal	Si/No, Tiempo de evolución	Número de personas que padece insuficiencia renal.
				Insuficiencia cardiaca	Si/No, Tiempo de evolución	Número de personas que padece insuficiencia cardiaca.
				Sobrepeso/ Obesidad	Si/No, Tiempo de evolución	Número de personas con sobrepeso u obesidad.
				Otro	Si/No, Tiempo de evolución	Número de personas que padece una enfermedad distinta a las mencionadas.

Apéndice B. Galería Fotográfica



Apéndice C. Encuesta

UNIVERSIDAD TÉCNICA DEL NORTE

INSTITUTO DE POSGRADOS

*Obligatorio

MAESTRIA EN SALUD PÚBLICA MENCIÓN ENFERMERÍA FAMILIAR Y COMUNITARIA

Reciba usted un cordial y afectuoso saludo, la presente encuesta estructurada es parte del estudio titulado "ADHERENCIA AL TRATAMIENTO FARMACOLÓGICO EN USUARIOS HIPERTENSOS DEL CENTRO DE SALUD AYORA 2021" tiene como objetivo general "Identificar los factores de riesgo demográficos, conductuales, fisiológicos, que influyen en la adherencia al tratamiento", por lo que se solicita su colaboración. De antemano agradecemos su participación.

1. Fecha *

Ejemplo: 7 de enero de 2019

2. Consentimiento Informado : Esta encuesta es anónima, tiene fines académicos y de investigación, si usted acepta participar será parte de este estudio, para lo que le pedimos su consentimiento. *

Marca solo un óvalo.

- ACEPTO *Ir a la pregunta 3*
 NO ACEPTO

Características Sociodemográficas

A continuación, encontrará una serie de preguntas, lea cuidadosamente, se le solicita seleccionar la respuesta con absoluta sinceridad.

3. 1.- Su edad en años cumplidos es de: *

20 a 100

4. 2.- Género *

Marca solo un óvalo.

- Masculino
 Femenino

5. 3.- Estado Civil *

Marca solo un óvalo.

- Soltero
 Casado
 Unión libre
 Viudo
 Divorciado

6. 4.- Nivel de Instrucción *

Marca solo un óvalo.

- Analfabeto
- Primaria incompleta
- Primaria completa
- Secundaria Incompleta
- Secundaria completa
- Técnico
- Superior

7. 5.- Auto identificación étnica *

Marca solo un óvalo.

- Mestizo
- Indígena
- Blanco
- Afroecuatoriano
- Montubio

8. 6.- Situación Laboral *

Marca solo un óvalo.

- Trabajador dependiente
- Trabajo por cuenta propia
- Desempleado
- Jubilado
- Pensionista
- Quehaceres domésticos

9. 7.- Lugar de residencia *

Marca solo un óvalo.

- Urbano
- Rural

10. 8.- Convivencia *

Marca solo un óvalo.

- Solo
- Con pareja
- Con más miembros de la familia

11. 9.- Disposición de servicios básicos *

Marca solo un óvalo por fila.

	Si	No
Agua potable	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Luz eléctrica	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Alcantarillado	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Teléfono	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

12. 10.- Cocina *

Marca solo un óvalo.

- A Gas
- A Leña
- A Electricidad
- A gas y a leña

Factores Conductuales y Patológicos

13. 11.- ¿Usted ingiere alcohol etílico regularmente? *

Marca solo un óvalo.

- Siempre
- Casi siempre
- A veces
- Casi Nunca
- Nunca
- En el pasado

14. 12.- ¿Usted fuma regularmente? *

Marca solo un óvalo.

- Siempre
 Casi siempre
 A veces
 Casi Nunca
 Nunca
 En el pasado

15. 13.- ¿Practica deporte o realiza actividad física regularmente? *

Marca solo un óvalo.

- Siempre
 Casi siempre
 A veces
 Casi nunca
 Nunca
 En el pasado

16. 14.- Con que frecuencia se siente estresado (frustrado, enojado o nervioso). *

Marca solo un óvalo.

- Siempre
 Casi siempre
 A veces
 Casi nunca
 Nunca

17. 15.- Consumo de sodio *

Marca solo un óvalo por fila.

	Siempre	Casi siempre	A veces	Casi nunca	Nunca
Consumo alimentos marcados con semáforo rojo o alto en sal	<input type="radio"/>				
Utiliza salero o una cantidad adicional de sal en los alimentos	<input type="radio"/>				
Los alimentos son preparados con la cantidad mínima de sal	<input type="radio"/>				
Consumo alimentos totalmente sin sal	<input type="radio"/>				

18. 16.- Comorbilidades *

Marca solo un óvalo por fila.

	No	Diagnóstico menor a un año	Diagnóstico de 1 a 5 años	Diagnóstico de 6 a 10 años	Diagnóstico mayor a 11 años
Diabetes Mellitus	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Insuficiencia cardiaca	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Insuficiencia renal	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Sobrepeso/Obesidad	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Otra	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

19. 17.- En caso de seleccionar "otra" en la pregunta anterior. Escriba en este campo

Test de Morisky (MMAS-8)

20. 1. ¿Se le olvida alguna vez tomar la medicina para su hipertensión arterial? *

Marca solo un óvalo. Sí = 0 No = 1

21. 2. A algunas personas se les pasa tomarse sus medicinas por otras razones y no un simple olvido. Si recuerda las últimas dos semanas, ¿hubo algún día en el que se le olvidó tomar la medicina para su hipertensión arterial? *

Marca solo un óvalo. Sí=0 No=1

22. 3. ¿Alguna vez ha reducido la dosis o directamente dejado de tomar la medicina sin decírselo a su médico porque se sentía peor al tomarla? *

Marca solo un óvalo. Sí=0 No=1

23. Cuando viaja o está fuera del hogar, ¿se le olvida llevar la medicina para su hipertensión arterial alguna vez? *

Marca solo un óvalo.

- Sí=0
 No=1

24. 5. ¿Tomó la medicina para su hipertensión arterial ayer? *

Marca solo un óvalo.

- Sí=1
 No=0

25. 6. Cuando siente que su hipertensión arterial está bajo control, ¿deja a veces de tomar su medicina? *

Marca solo un óvalo.

- Sí=0
 No=1

26. 7. Tomar medicamentos cada día puede ser un problema para muchas personas. ¿Se siente alguna vez presionado por seguir el tratamiento médico para su hipertensión arterial? *

Marca solo un óvalo.

- Sí=0
 No=1

27. 8. ¿Con qué frecuencia tiene dificultades para recordar tomar todas sus medicinas? *

Marca solo un óvalo.

- Nunca/Casi nunca = 1
 Rara vez= 0.75
 Algunas veces =0.5
 Habitualmente= 0.25
 Siempre=0