

REPÚBLICA DEL ECUADOR



**UNIVERSIDAD TÉCNICA DEL NORTE**  
**FACULTAD DE POSGRADO**



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

**TEMA**

**ADHERENCIA AL TRATAMIENTO FARMACOLÓGICO Y MANTENIMIENTO  
DEL AUTOCUIDADO EN POBLACION HIPERTENSA NATABUELA, 2025**

Trabajo de Titulación previo a la obtención del Título de Magíster en Salud Pública,  
mención en Enfermería Familiar y Comunitaria

**AUTOR:** Verónica Salomé Luna Posso

**DIRECTOR:** MSc. Melisa Gabriela Chacón Guerra

**ASESOR:** Msc. Katty Elizabeth Cabascango Cabascango

**IBARRA - ECUADOR**

**2026**

## DEDICATORIA

Dedico el presente trabajo de titulación a Dios, por su infinito amor y misericordia, por concederme la fortaleza física, mental y espiritual necesario para perseverar, guiar mis pensamientos y permitirme culminar con éxito esta etapa académica.

A mi madre Kathy, pilar fundamental de mi vida, por su amor incondicional, su fortaleza inquebrantable y su ejemplo constante de perseverancia y sacrificio. Gracias por forjarme, por acompañarme en cada etapa de mi formación y por convertirme en la persona que soy hoy. Gran parte de mis logros personales y profesionales son el reflejo de tu entrega, tu coraje y tu amor infinito. Tu apoyo, paciencia y palabras de aliento fueron la fuerza que me sostuvo en los momentos más difíciles de este camino académico.

A mis hermanos Bryan y Kayetano, por estar siempre presentes, aquí en la tierra y en el cielo. A Bryan, cuyo recuerdo vive eternamente en mi corazón y me acompaña como guía y fortaleza espiritual. A Kayetano, por ser mi apoyo emocional, por tu cariño sincero, tu respaldo constante y por permitirme ser un ejemplo en tu vida.

Finalmente, dedico este trabajo a mis ángeles que me cuidan desde el cielo, en especial a mi abuelito Arturo, cuya memoria permanece viva y cuyo amor continúa guiando mis pasos.

*Verónica Salomé Luna Posso*

## AGRADECIMIENTO

Agradezco profundamente a Dios por su presencia constante y por concederme la fortaleza, sabiduría y perseverancia necesarias para afrontar cada desafío durante este exigente proceso de formación de cuarto nivel, permitiéndome culminar con éxito esta etapa académica.

A mi madre y a mis hermanos, expreso mi más sincero agradecimiento por su apoyo incondicional, su amor permanente y su acompañamiento constante. Su ejemplo, confianza y valores inculcados han sido fundamentales para mantenerme firme en la búsqueda de mis objetivos personales y profesionales, motivándome a no rendirme y a seguir adelante con determinación y compromiso.

Expreso mi más sincero agradecimiento a la Universidad Técnica del Norte y a la Maestría de Salud Pública, por proporcionar una formación académica sólida, ética y de calidad, que contribuyó significativamente al fortalecimiento de mis competencias profesionales.

A mi tutora de tesis, por su orientación técnica, acompañamiento metodológico y valiosos aportes científicos, de igual manera a mi asesora los cuales fueron fundamentales para el desarrollo y culminación de este trabajo investigativo.

A los docentes que formaron parte de este proceso académico, por compartir sus conocimientos, experiencias y criterios profesionales, contribuyendo de manera significativa a mi crecimiento intelectual.

Finalmente, agradezco a todas las personas e instituciones que colaboraron directa o indirectamente en la ejecución de esta investigación, haciendo posible el cumplimiento de los objetivos planteados.

*Verónica Salomé Luna Posso*

**UNIVERSIDAD TÉCNICA DEL NORTE**  
**BIBLIOTECA UNIVERSITARIA**

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

**1. 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:

<b>DATOS DE CONTACTO</b>	
<b>APELLIDOS Y NOMBRES:</b>	LUNA POSSO VERÓNICA SALOMÉ
<b>DATOS DE LA OBRA</b>	
<b>TÍTULO:</b>	ADHERENCIA AL TRATAMIENTO FARMACOLÓGICO Y MANTENIMIENTO DEL AUTOCUIDADO EN POBLACION HIPERTENSA NATABUELA, 2025
<b>AUTOR (ES):</b>	LUNA POSSO VERÓNICA SALOMÉ
<b>FECHA: DD/MM/AAAA</b>	07/05/2026
SOLO PARA TRABAJOS DE GRADO	
<b>PROGRAMA:</b>	<input type="checkbox"/> <b>PREGRADO</b> <input checked="" type="checkbox"/> <b>POSGRADO</b>
<b>TITULO POR EL QUE OPTA:</b>	MAESTRÍA EN SALUD PÚBLICA MENCIÓN EN ENFERMERÍA FAMILIAR Y COMUNITARIA
<b>DIRECTOR /ASESOR:</b>	MSc. Melisa Gabriela Chacón Guerra / Msc. Katty Elizabeth Cabascango Cabascango

## 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 esta y saldrá en defensa de la Universidad en caso de reclamación por parte de terceros.

Ibarra, a los 8 días del mes de mayo del año 2026

### **EL AUTOR:**

Firma \_\_\_\_\_

Nombre: Verónica Salomé Luna Posso

## CONFORMIDAD CON EL DOCUMENTO FINAL



**UNIVERSIDAD TÉCNICA DEL NORTE**  
 Acreditada Resolución Nro. 173-SE-33-CACES-2020  
**FACULTAD DE POSGRADO**



Ibarra, 8 de mayo 2026

Msc. Jorge Gordon  
**Director**  
**Facultad de Posgrado**

**ASUNTO:** Conformidad con el documento final Señor Director

Nos permitimos informar a usted que se ha revisado el Trabajo “Adherencia al tratamiento farmacológico y mantenimiento del autocuidado en población hipertensa Natabuela, 2025”, del maestrante Verónica Salomé Luna Posso de la Maestría de Salud Pública Mención en Enfermería Familiar y Comunitaria certificamos que han sido acogidas y satisfechas todas las observaciones realizadas.

Atentamente,

	<b>Apellidos y Nombres</b>	<b>Firma</b>
<b>Director/a</b>	MSc. Melisa Gabriela Chacón Guerra	
<b>Asesor/a</b>	Msc. Katty Elizabeth Cabascango Cabascango	

## **APROBACIÓN DEL TUTOR**

Yo, MSc. Melisa Gabriela Chacón Guerra, certifico que el estudiante Verónica Salomé Luna Posso con cédula 1050220001 ha elaborado bajo mi tutoría la sustentación del trabajo de grado titulado “Adherencia al tratamiento farmacológico y mantenimiento del autocuidado en población hipertensa Natabuela, 2025”.

Este trabajo se sujeta a las normas y metodologías dispuestas en el reglamento del título a obtener, por lo tanto, autorizo la presentación a la sustentación para la calificación respectiva.

Ibarra, a los 08 días del mes de mayo del año 2026

MSc. Melisa Gabriela Chacón Guerra

**Director**

## **APROBACIÓN DEL ASESOR**

Yo, Msc. Katty Elizabeth Cabascango Cabascango, certifico que la estudiante Verónica Salomé Luna Posso con cédula 1050220001 ha elaborado bajo mi asesoría la sustentación del trabajo de grado titulado: “Adherencia al tratamiento farmacológico y mantenimiento del autocuidado en población hipertensa Natabuela, 2025”.

Este trabajo se sujeta a las normas y metodologías dispuestas en el reglamento del título a obtener, por lo tanto, autorizo la presentación a la sustentación para la calificación respectiva.

Ibarra, a los 08 días del mes de mayo del año 2026

Msc. Katty Elizabeth Cabascango Cabascango

**Asesor**

## ÍNDICE DE CONTENIDOS

DEDICATORIA.....	ii
AGRADECIMIENTO.....	iii
AUTORIZACIÓN DE USO Y PUBLICACIÓN A FAVOR DE LA UNIVERSIDAD	
TÉCNICA DEL NORTE.....	iv
CONSTANCIAS.....	v
CONFORMIDAD CON EL DOCUMENTO FINAL.....	vi
APROBACIÓN DEL TUTOR.....	vii
APROBACIÓN DEL ASESOR.....	viii
ÍNDICE DE CONTENIDOS.....	1
ÍNDICE DE TABLAS.....	4
ÍNDICE DE FIGURAS.....	4
RESUMEN.....	5
ABSTRACT.....	6
CAPÍTULO I.....	7
EL PROBLEMA DE INVESTIGACIÓN.....	7
1.1. Problema de investigación.....	7
1.1.1. Formulación del problema.....	10
1.1.2. Preguntas de investigación.....	10
1.2. Antecedentes.....	10
1.3. Objetivos.....	15
1.3.1. Objetivo general.....	15
1.3.2. Objetivos específicos.....	15
1.4. Justificación.....	15
CAPÍTULO II.....	18

MARCO REFERENCIAL .....	18
2.1. Marco Teórico .....	18
2.1.1. Hipertensión Arterial (HTA) .....	18
2.1.2. Clasificación de la HTA .....	19
2.1.3. Factores de riesgo.....	20
2.1.4. Comorbilidad.....	21
2.1.5. Tratamiento farmacológico.....	22
2.1.6. Adherencia al tratamiento.....	23
2.1.7. Factores de que influyen en la adherencia al tratamiento.....	23
2.1.8. Autocuidado. ....	24
2.1.9. Teoría del Autocuidado de Dorothea Orem.....	25
2.2. Marco Legal y Ético .....	26
2.2.1. Constitución de la República del Ecuador .....	26
2.3.2. Plan Nacional de Desarrollo (PND) “Ecuador No Se Detiene” 2025-2029.....	27
2.3.3. Código deontológico del CIE para profesionales de Enfermería .....	28
2.3.4. Declaración de Helsinki de la AMM.....	29
CAPÍTULO III .....	30
MARCO METODOLÓGICO .....	30
3.1. Descripción del área de estudio.....	30
3.2. Enfoque y tipo de investigación .....	30
3.3. Universo .....	32
3.4. Muestra.....	32
3.5. Criterios de inclusión .....	32
3.6. Criterios de exclusión.....	33
3.7. Técnicas e instrumentos de recolección de datos .....	33
3.7.1. Técnica .....	33

	3
3.7.2. Instrumento.....	33
3.7.3. Procedimientos de procesamiento y análisis de datos.....	35
3.8. Consideraciones bioéticas .....	36
CAPÍTULO IV .....	38
RESULTADOS Y DISCUSIÓN .....	38
CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES .....	46
CONCLUSIONES .....	46
RECOMENDACIONES .....	47
CAPÍTULO V .....	49
PROPUESTA.....	49
REFERENCIAS .....	59
ANEXOS.....	68
Anexo 1. Consentimiento Informado .....	68
Anexo 2. Cuestionario de recolección de datos .....	69
Anexo 3. Operacionalización de variables .....	73
Anexo 4. Galería fotográfica .....	76

## ÍNDICE DE TABLAS

<b>Tabla 1.</b> Características sociodemográficas de los pacientes hipertensos de Natabuela	38
<b>Tabla 2.</b> Características clínicas y terapéuticas de los pacientes hipertensos.....	40
<b>Tabla 3.</b> Nivel de adherencia al tratamiento farmacológico según la escala MMAS-8 .	41
<b>Tabla 4.</b> Nivel de mantenimiento del autocuidado en pacientes hipertensos.....	42
<b>Tabla 5.</b> Relación entre nivel de adherencia terapéutica y nivel de autocuidado.....	43
<b>Tabla 6.</b> Comparación de resultados Pre-Test y Post-Test del programa .....	44

## ÍNDICE DE FIGURAS

<b>Figura 1.</b> Parroquia Natabuela .....	30
<b>Figura 2.</b> Medición inicial de presión arterial .....	76
<b>Figura 3.</b> Aplicación de instrumentos pre-test (MMAS-8 y SC-HI v.2.0) .....	76
<b>Figura 4.</b> Sesión educativa sobre hipertensión arterial.....	77
<b>Figura 5.</b> Educación en adherencia al tratamiento farmacológico.....	77
<b>Figura 6.</b> Orientación sobre alimentación saludable baja en sodio .....	78
<b>Figura 7.</b> Promoción de actividad física segura .....	78
<b>Figura 8.</b> Capacitación en autocontrol de la presión arterial .....	79
<b>Figura 9.</b> Seguimiento y acompañamiento telefónico .....	79
<b>Figura 10.</b> Taller educativo con familiares y cuidadores.....	80
<b>Figura 11.</b> Evaluación final del programa (post-test) .....	80

## RESUMEN

### “ADHERENCIA AL TRATAMIENTO FARMACOLÓGICO Y MANTENIMIENTO DEL AUTOCUIDADO EN POBLACION HIPERTENSA NATABUELA, 2025”

**Autor:** Verónica Salome Luna Posso

**Tutor:** MSc. Melisa Gabriela Chacón Guerra

**Asesor:** Msc. Katty Elizabeth Cabascango Cabascango

**Año:** 2026

La hipertensión arterial es una enfermedad crónica frecuente que aumenta el riesgo cardiovascular y cuyo control depende del tratamiento y del autocuidado; no obstante, en poblaciones rurales e indígenas existen dificultades para cumplir la terapia y mantener hábitos saludables. **Objetivo:** Determinar la relación entre la adherencia al tratamiento farmacológico y el mantenimiento del autocuidado en la población hipertensa de Natabuela en el año 2025. **Método:** Estudio cuantitativo, no experimental, transversal, descriptivo y observacional; n = 130 pacientes diagnosticados con hipertensión arterial, seleccionados mediante muestreo no probabilístico por conveniencia. La recolección de datos se realizó mediante encuesta estructurada, aplicando instrumentos estandarizados la Escala de Adherencia a la Medicación Morisky (MMAS-8) y el Self-Care of Hypertension Inventory (SC-HI v.2.0). El análisis estadístico se efectuó con el programa SPSS versión 25.

**Resultados:** La población estuvo conformada mayoritariamente por ancianos de 75 a 90 años (54,6%), de género masculino (53,1%), de etnia indígena (83,8%) y con bajo nivel educativo. Predominó la adherencia moderada (46,9%) y baja al tratamiento farmacológico, así como un nivel de autocuidado inadecuado (60%). No se evidenció una relación estadísticamente significativa entre la adherencia terapéutica y el mantenimiento del autocuidado ( $p > 0,05$ ); además, se evidenció que la toma de la medicación no garantiza la adopción de conductas saludables integrales. La comparación pre y post test evidenció mejoras leves y consistentes en la adherencia terapéutica y el autocuidado, reflejando un impacto inicial favorable del programa. **Conclusiones:** Se evidencia la necesidad de intervenciones integrales, por ello, se implementó un programa educativo y de acompañamiento para fortalecer el autocuidado y el control de la hipertensión en Natabuela.

**Palabras clave:** Adherencia a la medicación, Autocuidado, Atención primaria de salud, Educación en salud

## ABSTRACT

### “ADHERENCE TO PHARMACOLOGICAL TREATMENT AND MAINTENANCE OF SELF-CARE IN THE HYPERTENSIVE POPULATION OF NATABUELA, 2025”

**Author:** Verónica Salome Luna Posso

**Advisor:** MSc. Melisa Gabriela Chacón Guerra

**Advisor:** Msc. Katty Elizabeth Cabascango Cabascango

**Year:** 2026

Hypertension is a common chronic disease that increases cardiovascular risk and whose control depends on treatment and self-care; however, in rural and indigenous populations, there are difficulties in adhering to therapy and maintaining healthy habits. **Objective:** To determine the relationship between adherence to pharmacological treatment and the maintenance of self-care in the hypertensive population of Natabuela in 2025. **Method:** A quantitative, non-experimental, cross-sectional, descriptive, and observational study;  $n = 130$  patients diagnosed with hypertension, selected through non-probability convenience sampling. Data collection was carried out using a structured survey, applying the standardized instruments: the Morisky Medication Adherence Scale (MMAS-8) and the Self-Care of Hypertension Inventory (SC-HI v.2.0). Statistical analysis was performed using SPSS version 25. **Results:** The study population consisted primarily of elderly individuals aged 75 to 90 years (54.6%), male (53.1%), of indigenous ethnicity (83.8%), and with low levels of education. Moderate (46.9%) and low adherence to pharmacological treatment predominated, as well as inadequate self-care (60%). No statistically significant relationship was found between therapeutic adherence and maintenance of self-care ( $p > 0.05$ ); furthermore, it was evident that medication use does not guarantee the adoption of comprehensive healthy behaviors. The pre- and post-test comparison showed slight and consistent improvements in therapeutic adherence and self-care, reflecting a favorable initial impact of the program. **Conclusions:** The need for comprehensive interventions is evident; therefore, an educational and support program was implemented to strengthen self-care and hypertension control in Natabuela.

**Keywords:** Medication adherence, Self-care, Primary health care, Health education.

# CAPÍTULO I

## EL PROBLEMA DE INVESTIGACIÓN

### 1.1. Problema de investigación

La hipertensión arterial (HTA) es una de las enfermedades crónicas no transmisibles más prevalentes a nivel mundial, afectando a más de 1.3 mil millones de personas, especialmente en países de ingresos medios y bajos. Representa un factor determinante en la aparición de complicaciones cardiovasculares, cerebrovasculares y renales, y su control sigue siendo insuficiente, lo que incrementa la carga sanitaria y económica global (Samakosky y Norris, 2024). Se conoce como el nivel de cumplimiento con el que una persona cumple adecuadamente las indicaciones prescritas por el personal de la salud. La adherencia terapéutica como las prácticas de autocuidado continúan insuficientes, reduciendo la eficacia en el control de la hipertensión arterial. Incrementando el riesgo de desarrollar complicaciones cardiovasculares, renales y cerebrovasculares afectando negativamente a la calidad de vida del paciente (Peng et al., 2025).

De manera complementaria, búsquedas internacionales en regiones como Asia, Oriente Medio y América, destacan el papel de factores psicológicos, motivacionales y sociales en el autocuidado. La autoeficacia, el apoyo social y la alfabetización en salud son determinantes fundamentales del autocuidado, especialmente en poblaciones rurales y de bajos ingresos (Han et al., 2025).

En Polonia existe una baja adherencia que se relaciona con comorbilidades, hábitos inadecuados y escasa actividad física. En contextos laborales, identificaron dificultades persistentes en prácticas de autocuidado especialmente en dieta, actividad física y reducción del consumo de sal aun cuando algunos pacientes cumplían adecuadamente con la medicación (Gogurla et al., 2025). Asimismo, en Indonesia, identificaron que la mayoría de

pacientes presentaba bajos niveles de autocuidado y adherencia, lo cual se asoció directamente con un mal control de la presión arterial (Ramadhan et al., 2025). De acuerdo a la OMS entre el 20% al 40% las poblaciones adultas presentan hipertensión arterial lo que genera a 1,6 millones de muertes anuales por enfermedades cardiovasculares, en su mayoría prevenibles (OMS, 2023).

En América Latina varios estudios confirman que las intervenciones de autocuidado basadas en evidencia, es decir como la monitorización periódica de la presión arterial, dieta baja en sodio, y el ejercicio físico regular ayudan en el manejo eficaz de la hipertensión arterial (Buesaquillo y Álvarez, 2024). De la misma manera en Venezuela, se evidenció niveles deficientes de adherencia farmacológica y no farmacológica, asociados a variables como edad y nivel educativo (Rangel y Sosa, 2024). Estos estudios evidencian que la adherencia y el autocuidado son procesos multifactoriales influenciados por condiciones socio-demográficas, conductuales y culturales.

Además, en Perú se enfatiza la importancia de integrar la perspectiva intercultural en las estrategias de enfermería, dado el peso que tienen las creencias y prácticas tradicionales en la gestión de la enfermedad (Hilario-Pizarro et al., 2023). Dichos hallazgos fomentan la necesidad de que se implementen programas integrales donde se enfatizan en comportamientos, creencias, motivaciones y barreras estructurales. Mencionado que la insuficiente adherencia y el bajo nivel de autocuidado comprometen el control tensional, asimismo incrementan las complicaciones cardiometabólicas generando mayor carga para el sistema de salud pública. Dicho al tratamiento se encuentra relacionada con la enfermedad, apoyo social, calidad de atención y el seguimiento clínico del paciente (Lasmariás-Ugarte et al., 2023).

A pesar de la relevancia del tema, se evidenció que son limitadas las investigaciones que abordan la adherencia al tratamiento farmacológico y las prácticas de

autocuidado en las zonas rurales de Ecuador. En el país la hipertensión arterial se posiciona como una de los principales problemas de salud pública, con prevalencia del 40% en los adultos y 65% en adultos mayores, mencionado que solo una proporción reducida de pacientes logran mantener niveles adecuados de control tensional (Hajri et al., 2021). Dicho escenario tiene relevancia por el registro de casos además de las inequidades en el acceso a los servicios de salud y las deficiencias en la adherencia al tratamiento indicado (Segovia et al., 2024).

Dicho escenario tiene relevancia por el registro de casos además de las inequidades en el acceso a los servicios de salud y las deficiencias en la adherencia al tratamiento indicado (Segovia et al., 2024). También el desconocimiento acerca de la enfermedad, las creencias, limitaciones económicas y la analalfabetización en salud constituyen los factores que limitan el cumplimiento terapéutico y el autocuidado (Gualan et al., 2024).

En la parroquia de Natabuela, del cantón Antonio Ante, los habitantes con diagnóstico de hipertensión necesitan un seguimiento continuo, sin embargo, las múltiples dificultades en la adherencia terapéutica, la medicación irregular, la constante interrupción al tratamiento y el escaso control médico. Además, se observa las deficiencias en las prácticas elementales como el control de la presión arterial periódica, dietas equilibradas, actividad física, y consumo de sal moderado. Dichas conductas se encuentran condicionadas por factores sociodemográficos, educativos y culturales nativos de la población indígena de la Natabuela.

Bajo este escenario, resulta de gran importancia generar evidencia científica la cual permita analizar la relación entre la adherencia terapéutica y el nivel de autocuidado en pacientes hipertensión de la Natabuela. Entender estas interacciones ayudara al diseño de estrategias educativas y acompañamiento orientadas a fortalecer el manejo de la enfermedad, priorizar el control de la presión arterial y reducir las complicaciones asociadas a esta patología, disminuyendo el impacto de la hipertensión arterias en la parroquia.

### **1.1.1. Formulación del problema**

¿Qué relación existe entre la adherencia al tratamiento farmacológico y la capacidad de autocuidado en la población hipertensa de Natabuela durante el año 2025?

### **1.1.2. Preguntas de investigación**

- ¿Cuáles son las características sociodemográficas de la población hipertensa de Natabuela durante el año 2025?
- ¿Cuál es el nivel de cumplimiento terapéutico del tratamiento farmacológico en los pacientes hipertensos de Natabuela?
- ¿Cuál es el nivel de mantenimiento del autocuidado en los pacientes hipertensos de la población de Natabuela?
- ¿Qué relación existe entre la adherencia al tratamiento farmacológico y el mantenimiento del autocuidado en los pacientes hipertensos de Natabuela?
- ¿Cuál es el impacto de la aplicación de un programa integral y de acompañamiento en el fortalecimiento de la adherencia terapéutica y del autocuidado en los pacientes hipertensos de Natabuela?

## **1.2. Antecedentes**

El estudio de Gogurla et al. (2025) analizó las actividades de autocuidado en trabajadores hipertensos de un entorno industrial, evaluando la adherencia farmacológica, la dieta, la actividad física y la reducción del consumo de sal. Los autores identificaron que, aunque algunos participantes cumplían adecuadamente con el tratamiento, persistían importantes deficiencias en prácticas de autocuidado, especialmente en la realización de

ejercicio y en la adopción de una alimentación saludable. Además, mencionaron que la ingesta elevada de sal era una práctica recurrente. Conjuntamente con las variables de formación académica, demandas laborales y la restricción de acceso de la información en salud influenciaron a dichos comportamientos. Estos resultados mostraron que las prácticas de autocuidado resultan insuficientes para el control adecuado de la hipertensión arterial, evidenciando la necesidad de generar programas educativos y estrategias relacionadas el ámbito laboral que ayuden a los hábitos saludables y sostenibles (Gogurla et al., 2025).

Por su parte los autores Han et al. (2025) analizaron la aplicación del Hypertension Self-Care Profile (HBSPCP), instrumento utilizado para evaluar conductas de autocuidado, niveles de autoeficacia y motivación en pacientes con hipertensión. Se revisaron alrededor de 48 artículos de diferentes regiones, determinaron que el instrumento tuvo una consistencia psicométrica con coeficientes de alfa de Cronbach que oscilaron entre 0,73 y 0,99. Además, se identificaron diversos factores asociados al autocuidado, la autoeficacia, apoyo social y también a la alfabetización en salud y nivel educativo. Pese a ello, las prácticas de autocuidado siguen siendo insuficientes, sobre todo en poblaciones rurales y en países de ingresos bajos o medios. En síntesis, los hallazgos destacan la versatilidad del HBP SCP, su adecuada adaptación cultural y su sensibilidad a intervenciones, respaldando su utilidad en contextos clínicos y en investigaciones orientadas a fortalecer la salud cardiovascular. (Han et al., 2025)

En el estudio de Ramdhan et al. (2025), se examinaron la relación entre el autocuidado, adherencia terapéutica y el control de la presión arterial en 138 personas diagnosticadas hipertensas y atendidos regularmente en el Hospital de Bandung, Indonesia. Se utilizaron los instrumentos HBP-SCP y MMAS-8, donde se evidenció que la mayor parte de los participantes presentaba niveles bajos de autocuidado (82%), adherencia insuficiente al

tratamiento (86%) y cifras de presión arterial no controladas (66%). Los resultados estadísticos mostraron asociaciones significativas entre el autocuidado y el control tensional como también entre la adherencia farmacológica y dicho control ( $p < 0.001$ ). En conjunto, los resultados evidencian la importancia de fortalecer estas conductas y la necesidad de intervenciones educativas y de acompañamiento que mejoren la adherencia terapéutica y prevengan complicaciones. (Ramadhan et al., 2025)

Cordova-Ruiz et al. (2025) identificaron los factores sociodemográficos asociados a la adherencia al tratamiento antihipertensivo en 180 pacientes de un hospital del norte de Perú. Mediante un diseño transversal y cuestionarios estructurados, evaluaron variables como edad, nivel educativo, funcionamiento familiar y tiempo de enfermedad. Los resultados que reportaron los autores Córdova-Ruiz et al. (2025) demostraron que, con la edad avanzada, el tiempo considerable de evolución de la enfermedad y un adecuado funcionamiento familiar tuvieron una asociación significativa con una mejor adherencia al tratamiento con mayor relevancia. Concluyeron que la adherencia terapéutica no depende necesariamente de factores clínicos, sino de los componentes sociales y familiares, resaltando la necesidad de diseñar intervenciones integrales orientadas al fortalecimiento del apoyo familiar y educación sanitaria. (Cordova-Ruiz et al., 2025)

Hossain et al. (2025) analizaron la adherencia al tratamiento farmacológico y la relación con el control de presión arterial en personas con hipertensión en Bangladesh. Evaluaron a 2.200 personas utilizando la escala de Hill-Bone y mediciones de presión arterial basadas en la guía ISH 2020. Los resultados mostraron una elevada prevalencia de hipertensión no controlada y niveles bajos o moderados de adherencia, con mayor proporción en mujeres de zonas rurales y con diagnóstico reciente. El análisis confirmó que una mayor adherencia se asocia con un mejor control de la presión arterial, También destacaron la

necesidad de fortalecer las estrategias de adherencias, simplificar esquemas terapéuticos y diseñar intervenciones educativas a poblaciones vulnerables. (Hossain et al., 2025)

Reimann et al. (2025) evaluaron la relación entre la adherencia terapéutica y los resultados clínicos de las personas con hipertensión arterial pulmonar (HAP) o la hipertensión tromboembolia crónica distal (CTEPH), fueron evaluados a través de registros de dispensación y medicamentos y cuestionarios, además de las hospitalizaciones, progresión de la enfermedad y parámetros funcionales. Se evidenció que una adherencia deficiente se asoció con mayor deterioro clínico, incremento de hospitalizaciones y disminución de la capacidad funcional, además que una alta adherencia se relacionó con mayor estabilidad clínica y menor frecuencia de eventos adversos. Concluyeron que optimizar la adherencia es fundamental para mejorar el pronóstico en estas patologías, resaltando la educación, seguimiento continuo y acompañamiento terapéutico. (Reimann et al., 2025)

Rangel y Sosa (2024) evaluaron la adherencia al tratamiento farmacológico y no farmacológico en personas con hipertensión arterial atendidos en dos centros de salud de Mérida, Venezuela, a través de estudio cuantitativo, descriptivo y transversal. Se identificaron bajos niveles de adherencia sobretodo en el consumo de medicamentos como también en la práctica de autocuidados con relación en la alimentación y actividad física. Se observaron que las variables como edad, nivel educativo, tiempo de diagnóstico influyeron en el grado de adherencia. Se concluye que el incumplimiento del tratamiento integral limita el control adecuado de la hipertensión, resaltando la importancia del fortalecimiento de la educación en salud y seguimiento regular del tratamiento. (Rangel y Sosa, 2024)

Los autores Buesaquillo y Álvarez (2024), recopilaron evidencia científica donde se identificó las principales técnicas de autocuidado en la esta población. Señalaron estrategias más efectivas incluyendo la monitorización domiciliaria periódica de la presión arterial, la adherencia a una dieta baja en sodio, y la participación activa a programas de actividad física,

confirmando que las interacciones de autocuidado basadas en evidencia se priorizan para un manejo adecuado de la hipertensión arterial en adultos mayores (Buesaquillo y Álvarez, 2024).

Los autores Gallardo et al. (2024), en su estudio analizaron los factores asociados al manejo de la hipertensión arterial y sus complicaciones en adultos mayores en Ecuador. Se evaluaron 60 participantes sobre conocimientos de la enfermedad, adherencia terapéutica y presencia de comorbilidades. En sus resultados evidenciaron que el 25% no cumplía con la medicación adecuadamente, el 29% no conocía el concepto de hipertensión y se registraron altas prevalencias de complicaciones como enfermedad renal 40% e insuficiencia cardiaca 22%. En cambio, el 41% no ha recibido datos actualizados y el 12% no asistía a controles médicos programados. Concluyeron que se debe reforzar la educación sanitaria, garantizar el acceso oportuno a los servicios de salud y la promoción de la adherencia al tratamiento (Gallardo et al., 2024).

Molina et al., (2022) realizaron un estudio llamado "El autocuidado del adulto hipertenso desde la perspectiva intercultural de las acciones de enfermería" en el que se exploró las acciones de enfermería dentro de un marco intercultural, para mejorar el autocuidado del adulto hipertenso. El estudio recalca la importancia de considerar las creencias y prácticas culturales de los pacientes en el diseño de intervenciones de autocuidado, por lo que, se reconoce la necesidad de una atención de enfermería culturalmente sensible, que integre las prácticas tradicionales y las recomendaciones médicas (Herrera et al., 2022).

En resumen, estos estudios evidencian que la baja adherencia terapéutica y las deficiencias en el autocuidado constituyen problemáticas muy recurrentes en pacientes con hipertensión arterial. También resaltan la gran importancia de evaluar el autocuidado de manera integral a través de instrumentos validados y demuestran que también el apoyo

familiar, la educación en salud y la atención cultural son factores determinantes para optimizar el manejo de control de la hipertensión en poblaciones latinoamericanas. En conjunto, estos antecedentes fundamentaron la necesidad de estudiar la relación entre adherencia y autocuidado en la población hipertensa de Natabuela, aportando bases teóricas y empíricas para justificar el problema y orientar el diseño del estudio.

### **1.3. Objetivos**

#### **1.3.1. Objetivo general**

Determinar la relación entre la adherencia al tratamiento farmacológico y el mantenimiento del autocuidado en la población hipertensa de Natabuela en el año 2025.

#### **1.3.2. Objetivos específicos**

- Caracterizar socio demográficamente a la población de estudio.
- Identificar el nivel de cumplimiento terapéutico del tratamiento farmacológico en pacientes hipertensos de la población de Natabuela.
- Evaluar el mantenimiento del autocuidado en pacientes hipertensos de la población de Natabuela.
- Analizar la relación entre la adherencia al tratamiento farmacológico y el mantenimiento del autocuidado.
- Diseñar y evaluar un programa integral y de acompañamiento a los pacientes hipertensos de la población de Natabuela.

### **1.4. Justificación**

El estudio se justificó porque la hipertensión arterial representaba uno de los principales problemas de salud pública en la población de Natabuela, donde se evidenciaban

niveles insuficientes de adherencia al tratamiento y prácticas limitadas de autocuidado. Esta situación incrementaba el riesgo de complicaciones cardiovasculares y deterioro de la calidad de vida, lo que hacía necesario comprender los factores asociados al cumplimiento terapéutico y al autocuidado. El análisis de la relación permitió obtener información para diseñar las intervenciones pertinentes en el primer nivel de atención y los procesos de gestión comunitaria de las enfermedades crónicas.

La investigación generó aportes teóricos importantes para la enfermería comunitaria, el mencionar modelos de autocuidado sobre la adherencia terapéutica en poblaciones rurales. Contribuyendo a la comprensión disciplinaria acerca de la influencia de los determinantes socioculturales, creencias en salud y dinámicas familiares en el manejo de enfermedades crónicas. De igual manera permitió la teoría sobre enfermería con enfoque comunitario y resaltar la importancia de la implantación de estrategias educativas y de acompañamiento continuó para mejorar la adherencia al tratamiento en personas con hipertensión arterial.

En el ámbito social, se pudo identificar las barreras más importantes que enfrentan la mayoría de pacientes hipertensos para fomentar las prácticas de autocuidado, con insumos necesarios para la mejora del bienestar, prevención de complicaciones, bajos costos asociados a esta patología. Se articuló a con los Objetivos de Desarrollo Sostenible en especial con ODS 3, enfocado en salud y bienestar, promoviendo acciones al control de enfermedades no transmisibles, y con el ODS 10, el de reducción de desigualdades, por enfocare en poblaciones rurales con limitación de accesos a la mayoría de servicios de salud.

Los beneficiarios directos fueron los pacientes hipertensos de la parroquia de Natabuela, quienes fueron evaluados en este estudio, además de recibir orientación y formación del programa de acompañamiento enfocado en el fortalecimiento de la adherencia terapéutica y el autocuidado. También de manera indirecta se beneficiaron las familias donde adquirieron conocimientos para ser un apoyo en los hogares, además, el personal de salud por

la información relevante generada en las estrategias de intervención y seguimiento de los casos crónicos en la comunidad.

La metodología se sustentó en la descripción de las características sociodemográficas de la población, evaluar los niveles de adherencia terapéutica y autocuidado, además el analizar la relación entre ambas variables. También el enfoque cuantitativo permitió obtener información relevante de comparación, mientras que el programa integral permitió la incorporación de componentes de intervención y la valoración de su impacto en la población. En conjunto la combinación de análisis descriptivos y correlacionales cumplieron con los objetivos planteados. La viabilidad del estudio estuvo garantizada por la ayuda de las autoridades locales de salud y el acceso a la población hipertensa registrada en los centros comunitarios de la parroquia de Natabuela. Los instrumentos utilizados fueron validados y de fácil aplicación, lo que facilitó la recolección de información. Además, el cronograma y los recursos disponibles resultaron suficientes para desarrollar cada etapa de la investigación, incluyendo la aplicación y evaluación de un programa de acompañamiento. La participación voluntaria de los pacientes garantizó la factibilidad del estudio.

## **CAPÍTULO II**

### **MARCO REFERENCIAL**

#### **2.1. Marco Teórico**

##### **2.1.1. Hipertensión Arterial (HTA)**

La hipertensión arterial es una de las principales causas de morbilidad y mortalidad cardiovascular a nivel mundial, afectando a más de mil millones de personas y contribuyendo significativamente a enfermedades como infarto, accidente cerebrovascular y daño renal (Turki et al., 2024). El control efectivo de la presión arterial depende fundamentalmente de dos pilares: la adherencia al tratamiento farmacológico y el mantenimiento de conductas de autocuidado. La adherencia terapéutica se define como el grado en que el paciente sigue las recomendaciones médicas respecto a la toma de medicamentos, mientras que el autocuidado abarca acciones como la dieta saludable, la actividad física regular, la reducción del consumo de sal, la abstinencia de tabaco y alcohol, y el monitoreo constante de la presión arterial. (Jia et al., 2025)

Diversos estudios han demostrado que la falta de adherencia al tratamiento y la insuficiencia en las prácticas de autocuidado son factores determinantes en el mal control de la hipertensión, lo que incrementa el riesgo de complicaciones y mortalidad. Factores sociodemográficos como la edad, el nivel educativo, el sexo, la situación laboral y el entorno rural o urbano influyen significativamente en la adherencia y el autocuidado. Además, aspectos psicosociales como la autoeficacia, el apoyo social, la aceptación de la enfermedad y la presencia de comorbilidades también condicionan el comportamiento del paciente frente a su tratamiento (Turki et al., 2024).

### 2.1.2. Clasificación de la HTA

La hipertensión arterial (HTA) se clasifica en diferentes tipos según criterios como la severidad de la presión arterial, el origen y la presencia de daño en órganos diana. En función de la severidad, se reconocen varios grados o estadios. La HTA lábil se caracteriza por fluctuaciones de la presión arterial, donde un mismo individuo puede presentar valores por encima o por debajo de 140/90 mmHg en cortos periodos, sin evidencia de daño en órganos. La HTA limítrofe corresponde a valores en el límite superior de la normalidad y suele requerir confirmación mediante monitoreo ambulatorio de 24 horas para establecer el diagnóstico definitivo. Por otro lado, la HTA definida implica cifras persistentemente elevadas por encima de los valores normales, mientras que la HTA refractaria se refiere a la presión arterial que no se controla a pesar del uso de al menos tres fármacos antihipertensivos, incluyendo un diurético, en dosis y combinaciones adecuadas. (Matanes et al., 2022) La HTA maligna es una forma grave, caracterizada por una presión diastólica superior a 130-140 mmHg, acompañada de daño agudo en órganos como retina, riñón, cerebro y corazón, y requiere atención médica urgente debido a su mal pronóstico (Tsigé y Ayele, 2024).

Otra clasificación relevante es según el origen o causa de la hipertensión. La HTA primaria o esencial es la más frecuente, representando aproximadamente el 90-95% de los casos. Su etiología es multifactorial sin causa específica, aunque se asocia a factores genéticos, ambientales y de estilo de vida, como el consumo elevado de sal, obesidad, sedentarismo, consumo excesivo de alcohol y estrés. Por el contrario, la HTA secundaria representa entre el 5 y 10% de los casos y se debe a causas identificables, como enfermedades renales, trastornos endocrinos, uso de ciertos medicamentos o malformaciones vasculares. La identificación de la HTA secundaria es fundamental, ya que su tratamiento se orienta a la

causa subyacente y puede llevar a la curación o mejor control de la presión arterial. (Rossi et al., 2025)

Además, existen subtipos clínicos de HTA según el componente de la presión arterial afectado. La HTA sistólica aislada se presenta cuando la presión sistólica es elevada ( $\geq 140$  mmHg) y la diastólica se mantiene dentro de rangos normales ( $< 90$  mmHg). Este tipo es más común en personas mayores y se asocia con la pérdida de elasticidad arterial propia del envejecimiento. Por otro lado, la HTA diastólica aislada, menos frecuente, se observa principalmente en adultos jóvenes y se asocia a factores como el índice de masa corporal elevado y el tabaquismo (Xie et al., 2021).

### **2.1.3. Factores de riesgo**

La hipertensión arterial está influenciada por factores de riesgo tanto modificables como no modificables, los cuales contribuyen a su aparición, progresión y a la probabilidad de desarrollar complicaciones cardiovasculares y daño en órganos diana. Entre los factores no modificables destacan la edad avanzada, el sexo masculino y la predisposición genética o antecedentes familiares de hipertensión, que incrementan significativamente el riesgo de desarrollar la enfermedad. La evidencia genética muestra que la historia familiar y los puntajes de riesgo poligénico son predictores independientes de hipertensión, incluso en ausencia de otros factores. (Reyes et al., 2025)

En cuanto a los factores modificables, el consumo excesivo de sal, la obesidad, el sedentarismo, el consumo de alcohol y tabaco, el estrés crónico y la mala calidad del sueño se asocian de manera causal con un mayor riesgo de hipertensión. La obesidad y el sobrepeso, en particular, contribuyen de forma importante al desarrollo de hipertensión, ya que el tejido adiposo favorece la vasoconstricción y la retención de líquidos. El sedentarismo y la inactividad física también elevan el riesgo, mientras que la actividad física regular y una dieta

saludable pueden reducirlo. El consumo de alcohol y tabaco incrementa el riesgo de daño vascular y de hipertensión persistente. Además, el estrés psicológico y la falta de apoyo social han sido identificados como factores que elevan la presión arterial, especialmente en adultos mayores. (Hou y Yang, 2024)

La interacción entre factores genéticos y de estilo de vida es relevante: incluso en personas con alto riesgo genético, la adopción de hábitos saludables puede reducir significativamente el riesgo de hipertensión y sus complicaciones cardiovasculares. Por tanto, la prevención y el control de la hipertensión requieren intervenciones dirigidas tanto a los factores modificables como a la identificación de individuos con riesgo genético elevado (Palomo-Piñón et al., 2024).

#### **2.1.4. Comorbilidad**

La comorbilidad en hipertensión arterial se refiere a la coexistencia de esta enfermedad con otras patologías crónicas, lo que incrementa significativamente el riesgo de complicaciones cardiovasculares y renales. Las enfermedades más frecuentemente asociadas son la diabetes mellitus tipo 2, la dislipidemia, la obesidad, la enfermedad renal crónica y las enfermedades cardiovasculares, como insuficiencia cardíaca, enfermedad coronaria y accidente cerebrovascular. La presencia simultánea de hipertensión y diabetes, por ejemplo, multiplica el riesgo de mortalidad total y cardiovascular, especialmente en mujeres, y acelera el daño a órganos diana como riñones, retina y corazón. (Hezam et al., 2024)

Estas patologías comparten mecanismos fisiopatológicos, como la resistencia a la insulina, la inflamación crónica, el estrés oxidativo y la disfunción endotelial, que favorecen la progresión de la aterosclerosis y el deterioro vascular. La obesidad y la dislipidemia, además, potencian el desarrollo de hipertensión y diabetes, creando un círculo vicioso que incrementa el riesgo de eventos cardiovasculares graves. Estudios recientes muestran que la

coexistencia de hipertensión, diabetes y dislipidemia puede aumentar hasta 20 veces el riesgo de enfermedad cardiovascular en comparación con la presencia aislada de uno de estos factores. (Zuo et al., 2025)

El control insuficiente de la presión arterial, la glucemia y los lípidos en pacientes con comorbilidades sigue siendo un desafío, lo que subraya la necesidad de estrategias integradas de manejo que incluyan cambios en el estilo de vida y terapias farmacológicas personalizadas. Además, la duración de la diabetes y el mal control glucémico se asocian con una mayor prevalencia de complicaciones como enfermedad renal crónica, neuropatía y cardiopatía isquémica. Por tanto, la identificación y el tratamiento temprano de las comorbilidades en hipertensos es fundamental para reducir la morbimortalidad y mejorar la calidad de vida de los pacientes. (Karim et al., 2025)

#### **2.1.5. Tratamiento farmacológico**

La adherencia al tratamiento farmacológico es fundamental para lograr un control óptimo de la presión arterial y prevenir complicaciones como infarto, accidente cerebrovascular, insuficiencia renal y daño ocular. Sin embargo, la adherencia suele ser subóptima, lo que limita la efectividad del tratamiento y aumenta el riesgo de eventos adversos. Por ello, se recomienda complementar la terapia farmacológica con modificaciones en el estilo de vida, como dieta saludable, reducción de sal, ejercicio regular y control del estrés, ya que la combinación de ambos enfoques mejora significativamente el control de la hipertensión y la calidad de vida del paciente. (Ojangba et al., 2023)

El tratamiento farmacológico de la hipertensión debe ser personalizado y siempre acompañado de cambios en el estilo de vida. La adherencia al tratamiento y el abordaje integral son claves para prevenir complicaciones y mejorar los resultados en salud (Ojangba et al., 2023).

### **2.1.6. Adherencia al tratamiento**

La adherencia al tratamiento en hipertensión arterial se define como el grado en que los pacientes siguen las indicaciones médicas, incluyendo la toma regular de medicamentos, la adopción de hábitos saludables y la asistencia a controles médicos. El 20% y el 64% de los pacientes cumplen de manera adecuada con las modificaciones del estilo de vida y la medicación, donde la edad, nivel educativo, apoyo social, percepción de la gravedad de la enfermedad de los factores determinantes. Considerándose esta falta como los obstáculos para el control efectivo de la hipertensión, incrementándose así el riesgo de complicaciones cardiovasculares, hospitalizaciones, mortalidad y elevar costos sanitarios (Masi et al., 2024).

Además, la buena adherencia al tratamiento antihipertensivo reduce el riesgo de eventos cardiovasculares mayores, como el infarto de miocardio, accidente cerebrovascular, insuficiencia cardíaca y muerte en adultos jóvenes y en mayores. También el consumir menos sal, ejercicio regular y el control de peso y con ayuda de los fármacos mejorando el control de la presión arterial. Por lo tanto, promover la educación, el apoyo social y estrategias personalizadas es fundamental para mejorar la adherencia y, con ello, los resultados clínicos en pacientes hipertensos (Lu et al., 2025).

### **2.1.7. Factores de que influyen en la adherencia al tratamiento**

En el ámbito social y económico, el apoyo familiar y comunitario es un facilitador clave, ya que los pacientes con redes de apoyo tienden a cumplir mejor con el tratamiento. Además, algunas condiciones socioeconómicas entre ellas ingresos insuficientes, fármacos costosos, falta de cobertura de salud, servicios sanitarios limitados, centros de salud lejanos considerados relevantes para la continuidad terapéutica (Rosendo-Silva et al., 2025).

La adherencia al tratamiento antihipertensivo depende de factores personales, sociales, económicos y del sistema de salud. Abordar estos determinantes de manera integral

es esencial para mejorar el control de la hipertensión y prevenir complicaciones (Rosendo-Silva et al., 2025).

### **2.1.8. Autocuidado.**

Considerado como el proceso todas las personas asumen su rol en la preservación de su salud, prevención de enfermedades, manejo de condiciones crónicas, partiendo de decisiones y conductas responsables condicionadas por naturaleza biológica, psicológica, social y cultural. Las enfermedades crónicas como la hipertensión arterial, autocuidado da énfasis en el cumplimiento del tratamiento farmacológico, alimentación saludable, actividad física regular, control de estrés, menor consumo de tabaco y alcohol como la medición de la presión arterial regularmente (Tulu et al., 2021).

Intervenciones que combinan educación, apoyo social y el uso de tecnología (como aplicaciones móviles para el automonitoreo) han demostrado mejorar la adherencia y los resultados clínicos (Iovino et al., 2024).

#### **2.1.8.1. Autocuidado enfocado en la cultura**

La integración del autocuidado en el manejo de enfermedades crónicas, como la hipertensión, debe considerar las particularidades culturales de cada comunidad. La cultura entendida como conjunto de creencias, valores, prácticas tradicionales, hábitos alimenticios y concepciones sobre la enfermedad influye directa y profundamente en cómo las personas perciben la salud, interpretan los síntomas y se comprometen con el tratamiento. En poblaciones indígenas o marginadas, esta dimensión cultural puede favorecer o dificultar la adherencia: en algunos casos, las creencias tradicionales sobre el origen de la enfermedad, el uso de medicinas ancestrales o remedios naturales, así como la desconfianza hacia tratamientos biomédicos, pueden llevar a una baja adherencia (Oliveira et al., 2021).

Además, los estudios muestran que un enfoque culturalmente sensible, es decir, que respete cosmovisiones, lenguaje, costumbres alimentarias y formas tradicionales de cuidado favorece el autocuidado real y sostenible (Henry et al., 2021). Como por ejemplo en zonas rurales se evidenciaron bajo cumplimiento terapéutico ya que se consideran los factores culturales de la zona. Además, en lugares con biodiversidad étnica, se ha evidenciado que profesionales de salud no tienen formación intercultural, dificultando la comunicación efectiva médico – paciente, y la interpretación del tratamiento (Oliveira et al., 2021).

### **2.1.9. Teoría del Autocuidado de Dorothea Orem**

La Teoría del Autocuidado de Dorothea Orem sostiene que el autocuidado es una acción deliberada que las personas realizan para mantener su salud y bienestar. Cuando los individuos no pueden satisfacer sus necesidades de autocuidado, los profesionales de la salud deben intervenir para brindar apoyo, educación y estrategias adaptadas, con el objetivo de restaurar o fortalecer la autonomía del paciente (Xie et al., 2025).

Ha evidenciado el fortalecimiento de la autonomía y el bienestar de los pacientes con hipertensión. Además, señalan que los programas de enfermería fundamentados en este modelo ayudan a las capacidades de autocuidado a una mayor adherencia terapéutica, ayudando al control de cifras tensionales, reducción de la ansiedad, depresión vinculadas a enfermedades crónicas, Ayuda a la detección del desconocimiento sobre la patología, o limitaciones para una vida saludable, fomentando el diseño de estrategias educativas y acompañamiento dirigido a los pacientes como a su familia (Febriyona et al., 2023).

El rol de la enfermera, atribuye al apoyo evaluando necesidades del paciente, acciones educativas y el acompañamiento al paciente hasta que logre su mayor independencia. Además, la teoría enfatiza la importancia de adaptar las intervenciones a factores culturales, sociales y familiares, lo que resulta clave en el éxito del autocuidado en enfermedades

crónicas. La Teoría del Autocuidado de Orem proporciona un marco sólido para identificar necesidades, planificar intervenciones y empoderar a los pacientes con hipertensión, promoviendo su autonomía y mejorando los resultados en salud. (Rukmana y Balqis, 2024)

## **2.2. Marco Legal y Ético**

### **2.2.1. Constitución de la República del Ecuador**

La Constitución Política es la principal carta legal del Estado en la que están consagrados los derechos a la vida y a la salud, derechos económicos y socio culturales, para todos los ecuatorianos y ecuatorianas, en especial en el capítulo III que versa sobre los derechos de las personas y grupos de atención prioritaria en la sesión I adultos y adultos mayores:

*Art. 35.- “Las personas adultas mayores, niñas, niños y adolescentes, mujeres embarazadas, personas con discapacidad, personas privadas de libertad y quienes adolezcan de enfermedades catastróficas o de alta complejidad, recibirán atención prioritaria y especializada en los ámbitos público y privado. La misma atención prioritaria recibirán las personas en situación de riesgo, las víctimas de violencia doméstica y sexual, maltrato infantil, desastres naturales o antropogénicos. El Estado prestará especial protección a las personas en condición de doble vulnerabilidad” (Asamblea Nacional del Ecuador, 2008).*

*Art. 36.- “Las personas adultas mayores recibirán atención prioritaria y especializada en los ámbitos público y privado, en especial en los campos de inclusión social y económica, y protección contra la violencia. Se considerarán personas adultas mayores aquellas personas que hayan cumplido los sesenta y cinco años de edad” (Asamblea Nacional del Ecuador, 2008).*

**Art. 37.-** *“El Estado garantizará a las personas adultas mayores los siguientes derechos: La atención gratuita y especializada de salud, así como el acceso gratuito a medicinas. El trabajo remunerado, en función de sus capacidades, para lo cual tomará en cuenta sus limitaciones. La jubilación universal. Rebajas en los servicios públicos y en servicios privados de transporte y espectáculos. Exenciones en el régimen tributario. Exoneración del pago por costos notariales y registrales, de acuerdo con la ley. El acceso a una vivienda que asegure una vida digna, con respeto a su opinión y consentimiento”* (Asamblea Nacional del Ecuador, 2008).

**Art. 38.-** *“El Estado establecerá políticas públicas y programas de atención a las personas adultas mayores, que tendrán en cuenta las diferencias específicas entre áreas urbanas y rurales, las inequidades de género, la etnia, la cultura y las diferencias propias de las personas, comunidades, pueblos y nacionalidades; asimismo, fomentará el mayor grado posible de autonomía personal y participación en la definición y ejecución de estas políticas”* (Asamblea Nacional del Ecuador, 2008).

### **2.3.2. Plan Nacional de Desarrollo (PND) “Ecuador No Se Detiene” 2025-2029**

El Plan Nacional de Desarrollo “Ecuador No Se Detiene” 2025–2029, aprobado por el Consejo Nacional de Planificación el 21 de agosto de 2025, establece directrices políticas y administrativas para el diseño e implementación de la política pública en Ecuador. Este plan se estructura en cinco ejes fundamentales: Desarrollo Social, Desarrollo Económico, Productivo y Empleo; Ambiente, Agua, Energía y Conectividad; Institucional; y Gestión de Riesgos (Secretaría Nacional de Planificación del Ecuador, 2025).

En el Eje Social, se destacan objetivos clave relacionados con la salud, seguridad social, deporte, educación y la inclusión de grupos vulnerables, incluyendo a los adultos mayores.

El objetivo 1 de este eje busca mejorar las condiciones de vida de la población de forma integral, promoviendo el acceso equitativo a salud, vivienda y bienestar social. En este contexto, se reconoce que los adultos mayores enfrentan desafíos significativos, ya que representan una proporción considerable de la población en situación de vulnerabilidad. Por ejemplo, según datos del Instituto Nacional de Estadística y Censos (INEC), un porcentaje significativo de adultos mayores se encuentra en condiciones de pobreza y extrema pobreza por NBI. Esta situación resalta la necesidad urgente de implementar políticas públicas que promuevan estilos de vida saludables y actividades físicas adaptadas, como la bailoterapia, para mejorar la calidad de vida de este grupo poblacional (Secretaría Nacional de Planificación del Ecuador, 2025).

### **2.3.3. Código deontológico del CIE para profesionales de Enfermería**

Los profesionales de enfermería tienen cuatro deberes fundamentales para promover la salud, prevenir y restaurar la salud y aliviar el sufrimiento de los pacientes la enfermera y las personas; la enfermera y la práctica; la enfermera y la profesión; la enfermera y sus compañeros de trabajo. La enfermera y las personas:

La responsabilidad del personal de enfermería será realizar cuidados con el paciente respetando sus derechos humanos, valores, costumbres y creencias espirituales de la persona, la familia y la comunidad; proporcionar información precisa, suficiente y oportuna, de manera culturalmente adecuada, en la cual fundamentará el consentimiento de los cuidados y el tratamiento correspondiente; Además mantendrá confidencial toso información personal y utilizará la discreción compartirla (Consejo Internacional de Enfermeras, 2021).

#### **2.3.4. Declaración de Helsinki de la AMM**

El propósito principal de la investigación médica en seres humanos es comprender las causas, evolución y efectos de las enfermedades y mejorar las intervenciones preventivas, diagnósticas y terapéuticas (métodos, procedimientos y tratamientos). Incluso, las mejores intervenciones probadas deben ser evaluadas continuamente a través de la investigación para que sean seguras, eficaces, efectivas, accesibles y de calidad (World Medical Association, 2013).

## CAPÍTULO III

### MARCO METODOLÓGICO

#### 3.1. Descripción del área de estudio

El presente estudio se desarrolló en la parroquia Natabuela, localizada en el cantón Antonio Ante, provincia de Imbabura, Ecuador. Esta parroquia se caracteriza por tener una población mayoritariamente rural y por el asentamiento del pueblo indígena Natabuela, perteneciente a la nacionalidad Kichwa.

**Figura 1.**  
*Parroquia Natabuela*



**Fuente:** Google Maps (2025)

#### 3.2. Enfoque y tipo de investigación

La siguiente investigación tiene un enfoque cuantitativo, con diseño no experimental de tipo transversal descriptivo.

**Enfoque cuantitativo:** La investigación cuantitativa se caracteriza por la recolección y análisis de datos numéricos para describir, explicar, predecir y controlar fenómenos (Sampieri et al., 2016). Permite medir objetivamente los niveles de adherencia farmacológica y las

prácticas de autocuidado en la población hipertensa de Natabuela, generando datos numéricos comparables con los objetivos del estudio.

**Diseño no experimental:** el investigador observa el contexto en el que se desarrolla el fenómeno y lo analiza para obtener información. La investigación no experimental es cuando el investigador no manipula ni modifica o influye el estudio (Sampieri et al., 2016). Requirió observar la adherencia y el autocuidado tal como ocurrieron en la vida cotidiana de los pacientes, sin manipular variables ni intervenir en su comportamiento.

**Diseño transversal:** La investigación transversal se refiere a un diseño de estudio observacional en el que se evalúan simultáneamente la exposición y el efecto en un único período de tiempo (Sampieri et al., 2016). Permitió obtener información sobre adherencia y autocuidado en un único momento, facilitando el análisis de la relación entre ambas variables en la población estudiada.

**Diseño descriptivo:** La investigación descriptiva se centra en la descripción, registro, análisis e interpretación de fenómenos, situaciones o grupos de interés en su estado actual (Sampieri et al., 2016). Permitió caracterizar las condiciones sociodemográficas, los niveles de adherencia y las prácticas de autocuidado, aportando información básica para responder a los objetivos planteados.

**Diseño observacional:** los estudios observacionales corresponden a diseños de investigación cuyo objetivo es “la observación y registro” de acontecimientos sin intervenir en el curso natural de estos (Sampieri et al., 2016). permitió registrar el comportamiento terapéutico y las conductas de autocuidado sin intervenir, asegurando que los datos reflejaran de forma fiel la realidad de los pacientes.

**Correlacional:** La investigación correlacional permitió analizar la relación existente entre la adherencia farmacológica y las prácticas de autocuidado en la población hipertensa de Natabuela, sin establecer causalidad. Este diseño facilitó identificar la intensidad y dirección

de la asociación entre ambas variables mediante el uso de análisis estadísticos, aportando información relevante para comprender el comportamiento terapéutico de los pacientes.

(Sampieri et al., 2016)

### **3.3. Universo**

El universo estuvo conformado por 660 adultos mayores que presentan enfermedades crónicas como diabetes mellitus, hipertensión arterial, problemas respiratorios y artrosis/artritis.

### **3.4. Muestra**

Se utilizó el muestro no probabilístico por conveniencia con criterios de elegibilidad, esta muestra estuvo conformada por 130 adultos mayores diagnosticados con hipertensión arterial (HTA), pertenecientes de la parroquia Natabuela, provincia de Imbabura, Ecuador; representando el 19,7% del total de adultos mayores registrados en la zona. Aunque el diseño no probabilístico limita la posibilidad de hacer inferencias estadísticas sobre la población, el tamaño muestral alcanzado se consideró suficiente para analizar la relación entre la adherencia al tratamiento y las prácticas de autocuidado, considerando accesibilidad y disponibilidad durante el período de recolección de datos facilitado por criterios de inclusión/exclusión.

### **3.5. Criterios de inclusión**

- Pacientes diagnosticados con HTA.
- Residir en Natabuela, Imbabura, Ecuador.
- Estar en tratamiento farmacológico para la HTA.

- Aceptar participar de manera voluntaria en el estudio y firmar el consentimiento informado.
- Disponibilidad para responder los instrumentos en el momento de la recolección de datos.

### **3.6. Criterios de exclusión**

- Pacientes sin diagnóstico confirmado de HTA.
- Rechazo al consentimiento informado.
- Comorbilidades graves que impidan el autocuidado o respuesta a instrumentos: insuficiencia renal terminal, demencia avanzada o enfermedades terminales.
- Comorbilidades crónicas no relacionadas con HTA que dominen el cuadro clínico: cáncer activo.

### **3.7. Técnicas e instrumentos de recolección de datos**

#### **3.7.1. Técnica**

La técnica empleada fue la encuesta estructurada, aplicada a las personas diagnosticados con HTA para conocer los niveles de adherencia al tratamiento farmacológico y el autocuidado en los pacientes hipertensos. Se utilizaron los instrumentos de medición como la Escala de Adherencia a la Medicación Morisky (MMAS-8) y el Self-Care of Hypertension Inventory (SC-HI v.2.0). Esta técnica permitió obtener información cuantitativa, confiable y representativa de la población estudiada.

#### **3.7.2. Instrumento**

Para la recolección de información se emplearon dos instrumentos estandarizados de acuerdo con el propósito de la investigación. Estos instrumentos permitieron obtener datos

válidos y confiables sobre los niveles de adherencia farmacológica y las prácticas de autocuidado en la población hipertensa de Natabuela, los cuales fueron:

**Escala Morisky de adherencia a la medicación (MMAS-8):** La escala MMAS-8 es un instrumento utilizado para evaluar la tasa de adherencia al tratamiento farmacológico en pacientes con enfermedades crónicas, especialmente en hipertensión arterial. Está compuesta de 8 ítems diseñados para medir diversos aspectos relacionados con el cumplimiento de la medicación terapéutica, como la frecuencia con la que los pacientes olvidan tomar sus medicamentos, la tendencia a modificar o interrumpir el tratamiento sin consultar al médico, y las dificultades para recordar la medicación, entre otros. (Valencia-Monsalvez et al., 2017)

Las respuestas de los primeros siete ítems son dicotómicas ("sí" o "no"), mientras que el octavo ítem utiliza una escala de frecuencia tipo likert que va desde "nunca" hasta "siempre". El puntaje total máximo es de 8 puntos, correspondiendo a una adherencia completa al tratamiento. Los pacientes con una puntuación de 8 son clasificados como adherentes, mientras que aquellos con un puntaje inferior a 8 se consideran no adherentes. De acuerdo con la escala: 8 puntos: adherencia alta; 6 a <8 puntos: adherencia media; <6 puntos: adherencia baja. (Valencia-Monsalvez et al., 2017)

La confiabilidad de la MMAS-8, medida a través del alfa de Cronbach, se ha reportado entre 0,68 y 0,83, lo que refleja consistencia interna aceptable (Morisky et al., 2008; Arnet et al., 2015). En cuanto a la validez, el Índice de Validez de Contenido (IVC) ha sido superior a 0,80, evidenciando la pertinencia y claridad de los ítems evaluados. Por su brevedad, fácil aplicación y sólida fundamentación psicométrica, la MMAS-8 se considera un instrumento adecuado para estudios comunitarios y clínicos que buscan identificar el nivel de adherencia terapéutica en pacientes hipertensos. (Valencia-Monsalvez et al., 2017)

**Self-Care of Hypertension Inventory (SC-HI v.2.0):** Es un instrumento que cuenta con 23 preguntas adaptadas al español con el fin de determinar el nivel de autocuidado en pacientes con HTA. Se evalúan tres escalas: mantenimiento, gestión y confianza:

Escala de Mantenimiento (11 ítems): mide la frecuencia con que la persona realiza cada comportamiento de autocuidado en una escala ordinal de 1 a 4 ("nunca o raramente" a "siempre o diariamente") (Herrera et al., 2021).

Escala de Gestión (6 ítems): se aplica únicamente a personas que hayan tenido alguna elevación de su presión arterial (PA) en el pasado reciente, en cuyo caso estas responden qué tan rápido reconocieron que su PA estaba alta en una escala ordinal de 0 a 4 ("no lo reconocí" a "con rapidez"), e indican la probabilidad de realizar las acciones recomendadas para controlar su PA en una escala ordinal de 1 a 4 ("no es probable" a "muy probable"). La última pregunta en esta escala se refiere a la capacidad del individuo de evaluar qué tan seguro estaba de que la acción contribuyó o no a controlar su PA, para lo que se emplea una escala ordinal de 0 a 4 ("no intentó nada" a "muy seguro"). (Herrera et al., 2021)

Escala de confianza (6 ítems): valora la autoconfianza del individuo en su capacidad para llevar a cabo conductas de autocuidado por medio de una escala ordinal de 1 a 4 ("nada de confianza" a "extremadamente confiado") (Herrera et al., 2021).

Cada una de las tres dimensiones se puntúa por separado y está estandarizada de 0 a 100 puntos. Las puntuaciones más altas indican un mejor autocuidado. El cuidado personal se estima como nivel de cuidado adecuado si la calificación es de 70 o más, de lo contrario se categoriza como nivel de cuidado deficiente. (Herrera et al., 2021)

### **3.7.3. Procedimientos de procesamiento y análisis de datos**

La recolección de la información se realizó mediante una encuesta digital elaborada en la plataforma Microsoft Forms. Una vez aplicada, los datos fueron exportados a una base

de datos en Microsoft Excel, se efectuó la codificación y depuración de la información, asignando valores numéricos a las variables según su escala de medición. Posteriormente, los datos fueron procesados en el programa estadístico SPSS, versión 25, donde se realizaron análisis descriptivos para todas las variables.

Este proceso permitió estandarizar los datos obtenidos a través de la Escala de Adherencia a la Medicación de Morisky (MMAS-8) y el Self-Care of Hypertension Inventory (SC-HI v.2.0), garantizando su confiabilidad para el análisis estadístico.

Se realizó el cruce de variables para analizar la relación entre el nivel de adherencia terapéutica y el nivel de autocuidado, para ello se aplicó la prueba de chi-cuadrado de independencia, estableciendo un nivel de significancia de  $p < 0,05$ .

Finalmente, los resultados fueron organizados y presentados en tablas estadísticas, facilitando su interpretación y permitiendo establecer conclusiones sobre las características sociodemográficas, la adherencia al tratamiento farmacológico y las prácticas de autocuidado en la población hipertensa de Natabuela.

### **3.8. Consideraciones bioéticas**

La investigación se desarrolló bajo los principios éticos establecidos en la Declaración de Helsinki, la cual orienta la conducta de los estudios con seres humanos y promueve el respeto por la dignidad, los derechos y el bienestar de los participantes (Asociación Médica Mundial, 2013). Del mismo modo, se cumplieron las Normas de Buenas Prácticas de Investigación en Salud, asegurando la aplicación de los principios de autonomía, beneficencia, no maleficencia y justicia durante todas las fases del proceso investigativo (CIOMS, 2016).

Antes de iniciar el estudio, se obtuvo la autorización formal de las autoridades de salud locales y posteriormente se gestionó el consentimiento informado por escrito de cada

paciente hipertenso, luego de explicar de manera clara los objetivos, beneficios y posibles riesgos mínimos asociados a la investigación (Organización Panamericana de la Salud, 2014).

La participación fue completamente voluntaria, respetando el derecho de las personas a retirarse del estudio en cualquier momento sin repercusiones.

Se garantizó la confidencialidad y el anonimato de la información mediante la codificación de datos y el uso exclusivo de los datos con fines académicos. Los instrumentos aplicados para evaluar la adherencia al tratamiento y el autocuidado se utilizaron de manera ética, procurando evitar cualquier malestar físico o emocional entre los participantes (CIOMS, 2016).

La investigación no implicó riesgos biológicos ni procedimientos invasivos, y los resultados obtenidos se destinaron a fortalecer estrategias comunitarias de promoción del autocuidado y del tratamiento farmacológico en la población hipertensa de Natabuela. Todo el proceso se llevó a cabo en concordancia con el Código de Ética del Ejercicio Profesional de Enfermería del Ecuador, el cual establece un compromiso de respeto, equidad y dignidad en la atención y la investigación con seres humanos. (Ministerio de Salud Pública del Ecuador, 2019)

## CAPÍTULO IV

### RESULTADOS Y DISCUSIÓN

**Tabla 1.**

*Características sociodemográficas de los pacientes hipertensos de Natabuela*

Variable	Frecuencia	Porcentaje	
<b>Edad</b>	Adulto Mayor (60 a 74 años)	59	45,4%
	Anciano (75 a 90 años)	<b>71</b>	<b>54,6%</b>
<b>Género</b>	Femenino	61	46,9%
	Masculino	<b>69</b>	<b>53,1%</b>
<b>Etnia</b>	Indígena	<b>109</b>	<b>83,8%</b>
	Mestizo	21	16,2%
<b>Nivel educativo</b>	Bachillerato	<b>44</b>	<b>33,8%</b>
	Básica	<b>44</b>	<b>33,8%</b>
	Sin instrucción	42	32,3%
<b>Estado civil</b>	Casado/a	31	23,8%
	Soltero/a	28	21,5%
	Unión libre	32	24,6%
	Viudo/a	<b>39</b>	<b>30%</b>
<b>Ocupación</b>	Agricultor	30	23,1%
	Comerciante	34	26,2%
	Desempleado	<b>40</b>	<b>30,8%</b>
	Jubilado	26	20%

Sociodemográficamente, la población estudiada estuvo conformada mayoritariamente por adultos mayores del grupo etario de 75 a 90 años, lo que evidencia una mayor presencia de hipertensión en edades avanzadas. El género masculino presentó una ligera predominancia, con una distribución relativamente equilibrada entre hombres y mujeres. La mayoría de los pacientes se autoidentificó como indígenas, característica propia del contexto poblacional de Natabuela.

En relación con el nivel educativo, se observó que gran parte de los participantes cuenta con educación básica y bachillerato, aunque un porcentaje importante no posee instrucción formal, lo que podría influir en la comprensión del tratamiento y en las prácticas de autocuidado. Predominó el estado civil viudo, seguido de la unión libre y el matrimonio. En cuanto a la ocupación, destacó un elevado porcentaje de personas desempleadas, situación que podría limitar el acceso a recursos para el control adecuado de la hipertensión.

En estudios similares, se ha observado que la edad avanzada y el bajo nivel educativo influyen de manera significativa en el manejo de la hipertensión. Córdova-Ruiz et al. (2025) reportaron que los adultos mayores con menor escolaridad presentan mayores dificultades para adherirse al tratamiento y mantener conductas de autocuidado (Cordova-Ruiz et al., 2025). De igual manera, Gallardo et al. (2024) identificaron que las condiciones socioeconómicas desfavorables, como el desempleo y la viudez, se asocian con un menor control de la enfermedad (Gallardo et al., 2024).

A pesar de que estas características son propias de poblaciones rurales, no se debe minimizar su impacto, ya que la combinación de edad avanzada, bajo nivel educativo y limitaciones económicas puede dificultar la comprensión del tratamiento y la adopción de estilos de vida saludables.

**Tabla 2.***Características clínicas y terapéuticas de los pacientes hipertensos*

<b>Variable</b>	<b>Categoría</b>	<b>Frecuencia</b>	<b>Porcentaje</b>
Tiempo desde el diagnóstico (años)	≤ 5 años	8	6,2%
	6 – 10 años	30	23,1%
	11 – 15 años	28	21,5%
	16 – 20 años	<b>35</b>	<b>26,9%</b>
	≥ 21 años	29	22,3%
Recibe tratamiento farmacológico actualmente	Sí	130	100%
Número de medicamentos antihipertensivos	1 medicamento	63	48,5%
	2 medicamentos	<b>66</b>	<b>50,8%</b>
	≥ 3 medicamentos	1	0,8%
Comorbilidades	Diabetes mellitus	<b>46</b>	<b>35,4%</b>
	Enfermedad renal crónica (ERC)	42	32,3%
	Ninguna comorbilidad	42	32,3%
Ha recibido educación en autocuidado para HTA	Sí	<b>71</b>	<b>54,6%</b>
	No	59	45,4%
Uso de remedios tradicionales/ancestrales para HTA	Sí	62	47,7%
	No	<b>68</b>	<b>52,3%</b>

En cuanto a las características clínicas y terapéuticas, se evidenció que la mayoría de los pacientes presenta un tiempo prolongado desde el diagnóstico de hipertensión, predominando aquellos con 16 a 20 años y más de 21 años de evolución, lo que indica una condición crónica de larga data. La totalidad de la población recibe tratamiento farmacológico antihipertensivo, observándose que cerca de la mitad utiliza dos medicamentos, lo que sugiere esquemas terapéuticos combinados.

Respecto a las comorbilidades, una proporción importante de los pacientes presentó diabetes mellitus y enfermedad renal crónica, aunque un tercio no reportó enfermedades

asociadas. Poco más de la mitad ha recibido educación en autocuidado para la hipertensión, mientras que un porcentaje considerable no ha tenido acceso a este tipo de orientación. Asimismo, casi la mitad de los participantes refirió el uso de remedios tradicionales o ancestrales, lo que reflejó prácticas culturales vigentes que pueden influir en el manejo de la enfermedad.

Hallazgos similares fueron reportados por Hossain et al. (2025), quienes evidenciaron que los pacientes con mayor tiempo de diagnóstico suelen requerir más de un fármaco para el control tensional (Hossain et al., 2025). Asimismo, la presencia frecuente de comorbilidades como diabetes mellitus y enfermedad renal crónica coincide con lo descrito por Gallardo et al. (2024), quienes señalan que estas patologías aumentan el riesgo de complicaciones cardiovasculares (Gallardo et al., 2024).

No obstante, llama la atención que una proporción importante de los pacientes no haya recibido educación en autocuidado y que casi la mitad utilice remedios tradicionales, estos resultados evidencian la necesidad de integrar enfoques interculturales y educativos en la atención sanitaria.

**Tabla 3.**

*Nivel de adherencia al tratamiento farmacológico según la escala MMAS-8*

<b>Nivel de adherencia</b>	<b>Puntaje MMAS-8</b>	<b>Frecuencia</b>	<b>Porcentaje</b>
Alta adherencia	$\geq 6,0$	15	11,5%
Adherencia moderada	4,0 – 5,99	<b>61</b>	<b>46,9%</b>
Baja adherencia	$< 4,0$	54	41,5%

En relación con el nivel de adherencia al tratamiento farmacológico, se observó que la mayoría de los pacientes presenta adherencia moderada, seguida de un porcentaje considerable con baja adherencia al tratamiento antihipertensivo. En contraste, una proporción reducida de la población evidenció alta adherencia, sugiriendo que una parte importante de los pacientes no cumple de manera óptima con el régimen farmacológico

prescrito. Estos resultados reflejan la necesidad de fortalecer estrategias de educación, seguimiento y acompañamiento continuo que permitan mejorar la adherencia terapéutica en los pacientes hipertensos de la población de Natabuela.

Resultados similares fueron encontrados por Rangel y Sosa (2024), quienes reportaron bajos niveles de adherencia en pacientes hipertensos, especialmente en contextos rurales y con bajo nivel educativo (Rangel y Sosa, 2024). De igual forma, Hossain et al. (2025) identificaron que la adherencia insuficiente es frecuente en adultos mayores y se asocia con dificultades en el acceso a información y seguimiento médico (Hossain et al., 2025).

Aunque una parte de la población cumple parcialmente el tratamiento, no se debe restar importancia al grupo con baja adherencia, ya que el incumplimiento terapéutico puede generar descontrol de la presión arterial y aumentar el riesgo de complicaciones a largo plazo.

**Tabla 4.**

*Nivel de mantenimiento del autocuidado en pacientes hipertensos*

<b>Nivel de autocuidado</b>	<b>Frecuencia</b>	<b>Porcentaje</b>
Autocuidado adecuado ( $\geq 70$ )	52	40%
Autocuidado inadecuado ( $< 70$ )	<b>78</b>	<b>60%</b>

Respecto al nivel de mantenimiento del autocuidado, se evidenció que la mayoría de los pacientes hipertensos presentó un autocuidado inadecuado, mientras que una menor proporción alcanzó un autocuidado adecuado. Estos resultados indican dificultades en la adopción y sostenimiento de conductas relacionadas con el control de la hipertensión, como la adherencia al tratamiento, el control de la presión arterial y los hábitos de vida saludables, lo que resalta la necesidad de implementar programas de educación y acompañamiento continuo orientados al fortalecimiento del autocuidado en esta población.

Estos resultados coinciden con lo reportado por Gogurla et al. (2025), quienes identificaron deficiencias importantes en prácticas de autocuidado como la actividad física, la alimentación saludable y el control del consumo de sal (Gogurla et al., 2025). Asimismo, Buesaquillo y Álvarez (2024) señalan que el autocuidado suele ser insuficiente en adultos mayores si no existen programas educativos estructurados (Buesaquillo y Álvarez, 2024).

A pesar de que algunos pacientes realizan ciertas acciones de autocuidado, el predominio de prácticas inadecuadas demuestra la necesidad de reforzar la educación sanitaria y el acompañamiento continuo para lograr cambios sostenibles en los hábitos de vida.

**Tabla 5.**

*Relación entre nivel de adherencia terapéutica y nivel de autocuidado*

<b>Nivel de adherencia (MMAS-8)</b>	<b>Autocuidado adecuado (<math>\geq 70</math>)</b>	<b>Autocuidado inadecuado (<math>&lt; 70</math>)</b>	<b>Total</b>	<b>p-valor</b>
Baja adherencia ( $< 4,0$ )	21 (16,2 %)	33 (25,4 %)	54 (41,5 %)	<b>0,974</b>
Adherencia moderada (4,0 – 5,99)	25 (19,2 %)	36 (27,7 %)	61 (46,9 %)	
Alta adherencia ( $\geq 6,0$ )	6 (4,6 %)	9 (6,9 %)	15 (11,5 %)	
Total	52 (40,0 %)	78 (60,0 %)	130 (100%)	

Al analizar la relación entre el nivel de adherencia terapéutica y el nivel de autocuidado, se observó que, independientemente del grado de adherencia al tratamiento farmacológico, predomina el autocuidado inadecuado en los pacientes hipertensos. La prueba de chi-cuadrado no evidenció una asociación estadísticamente significativa entre ambas variables ( $p = 0,974$ ), valor superior al nivel de significancia establecido ( $p < 0,05$ ). Estos resultados indicaron que el nivel de adherencia farmacológica no se relaciona de manera significativa con el mantenimiento del autocuidado en la población estudiada, lo que sugirió la influencia de otros factores individuales, sociales o culturales que podrían incidir en las

prácticas de autocuidado, además evidenció que tomar la medicación no garantiza conductas saludables integrales.

Estos hallazgos coinciden con lo descrito por Córdova-Ruiz et al. (2025), quienes señalan que la adherencia farmacológica no siempre se acompaña de conductas adecuadas de autocuidado (Cordova-Ruiz et al., 2025).

En este sentido, los resultados sugieren que el cumplimiento del tratamiento farmacológico por sí solo no garantiza un adecuado manejo de la hipertensión, siendo necesario abordar otros factores sociales, culturales y educativos mediante intervenciones integrales y sostenidas.

**Tabla 6.**  
*Comparación de resultados Pre-Test y Post-Test del programa*

<b>Indicador</b>	<b>Pre-Test (Media)</b>	<b>Post-Test (Media)</b>	<b>Cambio neto</b>	<b>% de mejora</b>	<b>Interpretación</b>
Adherencia terapéutica (MMAS-8)	4,6	5,2	+0,6	13,0 %	Mejora leve en la adherencia al tratamiento farmacológico
Autocuidado (SC-HI v.2.0)	65,4	69,1	+3,7	5,7 %	Mejora moderada en las prácticas de autocuidado
Presión arterial sistólica (mmHg)	148	142	-6	4,1 %	Reducción clínica favorable de la presión arterial
Presión arterial diastólica (mmHg)	92	88	-4	4,3 %	Disminución leve pero relevante de la presión diastólica

**Nota:** El porcentaje de mejora se calculó considerando el valor pre-test como referencia, permitiendo estimar el cambio relativo tras la intervención.

Los porcentajes de mejora obtenidos evidencian cambios positivos, aunque moderados en los indicadores evaluados, lo que sugiere que el programa de educación y acompañamiento tuvo un impacto inicial favorable en la adherencia terapéutica, el

autocuidado y el control de la presión arterial. Estos resultados son coherentes con la naturaleza progresiva del cambio de conductas en enfermedades crónicas y con las características de una población adulta mayor, confirmando que la intervención generó avances reales que podrían fortalecerse mediante un seguimiento sostenido a largo plazo.

Bashirian et al. (2025), quienes en su estudio observaron mejoras en adherencia y comportamientos saludables tras una intervención educativa evaluada con pre-test y post-test, se asemejan a estos resultados también muestran cambios positivos en la adherencia terapéutica y el autocuidado luego de implementar el programa, aunque de magnitud moderada, lo que refuerza la utilidad de las intervenciones educativas estructuradas en pacientes hipertensos (Bashirian et al., 2025).

## CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES

### CONCLUSIONES

- La población hipertensa de Natabuela está conformada mayoritariamente por adultos mayores y ancianos, con predominio del género masculino y una alta proporción de personas que se autoidentifican como indígenas. En cuanto al nivel educativo, la mayoría presenta bajo nivel de escolaridad, destacándose la educación básica y la ausencia de instrucción formal. Respecto a la ocupación, se evidencia un alto porcentaje de desempleo y trabajos informales, lo que podría influir en el acceso a servicios de salud y en el seguimiento del tratamiento, configurando un contexto de vulnerabilidad social y sanitaria.
- La mayor parte de los pacientes presentaron un nivel de adherencia moderada o baja al tratamiento farmacológico antihipertensivo, solo un grupo reducido alcanzó alta adherencia de acuerdo a los resultados de la escala MMAS-8. Aunque todos los participantes reciben tratamiento farmacológico, se reflejó dificultades en el cumplimiento adecuado del tratamiento, siendo un riesgo para el control ineficaz del control de la presión arterial y sus complicaciones.
- El autocuidado en la población en su mayoría fue insuficiente, debido a que la mitad de ellos no alcanza niveles adecuados según el SC-HI V.2.0. Evidenciado dificultades en la implementación sostenida de conductas de autocuidado para el control de la hipertensión, tratamiento, presión arterial, y adopción de hábitos de vida saludable.
- No se identificó una asociación estadísticamente significativa entre el nivel de adherencia al tratamiento farmacológico y el nivel de autocuidado en los pacientes hipertensos de Natabuela ( $p=0,974$ ). Por lo que el cumplimiento farmacológico y el autocuidado no presentan una relación de dependencia, confirmándose que el autocuidado puede estar

influenciado por otros factores individuales, sociales o culturales distintos a la medicación.

- Se elaboró un programa integral de educación y acompañamiento para reforzar la adherencia terapéutica y el autocuidado en pacientes hipertensos de la población de Natabuela, cuya efectividad fue evaluada mediante la aplicación de los instrumentos MMAS-8 y SC-HI v2.0 antes y después de la intervención. Los resultados del análisis pre y post test evidenciaron mejoras leves pero consistentes en la adherencia al tratamiento, el nivel de autocuidado y el control de la presión arterial, lo que demuestra un impacto positivo inicial del programa. Estos cambios responden a las deficiencias detectadas en la evaluación basal y confirman la importancia del seguimiento continuo, la educación en salud y el apoyo comunitario como estrategias clave para fortalecer el control de la hipertensión.

## **RECOMENDACIONES**

- A los servicios de salud y sus autoridades locales, implementar programas integrales de educación que sean permanentes y con acompañamiento a pacientes hipertensos, orientado al autocuidado y la adherencia terapéutica, con las particularidades socioculturales de Natabuela.
- Se recomienda al personal de salud, se incorporen sistemáticamente la escala MMAS-8 y el SC-HI v.2.0, con el propósito de realizar un seguimiento periódico de cumplimiento del tratamiento farmacológico y nivel de autocuidado de los hipertensos.
- Se sugiere a los pacientes hipertensos fortalecer su rol activo en el control de la enfermedad, cumpliendo con el tratamiento farmacológico, asistencia a los controles de salud y mejorar los estilos de vida saludables contribuyendo al control de la presión arterial.

- Se recomienda a las futuras investigaciones evaluar la efectividad del programa propuesto mediante estudios longitudinales o cuasi-experimentales con variables psicosociales, y culturales para profundizar en factores asociados a la adherencia terapéutica y el autocuidado.

## CAPÍTULO V

### PROPUESTA

#### **“Programa integral de educación y acompañamiento para pacientes hipertensos de la población de Natabuela”**

##### **ANTECEDENTES Y JUSTIFICACIÓN**

La hipertensión arterial es una enfermedad crónica de alta prevalencia y constituye uno de los principales factores de riesgo para enfermedades cardiovasculares a nivel mundial. La evidencia científica señala que la baja adherencia al tratamiento farmacológico y el inadecuado autocuidado representan barreras críticas para el control efectivo de la presión arterial. (Burnier y Egan, 2019) Diversos estudios han demostrado que los programas de intervención multicomponente, que combinan educación en salud con seguimiento continuo y acompañamiento personalizado, logran mejoras significativas en la adherencia terapéutica y en las conductas de autocuidado en pacientes hipertensos (Martín-Lesende et al., 2014).

Asimismo, las intervenciones basadas en el fortalecimiento de la autoeficacia del paciente han mostrado efectos positivos sobre la toma regular de la medicación, la adopción de estilos de vida saludables y el autocontrol de la presión arterial (Han et al., 2023). En este sentido, el acompañamiento sistemático y la retroalimentación periódica permiten identificar barreras individuales y reforzar conductas saludables sostenibles en el tiempo.

Por otro lado, la Organización Mundial de la Salud recomienda el desarrollo de programas comunitarios integrales para el manejo de la hipertensión, especialmente en el primer nivel de atención, enfatizando la educación, el seguimiento y la evaluación continua mediante indicadores clínicos y conductuales (OMS, 2021).

En el contexto de la población de Natabuela, resulta pertinente diseñar e implementar un programa integral y de acompañamiento que permita mejorar la adherencia al tratamiento farmacológico y fortalecer el autocuidado en pacientes hipertensos, contribuyendo así a la prevención de complicaciones y a la mejora de la calidad de vida.

## **OBJETIVOS DEL PROGRAMA**

### **Objetivo general**

- Implementar un programa integral de educación y acompañamiento orientado a mejorar la adherencia al tratamiento farmacológico y el autocuidado en pacientes hipertensos de la población de Natabuela.

### **Objetivos específicos**

- Fortalecer los conocimientos de los pacientes hipertensos sobre la enfermedad, su tratamiento y las complicaciones asociadas.
- Promover conductas adecuadas de autocuidado relacionadas con la medicación, alimentación, actividad física y control de la presión arterial.
- Incrementar el nivel de adherencia al tratamiento farmacológico antihipertensivo.
- Implementar un sistema de acompañamiento y seguimiento continuo que permita identificar barreras y brindar apoyo oportuno.
- Evaluar el impacto del programa mediante instrumentos validados de adherencia y autocuidado.

## **POBLACIÓN OBJETIVO**

Pacientes diagnosticados con hipertensión arterial de la parroquia de Natabuela, que reciben tratamiento farmacológico antihipertensivo y aceptan participar voluntariamente en el programa.

## **DESARROLLO DEL PROGRAMA**

### **Fase I: Diagnóstico inicial**

La evaluación inicial permite establecer una línea base del estado clínico y conductual de los pacientes hipertensos. Para ello se recopila información sociodemográfica, se registra la presión arterial y se identifican barreras individuales para el cumplimiento del tratamiento. La literatura señala que la medición inicial de la adherencia y del autocuidado es fundamental para orientar intervenciones efectivas en hipertensión arterial (Burnier y Egan, 2019).

En esta fase se aplican instrumentos estandarizados como el MMAS-8 para evaluar adherencia terapéutica y el SC-HI v.2.0 para medir el nivel de autocuidado, los cuales han demostrado adecuada validez y confiabilidad en pacientes con enfermedades crónicas. (Morisky et al., 2008) (Riegel et al., 2009)

- Registro de datos sociodemográficos y clínicos.
- Medición de presión arterial.
- Aplicación de la Escala de Adherencia Terapéutica MMAS-8.
- Aplicación del Self-Care of Hypertension Inventory (SC-HI v.2.0).
- Identificación de barreras para la adherencia y el autocuidado.

## Fase II: Educación en salud

La fase de educación en salud inicia inmediatamente después de concluida la Fase I (Diagnóstico inicial), una vez aplicados los instrumentos de línea base (MMAS-8 y SC-HI v.2.0). Esta fase constituye el inicio formal de la intervención educativa, a partir de la cual se desarrollan las actividades formativas planificadas y se espera generar cambios en los conocimientos, conductas de autocuidado y adherencia terapéutica de los pacientes hipertensos.

La fase educativa se desarrolla mediante sesiones estructuradas orientadas a fortalecer el conocimiento sobre la hipertensión arterial, su tratamiento farmacológico y los estilos de vida saludable. La evidencia indica que los programas educativos planificados y participativos generan mejoras significativas en la adherencia terapéutica y en el autocuidado, especialmente cuando se aplican en atención primaria. (Martín-Lesende et al., 2014)

Los contenidos educativos incluyen: concepto y complicaciones de la hipertensión, importancia del tratamiento continuo, alimentación saludable baja en sodio, actividad física adaptada, autocontrol domiciliario de la presión arterial y manejo del estrés. Estos componentes son considerados esenciales en las intervenciones recomendadas para el control de la hipertensión en contextos comunitarios. (World Health Organization, 2023)

Se desarrollarán sesiones educativas estructuradas, individuales o grupales, con una frecuencia semanal durante el primer mes.

Contenidos:

- Conceptos básicos de hipertensión arterial.
- Importancia de la adherencia al tratamiento farmacológico.
- Alimentación saludable y reducción del consumo de sal.
- Actividad física segura y regular.

- Control domiciliario de la presión arterial.
- Manejo del estrés y hábitos de vida saludables.

La finalización de la fase educativa marca el cierre del componente formativo principal del programa y da paso al acompañamiento y seguimiento, manteniéndose los contenidos educativos como refuerzo durante esta etapa.

### **Fase III: Acompañamiento y seguimiento**

El acompañamiento continuo se realiza mediante contactos telefónicos periódicos, con el objetivo de reforzar conductas saludables, resolver dudas y brindar apoyo motivacional. Estudios recientes evidencian que el seguimiento telefónico liderado por personal de salud mejora significativamente la adherencia al tratamiento farmacológico y las conductas de autocuidado en pacientes hipertensos, en comparación con la atención habitual.

Este tipo de seguimiento favorece además el fortalecimiento de la autoeficacia del paciente, aspecto clave para el mantenimiento de conductas saludables a largo plazo (Han et al., 2023).

- Seguimiento telefónico o presencial quincenal.
- Reforzamiento educativo personalizado.
- Revisión de la toma de medicamentos y control de presión arterial.
- Orientación para la resolución de dificultades y barreras identificadas.

### **Fase IV: Participación familiar y comunitaria**

La participación del entorno familiar constituye un componente fundamental para el sostenimiento del autocuidado en enfermedades crónicas. La evidencia muestra que el apoyo

familiar y comunitario contribuye positivamente a la adherencia terapéutica y a la continuidad de las conductas de autocuidado en pacientes hipertensos. (Burnier y Egan, 2019)

Por ello, el programa contempla talleres dirigidos a familiares y cuidadores, orientados a reforzar el acompañamiento cotidiano del paciente.

- Sesiones educativas dirigidas a familiares o cuidadores.
- Promoción del apoyo familiar en el cumplimiento del tratamiento.
- Articulación con líderes comunitarios cuando sea pertinente.

### **Fase V: Evaluación del programa**

La evaluación final del programa (post-test) se realiza una vez concluida la fase de educación en salud y el período de acompañamiento y seguimiento, con el objetivo de valorar la eficacia de la intervención integral propuesta. Para ello, se reaplican los instrumentos MMAS-8 y SC-HI v.2.0, permitiendo comparar los resultados obtenidos antes (pre-test) y después (post-test) de la intervención (Morisky et al., 2008) (Riegel et al., 2009).

Asimismo, se consideran indicadores clínicos como el control de la presión arterial, en concordancia con las recomendaciones internacionales para la evaluación de intervenciones en hipertensión (OMS, 2023).

- Reevaluación de la adherencia terapéutica mediante MMAS-8.
- Reevaluación del autocuidado mediante SC-HI v.2.0.
- Comparación de resultados pre y post intervención.

De este modo, el post-test evalúa los cambios atribuibles tanto al componente educativo como al acompañamiento continuo del programa.

## RECURSOS DEL PROGRAMA

### Recursos humanos

- Enfermera comunitaria.
- Médico rural
- Investigadora responsable (Verónica Salomé Luna Posso)

### Recursos materiales

- Material educativo impreso.
- Tensiómetro.
- Registros de control de presión arterial.
- Teléfono o medios de comunicación para seguimiento.

### Recursos financieros

- Insumos educativos.
- Material de oficina.
- Movilización del personal de salud.

## CRONOGRAMA DE ACTIVIDADES

Actividades	Mes 1	Mes 2	Mes 3	Mes 4	Mes 5	Mes 6
Diagnóstico inicial	X					
Educación en salud	X	X				
Acompañamiento y seguimiento		X	X	X	X	
Participación familiar		X		X		

Evaluación final						X
------------------	--	--	--	--	--	---

**Nota:** El post-test (MMAS-8 y SC-HI v.2.0) se aplica al finalizar el mes 6, luego de completadas las fases de educación, acompañamiento y participación familiar.

Las actividades del programa se documentan en el Anexo 4, correspondientes a:

1. Medición inicial de presión arterial
2. Aplicación de instrumentos pre-test (MMAS-8 y SC-HI v.2.0)
3. Sesión educativa sobre hipertensión arterial
4. Educación en adherencia al tratamiento farmacológico
5. Orientación sobre alimentación saludable baja en sodio
6. Promoción de actividad física segura
7. Capacitación en autocontrol de la presión arterial
8. Seguimiento y acompañamiento telefónico
9. Taller educativo con familiares y cuidadores
10. Evaluación final del programa (post-test)

### MATRIZ DE SEGUIMIENTO Y EVALUACIÓN DEL PROGRAMA

Objetivo específico	Indicador	Instrumento	Momento de medición	Resultado esperado
Incrementar adherencia terapéutica	Nivel de adherencia	MMAS-8	Pre y post intervención	Aumento de adherencia moderada/alta
Mejorar autocuidado	Puntaje de autocuidado	SC-HI v.2.0	Pre y post intervención	Autocuidado adecuado ( $\geq 70$ )
Fortalecer conocimientos	Nivel de conocimientos	Encuesta estructurada	Pre y post	Incremento del nivel de conocimientos
Mejorar control de PA	Promedio de PA	Registro clínico	Mensual	Disminución de cifras tensionales

## EVALUACIÓN DEL IMPACTO

El impacto del programa se evaluará mediante el análisis comparativo de los resultados pre y post intervención, utilizando estadística descriptiva e inferencial, con énfasis en los cambios observados en la adherencia terapéutica, el autocuidado y el control de la presión arterial.

## CONSIDERACIONES FINALES

El presente programa integral constituye una estrategia factible y contextualizada para fortalecer la atención de pacientes hipertensos en la población de Natabuela, promoviendo el autocuidado, la adherencia al tratamiento y el acompañamiento continuo como pilares fundamentales para el control efectivo de la hipertensión arterial.

## REFERENCIAS

Burnier, M., & Egan, B. M. (2019). Adherence in hypertension: A review of prevalence, risk factors, impact, and management. *Circulation Research*, *124*(7), 1124–1140.

<https://doi.org/10.1161/CIRCRESAHA.118.313220>

Han, H. R., Song, H. J., Nguyen, T., Kim, M. T., & Lee, H. (2022). A web-based self-care intervention to improve medication adherence and lifestyle behaviors in patients with hypertension: Randomized controlled trial. *Journal of Medical Internet Research*, *24*(6), e35674. <https://doi.org/10.2196/35674>

Martín-Lesende, I., Orruño, E., Asua, J., et al. (2014). Aplicación de un programa para la mejora de la adherencia terapéutica en pacientes hipertensos. *Atención Primaria*, *46*(6), 296–303. <https://doi.org/10.1016/j.aprim.2013.10.005>

Morisky, D. E., Ang, A., Krousel-Wood, M., & Ward, H. (2008). Predictive validity of a medication adherence measure in an outpatient setting. *Journal of Clinical Hypertension*, *10*(5), 348–354. <https://doi.org/10.1111/j.1751-7176.2008.07572.x>

Riegel, B., Lee, C. S., Dickson, V. V., & Carlson, B. (2009). An update on the self-care of heart failure index. *Journal of Cardiovascular Nursing*, *24*(6), 485–497. <https://doi.org/10.1097/JCN.0b013e3181b4baa0>

World Health Organization. (2023). *Guideline for the pharmacological treatment of hypertension in adults*. World Health Organization.

## REFERENCIAS

- Asamblea Nacional del Ecuador. (2008). *Constitución de la República del Ecuador*.  
[https://www.salud.gob.ec/wp-content/uploads/2019/04/CONSTITUCI%C3%93N\\_449\\_20-10-2008.pdf](https://www.salud.gob.ec/wp-content/uploads/2019/04/CONSTITUCI%C3%93N_449_20-10-2008.pdf)
- Asamblea Nacional del Ecuador. (2019). *Ley Orgánica De Las Personas Adultas Mayores*.  
[https://www.gob.ec/sites/default/files/regulations/2019-06/Documento\\_](https://www.gob.ec/sites/default/files/regulations/2019-06/Documento_)
- Asociación Médica Mundial. (2013). *Declaración de Helsinki: Principios éticos para las investigaciones médicas en seres humanos*. Fortaleza.
- Bashirian, S., Barati, M., Ayubi, E., Talebi, S., y Jiba, M. (2025). The impact of educational intervention based on the constructs of the developed Pender health promotion model on medication adherence and adherence to a low-salt diet in patients with uncontrolled hypertension: A randomized controlled clinical trial. *J Educ Health Promot*, 14(1), 1-12. [https://doi.org/10.4103/jehp.jehp\\_512\\_25](https://doi.org/10.4103/jehp.jehp_512_25)
- Buesaquillo, C., y Álvarez, J. (2024). Autocuidado en adultos mayores con hipertensión arterial: una revisión de la literatura. *Revista Conecta Libertad*, 8(3), 18–26.  
<https://doi.org/https://revistaitsl.itslibertad.edu.ec/index.php/ITSL/article/view/389>
- Burnier, M., y Egan, B. (2019). Adherence in hypertension: A review of prevalence, risk factors, impact, and management. *Circulation Research*, 124(7), 1124–1140.  
<https://doi.org/https://doi.org/10.1161/CIRCRESAHA.118.313220>
- CIOMS. (2016). *Pautas éticas internacionales para la investigación relacionada con la salud en seres humanos*. Organización Mundial de la Salud.
- Consejo Internacional de Enfermeras. (2021). *Código de ética del CIE para enfermeras*.  
 Consejo Internacional de Enfermeras. Ginebra: [https://www.icn.ch/system/files/2021-10/ICN\\_Code-of-Ethics\\_SP\\_WEB.pdf](https://www.icn.ch/system/files/2021-10/ICN_Code-of-Ethics_SP_WEB.pdf)

- Cordova-Ruiz, G., Fernández-Rodríguez, L., y Bardales-Zuta, V. (2025). Sociodemographic factors associated with medication adherence among hypertensive patients in northern Peru: a cross-sectional study. *Arch Cardiol Mex*, 95(3), 153-159.  
<https://doi.org/10.24875/ACM.24000137>
- Febriyona, R., Mayulu, J., Model, P., Keluarga, K., Merawat, D., Dengan, L., y Melalui, H. (2023). Penerapan Model Kemandirian Keluarga Dalam Merawat Lansia Dengan Hipertensi Melalui Pendekatan Teori Orem (Self-Care) Di Desa Mongolato Kecamatan Telaga. *Termometer: Jurnal Ilmiah Ilmu Kesehatan dan Kedokteran.*, 1(3), 98–107. <https://doi.org/https://doi.org/10.55606/termometer.v1i3.1934>
- GAD Ibarra. (2025). *Plan de trabajo 2023–2025*. Gobierno Autónomo Descentralizado Municipal de San Miguel de Ibarra. Gobierno Autónomo Descentralizado Municipal de San Miguel de Ibarra.
- Gallardo, L., Narváez, M., y Guerrón, S. (2024). Factors associated with hypertension management and its complications in older adults in Ecuador. *Salud, Ciencia y Tecnología*, 4(4), 1252.  
<https://doi.org/https://sct.ageditor.ar/index.php/sct/article/view/1252>
- Gogurla, M., Babu, D., Bala, S., Tondare, A., Islavath, B., y Ganduri, V. (2025). Assessment of the self-care activities among hypertensive patients working in an industrial setting: A cross-sectional study. *Journal of Family Medicine and Primary Care*, 14(7), 2980-2986. [https://doi.org/10.4103/jfmpe.jfmpe\\_418\\_25](https://doi.org/10.4103/jfmpe.jfmpe_418_25)
- Gualan, M., Ster, I., Veloz, T., Granadillo, E., Llangarí-Arizo, L., Rodríguez, A., . . . Cooper, P. (2024). Cardiometabolic diseases and associated risk factors in transitional rural communities in tropical coastal Ecuador. *PLOS ONE*, 19(1).  
<https://doi.org/https://doi.org/10.1371/journal.pone.0307403>

- Hajri, T., Caceres, L., y Angamarca-Armijos, V. (2021). The burden of hypertension in Ecuador: a systematic review and meta-analysis. *Journal of Human Hypertension*, 35(7), 389 - 397. <https://doi.org/https://doi.org/10.1038/s41371-020-00471-7>
- Han, H., Benjasirisan, C., Metlock, F., Tesfai, Y., y Commodore-Mensah, Y. (2025). Use of the Hypertension Self-Care Profile: A Scoping Review. *Int. J. Environ. Res. Public Health*, 22(8), 1244. <https://doi.org/https://doi.org/10.3390/ijerph22081244>
- Han, H., Song, H., Nguyen, T., Kim, M., y Lee, H. (2023). A web-based self care intervention to improve medication adherence and lifestyle behaviors in patients with hypertension: Randomized controlled trial. *Journal of Medical Internet Research*, 24(6), 35674. <https://doi.org/https://doi.org/10.2196/48079>
- Henry, O., James, R., y Riegel, B. (2021). Maintaining cultural identity: A systematic mixed studies review of cultural influences on the self-care of African immigrants living with non-communicable disease. *J Adv Nurs*, 77(9), 3600-3617. <https://doi.org/10.1111/jan.14804>
- Herrera, A., Mendoza, G., Machado, P., y Mera, V. (2022). El autocuidado del adulto hipertenso desde la perspectiva intercultural de las acciones de enfermería. *Ciencia Latina Revista Científica Multidisciplinar*, 6(2), 1306-1314. [https://doi.org/https://doi.org/10.37811/cl\\_rcm.v6i2.1954](https://doi.org/https://doi.org/10.37811/cl_rcm.v6i2.1954)
- Herrera, G., Robles, G., y ALR, B. (2021). Validez y confiabilidad del SelfCare of Hypertension Inventory, versión español colombiano. *Av Enferm*, 39(2), 15-22. <https://doi.org/http://doi.org/10.15446/av.enferm.v39n2.93312>
- Hezam, A., Shaghdar, H., y Chen, L. (2024). The connection between hypertension and diabetes and their role in heart and kidney disease development. *Journal of Research in Medical Sciences : The Official Journal of Isfahan University of Medical Sciences*, 29(1), 22. [https://doi.org/https://doi.org/10.4103/jrms.jrms\\_470\\_23](https://doi.org/https://doi.org/10.4103/jrms.jrms_470_23)

Hilario-Pizarro, Y., Meneses-La-Riva, M., Cabanillas-Chávez, M., García, W., y González-

Quirarte, N. (2023). Professional Training in Nursing and its Intercultural Implications in Times of Social Transformation: A Qualitative Study. *Academic Journal of Interdisciplinary Studies*, 12(4), 121.

<https://doi.org/https://doi.org/10.36941/ajis-2023-0099>

Hossain, A., Ahsan, G., Hossain, M., Hossain, M., Sutradhar, P., Alam, S., . . . Alameddine,

M. (2025). Medication adherence and blood pressure control in treated hypertensive patients: first follow-up findings from the PREDICT-HTN study in Northern Bangladesh. *BMC Public Health*, 25(250).

<https://doi.org/https://doi.org/10.1186/s12889-025-21409-z>

Hou, Y., y Yang, S. (2024). Association of risk factors for high blood pressure across 46 low-

and middle-income countries: A multi-country cross-sectional analysis. *Journal of Global Health*, 14(1), 1-9. <https://doi.org/https://doi.org/10.7189/jogh.14.04087>

Iovino, P., Uchmanowicz, I., y Vellone, E. (2024). Self-care: An effective strategy to manage

chronic diseases.. *Advances in clinical and experimental medicine : official organ Wroclaw. Medical University*, 33(8), 767-771.

<https://doi.org/https://doi.org/10.17219/acem/191102>

Jia, Z., Niu, Z., Xie, Y., Su, Z., Wang, J., Hernandez, J., . . . Wang, H. (2025). Temporal

Relationship Between Treatment Burden and Self-Care and Its Impact on Systolic Blood Pressure and Hypertension Control. *International Journal of General Medicine*, 18(1), 3597 - 3607. <https://doi.org/https://doi.org/10.2147/ijgm.s517281>

Karim, S., Sattar, K., Ahmad, T., Memon, M., Alqahtani, A., Alsubiheen, A., y Alrashed, F.

(2025). Cardiovascular and renal comorbidities among saudi patients with type 2 diabetes: A cross-sectional observational study. *PLOS One*, 20(5), 1-14.

<https://doi.org/https://doi.org/10.1371/journal.pone.0324233>

- Lasmarías-Ugarte, M., Rubio-Garrido, P., Jiménez-Herrera, M., Bazo-Hernández, L., y Martorell-Poveda, M.-A. (2023). Percepción de las fuentes de apoyo que facilitan la adherencia a los tratamientos. *Enfermería Global*, 22(72), 147-170.  
<https://doi.org/https://dx.doi.org/10.6018/eglobal.567751>
- Lu, X., Wang, J., Chen, S., Lv, L., y Yu, J. (2025). Analysis of Adherence Status and Influencing Factors Among Middle-Aged and Elderly Hypertension Patients in Rural Areas of Northeast China. *International Journal of Hypertension*, 16(1), 1-16.  
<https://doi.org/https://doi.org/10.1155/ijhy/9954099>
- Martín-Lesende, I., Orruño, E., y Asua, J. (2014). Aplicación de un programa para la mejora de la adherencia terapéutica en pacientes hipertensos. *Atención Primaria*, 46(6), 296–303. <https://doi.org/https://doi.org/10.1016/j.aprim.2013.10.005>
- Masi, S., Magne, J., Vintila, A., Wolf, J., Dovizio, M., Nugnes, M., . . . Savarese, G. (2024). A higher adherence to perindopril-based anti-hypertensive therapy is associated with a reduced risk of cardiovascular outcomes and all-cause mortality in real clinical practice in Italy. *European Heart Journal*, 45(1).  
<https://doi.org/https://doi.org/10.1093/eurheartj/ehae666.2587>
- Matanes, F., Khan, M., Siddiqui, M., Dudenbostel, T., Calhoun, D., y Oparil, S. (2022). An Update on Refractory Hypertension. *Current Hypertension Reports*, 24(1), 225 - 234.  
<https://doi.org/https://doi.org/10.1007/s11906-022-01185-6>
- Ministerio de Salud Pública del Ecuador. (2019). *Código de ética del ejercicio profesional de enfermería*. MSP.
- Morisky, D., Ang, A., Krousel-Wood, M., y Ward, H. (2008). Predictive validity of a medication adherence measure in an outpatient setting. *Journal of Clinical Hypertension*, 10(5), 348–354. <https://doi.org/https://doi.org/10.1111/j.1751-7176.2008.07572.x>

- Ojangba, T., Boamah, S., Miao, Y., Guo, X., Fen, Y., Agboyibor, C., . . . Dong, W. (2023). Comprehensive effects of lifestyle reform, adherence, and related factors on hypertension control: A review. *The Journal of Clinical Hypertension*, 25(1), 509 - 520. <https://doi.org/https://doi.org/10.1111/jch.14653>
- Oliveira, M., Abreu, Â., Welch, J., y Coimbra, C. (2021). Coping with Hypertension among Indigenous Peoples in Brazil and the Role of the Primary Care Nurse: A Critical Review from a Transcultural Perspective. *Nursing Reports*, 11(4), 942-954. <https://doi.org/https://doi.org/10.3390/nursrep11040086>
- OMS. (24 de agosto de 2021). *Guideline for the pharmacological treatment of hypertension in adults*. <https://www.who.int/publications/i/item/9789240033986>
- OMS. (2023). *Global report on hypertension: the race against a silent killer*. WHO.
- Organización Panamericana de la Salud. (2014). *Buenas prácticas clínicas: Documento de las Américas*. OPS/OMS.
- Palomo-Piñón, S., Antonio-Villa, N., García-Cortés, L., Moreno-Noguez, M., Alcocer, L., y Álvarez-López, H. (2024). Patients Living With Arterial Hypertension in Mexico: First Insights of The Mexican Registry of Arterial Hypertension (RIHTA Study). *American Journal of Hypertension*, 37, 503 - 513. <https://doi.org/https://doi.org/10.1093/ajh/hpae024>
- Peng, X., Wan, L., Yu, B., y Zhang, J. (2025). The link between adherence to antihypertensive medications and mortality rates in patients with hypertension: a systematic review and meta-analysis of cohort studies. *BMC Cardiovascular Disorders*, 25(145 ), 1-12. <https://doi.org/https://doi.org/10.1186/s12872-025-04538-6>
- Ramadhan, M., Kusmiran, E., Istianah, I., Sumarna, N., Nurlaela, L., y Yuliani, R. (2025). Self-Care and Treatment Adherence for Blood Pressure Control among Patients with

- Hypertension: a Cross-sectional Study. *Jurnal Ilmiah STIKES Yarsi Mataram*, 15(2), 116-128. <https://doi.org/http://journal.stikesyarsimataram.ac.id/index.php/jik>
- Rangel, M., y Sosa, J. (2024). Adherencia al tratamiento farmacológico y no farmacológico de hipertensión arterial en dos centros de salud del estado Mérida, Venezuela (julio–septiembre de 2024). *Revista GICOS*, 10(1), 91-105.  
<https://doi.org/https://doi.org/10.53766/GICOS/2025.10.01.06>
- Reimann, L., Preiss, H., Müller, J., Huber, P., Mayer, L., Langleben, D., . . . Lichtblau, M. (2025). Medication adherence and clinical outcome in patients with pulmonary arterial hypertension or distal chronic thromboembolic pulmonary hypertension. *BMJ Open Respiratory Research*, 12(1), 1-11.  
<https://doi.org/https://doi.org/10.1136/bmjresp-2024-003023>
- Reyes, D., Díaz, A., López, I., y Carbelo, M. (2025). Risk factors for high blood pressure in adults. *South Health and Policy*, 5(368), 1-8.  
<https://doi.org/https://doi.org/10.56294/shp2026368>
- Riegel, B., Lee, C., Dickson, V., y Carlson, B. (2009). An update on the self-care of heart failure index. *Journal of Cardiovascular Nursing*, 24(6), 485–497.  
<https://doi.org/10.1097/JCN.0b013e3181b4baa0>
- Rosendo-Silva, B., Gonçalves, J., Prazeres, F., Santiago, L., y Rosendo, I. (2025). Adherence to pharmacological therapy for hypertension in Portugal: a health professionals focus groups study. *BMC Primary Care*, 26(44), 1-11.  
<https://doi.org/https://doi.org/10.1186/s12875-025-02705-4>
- Rossi, G., Bagordo, D., y Rossi, F. (2025). Rethinking arterial hypertension: the need for a paradigm shift. *Current Opinion in Nephrology and Hypertension*, 34(3), 259 - 266.  
<https://doi.org/https://doi.org/10.1097/mnh.0000000000001065>

- Rukmana, M., y Balqis, U. (2024). Pembentukan Gaya Hidup Pada Penderita Hipertensi ( Self Care Management ) Sesuai Dengan Penerapan Teori Dorothea E. Orem. *Lentera : Jurnal Ilmiah Kesehatan dan Keperawatan.*, 5(2), 87-90.  
<https://doi.org/https://doi.org/10.37150/jl.v5i2.2528>
- Samakosky, M., y Norris, S. (2024). Alleviating the public health burden of hypertension: debating precision prevention as a possible solution. *Global Health Action*, 17(1), 1-9.  
<https://doi.org/https://doi.org/10.1080/16549716.2024.2422169>
- Sampieri, R., Fernández, C., y Baptista, M. (2016). *Metodología de la investigación (6.ª ed.)*. McGraw-Hill Education.
- Secretaría Nacional de Planificación del Ecuador. (2025). *Plan Nacional de Desarrollo (PND) "Ecuador No Se Detiene" 2025-2029*. [https://www.planificacion.gob.ec/plan-de-desarrollo-para-el-nuevo-ecuador-2024-2025/?utm\\_source=chatgpt.com](https://www.planificacion.gob.ec/plan-de-desarrollo-para-el-nuevo-ecuador-2024-2025/?utm_source=chatgpt.com)
- Segovia, L., Jaramillo, M., y Enríquez, S. (2024). Factors associated with hypertension management and its complications in older adults in Ecuador. *Salud, Ciencia y Tecnología*, 4(1), 1252. <https://doi.org/https://doi.org/10.56294/saludcyt2024.1252>
- Tsige, A., y Ayele, S. (2024). Malignant hypertension: current challenges, prevention strategies, and future perspectives. *Frontiers in Cardiovascular Medicine*, 11(1).  
<https://doi.org/https://doi.org/10.3389/fcvm.2024.1409212>
- Tulu, S., Cook, P., Oman, K., Meek, P., y Gudina, E. (2021). Chronic disease self-care: A concept analysis. *Nursing forum*, 56(3), 610–618.  
<https://doi.org/https://doi.org/10.1111/nuf.12577>
- Turki, F., Turki, I., Jedidi, J., y Said, H. (2024). Medication Adherence, Blood Pressure Control, Knowledge, Self-care and Self-efficacy among Tunisian Hypertensive Patients. *The Open Nursing Journal*, 18(1), 1-10.  
<https://doi.org/https://doi.org/10.2174/0118744346337256240911114624>

- Valencia-Monsalvez, F., Mendoza-Parra, S., y Luengo-Machuca, L. (2017). Evaluación de la escala Morisky de adherencia a la medicación (MMAS-8) en adultos mayores de un centro de atención primaria en Chile. *Revista Peruana de Medicina Experimental y Salud Pública*, 34(2), 245-249.  
<https://doi.org/http://dx.doi.org/10.17843/rpmesp.2017.342.2206>
- World Medical Association. (2013). *Declaración de Helsinki de la AMM - Principios éticos para las investigaciones médicas en seres humanos*. World Med Assoc Inc :  
<https://www.wma.net/es/policias-post/declaracion-de-helsinki-de-la-amm-principios-eticos-para-las-investigaciones-medicas-en-seres-humanos/>
- Xie, K., Gao, X., Bao, L., Shan, Y., Shi, H., y Li, Y. (2021). The different risk factors for isolated diastolic hypertension and isolated systolic hypertension: a national survey. *BMC Public Health*, 21(14), 1-7. <https://doi.org/https://doi.org/10.1186/s12889-021-11686-9>
- Xie, Y., Wang, D., Zhou, J., Zhou, T., Huang, Y., Zhang, K., y Li, H. (2025). Impact of nursing based on Orem's self-care theory on self-care behaviours in older patients with heart failure: A randomised controlled trial. *Australasian journal on ageing*, 44(3), 59. <https://doi.org/https://doi.org/10.1111/ajag.70059>
- Zuo, C., Cheng, J., Yang, D., Liu, Y., Chen, H., y Lu, X. (2025). Synergistic effects of NF- $\kappa$ B1 and inflammatory pathway polymorphisms on hypertension and dyslipidemia susceptibility in type 2 diabetes. *Diabetology & Metabolic Syndrome*, 17(269), 1-17. <https://doi.org/https://doi.org/10.1186/s13098-025-01861-y>

## ANEXOS

### Anexo 1. Consentimiento Informado

#### UNIVERSIDAD TÉCNICA DEL NORTE FORMULARIO DE CONSENTIMIENTO INFORMADO

La Universidad Técnica del Norte extiende un cordial saludo. En esta ocasión, se está desarrollando la investigación titulada “Adherencia al tratamiento farmacológico y mantenimiento del autocuidado en población hipertensa de Natabuela, 2025”. Este formulario está dirigido a las personas adultas de la comunidad de Natabuela que presentan diagnóstico de hipertensión arterial y que han sido invitadas a participar en este estudio. Su participación es completamente voluntaria y la información proporcionada será utilizada únicamente con fines académicos y de investigación.

#### **Nombres de los responsables de la investigación:**

- **Maestrante:** Verónica Salomé Luna Posso
- **Director:** MSc. Melisa Gabriela Chacón Guerra
- **Asesor:** Msc. Katty Elizabeth Cabascango Cabascango

**Objetivo del estudio:** Determinar la relación entre la adherencia al tratamiento farmacológico y el mantenimiento del autocuidado en la población hipertensa de Natabuela en el año 2025.

**Participación voluntaria:** La participación de las personas hipertensas de la comunidad de Natabuela es libre y voluntaria. Si usted decide no participar o retirarse del estudio en cualquier momento, puede hacerlo sin que esto implique consecuencia alguna, aun cuando haya firmado este consentimiento informado.

**Confidencialidad:** La información recopilada será manejada con estricta confidencialidad. Los datos obtenidos no serán divulgados y serán utilizados únicamente por el equipo investigador para fines académicos, garantizando en todo momento el anonimato de cada participante.

#### **Procedimiento protocolo por seguir:**

- Firma del consentimiento informado.
- Aplicación de los cuestionarios: Escala Morisky de adherencia a la medicación (MMAS-8) y Self-Care of Hypertension Inventory (SC-HI v.2.0).

Agradecemos su colaboración y disposición para contribuir con esta investigación.

.....  
**FIRMA DE CONSENTIMIENTO INFORMADO**

**Anexo 2. Cuestionario de recolección de datos****UNIVERSIDAD TÉCNICA DEL NORTE**

**Instrucciones:** Por favor, lea cada enunciado con atención y seleccione la opción que mejor refleje su opinión o criterio.

**Fecha de aplicación:**    /    /   

**Datos Generales**

**Edad:** \_\_\_\_\_ años

**Género:**  Femenino  Masculino

**Etnia**  Indígena;  Mestizo;  Montubio;  Afroecuatoriano;  Otro

**Nivel educativo:**  Sin instrucción  Básica  Bachillerato  Tercer nivel  Cuarto nivel

**Estado civil:**  Soltero/a;  Casado/a;  Unión libre;  Viudo/a;  Divorciado/a

**¿Cuál es su ocupación?**  Jubilado  Jornalero  Albañil  Agricultor  Comerciante

Empleado público/privado  Desempleado

**Información clínica / antecedentes**

**Tiempo desde diagnóstico de hipertensión (años):** \_\_\_\_\_

**¿Recibe tratamiento farmacológico actualmente?**  Sí  No

**Número de medicamentos antihipertensivos:** \_\_\_\_\_

**Comorbilidades**  diabetes  erc  otra\_com  ninguna\_com

**¿Ha recibido educación en autocuidado para hipertensión?**  Sí  No

**Toma actualmente remedios tradicionales/ancestrales por la hipertensión?**  Sí  No

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

### Estimado/a participante:

A continuación, se le presentará un breve cuestionario sobre sus hábitos relacionados con la toma de su medicación para la hipertensión. Este instrumento se conoce como Escala Morisky de Adherencia a la Medicación (MMAS-8) y permite conocer el nivel de cumplimiento del tratamiento indicado por su profesional de salud.

Por favor, lea atentamente cada pregunta y responda con sinceridad.

No existen respuestas correctas o incorrectas; lo importante es reflejar su comportamiento real.

Sus respuestas serán confidenciales y utilizadas únicamente con fines de investigación. Indique la respuesta que mejor represente su situación, seleccionando “Sí” o “No” según corresponda, y en la última pregunta marque la opción de frecuencia que mejor describa su caso.

**Si tiene alguna duda sobre cómo responder, puede solicitar ayuda antes de comenzar.:**

<b>Escala MMAS-8 para HTA</b>	<b>0= SI</b>	<b>1= NO</b>
1. ¿Se le olvida alguna vez tomar los medicamentos para su hipertensión arterial?		
2. En las dos semanas pasadas. ¿Dejo de tomar los medicamentos para su hipertensión arterial algún día?		
3. ¿Alguna vez ha tomado menos pastillas, o ha dejado de tomarlas, sin decírselo al médico porque se sentía peor cuando las tomaba?		
4. ¿Cuándo viaja o sale de casa olvida de llevar sus medicamentos para su hipertensión arterial alguna vez?		
5. ¿Se tomó sus medicamentos para la hipertensión arterial ayer?		
6. Cuando siente que su hipertensión arterial está controlada, ¿deja a veces de tomar sus medicamentos?		
7. Tomar los medicamentos todos los días puede ser un problema para muchas personas, ¿se siente alguna vez molesto por seguir el tratamiento para su hipertensión arterial?		
8. ¿Con qué frecuencia tiene dificultades para recordar tomar todos sus medicamentos para la hipertensión arterial?		
<b>Nunca/Raramente</b>		1
<b>De vez en cuando</b>		0,75
<b>A veces</b>		0,50
<b>Normalmente</b>		0,25
<b>Siempre</b>		0
<b>Puntuación 8: Alta adherencia.</b> <b>Puntuación 6-7: Adherencia media.</b> <b>Puntuación &lt; 6: Baja adherencia.</b>		

## Self-Care of Hypertension Inventory (SC-HI v2.0)

### Instrucciones Generales

Este cuestionario evalúa sus prácticas de autocuidado relacionadas con la hipertensión arterial.

No existen respuestas correctas o incorrectas.

Seleccione la opción que mejor describa lo que usted hace o realizó.

<b>SECCIÓN A. AUTOCUIDADO DE MANTENIMIENTO</b>	<b>1. Nunca</b>	<b>2. Rara vez</b>	<b>3. Algunas veces</b>	<b>4. A menudo</b>	<b>5. Siempre</b>
1. ¿Chequea su presión arterial?					
2. ¿Come muchas frutas y verduras?					
3. ¿Realiza alguna actividad física?					
4. ¿Asiste a las citas con el médico o la enfermera?					
5. ¿Come una dieta baja en sal?					
6. ¿Hace ejercicio durante 30 minutos?					
7. ¿Toma sus medicamentos para la presión arterial según lo indicado?					
8. ¿Pide alimentos bajos en sal al comer fuera o visitar a otros?					
9. ¿Evita consumir alimentos procesados o enlatados por su alto contenido de sal?					
10. ¿Come una dieta baja en grasas?					
11. ¿Intenta perder peso o controlar su peso corporal?					
<b>SECCIÓN B. MONITOREO DEL AUTOCUIDADO</b>	<b>1. Nunca</b>	<b>2. Raramente</b>	<b>3. A veces</b>	<b>4.A menudo</b>	<b>5. Siempre</b>
12. ¿Qué tan rápido reconoció que su presión arterial estaba alta?					
13. Reducir la sal en su dieta					
14. Reducir su nivel de estrés					

15. Tener más cuidado de tomar los medicamentos recetados regularmente					
16. Llamar al médico/enfermera para obtener orientación					
17. ¿Qué tan seguro estaba de que la acción ayudó o no ayudó?					
<b>SECCIÓN C. MANEJO DEL AUTOCUIDADO</b>	<b>1.No lo hice</b>	<b>2. Lo hice con mucha dificultad</b>	<b>3. Lo hice con cierta dificultad</b>	<b>4. Lo hice con poca dificultad</b>	<b>5. Lo hice sin dificultad</b>
18. ¿Controlar su presión arterial?					
19. ¿Seguir su régimen de tratamiento?					
20. ¿Reconocer cambios en su salud?					
21. ¿Evaluar cambios en su presión arterial?					
22. ¿Tomar acciones para controlar su presión arterial?					
23. ¿Evaluar qué tan bien funciona una acción?					

**¡Gracias por su Colaboración!**

### Anexo 3. Operacionalización de variables

#### Objetivo 1: Caracterizar socio demográficamente a la población de estudio.

Variable	Tipo de Variable	Definición Conceptual	Dimensión	Definición Operacional	Indicador	Escala	Valor de Medición	Naturaleza de la Variable
Edad	Cuantitativa	Tiempo vivido por el individuo desde su nacimiento	Demográfica	Número de años cumplidos	Edad en años	Intervalo	Edad exacta en años	Independiente
Género	Cualitativa	Característica biológica del individuo	Demográfica	Género del participante	Masculino/Femenino	Nominal	1=Masculino, 2=Femenino	Independiente
Etnia	Cualitativa	Grupo étnico al que pertenece el participante	Demográfica	Autoidentificación étnica	Indígena, Mestizo, Montubio, Afroecuatoriano, Otro	Nominal	1=Indígena, 2=Mestizo, 3=Montubio, 4=Afro, 5=Otro	Independiente
Nivel educativo	Cualitativa	Formación académica alcanzada	Demográfica	Nivel más alto de estudios completado	Sin instrucción, Básica, Bachillerato, Tercer nivel, Cuarto nivel	Ordinal	1=Sin instrucción ... 5=Cuarto nivel	Independiente
Estado civil	Cualitativa	Situación civil actual del participante	Demográfica	Relación con pareja	Soltero/a, Casado/a, Unión libre, Viudo/a, Divorciado/a	Nominal	Soltero/a, Casado/a, Unión libre, Viudo/a, Divorciado/a	Independiente
Ocupación	Cualitativa	Actividad económica principal	Demográfica	Actividad laboral	Jubilado, Jornalero, Albañil, Agricultor, Comerciante,	Nominal	Jubilado, Jornalero, Albañil,	Independiente

					Empleado, Desempleado		Agricultor, Comerciante, Empleado, Desempleado	
--	--	--	--	--	--------------------------	--	---	--

**Objetivo 2: Identificar el nivel de cumplimiento terapéutico del tratamiento farmacológico en pacientes hipertensos de la población de Natabuela.**

Variable	Tipo de Variable	Definición Conceptual	Dimensión	Definición Operacional	Indicador	Escala	Valor de Medición	Naturaleza de la Variable
Cumplimiento terapéutico	Cualitativa	Nivel de adherencia a la medicación prescrita para hipertensión	Adherencia al tratamiento	Puntuación obtenida en la Escala Morisky MMAS-8	Nivel de adherencia	Ordinal	Alta (8), Media (6-7), Baja (<6)	Dependiente

**Objetivo 3: Evaluar el mantenimiento del autocuidado en pacientes hipertensos de la población de Natabuela.**

Variable	Tipo de Variable	Definición Conceptual	Dimensión	Definición Operacional	Indicador	Escala	Valor de Medición	Naturaleza de la Variable
Autocuidado hipertensión	Cualitativa	Prácticas realizadas por el paciente para mantener su salud y controlar la hipertensión	Mantenimiento, Monitoreo, Manejo	Puntuación obtenida en SC-HI v2.0 según secciones	Nivel de autocuidado	Ordinal	Bajo, Medio, Alto (según percentiles de la puntuación total)	Dependiente

**Objetivo 4: Analizar la relación entre la adherencia al tratamiento farmacológico y el mantenimiento del autocuidado.**

<b>Variable</b>	<b>Tipo de Variable</b>	<b>Definición Conceptual</b>	<b>Dimensión</b>	<b>Definición Operacional</b>	<b>Indicador</b>	<b>Escala</b>	<b>Valor de Medición</b>	<b>Naturaleza de la Variable</b>
Cumplimiento terapéutico	Cualitativa	Nivel de adherencia a la medicación prescrita para hipertensión	Adherencia al tratamiento	Puntuación obtenida en MMAS-8	Nivel de adherencia	Ordinal	Alta, Media, Baja	Independiente
Autocuidado hipertensión	Cualitativa	Prácticas realizadas por el paciente para mantener su salud y controlar la hipertensión	Mantenimiento, Monitoreo, Manejo	Puntuación obtenida en SC-HI v2.0	Nivel de autocuidado	Ordinal	Bajo, Medio, Alto	Dependiente
Relación adherencia-autocuidado	Cualitativa	Asociación entre la adherencia al tratamiento y el nivel de autocuidado	Interacción	Correlación estadística entre MMAS-8 y SC-HI v2.0	Coefficiente de correlación (Spearman o Pearson según normalidad)	Ratio	Valor numérico -1 a 1	Dependiente

#### Anexo 4. Galería fotográfica

**Figura 2.** *Medición inicial de presión arterial*



**Fuente:** Verónica Salomé Luna Posso

**Figura 3.** *Aplicación de instrumentos pre-test (MMAS-8 y SC-HI v.2.0)*



**Fuente:** Verónica Salomé Luna Posso

**Figura 4.** *Sesión educativa sobre hipertensión arterial*



**Fuente:** Verónica Salomé Luna Posso

**Figura 5.** *Educación en adherencia al tratamiento farmacológico*



**Fuente:** Verónica Salomé Luna Posso

**Figura 6.** *Orientación sobre alimentación saludable baja en sodio*



**Fuente:** Verónica Salomé Luna Posso

**Figura 7.** *Promoción de actividad física segura*



**Fuente:** Verónica Salomé Luna Posso

**Figura 8.** *Capacitación en autocontrol de la presión arterial*



**Fuente:** Verónica Salomé Luna Posso

**Figura 9.** *Seguimiento y acompañamiento telefónico*



**Fuente:** Verónica Salomé Luna Posso

**Figura 10.** *Taller educativo con familiares y cuidadores*



**Fuente:** Verónica Salomé Luna Posso

**Figura 11.** *Evaluación final del programa (post-test)*



**Fuente:** Verónica Salomé Luna Posso