

**UNIVERSIDAD PRIVADA SAN JUAN BAUTISTA
FILIAL ICA**

**FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD
ESCUELA PROFESIONAL DE ENFERMERÍA**



**ADHERENCIA A LAS MEDIDAS PREVENTIVAS Y CALIDAD
DE VIDA EN PACIENTES HIPERTENSOS DE LA
MICRORED LA PALMA ICA
ABRIL 2017**

TESIS

PRESENTADO POR BACHILLER

GARCIA REYES KEYLA BRIGGITH

PARA OPTAR EL TÍTULO PROFESIONAL DE

LICENCIADA DE ENFERMERÍA

ICA – PERÚ

2017

ASESORA:
MG. ANA GUILLÉN CABRERA.

AGRADECIMIENTO

A Dios por haber guiado todos mis pasos quien me dio la oportunidad de estar aquí presente.

A la Universidad Privada San Juan Bautista por albergarme los cinco años de formación y formarme como una buena profesional.

A la Escuela Profesional de Enfermería y a los docentes licenciadas (os) por guiarme en todo momento en mi carrera profesional y llevarme por el camino conocimiento y las actitudes positivas para mi vida.

A los pacientes hipertensos de la Microred La Palma por haber colaborado en la investigación.

A todas aquellas personas que confiaron en que podría realizar esta investigación.

DEDICATORIA:

A mis padres por brindarme todo su apoyo, amor y confianza durante estos cinco años de estudios.

A mí querido hijo por darme la fortaleza y motivación para superarme en el día a día y poder darle un mejor futuro.

RESUMEN

La actitud que tome el profesional de enfermería ante un paciente hipertenso es crucial para que tenga una buena adherencia al tratamiento farmacológico mejorando así las necesidades y expectativas de los pacientes. El objetivo de la investigación fue determinar la adherencia a las medidas preventivas y calidad de vida en pacientes hipertensos de la Microred La Palma Ica abril 2017. El estudio es descriptivo, diseño no experimental, transversal y cuantitativo. La técnica que se utilizó para ambas variables fue la encuesta. Tuvo como muestra 48 pacientes según criterios de inclusión y exclusión. Resultados: Según datos generales, el 60%(29) es femenino, 54%(26) presentan edades de 61 años a más, el 63%(30) son casados, el 64%(24) tienen estudios superiores, el 33%(16) se dedica a su casa, el 52%(35) vive con su conyugue, el 54%(26) presentan problemas en los ojos, el 50%(24) tienen más de 3 años del diagnóstico de su enfermedad y el 50%(24) es apoyado por su cónyuge en su enfermedad. Referente a la Adherencia a las medidas preventivas, según dimensión alimentación, hábitos sociales nocivos, tratamiento farmacológico y actividad física son inadecuadas en el 52%(25), 56%(27), 60%(29), 58%(28); y adecuadas en 48%(23), 44%(21), 40%(19), 42%(20) con un consolidado global de inadecuadas en 54%(26) y adecuadas en 46%(22). La Calidad de vida según dimensión bienestar físico, emocional y social es regular en 52%(25), 38%(38), 33%(16), buena en 31%(15), 33%(16), 31%(15), 33%(16) y mala en 17%(8), 29%(14), 36%(17), obteniendo un consolidado regular en 52%(25), buena en 33%(16) y mala en 15%(7). Conclusiones: La adherencia a las medidas preventivas de hipertensión arterial es inadecuada, por lo que se acepta la hipótesis derivada 1 de la investigación. La calidad de vida en pacientes hipertensos según bienestar social es mala, aceptándose la hipótesis para esta dimensión y es regular en las dimensiones física y emocional rechazándose la hipótesis para estas dimensiones.

Palabras clave: **Adherencia, medidas preventivas, calidad de vida.**

ABSTRACT

The attitude of the nursing professional to a hypertensive patient is crucial to their adherence to pharmacological treatment, thus improving patients' needs and expectations. The objective of the investigation was to determine the adherence to preventive measures and quality of life in hypertensive patients of Microred La Palma Ica, April 2017. The study is descriptive, non-experimental, transverse and quantitative design. The technique used for both variables was the survey. He had 48 patients according to inclusion and exclusion criteria. Results: According to general data, 60% (29) are female, 54% (26) are 61 years of age or older, 63% (30) are married, 64% (24) (16) are at home, 52% (35) live with their spouse, 54% (26) have eye problems, 50% (24) have more than 3 years of diagnosis of their disease and 50% (24) is supported by your spouse in your illness. Adherence to preventive measures, according to food dimension, harmful social habits, pharmacological treatment and physical activity are inadequate in 52% (25), 56% (27), 60% (29), 58% (28); and adequate in 48% (23), 44% (21), 40% (19), 42% (20) with an overall consolidated of inadequate in 54% (26) and adequate in 46% (22). The quality of life according to physical, emotional and social well-being is regular in 52% (25), 38% (38), 33% (16), good in 31% (15), 33% (16), 31% (15), 33% (16) and poor in 17% (8), 29% (14), 36% (17), obtaining a consolidated average of 52% (25), good in 33% 15% (7). Conclusions: The adherence to the preventive measures of arterial hypertension is inadequate, so the hypothesis derived from the research is accepted. The quality of life in hypertensive patients according to social welfare is poor, accepting the hypothesis for this dimension and is regular in the physical and emotional dimensions rejecting the hypothesis for these dimensions.

Key words: **Adherence, preventive measures, quality of life.**

PRESENTACIÓN

La calidad de vida se puede contextualizar como la capacidad de vivir la propia existencia en los ámbitos emocional, físico, social pero que puede valorarse de forma indirecta a través del uso de indicadores por lo que es fundamental que el paciente tenga su presión arterial controlada sin descuidar las medidas de control preventivas o incumplimiento por el riesgo de las complicaciones. Por eso es importante que se mantenga un estilo saludable en la dieta baja en sal y grasas así como un peso adecuado evitando el sedentarismo y realizando actividad física acorde a la edad y capacidad del individuo. El estudio tiene como objetivo: determinar la adherencia a las medidas preventivas y calidad de vida en pacientes hipertensos de la Microred La Palma Ica abril 2017, con la finalidad de que los resultados de esta investigación sirvan para dar soluciones al problema que se presenta, manifestado en la no adherencia al tratamiento de la hipertensión arterial y sus respectivas complicaciones, como gran peligro para las enfermedades cardiovasculares y de sus manifestaciones predominantes sobre la calidad de vida de la población.

El trabajo se encuentra organizado en 5 capítulos: El capítulo I comprende, el problema, planteamiento del problema, formulación del problema, objetivo general, objetivos específicos, justificación del problema, y el propósito de estudio. En el capítulo II comprende, marco teórico, antecedentes bibliográficos, base teórica, hipótesis, definición operacional de términos. En el capítulo III comprende la metodología de la investigación: tipo de estudio, área de estudio, población y muestra, técnicas e instrumentos de recolección de datos, diseño de recolección de datos, procesamiento y análisis de datos. En el capítulo IV comprende: Análisis de los resultados. En el capítulo V: Conclusiones y recomendaciones. Finalizando con las referencias bibliográficas, bibliografía y anexos.

ÍNDICE

AGRADECIMIENTO	lii
DEDICATORIA	lv
RESUMEN	v
ABSTRACT	vi
PRESENTACIÓN	vii
ÍNDICE	viii
LISTA DE TABLAS	x
LISTA DE GRÁFICOS	xii
LISTA DE ANEXOS	xiv
CAPÍTULO I: EL PROBLEMA	
I.a. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA	15
I.b.. FORMULACIÓN DEL PROBLEMA	16
I.c. OBJETIVOS	16
I.c.1.GENERAL	16
I.c.2.ESPECÍFICOS	17
I.d. JUSTIFICACIÓN.	17
I.e. PROPÓSITO	18
CAPÍTULO II: MARCO TEÓRICO	
II.a. ANTECEDENTES BIBLIOGRÁFICOS	19
II.b. BASE TEÓRICA	22
II.c. HIPÓTESIS	37
II.d. VARIABLES	38
II.e. DEFINICIÓN OPERACIONAL DE TÉRMINOS	38
CAPÍTULO III: METODOLOGÍA DE LA INVESTIGACIÓN	

III.a	TIPO DE ESTUDIO	39
III.b.	ÁREA DE ESTUDIO	39
III.c.	POBLACIÓN Y MUESTRA	39
III.d.	TÉCNICAS E INSTRUMENTOS DE RECOLECCIÓN DE DATOS	40
III.e	DISEÑO DE RECOLECCIÓN DE DATOS	40
III.f.	PROCESAMIENTO Y ANÁLISIS DATOS	40
CAPÍTULO IV: ANÁLISIS DE LOS RESULTADOS		
IV.a.	RESULTADOS	42
IV.b.	DISCUSIÓN	53
CAPÍTULO V: CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES		
V.a.	CONCLUSIONES	59
V.b.	RECOMENDACIONES	60
	REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS	61
	BIBLIOGRAFÍA	67
	ANEXOS	69

LISTA DE TABLAS

N°	TABLA	Pág.
1	DATOS GENERALES DE LOS PACIENTES HIPERTENSOS DE LA MICRORED LA PALMA ICA ABRIL 2017.	42
2	ADHERENCIA A LAS MEDIDAS PREVENTIVAS SEGÚN DIMENSIÓN ALIMENTACIÓN EN PACIENTES HIPERTENSOS DE LA MICRORED LA PALMA ICA ABRIL 2017.	96
3	ADHERENCIA A LAS MEDIDAS PREVENTIVAS SEGÚN DIMENSIÓN HÁBITOS SOCIALES NOCIVOS EN PACIENTES HIPERTENSOS DE LA MICRORED LA PALMA ICA ABRIL 2017.	96
4	ADHERENCIA A LAS MEDIDAS PREVENTIVAS SEGÚN DIMENSIÓN TRATAMIENTO FARMACOLÓGICO EN PACIENTES HIPERTENSOS DE LA MICRORED LA PALMA ICA ABRIL 2017.	97
5	ADHERENCIA A LAS MEDIDAS PREVENTIVAS SEGÚN DIMENSIÓN ACTIVIDAD FÍSICA EN PACIENTES HIPERTENSOS DE LA MICRORED LA PALMA ICA ABRIL 2017.	97
6	ADHERENCIA A LAS MEDIDAS PREVENTIVAS GLOBALES EN PACIENTES HIPERTENSOS DE LA MICRORED LA PALMA ICA ABRIL 2017.	98
7	CALIDAD DE VIDA SEGÚN DIMENSIÓN BIENESTAR FÍSICO EN PACIENTES HIPERTENSOS DE LA MICRORED LA PALMA ICA ABRIL 2017.	98
8	CALIDAD DE VIDA SEGÚN DIMENSIÓN BIENESTAR EMOCIONAL EN PACIENTES HIPERTENSOS DE LA MICRORED LA PALMA ICA ABRIL 2017.	99

- 9** CALIDAD DE VIDA SEGÚN DIMENSIÓN BIENESTAR **99**
SOCIAL EN PACIENTES HIPERTENSOS DE LA MICRORED
LA PALMA ICA ABRIL 2017.
- 10** CALIDAD DE VIDA GLOBAL EN PACIENTES **100**
HIPERTENSOS DE LA MICRORED LA PALMA ICA ABRIL
2017.

LISTA DE GRÁFICOS

N°	GRÁFICO	Pág.
1	ADHERENCIA A LAS MEDIDAS PREVENTIVAS SEGÚN DIMENSIÓN ALIMENTACIÓN EN PACIENTES HIPERTENSOS DE LA MICRORED LA PALMA ICA ABRIL 2017.	44
2	ADHERENCIA A LAS MEDIDAS PREVENTIVAS SEGÚN DIMENSIÓN HáBITOS SOCIALES NOCIVOS EN PACIENTES HIPERTENSOS DE LA MICRORED LA PALMA ICA ABRIL 2017.	45
3	ADHERENCIA A LAS MEDIDAS PREVENTIVAS SEGÚN DIMENSIÓN TRATAMIENTO FARMACOLÓGICO EN PACIENTES HIPERTENSOS DE LA MICRORED LA PALMA ICA ABRIL 2017.	46
4	ADHERENCIA A LAS MEDIDAS PREVENTIVAS SEGÚN DIMENSIÓN ACTIVIDAD FÍSICA EN PACIENTES HIPERTENSOS DE LA MICRORED LA PALMA ICA ABRIL 2017.	47
5	ADHERENCIA A LAS MEDIDAS PREVENTIVAS GLOBALES EN PACIENTES HIPERTENSOS DE LA MICRORED LA PALMA ICA ABRIL 2017.	48
6	CALIDAD DE VIDA SEGÚN DIMENSIÓN BIENESTAR FÍSICO EN PACIENTES HIPERTENSOS DE LA MICRORED LA PALMA ICA ABRIL 2017.	49
7	CALIDAD DE VIDA SEGÚN DIMENSIÓN BIENESTAR EMOCIONAL EN PACIENTES HIPERTENSOS DE LA MICRORED LA PALMA ICA ABRIL 2017.	50
8	CALIDAD DE VIDA SEGÚN DIMENSIÓN BIENESTAR SOCIAL EN PACIENTES HIPERTENSOS DE LA MICRORED LA PALMA ICA ABRIL 2017.	51

9 CALIDAD DE VIDA GLOBAL EN PACIENTES 52
HIPERTENSOS DE LA MICRORED LA PALMA ICA ABRIL
2017.

LISTA DE ANEXOS

N°	ANEXO	Pág.
1	OPERACIONALIZACIÓN DE VARIABLES	69
2	INSTRUMENTO DE RECOLECCIÓN DE DATOS	74
3	CONCORDANCIA DE JUECES EXPERTOS	81
4	CÓDIGOS DE RESPUESTAS	82
5	CONFIABILIDAD DEL INSTRUMENTO	86
6	ESCALA DE STANONES	88
7	TABLA MATRÍZ DE VARIABLES	90
8	TABLAS DE FRECUENCIA Y PORCENTAJES	96

CAPÍTULO I: EL PROBLEMA

I.a. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA:

La Hipertensión Arterial es una patología común que afecta la salud de los individuos y comunidades del mundo, es una de las enfermedades que más padece la persona adulta considerado como un problema de salud de grandes proporciones, el cual representa una dificultad de salud pública en la sociedad occidental por la trascendencia sanitaria, económica y social.

La OMS reconoce que la poca adherencia al tratamiento farmacológico es un problema internacional, que afecta especialmente a los regímenes terapéuticos de larga duración de ciertas enfermedades crónicas, como la hipertensión. La principal conclusión de ese documento es que los pacientes tienen que recibir más apoyo y que es necesario un enfoque multidisciplinario e individualizado.¹

Según investigaciones realizadas en España en el año 2014, en las dos últimas décadas se ha identificado los factores que inciden en el padecimiento de esta enfermedad, considerando la Hipertensión Arterial uno de los factores de riesgos más importantes que prevalecen para las enfermedades cardiovasculares que deterioran al individuo y causa su muerte.²

“Los datos de la Encuesta Nacional de Salud y Nutrición 2012 (ENSANUT), reportan que en México hay 22.4 millones de adultos de 20 años o más que padecen hipertensión arterial, de los cuales únicamente 11.2 millones han sido diagnosticados por un médico y 5.7 millones tienen el padecimiento controlado de forma adecuada”.³

En Perú en el año 2013, *“uno de cada dos peruanos mayores de 40 años tiene hipertensión y desconoce que este mal puede ocasionar ataques cardíacos, derrames cerebrales y hasta la muerte”*.⁴

Durante las prácticas realizadas en la Microred La Palma en las visitas domiciliarias que se realizaban a los pacientes hipertensos se les encontraba sentados en la puerta de su casa, algo subidos de peso y cuando nos hacían pasar a su sala, se observaba que tenían un salero en su mesa donde tomaban los alimentos, siendo así que no tienen los cuidados respectivos en la prevención de complicaciones.

“Dado que en la Hipertensión Arterial existen una serie de factores asociados a la misma y que estos mismos factores inciden en la calidad de vida relacionada con la salud de la población general, es interesante el estudio de la calidad de vida en el paciente hipertenso y la adherencia a las medidas preventivas que realizan los pacientes, pues habitualmente se piensa que esta patología no es limitante”.

En vista de lo expuesto se plantea la siguiente interrogante:

I.b. FORMULACIÓN DEL PROBLEMA

¿Cómo es la adherencia a las medidas preventivas y calidad de vida en pacientes hipertensos de la Microred La Palma Ica abril 2017?

I.c. OBJETIVOS:

I.c.1.OBJETIVO GENERAL

Determinar la adherencia a las medidas preventivas y calidad de vida en pacientes hipertensos de la Microred La Palma Ica abril 2017.

I.c.2. OBJETIVOS ESPECÍFICOS

OE1: Identificar la adherencia a las medidas preventivas de Hipertensión Arterial en los pacientes hipertensos de la Microred La Palma Ica abril 2017 según sea:

- Alimentación
- Hábitos sociales nocivos
- Tratamiento farmacológico
- Actividad física.

OE2: Identificar la calidad de vida en pacientes hipertensos de la Microred La Palma Ica abril 2017 según sea:

- Bienestar físico
- Bienestar emocional
- Bienestar social.

I.d. JUSTIFICACIÓN:

La investigación constituye un aporte de relevancia social y práctica para la enfermería por su alto impacto sanitario como la Hipertensión Arterial.

La relevancia social de esta investigación, está dada por las soluciones que se dará al problema que se presenta, manifestado en la no adherencia al tratamiento de la Hipertensión Arterial y sus respectivas complicaciones, como gran peligro para las enfermedades cardiovasculares y de sus manifestaciones predominantes sobre la calidad de vida de la población.

Así mismo se tendrá las herramientas necesarias para que el profesional de enfermería construya planes de cuidado adecuados a las características personales de cada paciente hipertenso; permitiendo así plantear estrategias en salud, para disminuir los riesgos y sus implicancias en la atención de enfermería para el control de la Hipertensión Arterial.

I.e. PROPÓSITO:

Los resultados de esta investigación se pondrá al alcance del profesional de enfermería y autoridades de la institución de salud para una adecuada planificación del reforzamiento sobre la adherencia a las medidas preventivas y buscar estrategias para potenciar la calidad de vida del paciente; además de cumplir con los estándares de atención, y está en manos de enfermeras principalmente en el primer nivel de atención, por tanto los resultados permitirá evitar las complicaciones y secuelas que afectan de manera negativa el estado de salud de los pacientes.

CAPÍTULO II: MARCO TEÓRICO

II.a. ANTECEDENTES BIBLIOGRÁFICOS

Libertad M, Bayarre H, Corugedo M, Vento F, La Rosa Y, Orbay M. En el año 2015 realizaron una investigación cuantitativa, descriptiva, transversal con el objetivo de determinar la **ADHERENCIA AL TRATAMIENTO EN HIPERTENSOS ATENDIDOS EN ÁREAS DE SALUD DE TRES PROVINCIAS CUBANAS. LA HABANA. CUBA.** “Se seleccionaron áreas de salud de municipios de las provincias La Habana, Cienfuegos y Granma”. Resultados: “Predominó la adherencia total con aproximadamente el 50 %, seguida de la parcial. La no adherencia obtuvo los valores inferiores”. Conclusiones: “La adherencia total en los hipertensos es insuficiente con respecto a lo esperado; la logran aproximadamente la mitad de las personas incluidas en el estudio. La relación establecida entre profesionales y pacientes en el proceso de la adherencia puede contribuir en mayor medida a su cumplimiento”.⁵

López S, Chávez R. En el año 2015 realizaron una investigación descriptiva de corte transversal con el objetivo de determinar la **ADHERENCIA AL TRATAMIENTO ANTIHIPERTENSIVO EN PACIENTES MAYORES DE 60 AÑOS. CUBA.** “*Contó con una muestra de 45 hipertensos mayores de 60 años con tratamiento farmacológico*”. Resultados: “La adherencia al tratamiento fue de 58.3%. Los pacientes con nivel universitario de escolaridad tuvieron 74% de adherencia. El esquema terapéutico diario de un único medicamento tuvo la mayor adherencia terapéutica con 73.8%”. “*Entre los motivos más frecuentes de no adherencia al tratamiento se encontraron olvidar las dosis (40%) y sentirse bien (38.2%)*”. Conclusiones: *La adherencia a la terapéutica de los pacientes hipertensos mayores de 60 años es baja*”.⁶

Barrera M, Falcón M. En el año 2015 realizaron una investigación cuali-cuantitativa, descriptiva con el objetivo de determinar la **CALIDAD DE**

VIDA DE LOS PACIENTES CON HIPERTENSIÓN ARTERIAL QUE ACUDEN AL CENTRO DE SALUD N° 1 DE LA CIUDAD DE AZOGUES VENEZUELA. La muestra comprendió 120 personas. Resultados: “Existe una Calidad de vida buena según CHAL con el 59,17%; se determina que la Calidad de Vida está deteriorada. Conclusiones: Según el cuestionario CHAL tiene una buena calidad de vida.”⁷

Nolasco C, Navas L, Carmona C, López M, Santamaría R, Crespo R. En el año 2015 realizaron un estudio observacional, descriptivo y transversal con el objetivo de determinar el **ANÁLISIS DE LOS FACTORES ASOCIADOS A LA CALIDAD DE VIDA DEL PACIENTE HIPERTENSO ESPAÑA.** Se ha realizado en 33 pacientes hipertensos con una edad media de 73,24±5,55 años; 20 hombres (60,6%) y 13 mujeres (39,4%). Resultados: “Los valores de la CVRS fueron: Salud General 43.36±24.84, Función Física 58.18±32.71, Rol Físico 78.98±34.51, Rol Emocional 82.07±28.50, Función Social 81.81±33.67, Dolor Corporal 66.06±39.42, Vitalidad 63.83±33,80, Salud Mental 70.45±29.27. La Función Física, Salud General y Dolor Corporal fueron las dimensiones en las que puntuaron más bajo que la población de referencia”. “Respecto al grado de dependencia, el 45.45% eran independientes el 51.51% presentaban dependencia leve, y el 3.03% presentaban una dependencia grave”.⁸

Zurera I, Caballero M, Ruíz M. En el año 2014 realizaron un estudio fenomenológico realizado en el ámbito hospitalario con el objetivo de identificar el **ANÁLISIS DE LOS FACTORES QUE DETERMINAN LA ADHERENCIA TERAPÉUTICA DEL PACIENTE HIPERTENSO. HOSPITAL UNIVERSITARIO REINA SOFÍA DE CÓRDOBA. ESPAÑA.** La muestra fue de dieciocho pacientes con hipertensión arterial no controlada. Resultados: “Se hallaron tres categorías temáticas con las que dar respuesta al objetivo de estudio: Sensibilización acerca del riesgo cardiovascular al que están expuestos y conocimiento de la propia enfermedad, razonando los motivos que impulsan o retraen al paciente

hipertenso a adherirse al tratamiento y relación entre cumplimiento del tratamiento farmacológico y no farmacológico”.²

Sandoval J. En el año 2015 realizó una investigación de tipo descriptiva, transversal, correlacional con el objetivo de establecer la **PERCEPCIÓN DE LA CALIDAD DE VIDA, EL CONOCIMIENTO DE LA ENFERMEDAD Y LOS FACTORES DE RIESGO EN PACIENTES HIPERTENSOS. LIMA** Se tomó una muestra no probabilística de 110 pacientes, Los resultados indican que “existe relación directa entre la calidad de vida, el conocimiento de la enfermedad y los factores de riesgo en los pacientes hipertensos que asisten a consulta externa, de igual forma existe relación directa entre las dimensiones: amigos, vida familiar y hogar, medios de comunicación, religión y salud de la calidad de vida, y el conocimiento de la enfermedad”.⁹

Ríos M. En el año 2012 realizó un estudio cuantitativo, tipo descriptivo observacional, de diseño no experimental, de corte transversal con el objetivo de determinar el **NIVEL DE APLICACIÓN DEL AUTOCUIDADO Y CALIDAD DE VIDA DE PACIENTES CON HIPERTENSION ARTERIAL DEL “CIRCULO DE DIABETICOS E HIPERTENSOS” ICA**. La población que participó en el proceso de investigación estuvo conformada por un total de 50 pacientes Resultados: “Respecto a la calidad de vida de los pacientes hipertensos según sus dimensiones se obtuvo que en la dimensión salud física se encontró un 86% medianamente adecuado, seguido de un 7% como favorable y otro igual porcentaje de 7% como desfavorable. La edad y sexo es el condicionante socio demográfico con mayor peso en la calidad de vida”. Conclusión: El nivel de la calidad de vida: salud física, salud mental, recreación y educación y ambiente de los pacientes hipertensos del círculo de diabéticos e hipertensos es medianamente adecuado.¹⁰

Los antecedentes utilizados en el estudio, han servido como guía en la elaboración de la investigación, en vista de que existen estrategias que pueden ser aplicados en nuestro medio y no se realizan al 100%. De los estudios previos podemos obtener información valiosa respecto a la adherencia de las medidas preventivas y calidad de vida en la población hipertensa, quienes manifiestan no haber realizado el cumplimiento respecto a las medidas preventivas en las complicaciones. Igualmente, los estudios fueron útiles para guiar el aspecto metodológico, pues se logró utilizar instrumentos validados y utilizados a nivel internacional.

II.b. BASE TEÓRICA.

Hipertensión Arterial

“Es una patología crónica que consiste en el aumento de la presión arterial. Una de las características de esta enfermedad es que no presenta síntomas claros y que estos no se manifiestan durante mucho tiempo, es una enfermedad tratable”.

Síntomas

Existen síntomas inespecíficos, como las cefaleas, que favorecen a la detención puesto que pone en alerta al paciente que toma la decisión de asistir a un centro asistencial a que le tomen la presión.

“Es principalmente asintomática. Es más común identificar a un paciente con hipertensión cuando ya tenga complicaciones crónicas como insuficiencia cardíaca congestiva, hipertrofia de ventrículo izquierdo, nefropatía, trastornos visuales por retinopatía o problemas neurológicos por enfermedad cerebrovascular o disfunción eréctil”.

*“Pueden existir síntomas en casos de crisis hipertensiva como cefalea, mareos, visión borrosa o náuseas. Los trastornos cognitivos agudos se asocian a encefalopatía hipertensiva o accidentes cerebro vasculares”.*¹¹

ADHERENCIA A LAS MEDIDAS PREVENTIVAS DE HIPERTENSIÓN ARTERIAL

“Las actividades asistenciales de los profesionales de enfermería se centran principalmente en la prevención secundaria, en el control de las patologías crónicas. Enfermería participa activamente en todas las etapas de la enfermedad: prevención, detección, evaluación clínica, tratamiento y seguimiento”.

El reciente informe de la Organización Mundial de la Salud (OMS), “de los países desarrollados y las tasas de adherencia a los tratamientos en enfermedades crónicas se sitúan alrededor del 50%. Este valor es notablemente menor en los países que aún no alcanzan vías de desarrollo, y califica la falta de adherencia como un «problema mundial de gran magnitud”.¹²

Consecuencias clínicas y económicas del incumplimiento

“La falta de cumplimiento con el régimen terapéutico conlleva múltiples consecuencias, tanto clínicas como económicas, derivadas del incremento de la mortalidad o la morbilidad observado en los pacientes no cumplidores”.¹³

Las enfermedades crónicas como la diabetes o la hipertensión arterial son las que muestran superioridad en los índices de incumplimiento¹⁴ en referencia a las enfermedades crónicas.

Dimensiones de la adherencia a las medidas preventivas.

Hay varios aspectos del comportamiento y del estilo de vida personal que se asocian con una mayor probabilidad de ocurrencia de la hipertensión arterial:

Alimentación: Se debe realizar modificaciones en la dieta que ayudará a controlar la hipertensión arterial. “Estos cambios también pueden ayudar a

bajar de peso y disminuir su probabilidad de sufrir una cardiopatía y un accidente cerebrovascular”.

“Se debe comer alimentos que sean naturalmente bajos en grasa, como granos integrales, frutas y verduras”.

La dieta baja en sal es uno de los enfoques dietéticos para detener la hipertensión y ayuda a bajar la presión arterial.

“Esta dieta no sólo es rica en muchos nutrientes importantes y fibra, sino que también incluye alimentos que son ricos en potasio, calcio y magnesio, y más baja en sodio” (sal).

Las metas de la dieta DASH (Dietary Approaches to Stop Hypertension o en español Enfoques Alimentarios para detener la Hipertensión) **son:**

- *“Reducir el sodio a no más de 2,300 mg por día (consumir sólo 1,500 mg por día es un meta aún mejor)”.*
- *“Reducir la grasa saturada a no más del 6% y la grasa total a 27% de las calorías diarias. Los productos lácteos bajos en grasa parecen ser especialmente benéficos para bajar la presión arterial sistólica”.*
- *“Al escoger las grasas, seleccionar aceites monoinsaturados, como los aceites de oliva y canola”.*
- *“Preferir los granos integrales a los productos de harina blanca o pasta”.*
- *Escoger “frutas y verduras frescas todos los días. Muchos de estos alimentos son ricos en potasio, fibra o ambos”.*
- *Comer nueces, semillas o legumbres (frijoles o guisantes) diariamente.*

- *Escoger cantidades modestas de proteína (no más de 18% de las calorías diarias totales). El pescado, la carne de aves sin piel y los productos de soja (soya) son las mejores fuentes de proteína.*

“En la dieta DASH incluyen la reducción de los carbohidratos a 55% de las calorías diarias y el colesterol en la alimentación a 150 mg. Trate de obtener al menos 30 gramos de fibra diariamente”.¹⁵

Hábitos sociales: Debido a la propaganda existente en los medios sociales y que le causan daño a las personas cuando lo hacen en exceso.

Consumo de alcohol: Su consumo en la Hipertensión Arterial es objeto de discusión, sin embargo, numerosos estudios epidemiológicos serios han mostrado en forma consistente su asociación; más aún, muchos de ellos proponen la existencia de una relación dosis efecto, tal que a mayor consumo de alcohol mayor nivel de presión arterial. Se ha demostrado que tres o más tragos diarios elevan la presión arterial independientemente de la presencia o no de otros factores de riesgo.

Consumo de cigarrillos: Es uno de los problemas más serios porque el consumo es precursor en el desarrollo de las complicaciones de la enfermedad coronaria.

El tabaco y la hipertensión juntas pueden ocasionar la muerte. "Las personas que son diagnosticadas con hipertensión pueden ser tratadas y controladas a largo plazo, lo que mejora significativamente su probabilidad de tener vida larga, saludable y productiva", lo dice Ordúñez. P, en la cual "todos los actores tienen un papel en ayudar a prevenir esta enfermedad y también en controlarla. ¹⁶

Además de evitar el consumo de tabaco, la hipertensión también se previene comiendo con menos sal (en particular en los alimentos procesados), manteniendo una dieta balanceada y saludable, haciendo actividad física regularmente, y evitando el consumo nocivo de alcohol.

El Día Mundial de la Salud, se celebra cada 7 de abril, está dedicado a los riesgos de la hipertensión. La OPS/OMS hace un llamado a que las personas conozcan sus valores de presión arterial para tal sentido, tomar medidas que ayuden a prevenir y controlar la hipertensión.

Sedentarismo: El individuo sedentario asimila más calorías de las que gasta, lo que produce un desequilibrio energético. Además, se ha comprobado que las personas sedentarias ingieren más cantidad de alimentos que quienes son activos físicamente. La actividad física ligera que realiza el sedentario dentro de su rutina diaria no se considera ejercicio regular y no produce los efectos esperados.

Estrés: *“El estrés crónico y la continua tensión, típicos componentes de la vida del mundo occidental, pueden ser otros factores de riesgo en la aparición de la hipertensión arterial”.*

Por la tendencia creciente al individualismo y a un ambiente impersonal se ha perdido el soporte emotivo que ofrece la colectividad la cual permitía discutir, compartir, realizar actividades recreativas y disipar las consecuencias negativas del estrés y de las tensiones emocionales.

Tratamiento farmacológico: *“En caso que los cambios de los hábitos de vida no funcionen, hoy en día existen tratamientos farmacológicos que son muy útiles para controlar la presión arterial. Inicialmente estos tratamientos comienzan con un solo fármaco. No obstante, en algunos casos esta medida no es suficiente y necesitan combinar con dos o tres medicinas para controlar la presión arterial”.*

Es necesario que los pacientes sean constantes con los tratamientos. *“El 90 por ciento de los pacientes diagnosticados de hipertensión no lleva a cabo las recomendaciones de los especialistas en materia de higiene o dieta y el 50 por ciento no sigue los tratamientos que tienen prescritos”.*

Esto se debe a que la patología es diagnosticada hace muchos años y los pacientes tienden a relajarse con las instrucciones que le son dadas por el médico.

La frecuencia de las consultas médicas y de los controles de enfermería debe adaptarse al tipo de tratamiento administrado y a las condiciones del paciente; al iniciar el tratamiento se recomienda que sea mayor, para identificar así cualquier efecto secundario de los medicamentos o del cambio de la terapéutica. En cada control del paciente con hipertensión arterial o de personas con riesgo deben realizarse las siguientes actividades: Anamnesis. Examen físico, educación y motivación.

Las personas hipertensas que sean adultos mayores, adultos menores de treinta años, niños o que tengan cualquier complicación deben controlarse más frecuentemente, lo mismo que aquellos individuos que no estabilicen sus cifras de presión arterial. Por último, se debe evitar siempre la brevedad en la consulta y la comunicación deficiente con la persona hipertensa o con riesgo de serlo, para lograrlo es útil mantener una comunicación permanente con la enfermera y los demás miembros del equipo de salud.

Tipos de tratamientos farmacológicos

Depende del nivel de riesgo cardiovascular según la evaluación integral del paciente.

Los grupos de medicamentos antihipertensivos probadamente eficaces y aceptados de primera elección en monoterapia corresponden a: inhibidores de enzima convertidora de angiotensina II, bloqueadores de los receptores de angiotensina II, bloqueadores, bloqueadores de los canales de calcio y diuréticos tipo tiazidas. En personas mayores de 60 años, se prefiere no utilizar los (3-bloqueadores como primera elección.

El inicio de monoterapia se utiliza en el primer nivel de atención con uno de los agentes antihipertensivos para lo cual se recomienda iniciar con:

“Enalapril, dos veces al día (10 a 20 mg por día)”, o

Losartán, dos veces al día (50 a 100 mg por día), o

Hidroclorotiazida, una vez al día (12.5 a 25 mg por día), o

Amlodipino, una vez al día (5 a 10 mg por día).

Terapia farmacológica combinada.

“El inicio de terapia combinada podrá realizarlo el médico del primer nivel de atención. Cuando se inicie terapia combinada debe considerarse que el paciente sea referido al siguiente nivel para evaluación del médico especialista”.¹¹

Control del peso corporal: La reducción del peso corporal ha demostrado ser una valiosa medida en la prevención primaria del riesgo de presentar Hipertensión Arterial desde edades tempranas de la vida, ya que si se disminuyen los valores de presión arterial elevados se previene la aparición de trastornos cardiovasculares.

Para obtener éxito en los planes de reducción de peso es importante que el individuo obeso reciba la atención de un equipo de salud que lo eduque a él y a su familia sobre las medidas más apropiadas para obtener buenos resultados; la asesoría sanitaria debe complementarse con material impreso, sesiones de degustación de comidas, clases de preparación de alimentos, instrucciones para ir de compras y evaluación de la comprensión de cada paciente. Además el paciente debe recibir apoyo y participar en terapia de grupo que estimule la fuerza de voluntad y que desempeñe una función esencial para la permanencia satisfactoria en el plan de reducción.

Ejercicio físico: Se ha comprobado que es un factor imponente tanto en la prevención de la hipertensión arterial y de las alteraciones cardiovasculares el mejoramiento de la calidad de vida. El ejercicio físico practicado regularmente y de acuerdo con las condiciones de cada

individuo debe considerarse como un elemento indispensable en la consecución de hábitos de vida apropiados y también como un factor de control de los riesgos de hipertensión arterial y de sus complicaciones. Si, el ejercicio físico se practica con una duración, frecuencia e intensidad regular puede producir en el organismo los siguientes beneficios: disminución de la frecuencia cardiaca; aumento de la eficiencia del trabajo del músculo cardiaco; mejoramiento de la distribución del flujo periférico; aumento del retorno venoso; disminución de la adherencia plaquetaria; fortalecimiento de los músculos de la respiración y, en general, de todos los músculos del organismo; creación de hábitos de vida apropiados; disminución de las cifras de LDL, triglicéridos y colesterol; aumento de las HDL; disminución de la obesidad y del riesgo de arterioesclerosis; reducción de la intolerancia a la glucosa; aumento de la sensibilidad de la célula muscular a la insulina; mejoramiento de la autoimagen corporal; producción de bienestar; rebajamiento de la sobrecarga emocional asociada al estrés y alivio de las tensiones; aminoración del cansancio físico; y formación disciplinaria de los niños y jóvenes.

El control de la dieta y el peso corporal, y la implementación de un programa de ejercicios físicos es uno de los tópicos más comunes en las pautas para el control de la Hipertensión Arterial, por ello es importante que la persona entienda que el control de ciertas conductas mejora su calidad de vida presente y futura y disminuye el deterioro y la incapacidad frecuentes en las personas con hipertensión arterial.¹⁷

Estrategias para promover el cumplimiento terapéutico.

Técnicas: Normalmente dirigidas a que se haga más fácil “el régimen de prescripción reduciendo el número de dosis diarias con la utilización de formulaciones de liberación controlada o reduciendo el número de fármacos diferentes utilizando, por ejemplo, fármacos en combinación a dosis fijas”.¹⁸

Dirigidas al profesional sanitario. A través de la comunicación y enseñanza basadas en el papel docente del profesional de enfermería¹⁹

Educación para la salud para el paciente hipertenso

La función específica de estos profesionales es tratar de motivar la actitud del paciente mediante la educación sanitaria y establecer las etapas de cambio en que se encuentran. El primer paso para conseguir estos objetivos es que el paciente confíe en todo el equipo de salud. Para ello, es primordial que conozca la función de la consulta de enfermería, el funcionamiento de los servicios sanitarios y la coordinación con la consulta médica.

Por ello, es necesario crear un clima de confianza para el paciente que le permita la libre expresión de sus sentimientos y dudas, donde iniciaremos las actividades educativas a partir de las necesidades del paciente.

El profesional de enfermería realiza una importante labor de educación sanitaria con el paciente, brindando información en términos sencillos y claros sobre su proceso, los factores que intervienen en su salud y la importancia que tiene el control, aportando medidas para prevenir, mejorar o disminuir el riesgo cardiovascular.

Además, el personal de enfermería ha de tener un rol fundamental en las actividades de educación para la salud de carácter grupal, como son los talleres de manejo del estrés y relajación, en dejar el hábito del tabaco, la alimentación y nutrición, el ejercicio (promoción de la actividad física en adultos y mayores) y la prevención del riesgo cardiovascular.²⁰

Funciones específica del profesional de enfermería en el nivel de atención primaria.

El cumplimiento de estas funciones no requiere de especialistas para la prestación habitual de la atención primaria de salud.

Sus funciones comprenden

- Medir la presión arterial y reconocer la hipertensión arterial

- Enviar a servicios de especialización cuando necesiten un diagnóstico diferencial de hipertensión secundaria.
- “Realizar actividades orientadas a mejorar la aptitud de los pacientes para que sigan las indicaciones terapéuticas y la observación ulterior.
- Educar a los pacientes y participar en las actividades educativas dirigidas a la comunidad”.
- Participar en la capacitación en servicio del personal técnico.
- Registrar las actividades realizadas
- Informar periódicamente al nivel superior sobre los avances de la estrategia.
- Detectar nuevos casos de hipertensión en la población general.
- Participar en investigaciones sobre hipertensión especialmente aquellas que contribuyan al mejoramiento de la atención primaria.²¹

CALIDAD DE VIDA

Según la OMS, *“es la percepción que un individuo tiene de su lugar en la existencia, teniendo en cuenta la situación en que vive con sus objetivos, y sus inquietudes. Está influenciado por la salud física de la persona, su estado psicológico, su nivel de independencia, sus relaciones sociales, así como su relación con los elementos esenciales de su entorno”*.²²

La medición de la calidad de vida busca que el tratamiento se enfoque más en el paciente que en la enfermedad.²³

La evaluación de la calidad de vida en un paciente representa el impacto que una enfermedad y su tratamiento tienen sobre la percepción del paciente de su bienestar.²⁴

Es definida como la medida en que se modifica el valor asignado a la duración de la vida en función de la percepción de limitaciones físicas, psicológicas, sociales y de disminución de oportunidades a causa de la enfermedad, sus secuelas, el tratamiento y/o las políticas de salud.

Las personas deben conocer su estado de bienestar físico, psíquico, social y espiritual que va depender en gran parte de sus propios valores y creencias, su contexto cultural e historia personal.

Hay muchas evidencias que confirma que a medida que progresa la enfermedad el paciente se va acostumbrando a ella por lo que se puede encontrar a pacientes con algunas limitaciones físicas y que perciban que su calidad de vida es buena. ²⁵

A. Bienestar físico: Es cuando la persona siente que ninguno de sus órganos o función está menoscabados; el cuerpo funciona eficientemente si hay una capacidad física apropiada para responder ante diversos desafíos de la vida de cada uno.

La manera en que se trata al cuerpo y cómo se percibe físicamente afecta todo lo que se hace, debido a que el cuerpo es el motor que ayuda a desempeñar las labores diarias.²⁶

Ayuda para realizar las actividades de la vida diaria: La capacidad para valerse por sí mismo se define como la facultad presente en una persona, para realizar sus actividades, sin necesidad de ser supervisado, es decir, que tiene la capacidad para desempeñar roles básicos e instrumentales según su capacidad.

Energía física en su vida diaria: Descrito generalmente por los pacientes como una falta de fuerza o desaliento para realizar tareas que requieren esfuerzo físico o mental.

B. Bienestar emocional

Según la OMS “es un estado de ánimo en el cual la persona se da cuenta de sus propias actitudes, puede afrontar las presiones de la vida, puede trabajar productiva y fructíferamente y es capaz de hacer una contribución a la comunidad”. Significa no estar afectado por una enfermedad

depresiva, un trastorno de ansiedad; pero además el bienestar emocional implica sentirse bien con uno mismo y con los demás.

La buena salud emocional de una persona se pone de manifiesto por la capacidad de no dejarse atrapar por los estados de ánimos negativos ni dejarse dominar por las preocupaciones. Si una persona posee serenidad mental, proyectará este bienestar también a nivel corporal, ya que un menor estrés y una mejor calidad de descanso proporcionarían evidentes beneficios para la salud en general.

Sentido de la vida: Se ha considerado como un factor importante para la vida de las personas y para el afrontamiento de situaciones estresantes, la enfermedad, el sufrimiento y la muerte desde perspectivas teóricas de tipo existencial y cognitivo.

Cambios en el estado de ánimo: “Es una actitud o disposición emocional en un momento determinado. No es una situación emocional transitoria. Es un estado, una forma de permanecer, de estar, cuya duración es prolongada”.²⁷

El saber que le ha diagnosticado con hipertensión arterial, puede causar alteraciones en el cuerpo, el estado de ánimo y hasta afectar las relaciones o dinámica familiar y amistades.

Además, debido a que puede sentirse cansado/a, desmotivado/a y estresado/a, también puede afectar el desempeño en el trabajo o en otras actividades que antes realizaba con energía y entusiasmo.

Intranquilo por su estado de salud:

Cuando el paciente se siente intranquilo y estresado puede causar una elevación aguda de la tensión arterial y puede ser determinante de la hipertensión arterial, por lo que sería conveniente orientar al paciente respecto a técnicas de relajación o del manejo del estrés con un efecto favorable en la prevención y el control de la hipertensión arterial.²⁸

Fortaleza para afrontar las adversidades:

Cuando una persona es diagnosticada con hipertensión arterial se niega y se resiste a creer que tiene la enfermedad, en esta etapa se siente incredulidad, inquietud, confusión, episodios de angustia, sensación de ahogo, llanto repentino o pensamientos fatalistas y catastróficos recurrentes, por lo que se debe tener confianza en sí mismo/a.²⁹

Muchas personas aprenden a controlar su hipertensión arterial y adquieren de la experiencia mayor madurez, fortaleza y amor propio.

C. Bienestar social

Es el “conjunto de indicadores que participan en la calidad de vida de las personas en una sociedad y que hacen que su existencia posea todos aquellos elementos que dan lugar a la satisfacción humana o social. Así mismo el bienestar social es una condición no observable directamente, sino que es a partir de formulaciones como se comprende y se puede comparar de un tiempo o espacio a otro”.³⁰

Se describe como "un proceso de interacción entre personas o grupos de personas, que a través del contacto sistemático establecen vínculos de amistad y de información, recibiendo apoyo material, emocional y afectivo en la solución de situaciones cotidianas en momentos de crisis”.

Relaciones Interpersonales: Juegan un papel fundamental en el desarrollo integral de la persona. A través de ellas, el individuo obtiene importantes refuerzos sociales del entorno inmediato que favorecen su adaptación al mismo. En contrapartida, la carencia de estas habilidades puede provocar rechazo, aislamiento y, en definitiva, limitar la calidad de vida.³¹

Todas las personas establecen numerosas relaciones a lo largo de su vida, como las que se dan con los padres e hijos, con amistades o con compañeros(as) de trabajo y estudio. A través de ellas, se intercambian formas de sentir y de ver la vida; también se comparte necesidades, intereses y afectos.

Las relaciones del paciente crónico con sus redes sociales se ven afectadas. Esta tiende, en ocasiones, a evitar los contactos o a descargar su angustia con las personas que intentan ayudarlo, lo cual produce efectos negativos.

Apoyo del entorno: Este es el conjunto de circunstancias y condiciones laborales, familiares, educativas o económicas que rodean a toda persona. Es decir, es la cultura en la que ese hombre o mujer ha crecido y se ha educado. Este entorno supone que el contexto puede ser material o simbólico (el entorno social, el entorno económico u otro).

La red social a la que pertenece el hipertenso tiene la función de incentivar actitudes personales que se asocian positivamente en el monitoreo de la salud, como el compartir informaciones, auxilio en momentos de crisis y cuidados con la salud en general, incluyendo cuidados con dieta, ejercicios físicos, sueño y adherencia al régimen terapéutico. La presencia de la familia junto al paciente es capaz de transmitirle tranquilidad, fuerza y coraje, que lo hace sentirse seguro y amparado en la convivencia con la enfermedad.³²

Situación económica: Hace referencia al patrimonio de la persona, empresa o sociedad en su conjunto, es decir, a la cantidad de bienes y activos que posee y que les pertenecen.³³

Actividades recreativas: Son todas aquellas realizadas por el paciente y que desarrolla en el tiempo libre las cuales son elegidas por ellos y que le proporcionen placer y bienestar.³⁴ La actividad recreativa es saludable porque procura una manera grata y positiva de pasar el tiempo libre.

Es importante trabajar con los pacientes y paulatina en las actividades cotidianas, así como a aquellas actividades que le generaban placer previo a la aparición de la enfermedad. Por ejemplo, caminar, salir a los parques, centros comerciales, leer, escribir, pintar, realizar alguna manualidad, hacer yoga, compartir con amigos y familiares. Estas actividades deben adecuarse a los intereses de los pacientes, y a las capacidades funcionales y/o limitaciones que puedan presentar. En

relación al tiempo libre y ocio, es vital organizarse para mantener un ritmo de vida lo más normal posible dentro de las posibilidades de cada paciente. No se trata de forzarlo a realizar algo que no quiere, sino a mantener la mente activa y distraída.

Relación entre la calidad de vida y la Hipertensión Arterial.

Hay una importante relación en el efecto que causa la Hipertensión Arterial en la calidad de vida; específicamente porque es una enfermedad crónica y más aún si consideramos una hipertensión moderada sin síntomas y los cuales suelen aparecer como efecto secundario de la medicación; siendo más notorio cuando se trata de personas con enfermedades crónicas, sometidas a una serie de cambios de su régimen de vida, hábitos alimentarios y de conducta (tabaco, alcohol, ejercicio físico o cambios de actitudes sexuales), como sucede en el paciente hipertenso.³⁵

Estrategias para mejorar la calidad de vida del paciente hipertenso.

En el proceso de la enfermedad, la energía física dependerá en mayor proporción del tipo de vida que lleve el paciente y de las condiciones físicas y mentales que tenga para sobrellevar la enfermedad evitando el sedentarismo que aumenta con la edad. El aspecto física del paciente, va a depender de que tenga una alimentación balanceada y que se conserve en un buen estado física y psíquica que asegure una vida normalizada, evitando la ansiedad originada por las preocupaciones.³⁶

El descanso, la relajación y una serie de actividades lúdicas ayudan a estar activos y con la mente alerta previniendo el stress o ansiedad. Es primordial mantener una actitud positiva en la realización del trabajo diario para demostrar eficacia, seguridad y alegría apartando pensamientos y actitudes negativas en el día a día.

Teoría del Autocuidado de Dorothea Orem.

Aborda al individuo de manera integral en función de situar los cuidados básicos como el centro de la ayuda al ser humano a vivir feliz durante más tiempo, mejorando su calidad de vida. Esta teoría de enfermería aporta la enseñanza de manejo de signos y síntomas al paciente crónico buscando conductas de independencia y bienestar.

La teoría propuesta explica sobre la situación de suplir o brindarle apoyo al individuo enfermo para que aprenda actuar y llevar a cabo por sí mismo acciones de autocuidado que le permita satisfacer sus necesidades y demandas de autocuidado cuando estos tienen la posibilidad de hacerlo, para poder contribuir a su salud, poder recuperarse de su enfermedad y afrontar las consecuencias de ellas.³⁷

De tal manera que le ayude a mantener su independencia durante el transcurso de la enfermedad; contribuyendo a que no se pueda deteriorar su calidad de vida a consecuencia de una enfermedad crónica, como la hipertensión arterial.

II.c. HIPÓTESIS:

II.d. HIPÓTESIS GLOBAL:

La adherencia a las medidas preventivas es inadecuada y la calidad de vida es mala en pacientes hipertensos de la Microred La Palma Ica abril 2017.

HIPÓTESIS DERIVADAS:

HD1: La adherencia a las medidas preventivas de hipertensión arterial según dimensión alimentación, hábitos sociales nocivos y tratamiento farmacológico es inadecuada.

HD2: La calidad de vida en pacientes hipertensos según bienestar físico, emocional y social es mala.

II.d. VARIABLES:

V. 1. Adherencia a las medidas preventivas de hipertensión arterial.

V.2. Calidad de vida.

II.e. DEFINICIÓN OPERACIONAL DE TÉRMINOS:

- **ADHERENCIA:** Es el grado en el que la conducta de un paciente, en relación con la toma de medicación, el seguimiento de una dieta o la modificación de hábitos de vida, se corresponde con las recomendaciones acordadas con el profesional sanitario.
- **MEDIDAS PREVENTIVAS:** Implica el tomar las medidas precautorias necesarias y más adecuadas con la misión de contrarrestar un perjuicio o algún daño que pueda producirse.
- **HIPERTENSION ARTERIAL:** Es una patología crónica que consiste en el aumento de la presión arterial.
- **CALIDAD DE VIDA:** Es la percepción que un individuo tiene de su lugar en la existencia, en el contexto de la cultura y del sistema de valores en los que vive y en relación con sus objetivos, sus expectativas, sus normas, sus inquietudes.

CAPÍTULO III: METODOLOGÍA DE LA INVESTIGACIÓN

III.a. TIPO DE ESTUDIO:

La investigación será de enfoque cuantitativo porque los resultados serán expresados numéricamente en frecuencias y porcentajes, de alcance descriptivo porque se explicarán los hechos tal y como se presentan y de corte transversal ya que se recolectaron los datos en un determinado momento haciendo un corte en el tiempo.

III.b. ÁREA DE ESTUDIO:

La Micro red La Palma es un centro de salud sin internamiento con nivel de atención primaria; categoría I-3 el cual atiende las 24 horas del día; cuenta con consultorio de medicina general; obstetricia (2); consultorio de enfermería; farmacia; servicio de saneamiento ambiental; servicio de laboratorio; estadística; admisión; odontología; cuenta también con un ambiente de hospitalización; sala de parto. Se encuentra ubicado en Urbanización La Palma Grande S/n a la altura del kilómetro 313 de la Panamericana Sur. Tiene accesibilidad con el Hospital Regional y Socorro.

Limita por el Norte con Urbanización Los Maestros; por el Sur con Urbanización Santa Rosa del Palmar; por el este Urbanización San Isidro; por Oeste Ciudad Universitaria.

III.c. POBLACIÓN Y MUESTRA:

La población estuvo constituida por 65 pacientes con Hipertensión Arterial que son atendidos en la Microred La Palma y la muestra estuvo constituida por 48 pacientes según los siguientes criterios:

Criterios de inclusión:

Tener más de un año de diagnóstico de hipertensión arterial.

Estar dispuesto a colaborar con su participación en la investigación.

Criterios de exclusión:

Pacientes con trastornos psiquiátricos o con problemas físicos limitantes para participar en la investigación.

III.d. TÉCNICAS E INSTRUMENTOS DE RECOLECCIÓN DE DATOS:

La técnica que se utilizó para la primera y segunda variable fue la encuesta.

Para medir la variable Adherencia a las medidas preventivas de Hipertensión Arterial se utilizó un cuestionario autoadministrado, que consta de 22 ítems con respuestas dicotómicas.

Para la segunda variable Calidad de vida se utilizó una encuesta con 14 preguntas, con 3 alternativas de respuestas, elaborada según los objetivos de la investigación la cual ha sido validada a través de juicio de expertos obteniéndose un valor de 0.031, por lo tanto se considera válido.

III.e. DISEÑO DE RECOLECCIÓN DE DATOS:

El proceso de recolección de datos se inició de la siguiente manera: El permiso se gestionó a través de una solicitud dirigida al Jefe de la Microred La Palma, luego de la autorización respectiva se procedió a la aplicación del instrumento en los pacientes hipertensos, se realizó teniendo en cuenta las consideraciones éticas de la beneficencia, no maleficencia, privacidad, confidencialidad, autonomía y justicia.

III.f. PROCESAMIENTO Y ANÁLISIS DE RESULTADOS:

Una vez recolectada la información, se procedió al procesamiento de los datos en forma manual y electrónica, se usó los programas informáticos Excel y Microsoft Word, codificando los resultados tanto para los datos generales y ambas variables de estudio. Realizando una tabla matriz para luego obtener las tablas de frecuencia y porcentajes, y construir los gráficos correspondientes.

El análisis de los datos se hizo de acuerdo a los objetivos estipulados en el estudio mediante la estadística descriptiva, diseñándose tablas y gráficos de frecuencia y medidas de resumen para la presentación de resultados, la valoración que se le asignó a la variable adherencia a las medidas preventivas y sus respectivas dimensiones es la siguiente:

Dimensión alimentación:

Adecuadas (11-14 pts.)

Inadecuadas (7-10 pts.)

Dimensión hábitos sociales nocivos:

Adecuadas (5-6 pts.)

Inadecuadas (3-4 pts.)

Dimensión tratamiento farmacológico:

Adecuadas (11-14 pts.)

Inadecuadas (7-10 pts.)

Dimensión actividad física:

Adecuadas (8-10 pts.)

Inadecuadas (5-7 pts.)

Global:

Adecuadas (34-44 pts.)

Inadecuadas (22-33 pts.)

Para la segunda variable calidad de vida, se tomó en cuenta las sumatorias por dimensiones y de manera global para luego establecer los valores de cada una utilizando la escala de Stanones (Ver anexo 6) la cual utiliza el promedio y desviación estándar por dimensiones y de manera global.

CAPÍTULO IV: ANÁLISIS DE LOS RESULTADOS

IV.a. RESULTADOS:

TABLA 1

DATOS GENERALES DE LOS PACIENTES HIPERTENSOS DE LA MICRORED LA PALMA ICA ABRIL 2017.

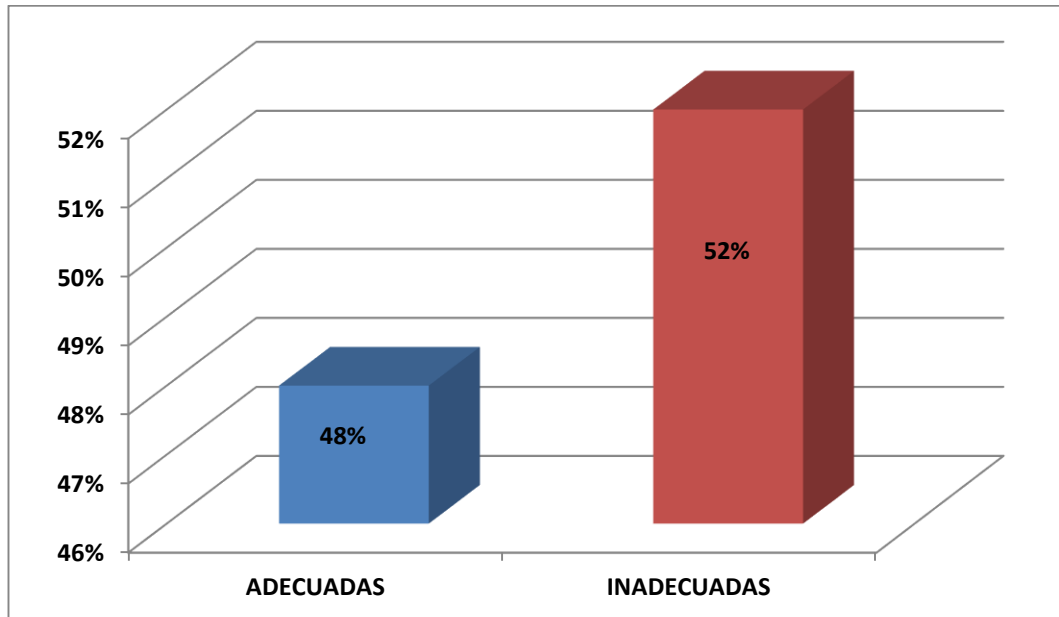
DATOS GENERALES	Fr	%
GENERO		
Masculino	19	40
Femenino	29	60
EDAD		
Menor de 40 años	4	8
De 41 a 60 años	18	38
De 61 años a mas	26	54
ESTADO CIVIL		
Soltero(a)	5	10
Casado(a)	30	63
Conviviente	10	21
Viudo(a)	3	6
GRADO DE INSTRUCCIÓN		
Primaria	5	10
Secundaria	19	40
Superior	24	50
OCUPACIÓN		
Trabajador independiente	8	17
Empleado publico	14	29
Eventual	10	21
Su casa	16	33
CON QUIEN VIVE		
Conyugue	25	52

Hijos	18	38
Otros familiares	5	10
COMPLICACIONES		
Arritmia grave	8	17
Embolia cerebral	4	8
Problemas en los riñones	10	21
Problemas en los ojos	26	54
TIEMPO DX DE ENFERMEDAD		
Menor de 1 año	10	21
1-3 años	14	29
Más de 3 años	24	50
QUIEN LE APOYA EN SU ENFERMEDAD		
Padres	8	17
Cónyuge	24	50
Hijos	16	33
TOTAL	48	100

Según datos generales de los pacientes hipertensos el 60%(29) es de sexo femenino, 54%(26) presentan edades de 61 años a mas, en cuanto al estado civil el 63%(30) son casados, en cuanto al grado de instrucción el 64%(24) tienen estudios superiores, el 33%(16) se dedica a su casa , el 52%(35) vive con su conyugue, el 54%(26) presentan problemas en los ojos, el 50%(24) tienen más de 3 años del diagnóstico de su enfermedad y el 50%(24) es apoyado por su cónyuge en su enfermedad.

GRÁFICO 1

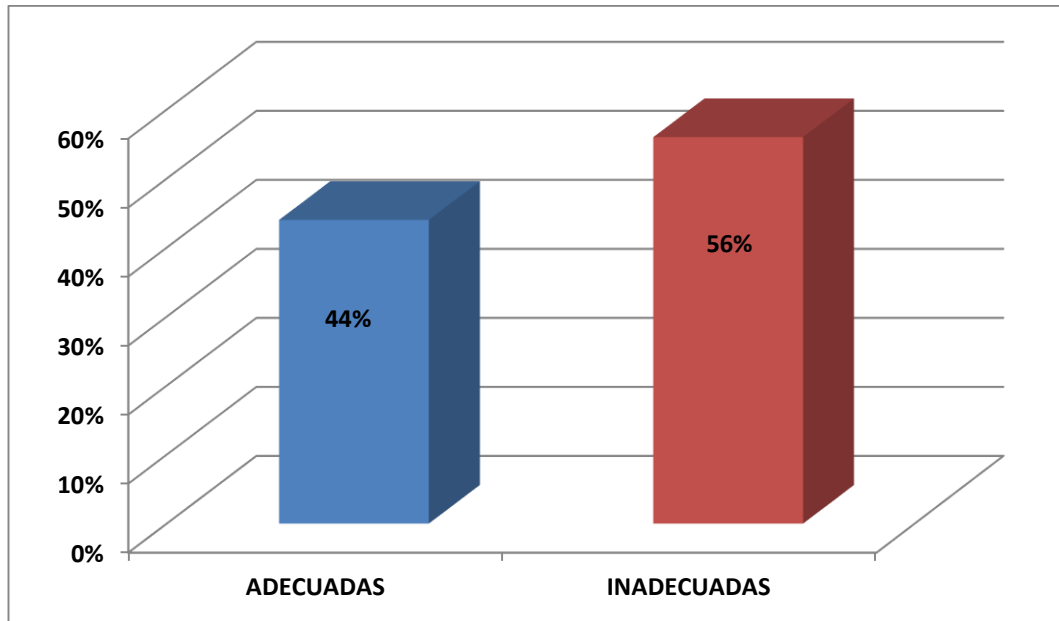
ADHERENCIA A LAS MEDIDAS PREVENTIVAS SEGÚN DIMENSIÓN ALIMENTACIÓN EN PACIENTES HIPERTENSOS DE LA MICRORED LA PALMA ICA ABRIL 2017.



Del 100%(48) de los pacientes la adherencia a las medidas preventivas según dimensión alimentación el 52%(25) son inadecuadas y el 48%(23) son adecuadas según resultados obtenidos.

GRÁFICO 2

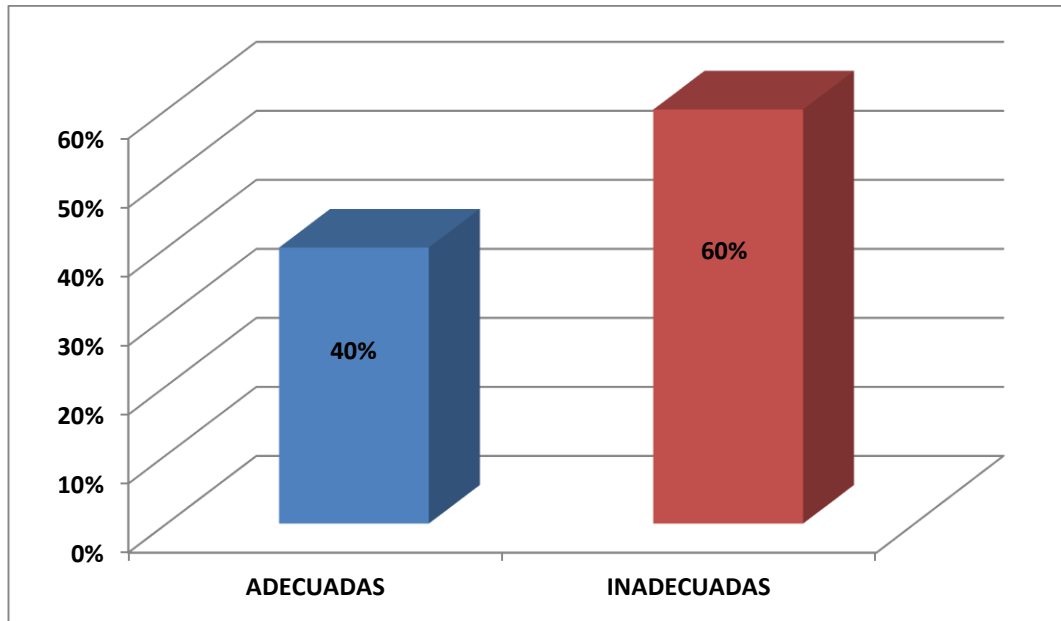
ADHERENCIA A LAS MEDIDAS PREVENTIVAS SEGÚN DIMENSIÓN HÁBITOS SOCIALES NOCIVOS EN PACIENTES HIPERTENSOS DE LA MICRORED LA PALMA ICA ABRIL 2017.



Respecto a la adherencia a las medidas preventivas según dimensión hábitos sociales nocivos de los pacientes hipertensos, el 56%(27) son inadecuadas y el 44%(21) adecuadas respectivamente.

GRÁFICO 3

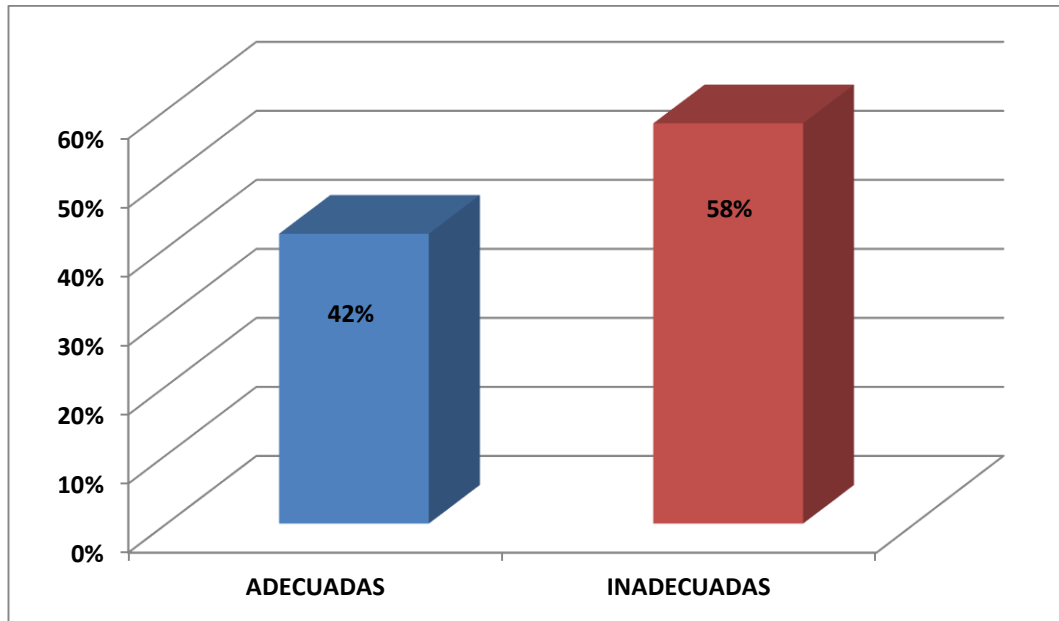
ADHERENCIA A LAS MEDIDAS PREVENTIVAS SEGÚN DIMENSIÓN TRATAMIENTO FARMACOLÓGICO EN PACIENTES HIPERTENSOS DE LA MICRORED LA PALMA ICA ABRIL 2017.



La adherencia a las medidas preventivas según dimensión tratamiento farmacológico de los pacientes hipertensos son inadecuadas en 60%(29) y adecuadas en 40%(19) según los resultados obtenidos.

GRÁFICO 4

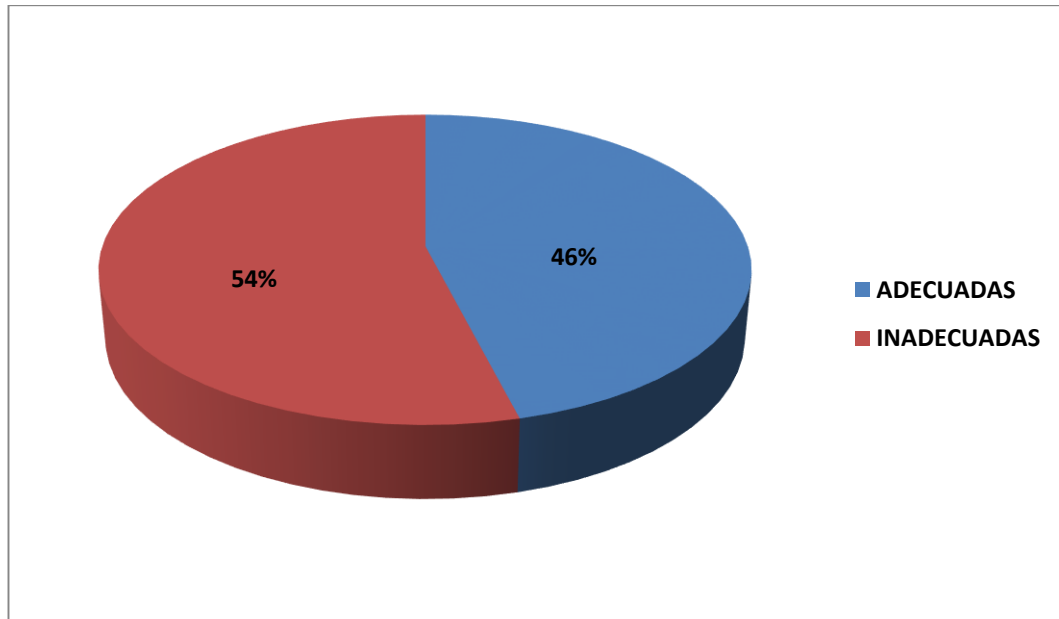
ADHERENCIA A LAS MEDIDAS PREVENTIVAS SEGÚN DIMENSIÓN ACTIVIDAD FÍSICA EN PACIENTES HIPERTENSOS DE LA MICRORED LA PALMA ICA ABRIL 2017.



La adherencia a las medidas preventivas según dimensión actividad física de los pacientes hipertensos, son inadecuadas en 58%(28) y adecuadas en 42%(20).

GRÁFICO 5

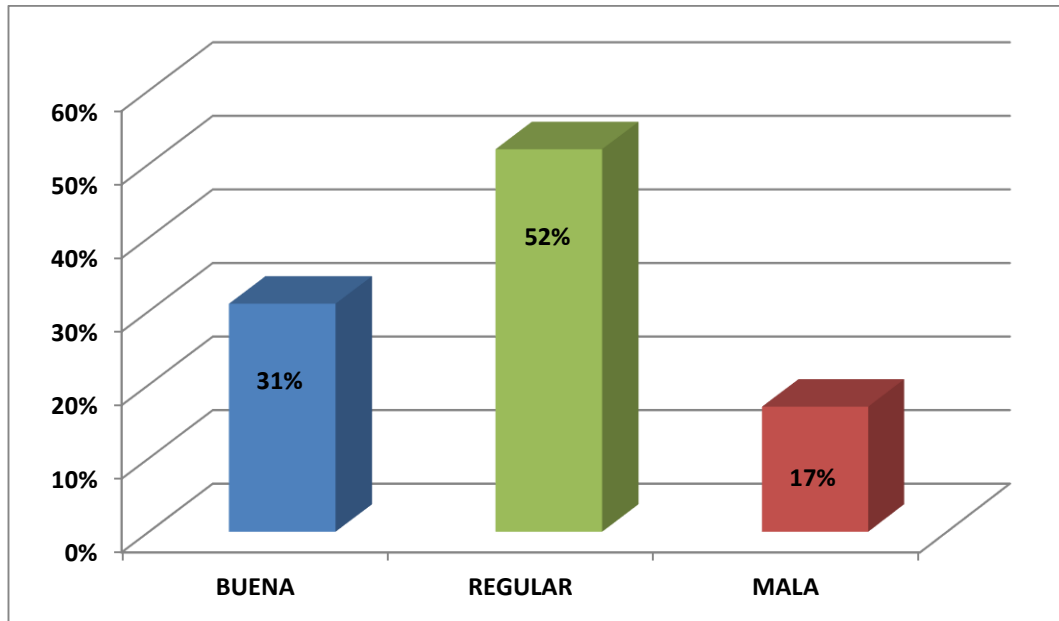
ADHERENCIA GLOBAL A LAS MEDIDAS PREVENTIVAS EN PACIENTES HIPERTENSOS DE LA MICRORED LA PALMA ICA ABRIL 2017.



La adherencia global a las medidas preventivas de los pacientes hipertensos fueron inadecuadas en 54%(26) y adecuadas en 46%(22) según resultados.

GRÁFICO 6

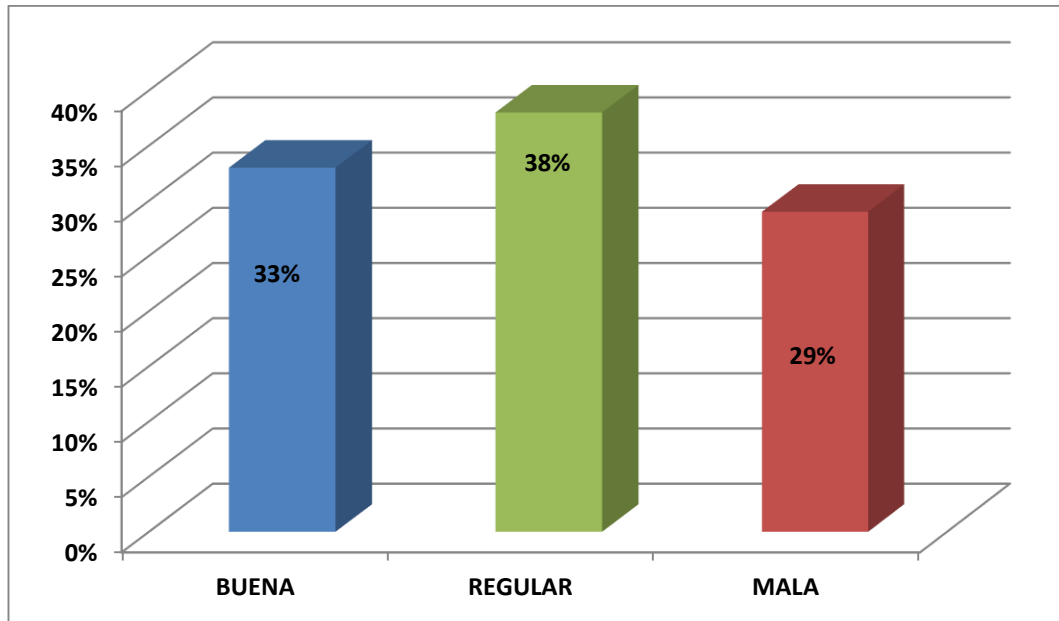
CALIDAD DE VIDA SEGÚN DIMENSIÓN BIENESTAR FÍSICO EN PACIENTES HIPERTENSOS DE LA MICRORED LA PALMA ICA ABRIL 2017.



La calidad de vida según dimensión bienestar físico de los pacientes hipertensos es regular en 52%(25), buena en 31%(15) y finalmente es mala en 17%(8) según resultados.

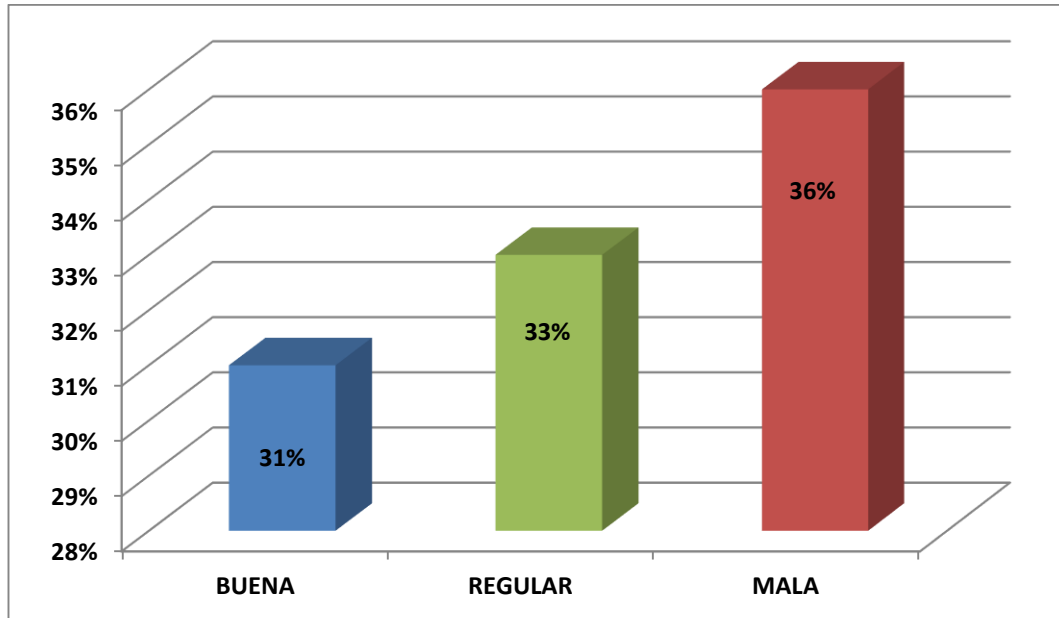
GRÁFICO 7

CALIDAD DE VIDA SEGÚN DIMENSIÓN BIENESTAR EMOCIONAL EN PACIENTES HIPERTENSOS DE LA MICRORED LA PALMA ICA ABRIL 2017.



La calidad de vida según dimensión bienestar emocional de los pacientes hipertensos es regular en 38%(18), buena en 33%(16) y finalmente es mala en 29%(14) según resultados.

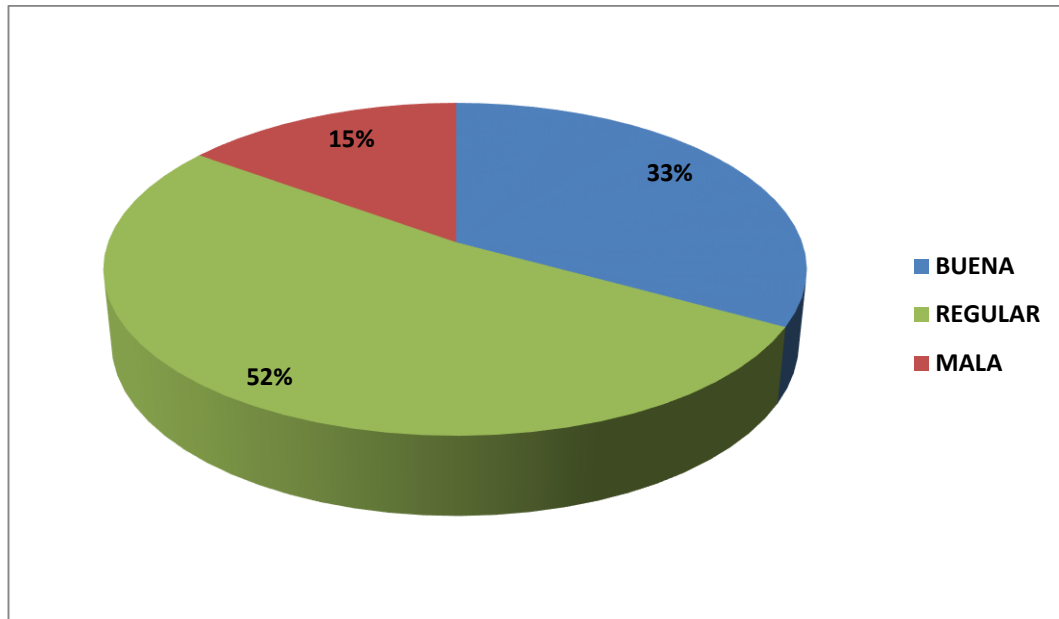
GRÁFICO 8
CALIDAD DE VIDA SEGÚN DIMENSIÓN BIENESTAR SOCIAL
EN PACIENTES HIPERTENSOS DE LA
MICRORED LA PALMA ICA
ABRIL 2017.



Según dimensión bienestar social la calidad de vida de los pacientes hipertensos es mala en 36%(17), regular en 33%(16) y buena en 31%(15) según resultados obtenidos.

GRÁFICO 9

CALIDAD DE VIDA GLOBAL EN PACIENTES HIPERTENSOS DE LA MICRORED LA PALMA ICA ABRIL 2017.



La calidad de vida global de los pacientes hipertensos según resultados fue regular en 52%(25), buena en 33%(16) y finalmente mala en 15%(7).

IV.b. DISCUSIÓN

Tabla 1: El 60% de los pacientes hipertensos es de sexo femenino, 54% tienen de 61 años a más, el 63% son casados y 64% tienen estudios superiores, el 33% se dedica a su casa, un 52% vive con su cónyuge, el 54% presentan problemas en los ojos, el 50% tienen más de 3 años del diagnóstico de su enfermedad y el 50% es apoyado por su cónyuge en su enfermedad, resultados que guardan similitud respecto a la edad con Nolasco C, Navas L, Carmona C, López M, Santamaría R, Crespo R. ⁹ obtuvo resultados respecto a la edad media de $73,24 \pm 5,55$ años; pero contrarios respecto al sexo en el cual el 60,6% son varones y 39,4% son mujeres, así también en el estudio de Ríos M.¹⁰ concluye que la edad y sexo es el condicionante socio demográfico con mayor peso en la calidad de vida.

Como se observa en los resultados presentados los adultos mayores en su mayoría son los afectados por la Hipertensión Arterial, la población tiende a ser de mayor edad y es una de las causas por la que mueren anualmente millones de personas por ser un factor de riesgo cardiovascular y que puede ser modificable a través de la educación que se les brinde a los pacientes. Asimismo el hecho de que el 52% vivan con su pareja y tengan estudios superiores les brinda una gran fortaleza para que puedan modificar actitudes y comportamientos erróneos.

Gráfico 1: Del 100% de los pacientes en la adherencia a las medidas preventivas según dimensión alimentación el 52% son inadecuadas y el 48% presentan adherencia a las medidas preventivas adecuadas según resultados obtenidos.

La dieta hiposódica DASH¹⁶ baja en sal ha demostrado que ayuda a bajar la presión arterial, los resultados se ven al cabo de unas cuantas semanas, pues esta dieta es rica en nutrientes importantes y fibra, incluye asimismo alimentos que son más ricos en minerales y baja en sodio (sal).

Hay varios aspectos del comportamiento y del estilo de vida personal que se asocian con una mayor probabilidad de ocurrencia de la hipertensión arterial, en el cual se deben hacer cambios en la dieta como la manera de bajar la presión arterial, esto ayudará también a disminuir el peso y la probabilidad de sufrir una enfermedad coronaria y un accidente cerebrovascular.

Hay que aconsejar al paciente hipertenso que coman alimentos bajos en grasa en el cual se incluyan granos integrales, frutas y verduras, como profesionales de enfermería debemos involucrarnos en prevenir las complicaciones realizando actividades educativas en conjunto con el profesional de la Microrred La Palma que tiene a su cargo la Estrategia Sanitaria de enfermedades crónicas no trasmisibles.

Gráfico 2: Respecto a la adherencia a las medidas preventivas según dimensión hábitos nocivos de los pacientes hipertensos, en el 56% son inadecuadas y el 44% adecuadas.

El consumo de alcohol y cigarrillos ¹⁷ está desaconsejado en el paciente hipertenso tal es así que a mayor consumo de alcohol mayor nivel de presión arterial, pues se ha demostrado que tres o más tragos diarios elevan la presión arterial independientemente de la presencia o no de otros factores de riesgo, asimismo el consumo de cigarrillos es fuente potencial en el desarrollo de las complicaciones de la hipertensión arterial, en especial la enfermedad coronaria.

Por lo que reforzar las conductas generadoras de conductas saludables es primordial en este tipo de pacientes, teniendo en cuenta que es un paciente crónico y que el consumo aunque sea en pequeñas cantidades es perjudicial para el control de la presión arterial.

Gráfico 3: La adherencia a las medidas preventivas según dimensión tratamiento farmacológico de los pacientes hipertensos es inadecuada en 60% y adecuada en 40%, resultados que son parecidos con Libertad M, Bayarre H, Corugedo M, Vento F, La Rosa Y, Orbay M.⁵ en el cual

predomina la adherencia al tratamiento farmacológico en aproximadamente el 50 % de los pacientes y López S, Chávez R.⁶ concluye que la adherencia al tratamiento fue de 58.3%.

Debido a los resultados que se obtienen el profesional de enfermería de la jurisdicción debería reformular las acciones para evitar que ocurra lo que se presenta en la investigación donde la adherencia es adecuada solo en el 40% de los pacientes hipertensos y no lleva las recomendaciones respecto a su tratamiento antihipertensivo quizá realizando los controles de enfermería y haciendo seguimiento a los pacientes crónicos que pertenecen a la Microrred se podría revertir tal situación a través de una comunicación permanente con el paciente y los demás miembros del equipo de salud.

Gráfico 4: La adherencia a las medidas preventivas según dimensión actividad física de los pacientes hipertensos, son inadecuadas en 58% y adecuadas en 42%, lo que se puede comparar con Ríos M.¹⁰ Respecto a la calidad de vida de los pacientes hipertensos según sus dimensiones se obtuvo que en la dimensión salud física se encontró un 86% medianamente adecuado, seguido de un 7% como favorable y otro igual porcentaje de 7% como desfavorable.

Una vez más los resultados no son alentadores debido a que la actividad física no es practicada regularmente lo cual es importante para mantener un peso adecuado y evitar los riesgos de hipertensión arterial y de sus complicaciones. Se debe reforzar en el paciente hipertenso que debe realizar actividad física como una razón poderosa para el control de la presión arterial haciéndole ver que esto mejorará su calidad de vida.

Gráfico 5: La adherencia global en las medidas preventivas de los pacientes hipertensos fue inadecuada en 54% y adecuada en 46%, hallazgos contrarios con el antecedente de López S, Chávez R.⁶ donde la adherencia al tratamiento fue de 58.3%. En la investigación de Zurera I, Caballero M, Ruíz M.² concluye que los motivos que impulsan o retraen al

paciente hipertenso a adherirse al tratamiento y la relación entre cumplimiento del tratamiento farmacológico y no farmacológico está en la sensibilización acerca del riesgo cardiovascular al que están expuestos y conocimiento de la propia enfermedad.”

Los resultados que se presentan son inadecuados en el 54%, debido a ello se debe concientizar a los pacientes hipertensos a que tomen conciencia sobre su enfermedad, por esta razón es indispensable que el profesional de enfermería forme parte activa en la prevención de complicaciones a través de su rol docente proporcionándole al paciente toda la información necesaria a las actividades de prevención así como su autocuidado que debe tener con su salud.

Gráfico 6: La calidad de vida según dimensión bienestar físico de los pacientes hipertensos es regular en 52%, buena en 31% y finalmente es mala en 17%. Lo que refleja resultados similares con Ríos M.¹¹ obtuvo que en la dimensión salud física un 86% de los pacientes crónicos presenta resultados de medianamente adecuado, seguido de un 7% como favorable y otro igual porcentaje de 7% como desfavorable; Nolasco C, Navas L, Carmona C, López M, Santamaría R, Crespo R. ⁹ La función física, obtuvo un puntuación baja que la población de referencia respecto a la calidad de vida.

El bienestar físico según los resultados de la aplicación del instrumento es regular en 52%, y está referido en mantener un estado físico óptimo, en el cual el paciente está consciente de su estado de salud que es regular, una vez más se enfrenta a un problema de salud crónico que implica modificaciones en su estilo de vida el cual requiere de controles médicos para modificar su bienestar físico y mejorar su calidad de vida.

Gráfico 7: La calidad de vida según dimensión bienestar emocional de los pacientes hipertensos es regular en 38%, buena en 33% y finalmente es mala en 29% obteniendo resultados parecidos con el antecedente de

Nolasco C, Navas L, Carmona C, López M, Santamaría R, Crespo R.⁹ Rol Emocional 82.07 ± 28.50 ,

El paciente hipertenso percibe su calidad de vida como regular en esta dimensión en 38%, debido a que muchas veces suele ser asintomático y tiene poca percepción sobre su enfermedad, esto puede explicar que el paciente perciba su calidad de vida como buena solo en el 33% de los pacientes crónicos, el impacto de tener la enfermedad cómo ha repercutido sobre sus actividades diarias y su grado de bienestar emocional.

Gráfico 8: Según dimensión bienestar social la calidad de vida de los pacientes hipertensos es mala en 36%, regular en 33% y buena en 31% según resultados obtenidos y que se pueden comparar con los obtenidos por Sandoval J.⁷ existe relación directa entre las dimensiones: amigos, vida familiar y hogar, de la calidad de vida y Nolasco C, Navas L, Carmona C, López M, Santamaría R, Crespo R.⁹ función social con 81.81 ± 33.67 .

Esto podría ser debido a que el paciente siente que no tiene todo el apoyo de la familia, en sus relaciones familiares y con otros miembros de la comunidad y que den lugar a no tener bienestar social. Esto podría interpretarse también que si el apoyo familiar fuera adecuado tendría influencia en su recuperación debido al apoyo material que podría ser positivo en momentos de crisis de la enfermedad.

Gráfico 9: La calidad de vida global de los pacientes hipertensos según resultados fue regular en 52%, buena en 33% y finalmente mala en 15%, resultados contrarios con Barrera M, Falcón M.⁸ en el concluye que existe una calidad de vida buena con el 59,17%, así también en la investigación de Sandoval J.⁹ Los resultados indican que “existe relación directa entre la calidad de vida, el conocimiento de la enfermedad y los factores de riesgo en los pacientes hipertensos.

La calidad de vida está influenciada por la salud física del paciente, su estado psicológico, su nivel de independencia, sus relaciones sociales, así como su relación con los elementos esenciales de su entorno, por ello es muy importante que el paciente tenga una actitud positiva y acepte su enfermedad para que de esta manera se pueda recuperar y pueda disfrutar de la vida sin sentirse enfermo mejorando así su calidad de vida.

CAPÍTULO V: CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES

V.a. CONCLUSIONES:

1. La adherencia a las medidas preventivas de Hipertensión Arterial según dimensión alimentación, hábitos sociales nocivos, tratamiento farmacológico y actividad física es inadecuada, por lo que se acepta la hipótesis derivada 1 de la investigación.
2. La calidad de vida en pacientes hipertensos de la Microred La Palma Ica abril 2017 según bienestar social es mala, aceptándose la hipótesis para esta dimensión y es regular en las dimensiones física y emocional rechazándose la hipótesis para estas dimensiones.

V. b. RECOMENDACIONES:

- 1.** Al Profesional de enfermería que apoye a los familiares del paciente hipertenso con la finalidad que tomen conciencia sobre la patología crónica; y apoyen a su familiar en el cumplimiento de su tratamiento teniendo en cuenta su alimentación, evitando los hábitos sociales nocivos, cumpliendo la terapia y realizando actividad física, priorizando el aspecto educativo como labor docente de la profesión que sirva como un aporte a la solución del problema de altos índices de morbimortalidad por enfermedades crónicas no transmisibles.
- 2.** A los profesionales de enfermería de la Microred La Palma, que realicen visitas domiciliarias periódicas a los pacientes hipertensos con la finalidad de mejorar el bienestar social a través de una mejor interacción del paciente con su familia o grupos de amigos estableciendo vínculos de amistad y de información favoreciendo su calidad de vida.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Murga N. Objetivo de tensión arterial. Importancia de la adherencia terapéutica. Diapositiva 11. Publicación junio 2016. [Fecha de acceso 18 de noviembre de 2016] URL disponible en:<https://es.slideshare.net/.../cmo-mejorar-la-adherencia-al-tratamiento-en-el-paciente-hi...>
2. Zurera-Delgado I, Caballero-Villarraso M, Ruíz-García M. Análisis de los factores que determinan la adherencia terapéutica del paciente hipertenso. Hospital universitario Reina Sofía de Córdoba. [Tesis licenciatura] España. 251 251 *Enferm Nefrol* 2014; Octubre-Diciembre; 17 (4): 251/260. [Fecha de acceso 20 de diciembre de 2016] URL disponible en: http://scielo.isciii.es/pdf/enfro/v17n4/03_original2.pdf.
3. Centro de información estadística y documental para el desarrollo. 17 de mayo día mundial de la hipertensión arterial. Oaxaca 2010-2016. [Fecha de acceso 18 de noviembre de 2016] Disponible en línea URL: http://www.ciedd.oaxaca.gob.mx/info/pdf/17mayo2014_dmhipertension.pdf
4. Ministerio de salud: uno de cada dos peruanos mayores de 40 años padece de hipertensión arterial: [Datos de internet] 2013, [Fecha de acceso 27 de noviembre de 2016] URL disponible en: http://www.minsa.gob.pe/portada/prensa/notas_auxiliar.asp?nota=12418
5. Libertad M, Bayarre H, Corugedo M, Ventó F, La Rosa Y, Orbay M. Adherencia al tratamiento en hipertensos atendidos en áreas de salud de tres provincias cubanas. La Habana. 2015. [Tesis licenciatura] *Revista Cubana de Salud Pública*. 2015; 41 (1): 33-45. [Fecha de acceso 18 de noviembre de 2016] URL disponible en: www.scielosp.org/pdf/rcsp/v41n1/spu04115.pdf
6. López S, Chávez R. Adherencia al tratamiento antihipertensivo en pacientes mayores de 60 años. [Tesis licenciatura] Cuba.2015

- Revista Habanera de Ciencias Médicas. [Fecha de acceso 18 de diciembre de 2016] Disponible en: versión On-line ISSN 1729-519X Rev haban cienc méd vol.15 no.1 La Habana ene.-feb. 2016
7. Barrera M, Falcón M. Calidad de vida de los pacientes con hipertensión arterial que acuden al centro de salud N° 1 de la ciudad de Azogues Venezuela. [Tesis licenciatura] 2015. [Fecha de acceso 10 de noviembre de 2016] URL disponible en: dspace.ucuenca.edu.ec/bitstream/123456789/23235/1/TESIS.pdf.
 8. Nolasco C, Navas L, Carmona C, López M, Santamaría R, Crespo R. Análisis de los factores asociados a la calidad de vida del paciente hipertensos. España [Tesis licenciatura] Enfermería Nefrológica versión impresa ISSN 2254-2884 Enferm Nefrol vol.18 no.4 Madrid oct. /dic. 2015. [Fecha de acceso 12 de diciembre de 2016] URL disponible en: <http://dx.doi.org/10.4321/S2254-28842015000400006>.
 9. Sandoval J. Percepción de la calidad de vida, el conocimiento de la enfermedad y los factores de riesgo en pacientes hipertensos. Lima [Tesis doctoral] 2015. [Fecha de acceso 20 de diciembre de 2016] URL disponible en: info:eu-repo/semantics/openAccess
 10. Ríos M. Nivel de aplicación del autocuidado y calidad de vida de pacientes con hipertensión arterial del “circulo de diabéticos e hipertensos” Ica-2012 [Tesis licenciatura] Biblioteca Universidad San Juan Bautista Filial Ica.
 11. Guía de práctica clínica para el diagnóstico, tratamiento y control de la enfermedad hipertensiva. RM No 031- 20 IS/rit [Fecha de acceso 20 de diciembre de 2016] (-ISA) <http://www.minsa.gob.pe/dgsp/documentos/Guias/RM031-2015-Minsa.pdf>
 12. Adherencia a terapias a largo plazo: evidencia para la acción Organización Mundial de la Salud, [En línea] 2003. [Fecha de acceso 20 de diciembre de 2016] Disponible en:

<https://cursos.campusvirtualsp.org/pluginfile.php/77887/mod.../2/adherencia.pdf>.

13. López San Román. Adherencia al tratamiento, adherencia al tratamiento o cumplimiento del tratamiento? *Rev Clin Esp*, 206 (2006), pp. 414 Medline.
14. Márquez E, Guillén G, Casado J, Martel M. De la Figuera J. La inercia clínica profesional y el incumplimiento farmacológico. . [Fecha de acceso 14 de enero de 2017] Disponible en: www.elsevier.es › Inicio › Hipertensión y Riesgo Vascular.
15. James P, Oparil S, Carter B, Cushman W, Dennison C, Handler J, et al. Lineamientos basados en la evidencia para el manejo de la presión arterial alta en adultos: informe de los miembros del Octavo Comité Nacional 2014 (JNC 8). *JAMA*. 2014 Feb 5; 311(5):507-20. PMID: 24352797. . [Fecha de acceso 14 de enero de 2017] URL disponible en: www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/24352797.
16. Ordúñez P., El consumo de tabaco y la hipertensión aumentan riesgo de muerte por enfermedad cardiovascular OPS/OMS. . [Fecha de acceso 19 de enero de 2017] Disponible en: http://www.paho.org/hq/index.php?option=com_content&view=article&id=8762%3A2013-el-consumo-tabacohipertension-aumentan-riesgo-muerte-enfermedadcardiovascular&catid=1443%3Aweb-bulletins&Itemid=135&lang=es de Google.
17. Ochoa O. Control de los factores de riesgo de hipertensión arterial. Facultad de Enfermería, Universidad de Antioquia. Apartado 1226 Medellín, Colombia. Investigación y Educación en Enfermería 11. . [Fecha de acceso 30 de enero de 2017] URL disponible en: www.webconsultas.com › ... › Nutrición y enfermedades › Nutrición e hipertensión
18. Mancia G, Bombelli M, Facchetti F, Madotto G, Corrao F. Riesgo a largo plazo de diabetes, hipertensión e hipertrofia ventricular izquierda asociada con el síndrome metabólico en una población general de hipertensos. 26 [2008], pp. 1602-1611. [Fecha de

acceso 9 de febrero de 2017] URL disponible en: <http://dx.doi.org/10.1097/HJH.0b013e328302f10d> Medline.

19. Frisoli T, Schmieder T. Grodzicki F. Más allá de la sal: modificaciones en el estilo de vida y la presión arterial. *Eur Heart J*, 32 (2011), pp. 3081-3087. [Fecha de acceso 16 de febrero de 2017] URL disponible en: <http://dx.doi.org/10.1093/eurheartj/ehr379> Medline
20. Pacheco D. Cuidados de Enfermería en Hipertensión Arterial. . [Fecha de acceso 20 de febrero de 2017] URL disponible en: <https://cuidadosdeenfermera.com/2011/08/06/cuidados-de-enfermeria-en-hipertension-arterial/>
21. Organización Panamericana de la Salud. La hipertensión arterial como problema de salud comunitaria. Serie PALTEX para ejecutores de programas de salud. . [Fecha de acceso 26 de febrero de 2017] Disponible en: <http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/173963/1/La%20hipertension%20arterial%20como%20problema%20de%20salud%20comunitario.pdf>. 21
22. Schwartzmann L. Calidad de vida relacionada con la salud: aspectos conceptuales Ciencia y enfermería. versión On-line ISSN 0717-9553 *Cienc. enferm.* v.9 n.2 Concepción dic. 2003. [Fecha de acceso 2 de marzo de 2017]. URL disponible en: <http://dx.doi.org/10.4067/S0717-95532003000200002>
23. Carr A, Higginson I. Calidad de vida centrado en el paciente. 2001; Jun 2. 322(7298):1357-60.
24. Patrick D, Erickson P. Política de Salud, Calidad de Vida: Evaluación del cuidado de la salud y asignación de recursos. Prensa de la Universidad de Oxford. New York. 1999
25. Leplège A, Hunt S. El problema de la calidad de vida en medicina, *Jama* (ed. esp.), vol. 7, Nº 1: 19-23.

- 26.** Velarde E. Evaluación de la calidad de vida. México 2002. Vol.44 Rev. Salud Pública. . [Fecha de acceso 7 de marzo de 2017] URL disponible en: www.scielosp.org/pdf/spm/v44n4/14023.pdf.
- 27.** Dolor físico. [Datos de internet], 2015. [Fecha de acceso 19 de marzo de 2017] URL disponible en: www.mdsau.de.com/es/2015/11/hipertension-arterial.html.
- 28.** Echenique J. Atención médica primaria del paciente hipertenso. [Base de datos], [Fecha de acceso 22 de marzo de 2017] Disponible en: <http://webcache.googleusercontent.com/search?q=cache:IBgTjMrH43oJ:www.monografias.com/trabajos15/paciente-hipertenso/paciente-hipertenso.shtml+&cd=2&hl=es&ct=clnk&gl=pe#ixzz4tXMAjoH8>
- 29.** Lo que necesita saber para vivir con hipertensión pulmonar. [Base de datos] 2016, [Fecha de acceso 22 de enero de 2017] Disponible en: <http://www.clevelandclinic.org/health/sHIC/doc/s6530.pdf>.
- 30.** Hipertensión Arterial. Guía para pacientes 2da. Edición. [Fecha de acceso 23 de marzo de 2017] URL disponible en: www.salud.gob.mx.
- 31.** Rifkin J. La civilización empática. Paidós, ISBN 978-84-493-2356-0, pág. 539 -en inglés pág. 548.
- 32.** Apoyo social: elemento clave en el afrontamiento de la enfermedad crónica. Disponible en: Enfermería Global versión On-line ISSN 1695-6141 Enferm. glob. no.16 Murcia jun. 2009.
- 33.** Urizzi F. Vivências de familiares de pacientes internados em terapia intensiva: o outro lado da internação. [dissertação]. Ribeirão Preto (SP): Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto/ USP; 2005.
- 34.** Hernández A. Acerca del ocio, del tiempo libre y de la animación sociocultural. Deportes.com; [revista en línea]. 2009. Revista Digital. Buenos Aires, Nº 23; [Fecha de acceso 24 de enero de

2017]. URL disponible en:
<http://www.efdeportes.com/efd23/ocio.html>.

- 35.** Deshotels A, Planchock N, Dech Z, Prevost S. Diferencias de género en la percepción de la calidad de vida en pacientes con rehabilitación cardiaca. *J Cardiopulm Rehabil* 1995; 15:143-148
- 36.** Oakley A. ¿Quién cuida de la salud? Relaciones sociales, género y salud pública. *J Epidemiol Comm Health* 1994;48:427-434.
- 37.** Marriner A, Raile M. Modelos y teorías en enfermería. 5ª ed. Madrid: El Sevier Science; 2003.

BIBLIOGRAFIA

- Leplège A, Hunt S. El problema de la calidad de vida en medicina, *Jama* (ed. esp.), vol. 7, N° 1: 19-23.
- Apoyo social: elemento clave en el afrontamiento de la enfermedad crónica. Disponible en: *Enfermería Global* versión On-line ISSN 1695-6141 *Enferm. glob.* no.16 Murcia jun. 2009.
- Carr A, Higginson I. Calidad de vida centrado en el paciente. 2001; Jun 2. 322(7298):1357-60.
- Frisoli T, Schmieder T, Grodzicki F. Más allá de la sal: modificaciones en el estilo de vida y la presión arterial. *Eur Heart J*, 32 2011, pp. 3081-3087
- Hernández M. La ansiedad. En M. Die Trill (Comp.), *Psico-oncología*. Madrid: ADES; 2003. pp. 337-346.
- Hipertensión Arterial. Guía para pacientes 2da. Edición URL disponible en: www.salud.gob.mx
- James P, Oparil S, Carter B, Cushman W, Dennison-Himmelfarb C, Handler J, et al. Lineamientos basados en la evidencia para el manejo de la presión arterial alta en adultos: informe de los miembros del Octavo Comité Nacional 2014 (JNC 8). *JAMA*. 2014 Feb 5; 311(5):507-20. PMID: 24352797
- López San Román Adherencia al tratamiento, adherencia al tratamiento o cumplimiento del tratamiento? *Rev Clin Esp*, 206 (2006), pp. 414 Medline.
- Marriner A, Raile M. *Modelos y teorías en enfermería*. 5ª ed. Madrid: El Sevier Science; 2003.
- Schwartzmann L. Calidad de vida relacionada con la salud: aspectos conceptuales *Ciencia y enfermería*. versión On-line ISSN 0717-9553 *Cienc. enferm.* v.9 n.2 Concepción dic. 2003
- Velarde E. Evaluación de la calidad de vida. México 2002. Vol.44 *Rev. Salud Pública*.

- Zurera I. Caballero M, Ruíz M. Análisis de los factores que determinan la adherencia terapéutica del paciente hipertenso. *Enfermería Nefrológica*; 2014; 17(4):251-260.

ANEXOS

	<p>fármacos y desperdicia recursos asistenciales.</p>		<p>Tratamiento farmacológico</p> <p>Actividad física</p>	<p>horario establecido.</p> <ul style="list-style-type: none"> ✚ Costearse los medicamentos. ✚ Apoyo de la familia ✚ Suspende tratamiento cuando mejoran síntomas ✚ Importancia de su tratamiento. ✚ Cumple el tratamiento sin supervisión de la familia. <ul style="list-style-type: none"> ▪ Usa bicicleta ▪ Camina ▪ Suele estar sentado o recostado ▪ Practica algún baile ▪ Controla su peso
--	---	--	--	--

			Bienestar social.	<ul style="list-style-type: none">➤ Satisfacción con las relaciones personales➤ Ayuda de los familiares.➤ Economía para cubrir necesidades.➤ Realización de actividades recreativas.
--	--	--	-------------------	---

ANEXO 2

INSTRUMENTO DE RECOLECCIÓN DE DATOS

Estimado Sr (a): Buenos días/ tardes soy Bachiller de la Universidad Privada San Juan Bautista y vengo a solicitarle su colaboración para el desarrollo de trabajo de investigación titulado: **Adherencia a las medidas preventivas y calidad de vida en pacientes hipertensos de la Microred La Palma Ica abril 2017.**

Se le agradece anticipadamente su colaboración ya que es muy importante conocer su respuesta teniendo en cuenta que el cuestionario es totalmente anónimo y confidencial por lo que se solicita su total veracidad en el desarrollo.

I. INSTRUCCIONES

Lea detenidamente y con atención las preguntas que a continuación se les presenta, tómese el tiempo que considere necesario y luego marque con un aspa (x) la respuesta que estime verdadera.

DATOS GENERALES

1. Género:

- a) Masculino
- b) Femenino

2. Edad:

- a) Menor de 40 años
- b) De 41 a 60 años
- c) De 61 años a más

3. Estado civil

- a) Soltero (a)
- b) Casado(a)
- c) Conviviente(a)
- d) Viudo (a)

4. Grado de Instrucción

- a) Primaria
- b) Secundaria
- c) Superior

5. Ocupación

- a) Trabajador independiente
- b) Empleado público
- c) Eventual
- d) Su casa

6. Con quien vive

- a) Cónyuge
- b) Hijos
- c) Otros familiares

7. Complicaciones

- a) Arritmia grave
- b) Embolia cerebral
- c) Problemas en los riñones
- d) Problemas en los ojos

8. Tiempo del diagnóstico de la enfermedad:

- a) Menor de 1 año
- b) 1- 3 años
- c) Más de 3 años

9. Quien le apoya en su enfermedad:

- a) Padres
- b) Cónyuge
- c) Hijos

CONTENIDO PROPIAMENTE DICHO: ADHERENCIA A LAS MEDIDAS PREVENTIVAS.

ALIMENTACIÓN

1. **¿Consume 1 ración de carne, pescado, huevos, queso u otras fuentes de proteínas al día alternando entre ellos?**
 - a) Si
 - b) No

2. **¿Consume 2 raciones de fruta al día?**
 - a) Si
 - b) No

3. **¿Consume 3 raciones de verduras al día, incluyendo al menos una ración de verduras crudas?**
 - a) Si
 - b) No

4. **¿Bebe de 1 a 2 litros de agua al día?**
 - a) Si
 - b) No

5. **¿Come salchichas, carne seca o embutidos no más de una vez a la semana?**
 - a) Si
 - b) No

6. **¿En su alimentación tiene afinidad por la sal?**
 - a) Si
 - b) No

7. **¿Consume diariamente 1 ración de frutos secos (como almendras, nueces o avellanas, etc.)?.**

- a) Si
- b) No

HÀBITOS SOCIALES NOCIVOS

8. ¿Ud. es una persona que consume alcohol?

- a) Si
- b) No

9. ¿Ud. es una persona que fuma?

- a) Si
- b) No

10. ¿Ud. es una persona que consume drogas?

- a) Si
- b) No

TRATAMIENTO FARMACOLÒGICO

11. ¿Toma los medicamentos en el horario establecido?

- a) Si
- b) No

12. ¿Puede costearse los medicamentos antihipertensivos?

- a) Si
- b) No

13. ¿Cuenta con el apoyo de su familia o de personas allegadas para cumplir su tratamiento?

- a) Si
- b) No

14. ¿Cuándo mejoran sus síntomas, usted suspende el tratamiento?

- a) Si
- b) No

15. ¿Cree que es importante seguir su tratamiento para mejorar su salud?

- a) Si
- b) No

16. ¿Lleva a cabo el tratamiento sin realizar grandes esfuerzos?

- a) Si
- b) No

17. ¿Cumple el tratamiento sin supervisión de su familia?

- a) Si
- b) No

ACTIVIDAD FÍSICA

18. ¿Usa usted una bicicleta al menos 10 minutos consecutivos en sus desplazamientos?

- a) Si
- b) No

19. ¿Camina al menos 30 minutos diariamente?

- a) Si
- b) No

20. ¿Suele pasar sentado o recostado la mayor parte del día?

- a) Si
- b) No

21. ¿Práctica algún tipo de baile?

- a) Si
- b) No

22. ¿Se realiza el control de su peso?

- a) Si
- b) No

CALIDAD DE VIDA

N°	ITEMS	SI	A VECES	NO
BIENESTAR FÍSICO				
1	¿Su enfermedad le genera dolor físico en su vida cotidiana?	3	2	1
2	¿Ha necesitado de algún tratamiento adicional a los principales del tratamiento para afrontar de una mejor forma la enfermedad?	3	2	1
3	El tratamiento que recibe le ha generado efectos secundarios, como: ¿fatiga, náuseas, entre otros?	3	2	1
4	¿Necesita ayuda para realizar las actividades de su vida diaria?	3	2	1
5	¿Tiene energía física suficiente en su vida diaria?	1	2	3
BIENESTAR EMOCIONAL				
6	Después del diagnóstico de su enfermedad ¿Siente que su vida tiene sentido?	1	2	3
7	¿Se siente triste y llora con facilidad?	3	2	1
8	¿Le genera intranquilidad o ansiedad su estado de salud?	3	2	1
9	¿Encuentra fortaleza en su fe o creencias religiosas para afrontar las adversidades?	1	2	3

BIENESTAR SOCIAL				
10	¿Se siente satisfecha con sus relaciones personales? (familiares y/o amigos)	1	2	3
11	¿Recibe la ayuda necesaria por parte de sus familiares y/o amigos en los momentos que más necesita?	1	2	3
12	¿Cuenta con el dinero suficiente para cubrir sus necesidades? (alimentación, medicamentos, transporte, etc.)	1	2	3
13	¿Tiene oportunidad de realizar actividades recreativas? (ir al cine, salir a pasear, etc.)	1	2	3

ANEXO 3

VALIDACIÓN DEL INSTRUMENTO A TRAVÉS DE LA CONCORDANCIA DE OPINIÓN DE JUECES EXPERTOS PRUEBA BINOMIAL

ITEMS	N° DE JUEZ					P
	1	2	3	4	5	
1. El instrumento recoge información que permite dar respuesta al problema de investigación.	1	1	1	1	1	0.031
2. El instrumento propuesto responde a los objetivos de estudio.	1	1	1	1	1	0.031
3. La estructura del instrumento es adecuada.	1	1	1	1	1	0.031
4. Los ítems del instrumento responden a la operacionalización de la variable.	1	1	1	1	1	0.031
5. La secuencia presentada facilita el desarrollo del instrumento.	1	1	1	1	1	0.031
6. Los ítems son claros entendibles.	1	1	1	1	1	0.031
7. El número de ítems es adecuado para su aplicación.	1	1	1	1	1	0.031
					$\sum p$	0.217

Se ha considerado:

- 0 = Si la respuesta es negativa.
- 1 = Si la respuesta es positiva.
- N = Número de Jueces Expertos.

$$P = \frac{\sum p}{N^{\circ} \text{ de items}} = 0,031$$

Si $P \leq 0.05$, el grado de concordancia es significativo, por lo tanto el instrumento es válido.

ANEXO 4

TABLAS DE CÓDIGO DE RESPUESTAS

DATOS GENERALES	CÓDIGO
GÉNERO	
Masculino	1
Femenino	2
EDAD	
Menor de 40 años	1
41 a 60 años	2
61 años a más	3
ESTADO CIVIL	
Soltero (a)	1
Casado(a)	2
Conviviente	3
Viudo(a)	4
GRADO DE INSTRUCCIÓN	
Primaria	1
Secundaria	2
Superior	3
OCUPACIÓN	
Trabajador independiente	1
Empleado público	2
Eventual	3
Su casa	4
CON QUIEN VIVE	
Conyugue	1
Hijos	2

Otros familiares	3
COMPLICACIONES	
Arritmia-grave	1
Embolia cerebral	2
Problemas en los riñones	3
Problemas en los ojos.	4
TIEMPO DE DIAGNOSTICO DE SU ENFERMEDAD	
Menor de 1 año	1
1 a 3 años	2
Más de 3 años	3
QUIÉN LE APOYA EN SU ENFERMEDAD	
Padres	1
Cónyuge	2
Hijos	3

**TABLA DE CODIFICACIÓN DE ADHERENCIA A LAS MEDIDAS
PREVENTIVAS**

DIMENSIÓN	Numero de ítems	SI	No
BIENESTAR FÍSICO	1	2	1
	2	2	1
	3	2	1
	4	2	1
	5	2	1
	6	1	2
	7	2	1
HÁBITOS SOCIALES	8	1	2
	9	1	2
	10	1	2
TRATAMIENTO FARMACOLÓGICO	11	2	1
	12	2	1
	13	2	1
	14	1	2
	15	2	1
	16	2	1
	17	2	1
ACTIVIDAD FÍSICA	18	2	1
	19	2	1
	20	2	1
	21	2	1
	22	2	1

TABLA DE CODIFICACIÓN PARA LA VARIABLE CALIDAD DE VIDA

DIMENSIÓN	ítems	SI	A VECES	NO
BIENESTAR FÍSICO	1	3	2	1
	2	3	2	1
	3	3	2	1
	4	3	2	1
	5	1	2	3
BIENESTAR EMOCIONAL	6	1	2	3
	7	3	2	1
	8	3	2	1
	9	1	2	3
BIENESTAR SOCIAL	10	1	2	3
	11	1	2	3
	12	1	2	3
	13	1	2	3

ANEXO 5

CONFIABILIDAD DEL INSTRUMENTO A TRAVÉS DEL ALFA DE CRONBACH PRIMERA VARIABLE

Para determinar la confiabilidad del instrumento se aplicó el cálculo del Coeficiente Alfa de Cronbach, que se lleva a cabo mediante la varianza de los ítems y la varianza del puntaje total, considerando la siguiente fórmula.

$$\alpha = \frac{K}{K-1} \left[1 - \frac{\sum S_i^2}{S_t^2} \right]$$

Donde:

S_i^2 : La suma de la varianza de cada ítems.

S_t^2 : La varianza del total

K : el número de ítems.

Usando el software estadístico Excel, se obtuvo los siguientes resultados Estadísticos de fiabilidad:

$$\frac{22}{22-1} \left(1 - \frac{5.73}{16.12} \right)$$

(1,04) (1- 0,29)

(1,04)(0,71)

Alfa de Cronbach: 0,73

Una confiabilidad es buena cuando su coeficiente se acerca a 1, por lo tanto el instrumento es medianamente confiable.

CONFIABILIDAD DEL INSTRUMENTO A TRAVÉS DEL ALFA DE CRONBACH SEGUNDA VARIABLE

Para determinar la confiabilidad del instrumento se aplicó el cálculo del Coeficiente Alfa de Cronbach, que se lleva a cabo mediante la varianza de los ítems y la varianza del puntaje total, considerando la siguiente fórmula.

$$\alpha = \frac{K}{K-1} \left[1 - \frac{\sum S_i^2}{S_t^2} \right]$$

Donde:

S_i^2 : La suma de la varianza de cada ítems.

S_t^2 : La varianza del total

K : el número de ítems.

Usando el software estadístico Excel, se obtuvo los siguientes resultados Estadísticos de fiabilidad:

$$\frac{13}{13-1} \left(1 - \frac{3.86}{11.28} \right)$$

(1,08) (1- 0,34)

(1,08)(0,66)

Alfa de Cronbach: 0,71

Una confiabilidad es buena cuando su coeficiente se acerca a 1, por lo tanto el instrumento es medianamente confiable.

ANEXO 6

ESCALA DE STANONES

VALORES DE LA SEGUNDA VARIABLE CALIDAD DE VIDA

	BIENESTAR FÍSICO	BIENESTAR EMOCIONAL	BIENESTAR SOCIAL	GLOBAL
PROMEDIO	9,68	7,95	8,12	25,72
DESVIACIÓN ESTÁNDAR	2,51	2,36	2,22	5,42
LIMITE SUPERIOR	13,4	9,8	9,8	29,7
LIMITE INFERIOR	8,0	6,2	6,2	21,6
CALIDAD DE VIDA				
BUENA	<8	<6	<6	<22
REGULAR	9 A 12	7 A 9	7 A 9	22 A 30
MALA	>13	>10	>10	>30

CALIDAD DE VIDA GLOBAL:

Se calculó la Media $X = 25.72$

2.- Se calculó la Desviación Estándar $DS = \sqrt{ST^2} = 5.42$

3.- Se estableció valores para a y b

$$a = X - 0.75 (DS)$$

$$b = X + 0.75 (DS)$$

$$a = 25.72 - (0.75 \times 5.42)$$

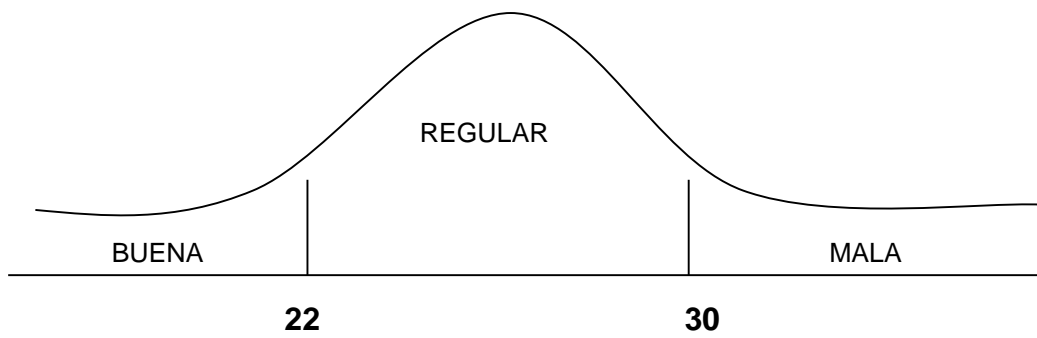
$$b = 25.72 + (0.75 \times 5.42)$$

$$a = 25.72 - 4.06$$

$$b = 25.72 + 4.06$$

$$a = 21.66$$

$$b = 29.78$$



ANEXO 7

TABLA MATRIZ DE DATOS GENERALES Y PRIMERA VARIABLE

ADHERENCIA A LAS MEDIDAS PREVENTIVAS																																				
DATOS GENERALES									ALIMENTACIÓN							HÁBITOS SOCIALES NOCIVOS				TRATAMIENTO FARMACOLOGICO							ACTIVIDAD FÍSICA									
N°	1	2	3	4	5	6	7	8	9	1	2	3	4	5	6	7	ST	8	9	10	ST	11	12	13	14	15	16	17	ST	18	19	20	21	22	ST	T
1	1	3	4	1	1	2	3	3	2	1	2	2	1	1	1	1	9	1	1	1	3	2	2	1	1	2	1	1	10	1	1	1	1	1	5	27
2	2	3	2	1	3	1	3	2	3	2	2	2	1	2	2	1	12	1	2	2	5	2	1	2	2	2	2	13	2	2	2	2	2	10	40	
3	1	1	1	2	4	2	3	1	1	1	2	1	2	2	2	2	12	2	2	2	6	1	2	1	1	1	1	8	1	1	1	1	1	5	31	
4	2	3	2	1	1	1	1	3	3	1	2	1	2	1	1	2	10	1	1	2	4	1	2	2	2	1	1	1	10	1	2	1	2	2	8	32
5	1	3	4	1	3	2	3	3	2	1	2	1	2	2	2	1	11	2	2	1	5	1	2	1	1	1	1	8	2	1	2	1	1	7	31	
6	2	1	1	2	4	2	3	1	1	2	2	1	1	2	1	2	11	2	1	2	5	2	2	1	2	1	2	12	1	2	2	2	2	9	37	
7	2	3	2	1	1	1	1	2	3	2	1	2	2	2	2	2	13	2	2	2	6	2	1	2	1	2	1	11	2	2	2	2	2	10	40	
8	2	3	4	1	1	2	3	3	2	1	2	1	1	1	1	1	8	1	1	1	3	2	1	1	2	2	1	1	10	1	1	1	1	2	6	27
9	1	2	2	3	4	1	1	2	1	1	2	2	2	2	1	1	11	2	1	1	4	1	2	2	2	2	2	13	2	1	1	1	1	6	34	
10	2	2	1	3	4	2	2	1	1	1	2	1	1	1	1	1	8	1	1	1	3	1	1	2	1	1	1	2	9	1	1	1	2	1	6	26
11	2	2	1	2	1	2	1	1	3	2	2	1	2	1	2	2	12	1	2	2	5	1	2	2	2	2	2	1	12	2	2	2	2	2	10	39
12	1	3	2	3	1	1	2	3	2	2	1	2	1	2	1	2	11	2	1	2	5	2	1	2	1	1	2	1	10	1	2	1	2	1	7	33
13	2	1	1	3	3	2	1	1	1	2	1	1	2	2	1	2	11	2	1	2	5	1	1	2	2	2	2	1	11	2	1	2	2	2	9	36
14	2	3	2	2	2	1	4	3	3	1	2	2	2	2	2	2	13	2	2	2	6	1	1	1	2	1	2	1	9	1	1	1	2	1	6	34
15	2	1	2	3	2	1	1	3	1	1	1	2	1	2	1	2	10	2	1	2	5	1	2	2	1	2	2	2	12	1	2	1	1	2	7	34
16	1	3	2	2	2	1	2	1	2	1	2	2	1	1	1	1	9	1	1	1	3	1	1	1	1	1	1	7	1	1	2	1	2	7	26	
17	2	2	2	3	4	1	4	2	3	2	1	2	1	1	2	1	10	1	2	1	4	1	1	1	2	1	1	2	9	2	1	1	1	2	7	30
18	2	2	2	3	1	1	1	2	1	1	1	1	1	1	2	1	8	1	2	1		1	1	1	1	2	1	2	9	2	1	2	1	1	7	28

19	1	2	2	2	4	1	1	1	1	1	1	1	2	1	2	1	9	1	2	1	4	2	1	2	1	1	1	1	9	2	2	1	1	1	7	29
20	2	3	2	3	2	1	4	2	3	1	2	2	1	1	2	2	11	1	2	2	5	2	1	2	1	2	1	2	11	1	1	2	2	2	8	35
21	2	3	2	3	3	1	4	2	3	1	1	1	1	1	1	1	7	1	1	1	3	2	2	2	2	1	2	1	12	1	2	1	2	1	7	29
22	1	3	2	2	2	1	2	1	3	1	1	1	2	1	2	2	10	1	1	2	4	1	1	1	1	2	2	2	10	2	2	2	2	2	10	34
23	2	2	2	3	3	1	4	1	2	1	1	1	1	2	1	2	9	2	1	2	5	2	2	1	2	1	2	1	11	1	2	1	1	2	7	32
24	2	2	2	3	2	1	4	1	2	2	1	2	1	1	1	2	10	1	1	2	4	1	1	2	2	2	2	1	11	1	1	1	1	2	6	31
25	2	2	3	2	3	1	4	3	2	2	1	2	1	2	1	2	11	2	1	2	5	2	1	1	2	1	1	2	10	1	2	2	2	2	9	35
26	2	2	3	3	2	1	4	2	2	2	2	2	2	1	2	1	12	1	2	1	4	1	1	1	1	1	1	2	8	1	1	1	2	2	7	31
27	1	3	3	3	4	2	4	3	2	1	1	1	1	2	2	2	10	2	2	2	6	2	1	1	2	2	2	2	12	2	1	2	1	1	7	35
28	2	2	2	2	3	1	4	2	2	2	2	1	2	1	2	1	11	1	2	1	4	2	1	1	1	1	2	2	10	2	2	2	2	1	9	34
29	2	2	2	3	3	1	4	2	2	1	1	2	2	2	2	1	11	2	2	1	5	1	1	2	1	2	1	2	10	2	1	2	1	2	8	34
30	1	2	2	3	4	1	4	3	2	2	1	1	2	1	1	2	10	1	1	2	4	1	1	1	1	1	1	1	7	1	1	1	1	1	5	26
31	2	2	2	2	2	1	3	3	2	1	1	1	2	2	2	2	11	1	2	2	5	2	2	2	1	2	1	2	12	2	2	2	2	2	10	38
32	2	2	2	2	2	1	3	3	2	2	1	1	2	2	2	2	12	2	2	2	6	1	1	2	2	2	2	2	12	1	2	2	2	2	9	39
33	1	3	3	2	2	2	4	3	2	2	1	1	1	1	2	2	10	1	2	1	4	1	1	1	1	2	2	2	10	1	1	1	1	1	5	29
34	1	3	2	3	4	1	4	3	2	1	1	2	1	2	1	2	10	2	1	1	4	1	1	1	2	2	1	1	9	1	1	1	1	1	5	28
35	1	3	2	3	4	2	3	3	3	1	1	2	2	2	1	1	10	2	1	1	4	2	1	1	1	1	1	1	8	2	1	2	1	1	7	29
36	2	3	2	3	3	2	4	3	3	2	2	2	1	2	1	2	12	2	1	2	5	2	1	1	1	1	1	1	8	1	2	2	2	2	9	34
37	1	3	2	3	3	2	4	2	2	1	1	1	2	2	2	2	11	2	2	2	6	1	2	2	2	2	2	2	13	2	2	1	2	2	9	39
38	2	3	2	2	4	3	4	3	2	1	1	1	1	2	2	2	10	2	1	1	4	2	1	1	1	1	1	2	9	2	1	1	1	1	6	29
39	2	3	2	2	1	3	4	3	2	1	1	1	2	2	2	2	11	2	1	1	4	2	1	1	1	2	2	2	11	2	2	2	1	1	8	34
40	2	3	2	2	4	3	4	3	2	2	1	1	1	1	1	1	8	1	1	1	3	1	1	2	1	2	1	1	9	2	1	2	1	1	7	27
41	2	2	2	3	2	1	3	3	3	2	1	1	1	1	1	1	8	1	1	1	3	1	1	2	2	2	1	1	10	1	2	2	2	2	9	30
42	1	3	2	3	2	3	4	2	2	1	2	2	1	2	1	2	11	2	1	2	5	2	2	2	1	2	1	2	12	1	1	2	2	2	8	36
43	1	3	3	3	4	2	4	2	2	1	1	1	1	1	1	1	7	2	1	1	4	1	2	2	2	2	2	2	13	2	2	2	2	2	10	34

44	2	3	3	2	2	2	4	2	2	1	2	2	2	1	1	1	10	1	1	1	3	1	1	1	1	2	1	2	9	1	1	1	1	1	5	27
45	1	3	3	2	4	2	4	3	3	2	2	2	2	1	1	1	11	1	1	1	3	1	1	1	2	2	2	2	11	1	1	1	1	1	5	30
46	2	3	3	2	4	2	4	3	3	1	2	1	2	1	1	1	9	1	2	1	4	2	1	1	1	1	1	8	2	1	2	1	1	7	28	
47	1	3	3	3	2	2	4	3	3	2	2	1	1	2	2	1	11	2	2	1	5	2	1	1	1	1	1	8	2	2	2	2	2	10	34	
48	2	3	3	3	4	3	4	3	3	2	1	1	1	1	1	1	8	1	1	1	3	1	1	1	1	1	1	7	1	1	1	1	1	5	23	

TABLA MATRIZ DE LA SEGUNDA VARIABLE

CALIDAD DE VIDA																		
BIENESTAR FÍSICO							BIENESTAR EMOCIONAL					BIENESTAR SOCIAL						
N°	1	2	3	4	5	ST	6	7	8	9	ST	10	11	12	13	ST	T	
1	1	2	2	1	1	7	2	1	2	1	6	1	2	1	1	5	18	
2	1	3	1	2	2	9	1	2	1	1	5	2	3	1	1	7	21	
3	2	3	2	2	3	12	2	2	2	2	8	2	2	2	2	8	28	
4	2	1	1	2	1	7	2	2	1	1	6	2	2	2	1	7	20	
5	1	2	2	3	2	10	1	2	2	2	7	2	3	3	2	10	27	
6	3	2	2	3	3	13	2	3	3	3	11	1	3	3	3	10	34	
7	3	2	2	2	3	12	2	2	2	2	8	1	2	3	3	9	29	
8	2	3	3	2	3	13	2	2	2	1	7	2	1	2	1	6	26	
9	3	1	2	3	3	12	2	3	3	3	11	3	3	3	2	11	34	
10	1	1	1	1	1	5	1	1	1	1	4	1	2	2	3	8	17	
11	1	2	1	2	1	7	1	2	1	1	5	2	2	2	2	8	20	
12	2	1	2	2	2	9	2	1	2	1	6	1	1	2	2	6	21	
13	2	1	2	2	2	9	3	3	3	2	11	1	3	3	3	10	30	
14	2	1	2	1	1	7	1	2	1	1	5	2	1	1	1	5	17	
15	1	2	1	1	1	6	2	2	1	1	6	1	2	1	1	5	17	
16	2	2	2	2	1	9	1	1	2	2	6	1	1	1	1	4	19	
17	2	2	1	1	2	8	1	2	2	2	7	2	2	1	2	7	22	
18	1	2	1	1	2	7	2	2	2	1	7	1	3	3	3	10	24	
19	2	3	1	1	2	9	1	2	1	1	5	3	3	3	2	11	25	
20	2	2	3	3	2	12	3	3	3	3	12	2	2	3	3	10	34	

21	2	2	2	1	2	9	2	2	1	2	7	3	2	2	2	9	25
22	2	3	3	2	2	12	1	3	3	3	10	2	2	2	2	8	30
23	1	1	1	1	1	5	3	3	3	2	11	3	3	2	2	10	26
24	1	2	1	1	1	6	2	2	3	3	10	3	3	3	2	11	27
25	2	1	2	1	2	8	3	2	2	2	9	2	3	3	2	10	27
26	3	3	3	2	1	12	2	2	2	2	8	2	2	2	2	8	28
27	1	2	2	3	3	11	3	3	2	3	11	3	3	3	3	12	34
28	2	2	2	2	2	10	1	2	1	2	6	2	2	2	2	8	24
29	1	1	2	2	1	7	2	3	3	2	10	3	3	2	2	10	27
30	1	2	2	2	2	9	2	2	2	2	8	2	2	2	2	8	25
31	2	3	3	3	3	14	3	3	3	3	12	2	3	3	3	11	37
32	1	2	1	1	2	7	2	2	2	2	8	1	2	2	1	6	21
33	2	2	3	3	3	13	3	3	3	2	11	3	3	3	3	12	36
34	2	2	1	2	2	9	2	2	2	2	8	2	3	2	2	9	26
35	1	3	3	3	3	13	3	3	2	2	10	2	3	3	3	11	34
36	3	1	1	1	2	8	1	1	1	1	4	1	2	1	1	5	17
37	2	2	3	3	3	13	1	3	1	1	6	3	2	2	3	10	29
38	3	2	2	2	2	11	2	3	2	2	9	3	2	2	2	9	29
39	2	2	1	1	3	9	2	1	1	2	6	2	3	3	2	10	25
40	3	3	2	2	2	12	1	2	2	3	8	3	1	2	3	9	29
41	1	2	1	2	1	7	3	2	2	3	10	1	1	1	1	4	21
42	2	3	3	2	2	12	3	2	2	2	9	1	2	1	2	6	27
43	2	2	2	2	1	9	2	3	3	2	10	2	1	1	2	6	25
44	3	3	3	3	3	15	3	3	3	3	12	2	1	2	1	6	33
45	2	2	2	2	2	10	1	1	1	1	4	2	1	2	1	6	20

46	3	3	2	2	2	12	1	2	1	2	6	1	2	1	1	5	23
47	2	2	2	2	2	10	2	3	3	2	10	2	2	2	2	8	28
48	2	2	2	2	1	9	2	1	2	1	6	2	2	1	1	6	21

ANEXO 8

TABLAS DE FRECUENCIA Y PORCENTAJES

TABLA 2

**ADHERENCIA A LAS MEDIDAS PREVENTIVAS SEGÚN DIMENSIÓN
ALIMENTACION EN PACIENTES HIPERTENSOS DE LA
MICRORED LA PALMA ICA
ABRIL 2017.**

ALIMENTACIÓN	FR	%
ADECUADAS (11-13pts.)	23	48
INADECUADAS (7-10pts.)	25	52
TOTAL	48	100

TABLA 3

**ADHERENCIA A LAS MEDIDAS PREVENTIVAS SEGÚN DIMENSIÓN
HÁBITOS SOCIALES NOCIVOS EN PACIENTES HIPERTENSOS
DE LA MICRORED LA PALMA ICA
ABRIL 2017.**

HÁBITOS NOCIVOS	FR	%
ADECUADAS (5-6 pts.)	21	44
INADECUADAS (3-4pts.)	27	56
TOTAL	48	100

TABLA 4
ADHERENCIA A LAS MEDIDAS PREVENTIVAS SEGÚN DIMENSIÓN
TRATAMIENTO FARMACOLÓGICO EN PACIENTES HIPERTENSOS
DE LA MICRORED LA PALMA ICA
ABRIL 2017.

TRATAMIENTO FARMACOLÓGICO	FR	%
ADECUADAS (11-14pts.)	19	40
INADECUADAS (7- 10pts.)	29	60
TOTAL	48	100

TABLA 5
ADHERENCIA A LAS MEDIDAS PREVENTIVAS SEGÚN DIMENSIÓN
ACTIVIDAD FÍSICA EN PACIENTES HIPERTENSOS
DE LA MICRORED LA PALMA ICA
ABRIL 2017.

ACTIVIDAD FÍSICA	FR	%
ADECUADAS (8-10 pts.)	20	42
INADECUADAS (5-7 pts.)	28	58
TOTAL	48	100

TABLA 6
ADHERENCIA A LAS MEDIDAS PREVENTIVAS GLOBALES
EN PACIENTES HIPERTENSOS DE LA
MICRORED LA PALMA ICA
ABRIL 2017.

GLOBAL	FR	%
ADECUADAS (34-44 pts.)	22	46
INADECUADAS (22-33 pts.)	26	54
TOTAL	48	100

TABLA 7
CALIDAD DE VIDA SEGÚN DIMENSIÓN BIENESTAR FÍSICO
EN PACIENTES HIPERTENSOS DE LA
MICRORED LA PALMA ICA
ABRIL 2017.

BIENESTAR FÍSICO	FR	%
BUENA (<8 pts.)	15	31
REGULAR (9-12 pts.)	25	52
MALA (>13 pts.)	8	17
TOTAL	48	100

TABLA 8
CALIDAD DE VIDA SEGÚN DIMENSIÓN BIENESTAR EMOCIONAL
EN PACIENTES HIPERTENSOS DE LA
MICRORED LA PALMA ICA
ABRIL 2017.

BIENESTAR EMOCIONAL	FR	%
BUENA (<6 pts.)	16	33
REGULAR (7-9 pts.)	18	38
MALA (>10 pts.)	14	29
TOTAL	48	100

TABLA 9
CALIDAD DE VIDA SEGÚN DIMENSIÓN BIENESTAR SOCIAL
EN PACIENTES HIPERTENSOS DE LA
MICRORED LA PALMA ICA
ABRIL 2017.

BIENESTAR SOCIAL	FR	%
BUENA (<6 pts.)	15	31
REGULAR (7-9 pts.)	16	33
MALA (>10 pts.)	17	36
TOTAL	48	100

TABLA 10
CALIDAD DE VIDA GLOBAL EN PACIENTES HIPERTENSOS
DE LA MICRORED LA PALMA ICA
ABRIL 2017.

GLOBAL	FR	%
BUENA (<22 pts.)	16	33
REGULAR (22-30 pts.)	25	52
MALA (>30 pts.)	7	15
TOTAL	48	100