

Asesores de la Investigación

Asesor de Contenido

Apellido y Nombre: Medina Oscar Adolfo

Cátedra: Metodología de la Investigación.

Cargo: Jefe de trabajos prácticos.

Institución en que trabaja: Facultad de Medicina, Universidad Nacional del Nordeste

Firma y sello

AUTORES

- Barrios, Gustavo Nicolás;
Título profesional:
Enfermero
Función o puesto que desempeña: Residente en Enfermería en Cardiología

Correo electrónico: barriosgustavnicolas@gmail.com

 - Mendieta, Ivana Noelí
Título profesional:
Enfermera
Función o puesto que desempeña: Enfermera
Correo electrónico: ivanamendieta1@gmail.com

 - Peña, María Carla Antonela
Título profesional:
Enfermera
Función o puesto que desempeña: Residente en Enfermería en Cardiología

Correo electrónico: mariacarlapl@gmail.com
-

1. TITULO DE LA INVESTIGACIÓN

Características sociodemográficas y cognoscitivas presentes en las personas adultas que adhieren al tratamiento de la hipertensión arterial, en un centro de cardiología de la ciudad de Corrientes en el año 2019.

2. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA DE INVESTIGACIÓN

a. Tema: Hipertensión Arterial en Adultos.

Subtema: Tratamiento de la hipertensión arterial

b. Situación problemática y el planteamiento del problema:

Actualmente, en las diferentes instituciones sanitarias, se ha identificado un incremento de la consulta por hipertensión arterial. En el mundo, las enfermedades cardiovasculares son responsables de aproximadamente 17 millones de muertes por año, casi un tercio del total. Entre ellas, las complicaciones de la hipertensión causan anualmente 9,4 millones de muertes. La hipertensión es la causa de por lo menos el 45% de las muertes por cardiopatías, y el 51% de las muertes por accidente cerebrovascular.¹

Se observó en una institución con orientación en cardiología el aumento de la demanda de pacientes consultando por sentir malestar general, evidenciando valores de tensión arterial elevada por encima de los 140/90mmHg. Asimismo, se detectaron dos grupos marcados: aquellos que acudían consecutivamente a la consulta, evidenciando falta de acatamiento en el tratamiento farmacológico o no farmacológico o ambos; por otro lado, un segundo grupo, que, siguiendo un régimen terapéutico, logró una reducción de los valores de tensión arterial y una disminución de propensión a padecer otras enfermedades cardiovasculares, mejorando su estilo de vida. Según estudios ⁽²⁻⁴⁾, la adherencia o no a un tratamiento depende de diversos factores internos y externos de una persona, lo que incluye características sociodemográficas como la edad sexo, situación laboral, estado civil, además del conocimiento sobre su enfermedad.

c. Objeto de estudio. Adherencia al tratamiento

d. Enunciado del problema: ¿Cuáles son las características cognoscitivas y sociodemográficas que se encuentran presentes en las personas adultas que adhieren al tratamiento de la hipertensión arterial que acuden a la consulta en el Instituto de Cardiología de Corrientes “Juana Francisca Cabral” en el periodo de septiembre a octubre del año 2019?

3. JUSTIFICACIÓN

La presente investigación sobre las características cognoscitivas y sociodemográficas que se encuentran presentes en las personas adultas que adhieren al tratamiento de la hipertensión arterial busca aportar información actualizada sobre la población de pacientes adherentes a dicha patología, siendo esta menos estudiada que su contraparte, el paciente no adherente ha sido observado desde diversos enfoques para comprender la causa y dilucidar una solución, en cuanto al adherente solo se conocen escasas investigaciones donde sean foco de discusión, y en su mayor parte corresponden a estudios que no comprenden la región o la República Argentina, sino a nivel del continente Americano, en su mayoría centro América, y el continente Europeo, siendo datos que no son fiables y aplicables al cien por ciento a nuestra sociedad, por sus ideologías, culturas, dietas y estilos de vida diferentes. Por lo que se pretende colaborar con resultados estadísticos de fácil interpretación, en una denominación simple que se aprovechen como precursores de actualizaciones sobre el tema sirviendo de apoyo a otras fuentes de información formal sobre el área escasamente estudiada como lo son las características sociodemográficas y cognoscitivas, las cuales permiten formular una idea del perfil a encontrar en este tipo de pacientes.

En cuanto a la finalidad, se pretende aportar información científica actualizada sobre las características presentes en la población que cumple con los criterios del trabajo de investigación, se busca aportar con datos estadísticos de la región de Corrientes en el NEA y en la República Argentina, siendo utilizados como referencia y para comparaciones con antecedentes del tema en estudio.

Por otra parte, en cuanto a sus implicaciones prácticas, los resultados obtenidos, pretenden ser de utilidad para la comunidad científica, para la producción de futuras investigaciones y la formulación de artículos científicos más actualizados. Así también su relevancia social, desde el punto de vista económico, ante las inversiones al sistema de salud, ya que un bajo nivel de adherencia supone un aumento de las hospitalizaciones, visitas a urgencias, necesidad de utilización de otros fármacos y pruebas complementarias, con el aumento en los costos para el sistema sanitario, por lo cual tener en conocimiento las características de los pacientes que son adherentes aportan bases para distinguir donde hacer hincapié o donde se requiere reforzar la instrucción del paciente, para favorecer su adherencia y compromiso con el tratamiento indicado. Siendo los principales beneficiarios los individuos que asisten al sistema de salud de todos los niveles, por obtener de este un nivel óptimo de atención, comprensión de sus necesidades de conocimiento y una mayor inversión económica y de tiempo en

lo referente a la prevención de la salud disminuyendo futuros costos de los que se producen por las complicaciones y requerimientos de internación.

4. OBJETIVOS DE LA INVESTIGACIÓN

- **Objetivo General:**

Describir las características sociodemográficas y cognoscitivas presentes en las personas adultas que adhieren al tratamiento de la hipertensión arterial y asisten a la consulta médica en consultorios externos en el Instituto de Cardiología de Corrientes “Juana Francisca Cabral” en el periodo de septiembre a octubre del año 2019.

-

- **Objetivos Específicos:**

Identificar la edad, el sexo el estado civil, el nivel de escolaridad, y la situación laboral de la persona con hipertensión arterial que adhiere al tratamiento.

Identificar el nivel de conocimiento de la persona que adhiere al tratamiento sobre su patología (hipertensión).

5. MARCO TEORICO

La hipertensión arterial (HTA) es el principal factor de riesgo cardiovascular (FRCV) modificable que, junto al tabaquismo y el hipercolesterolemia, contribuye a la mortalidad mundial. ⁽¹⁾

Esta enfermedad ha ido aumentando a la par y como consecuencia del desarrollo económico mundial, la concentración de la población en las grandes ciudades, el envejecimiento y la globalización económica y de estilos de vida perjudiciales para la salud. Su prevalencia es de entre un 45% a un 30% dependiendo del desarrollo económico de cada país, siendo en general mayor en los países con menores ingresos. Causa 9,4 millones de muertes en el mundo y conlleva una importante carga de morbilidad o AVAD (años de vida ajustados por discapacidad) del 7%. Esto quiere decir que el 7% de los años de vida sana que millones de personas han perdido en el mundo se atribuyen a la hipertensión. ⁽²⁾

Recientemente, una revisión sistemática ^(3,8) calculó que para el 2010 existían 1,39 billones de personas con HTA a nivel mundial, lo que significó un aumento del 5,2% de la prevalencia de esta enfermedad en una década desde el 2000 al 2010. Este aumento de la prevalencia no ha sido proporcional, reportándose una disparidad entre la prevalencia de la enfermedad entre países de altos ingresos y los de medianos a bajos ingresos. Pero quizá, lo más relevante, fue la disparidad entre el nivel de conocimiento, tratamiento y control de la HTA entre estos países, con un empeoramiento en el control de la HTA en los países de bajos ingresos en ese periodo.

En tanto, la Sociedad Europea de Cardiología ⁽⁴⁾ asegura que el padecimiento de esta enfermedad crónica no transmisible es más frecuente en edades avanzadas, y alcanza una prevalencia que supera el 60% de las personas de más de 60 años. Es así que a medida que las poblaciones envejeczan, adopten un estilo de vida más sedentario y aumenten el peso corporal, la prevalencia de la HTA seguirá aumentando en todo el mundo. Estiman que el número de personas con HTA aumentará en un 15-20% en 2025, y llegará a 1.500 millones.

El Registro Nacional de Hipertensión Arterial (RENATA) ⁽⁵⁾, midió la presión arterial con un tensiómetro automático en tres ocasiones, considerándose para el análisis el promedio de la segunda y la tercera medición. Se efectivizaron 4.006 casos (muestra

no probabilística) distribuidos en áreas urbanas de las provincias de Bs. As., CABA, Córdoba, Tucumán, Corrientes, Chaco, Mendoza y Neuquén. La prevalencia general fue de 33,5% (IC95: 31,9%-34,9%³), creciente con la edad y mayor en varones que en mujeres: 41,7% (IC95: 39,5%-43,9%) y 25,7% (IC95: 23,8%-27,6%) respectivamente. El porcentaje de las personas prevalentes que no conocían su enfermedad fue decreciente con la edad. Este porcentaje en los jóvenes de 18 a 34 años fue realmente significativo: 83% en hombres y 67% en mujeres.

La HTA es una condición médica crónica en la cual la presión sanguínea en arterias es elevada. Resulta de una compleja interacción entre aspectos genéticos y factores relacionados con la conducta humana y su contexto, por lo que sus causas aún no han sido del todo entendidas. Se encuentra catalogada en la CIE10 (Codificación Internacional de enfermedades, Revisión 10) entre los códigos I10 y I15 según el grado y la afectación de otros órganos. Se relaciona con un 13% del total de las muertes a nivel global, constituyendo para algunas regiones como América Latina el principal factor de riesgo de mortalidad, aunque la edad elevada de los eventos genera que la carga de enfermedad sea sólo de 4,4% del total. En nuestro país, la presión arterial elevada es uno de los principales motivos de consulta al sistema de salud y de prescripción de tratamiento farmacológico. Explica el 62% de la enfermedad cerebrovascular y el 49% de la enfermedad coronaria. Se trata de una enfermedad asintomática, donde el diagnóstico se basa en la detección de la presión arterial en valores superiores a los considerados como normales, en al menos tres consultas separadas por no menos de una semana, excluyendo la visita inicial.⁽⁵⁾

En diferentes estudios⁽¹⁻⁶⁾ se define la hipertensión arterial como una PAS \geq 140 mmHg o una PA diastólica (PAD) \geq 90 mmHg o ambas en dos o más consultas, ya que la repetición de las mediciones es la estrategia tradicional utilizada para confirmar la elevación persistente de la presión arterial.

Según el Consenso Argentino de Hipertensión Arterial ⁽⁶⁾ “la Hipertensión Arterial es una enfermedad controlable, de etiología múltiple, que disminuye la calidad y la expectativa de vida”. Actualmente, se proponen dos estrategias ampliamente establecidas para reducir la presión arterial: las intervenciones en el estilo de vida y el tratamiento farmacológico, que debe iniciarse en todo paciente con valores de hipertensión arterial nivel 1 o superior (\geq 140 y/o 90 mmHg). El objetivo fundamental es disminuir la

morbimortalidad cardiovascular, cerebral y renal a través del descenso de la presión arterial. Se recomienda comenzar el tratamiento de la hipertensión arterial nivel 1 con bajo riesgo cardiovascular con cambios en el estilo de vida antes de iniciar tratamiento farmacológico. La duración de las medidas no farmacológicas, como único tratamiento antihipertensivo, está condicionada al nivel de HTA, el riesgo cardiovascular global, la respuesta de la presión arterial y la adherencia al tratamiento. Por otra parte, el tratamiento no farmacológico se agrupa de la siguiente manera: A) Relacionados a la alimentación: Disminución de la ingesta de sodio, esperándose una reducción de 2 a 8 mmHg de la presión arterial, aumento del consumo de alimentos ricos en potasio, esperándose un descenso de 5mmHg de la presión arterial, cambios en patrones alimenticios, esperándose una reducción total de 14mmHg de la presión arterial. B) Disminución de la ingesta de alcohol, esperándose una reducción de 2 a 4mmHg de presión arterial. C) Relacionados con la actividad física: ejercicios aeróbicos, esperándose una disminución de 5 a 8mmHg de presión arterial, ejercicios de sobrecarga e isométricos esperándose una reducción de 4-5mmHg de la presión arterial. D) Relacionados con la alimentación y la actividad física. E) Descenso de peso y un mantenimiento de peso corporal adecuado, esperándose una reducción de 5mmHg de la presión arterial.

La OMS ⁽⁹⁾, detalla en un artículo que la adherencia terapéutica en pacientes que padecen enfermedades crónicas promedia solo 50%, suponiendo que la magnitud y la repercusión de la adherencia terapéutica deficiente en los países en desarrollo son aún mayores, dada la escasez de recursos sanitarios y las inequidades en el acceso a la atención de salud. Por ejemplo, en China, Gambia y las Islas Seychelles, solo 43, 27 y 26%, respectivamente, de los pacientes con hipertensión arterial se adhieren a su régimen de medicación antihipertensiva. En los países desarrollados, como los Estados Unidos, solo 51% de los tratados por hipertensión se adhieren al tratamiento prescrito.

La Revista Argentina de Cardiología ⁽⁵⁾ y en diferentes artículos científicos ⁽⁴⁻⁸⁾, definen a la adherencia al tratamiento como un proceso por el cual las personas cumplen las indicaciones prescriptas por el médico tratante u otro agente sanitario, tanto en relación con el tratamiento farmacológico como con los cambios al estilo de vida. La OMS ⁽⁹⁾ define adherencia al tratamiento como el grado en que el comportamiento de una persona —tomar el medicamento, seguir un régimen alimentario y ejecutar cambios del

modo de vida se corresponde con las recomendaciones acordadas de un prestador de asistencia sanitaria.

Morinsky ⁽⁷⁾ declaró que el término "cumplimiento" se refiere al grado en que los pacientes siguen las proscipciones y prescripciones de sus médicos u otro proveedor de atención médica y la preocupación generalmente es la falta de adherencia, pero el uso del término "incumplimiento" implica un efecto peyorativo o negativo hacia los pacientes, que a menudo se presume que no cooperan. Por tanto, propone un estilo de comunicación entre prestador de servicios de salud y paciente que altere las capacidades del último para el cumplimiento del tratamiento propuesto. El mismo autor, afirma que una de las principales mejoras en la evaluación de las tasas de adherencia entre los pacientes hipertensos ha sido el uso de datos de la encuesta aplicando el test elaborado por el mismo. Las ventajas de este método sobre otras medidas incluyen su viabilidad en todos los entornos de atención, simplicidad, velocidad y potencial mejora de la validez.

La adherencia es un determinante primario de la efectividad del tratamiento, porque si es deficiente atenúa el beneficio clínico óptimo. La buena adherencia terapéutica mejora la efectividad de las intervenciones encaminadas a promover los modos de vida saludables, como modificar regímenes alimentarios, aumentar la actividad física, no fumar y observar un comportamiento sexual seguro, y de las intervenciones farmacológicas de reducción de riesgos. También afecta la prevención secundaria y las intervenciones de tratamientos de enfermedades. Además de su repercusión positiva sobre el estado de salud de los pacientes con enfermedades crónicas, las tasas de adherencia terapéutica altas brindan beneficios económicos. Los ejemplos de estos mecanismos incluyen ahorros directos generados por el menor uso de los servicios de salud complejos y costosos necesarios en los casos de exacerbación de la enfermedad, la crisis y la recaída. Los ahorros indirectos pueden atribuirse a la mejoría de, o la preservación de, la calidad de vida y de las funciones sociales y vocacionales de los pacientes. Es por ello que aseguran que cuando el autocuidado y los programas de adherencia se combinan con el tratamiento regular y la educación específica de la enfermedad, se han observado mejoras significativas en los comportamientos que fomentan la salud, la atención de los síntomas cognoscitivos, la comunicación y el tratamiento de las discapacidades. Además, tales programas parecen reducir la

cantidad de pacientes hospitalizados, los días de estadía hospitalaria y las consultas ambulatorias.⁽⁹⁾

Según Carmona et al⁽¹⁰⁾ la adherencia al tratamiento es un fenómeno múltiple y complejo. Múltiple porque influye una gran variedad de conductas por parte del paciente, como la toma correcta de la medicación, acudir a las visitas programadas en las consultas médicas y de enfermería, evitar las conductas de riesgo, etc., y es complejo porque se puede dar en un momento determinado, pero no en otro, en unas circunstancias, pero en otras no y puede afectar a una parte del tratamiento, pero no a otra. Asimismo, en otro artículo⁽⁷⁾, se expone que es necesaria la evaluación exacta del comportamiento de la adherencia terapéutica para la planificación de tratamientos efectivos y eficientes, y para lograr que los cambios en los resultados de salud puedan atribuirse al régimen recomendado. Además, sigue, las decisiones para cambiar las recomendaciones, los medicamentos o el estilo de comunicación para promover la participación de los pacientes dependen de la medición válida y fiable del constructo sobre la adherencia terapéutica.

Según la OMS⁽⁹⁾, la adherencia terapéutica es un fenómeno multidimensional determinado por la acción recíproca de cinco conjuntos de factores, denominados “dimensiones”. En este trabajo se desarrollarán dos: dimensión sociodemográfica y cognoscitiva. La primera dimensión propuesta son los factores socioeconómicos, en los países en desarrollo el nivel socioeconómico bajo puede poner a los pacientes en la posición de tener que elegir entre prioridades en competencia. Tales prioridades incluyen con frecuencia las exigencias para dirigir los limitados recursos disponibles para satisfacer las necesidades de otros miembros de la familia, como los hijos. Algunos factores a los que se les atribuye un efecto considerable sobre la adherencia son: el estado socioeconómico deficiente, la pobreza, el analfabetismo, el bajo nivel educativo, el desempleo, la falta de redes de apoyo social efectivos, las condiciones de vida inestables, la lejanía del centro de tratamiento, el costo elevado del transporte, el alto costo de la medicación, las situaciones ambientales cambiantes, la cultura y las creencias populares acerca de la enfermedad y el tratamiento y la disfunción familiar. La edad es un factor que se ha informado influye sobre la adherencia terapéutica, pero de manera irregular. Debe evaluarse por separado para cada afección, y, si fuera posible, por las características del paciente y por el grupo de edad de desarrollo (es decir, niños dependientes de los padres, adolescentes, adultos y pacientes ancianos).

Muchos pacientes ancianos se presentan con múltiples enfermedades crónicas, que requieren tratamiento prolongado y complejo para prevenir la debilidad y la discapacidad. Además, los ancianos son los mayores consumidores de medicamentos dispensados con prescripción. En los países desarrollados, las personas mayores de 60 años consumen aproximadamente 50% de todos los medicamentos recetados (hasta tres veces más per cápita que la población en general) y explican 60% de los costos relacionados con la medicación, aunque solo representen 12 a 18% de la población en estos países. La adherencia a los tratamientos es esencial para el bienestar de los pacientes ancianos y es, por lo tanto, un componente sumamente importante de la atención. En los ancianos se ha detectado que no adherirse a las recomendaciones y el tratamiento médicos el tratamiento médico aumenta la probabilidad de fracaso terapéutico y de causar complicaciones innecesarias, lo que conduce a mayor gasto en atención sanitaria, así como a discapacidad y muerte prematura. Asimismo, se afirma que las múltiples comorbilidades y los regímenes médicos complejos comprometen adicionalmente la adherencia terapéutica. Las alteraciones relacionadas con la edad en la farmacocinética y la farmacodinamia hacen que esta población sea aún más vulnerable a los problemas secundarios a la falta de adherencia. ⁽⁷⁾

Por otra parte, existen factores relacionados con el paciente ^(9, 11), que representan los recursos, el conocimiento, las actitudes, las creencias, las percepciones y las expectativas del paciente. Algunos de los factores relacionados con el paciente que se ha comunicado influyen sobre la adherencia terapéutica son: el olvido; el estrés psicosocial; la angustia por los posibles efectos adversos; la baja motivación; el conocimiento y la habilidad inadecuados para controlar los síntomas de la enfermedad y el tratamiento; el no percibir la necesidad de tratamiento; la falta de efecto percibido del tratamiento; las creencias negativas con respecto a la efectividad del tratamiento; el entender mal y no aceptar la enfermedad; la incredulidad en el diagnóstico; la falta de percepción del riesgo para la salud relacionado con la enfermedad; el entender mal las instrucciones de tratamiento; la falta de aceptación del monitoreo; las bajas expectativas de tratamiento; la asistencia baja a las entrevistas de seguimiento-asesoramiento a las clases motivacionales, comportamentales o de psicoterapia; la desesperanza y los sentimientos negativos; la frustración con el personal asistencial; el temor de la dependencia; la ansiedad sobre la complejidad del régimen medicamentoso y el sentirse estigmatizado por la enfermedad.

En los pacientes con hipertensión, la adherencia a las recomendaciones de tratamiento tiene una repercusión principal sobre los resultados de salud y los costos de la atención. Algunos de los determinantes mejor reconocidos de la adherencia al tratamiento antihipertensor se relacionan con la farmacoterapia, como la tolerabilidad del medicamento y la complejidad del régimen. Por lo tanto, los efectos colaterales reducidos, las dosis diarias menos frecuentes de antihipertensores, las monoterapias y la menor frecuencia de cambios en los medicamentos antihipertensores se asociaron todos con mejor adherencia terapéutica. ⁽⁹⁾

En contraposición, uno de los mayores inconvenientes es la falta de adherencia al tratamiento con el paso del tiempo. La interrupción temprana del tratamiento y el uso de dosis diarias del régimen prescrito insuficientes son las características más frecuentes de la falta de adherencia. Más de un tercio de pacientes abandonan el tratamiento inicial después de 6 meses y alrededor de la mitad, al año. ⁽²⁻⁷⁾. Entre los factores asociados con la falta de adherencia se consideran los vinculados a la enfermedad y su tratamiento (aceptación de la enfermedad, presencia de síntomas, comorbilidades o complicaciones o ambas, duración prolongada y el número y frecuencia de los medicamentos), los factores intrapersonales (educación, género, edad, abuso de alcohol y drogas sociales, depresión) y los factores interpersonales (relación médico-paciente, contexto socioeconómico). ⁽¹⁾

Desde otra perspectiva, la Sociedad Europea de Cardiología ⁽⁴⁾ propone intervenciones por parte del sistema de salud que favorecen la adherencia al tratamiento antihipertensivo. Incluyen aspectos provenientes del personal y sistema de salud en cuanto a la información que brindan sobre riesgos de la hipertensión arterial y beneficios del tratamiento antihipertensivo, el empoderamiento de la persona que recibe el tratamiento, la retroalimentación de la mejora clínica y el comportamiento, la intervención multidisciplinaria, la simplificación del tratamiento farmacológico con el uso de combinaciones de un solo fármaco, el desarrollo de sistemas de monitorización (seguimiento telefónico, consultas a domicilio), el fácil acceso a la medicación, las sesiones en grupo, las instrucciones combinadas con estrategias de motivación y el apoyo social-familiar.

Por tanto, abordar la falta de adherencia no es únicamente conseguir que los pacientes tomen la medicación o que mejoren su estilo de vida, sino que comprendan las

perspectivas sobre los medicamentos y las razones por las que quieren o no quieren tomarlos. Para ello es necesario un trabajo multidisciplinar con un conjunto de actividades enmarcadas dentro de un programa dirigido a mejorar el cumplimiento terapéutico del paciente. Varios estudios ^(6,7,9, 11) proponen una intervención educativa junto con un procedimiento de feedback, ya que se obtienen mayores beneficios sobre el nivel de adherencia de los pacientes hipertensos, que sólo una instrucción educativa o el tratamiento habitual.

García Flores et al ⁽¹²⁾ realizaron una investigación en un hospital público en Ciudad Obregón, México. Demostraron que la intervención multidisciplinaria (un médico clínico, una enfermera, una nutricionista, un licenciado en ciencias del ejercicio físico y dos psicólogas) tuvo efectos benéficos en las participantes, exponiendo que uno de los datos más sobresalientes fue que las mismas se involucraron en la actividad física diariamente, lo que reforzó los cambios de las conductas saludables. Además, exponen que las pacientes reportaron una mejoría en su alimentación, procuraban medir las porciones y seleccionar alimentos bajos en sodio, disminuyeron asimismo el consumo de café, asistían diariamente a las sesiones de actividad física impartidas y tomaban los medicamentos con mayor regularidad.

Hirschberg y colaboradores ⁽¹³⁾ estudiaron a 172 sujetos adultos con diagnóstico de HTA y bajo tratamiento médico, de los cuales 78 (45.3%) eran de sexo masculino y 94 (54.7%) de sexo femenino. Arriban a la conclusión de que existe una relación directa entre la adherencia al tratamiento y la percepción de mejor calidad de salud física, emocional y social. Por lo tanto, proponen hacer hincapié en esta percepción como un factor motivador de la conducta de adhesión, demostrando al paciente los beneficios de la conducta adherente para que este sostenga el tratamiento en el tiempo.

Rodríguez et al ⁽¹⁴⁾ en el estudio transversal analítico que realizaron, incluyeron pacientes hipertensos ≥ 18 años que se atendieron en consultorios externos de cardiología en un hospital de Lima, Perú. Llegaron a la conclusión de que, a mayor conocimiento sobre hipertensión por parte de la persona hipertensa, mayor será la adherencia al tratamiento. Por lo tanto, proponen aumentar el tiempo de consulta para instruir mejor a la persona hipertensa, responder sus dudas de forma adecuada y usar la entrevista motivacional.

Varleta y colaboradores ⁽¹⁵⁾ desarrollaron un estudio prospectivo sobre 310 personas, 64,5% (200) eran mujeres y 35,5% (110) eran hombres. Pudieron concluir que: 1) La edad es un factor asociado en forma significativa e independiente a la adherencia de fármacos antihipertensivos, observándose mejor adherencia en pacientes mayores de 64 años; 2) La condición de desempleado mejora la adherencia ya que permite al sujeto estar más disponible para asistir a controles médicos y retirar los fármacos antihipertensivos; 3) El olvido y falta de comprensión de indicaciones como factor de no adherencia, a lo que se propone apoyo educativo y el seguimiento telefónico.

Bonal y col ⁽¹⁶⁾ desarrollaron un estudio observacional descriptivo en una muestra de 43 personas mayores de 60 años de edad, proponiendo que el apoyo que recibe la persona bajo tratamiento antihipertensivo, por parte de sus familiares y amigos, tiene un valor significativo. Además, afirman que esto puede contribuir o incrementar la ejecución de las prescripciones terapéuticas y animar al enfermo a mantener régimen médico.

Morinsky et al ⁽⁷⁾ exponen que el objetivo de lograr el cumplimiento de las recomendaciones médicas para pacientes hipertensos es mejorar el control de la presión arterial y, en última instancia, reducir el riesgo de morbilidad y mortalidad cardiovascular prematura. El mismo, afirma que quien se adhiere a las recomendaciones médicas se beneficia significativamente, a través de la reducción del estado de riesgo y que la importancia clínica de la no adherencia se relaciona con el grado en que interfiere con el objetivo terapéutico. Expone también en el mismo artículo que la presión arterial comienza a descender significativamente solo cuando los pacientes toman más del 80% de sus medicamentos. Consecuentemente, detalla que incluso si las tasas de adherencia mejoran al 50-60%, aún es posible que los niveles de presión arterial permanezcan sin control. Es así, según el autor, que los proveedores de atención médica son cada vez más conscientes de la importancia y la detección de la falta de adherencia en el tratamiento a largo plazo de pacientes con presión arterial alta.

En un estudio cuasi-experimental ⁽¹¹⁾, los participantes fueron divididos en tres grupos: grupo de intervención A que recibió una instrucción educativa, grupo de intervención B que recibió la instrucción educativa y un procedimiento de feedback; y grupo control C que recibió el tratamiento habitual. La adherencia fue determinada en función del estilo de vida (patrones de alimentación, actividad física, tabaco, alcohol) y tratamiento farmacológico. Como resultado obtuvieron que los pacientes que recibieron la

instrucción educativa y feedback tuvieron mejores niveles de adherencia que aquellos que solo recibieron la instrucción o el tratamiento habitual.

Por otra parte, Morales ⁽²¹⁾ ha descrito diversos modelos que explican la adherencia terapéutica. Destaca el papel de los modelos cognitivos conductuales, entre ellos el de las creencias en salud y el de la teoría de la acción razonada. El primer modelo se basa en la motivación del paciente y la información de que dispone, percibirse en riesgo de enfermar y ver la enfermedad como algo grave, reconocer la eficacia de la intervención a seguir para evitar la enfermedad y percibir sencillas las medidas a practicar. En el caso del segundo modelo, se priorizan los determinantes de la conducta y la intención como el determinante más inmediato, por lo que se trabaja con aquellos factores que la determinan: la actitud de la persona hacia la acción y aquello que la modifica, como son las creencias en relación con los resultados probables de esa conducta, la valoración realizada de esos resultados, la valoración que hacen otras personas de lo que creen debería hacer el sujeto y la propia motivación del sujeto a cumplir con las expectativas de esas personas o grupos.

También detalla otros modelos como la autorregulación, que tiene como esencia la importancia de la conceptualización que haga una persona sobre una amenaza para su salud o una enfermedad. Considera que las ideas o representaciones que tienen los pacientes sobre las enfermedades que sufren y sobre el tratamiento guían su toma de decisiones y su comportamiento.

Finalmente, se encuentra el modelo de aptitudes de información-motivación-comportamiento, en él se demuestra que si bien la información es un requisito previo para el cambio de comportamiento, es en sí insuficiente para lograrlo. En este modelo los determinantes fundamentales son realmente la motivación y las aptitudes comportamentales. De manera que la información y la motivación aumentan la probabilidad de la adherencia, por lo que se debe asegurar que el paciente cuente con estas herramientas de comportamiento.

6. HIPOTESIS

La presente investigación no plantea una hipótesis.

7. DISEÑO METODOLOGICO

7.1 TIPO DE ESTUDIO:

a. Según la estrategia general: Cuantitativo

El enfoque cuantitativo usa la recolección de datos para probar hipótesis, con base en la medición numérica y el análisis estadístico, para establecer patrones de comportamiento y probar teorías.

El presente estudio cuantitativo desarrolla la identificación de las características sociodemográficas y cognoscitivas de las personas adherentes al tratamiento farmacológico y no farmacológico de la hipertensión arterial, en el contexto de un centro de salud especializado en cardiología.

El mismo surge a partir de la lectura de diferentes artículos científicos¹⁻²², los que da lugar a la selección de un tema y subtema de investigación. A continuación, se describió la situación problemática observada en una población y se planteó el problema identificado. Luego, se planteó un objetivo específico y dos generales, que enmarcan y orientan la investigación.

Posteriormente, se continúa con la revisión bibliográfica para la formulando dos instrumentos de recolección de datos, el primero para identificar y captar a las personas que adhieren al tratamiento de la hipertensión arterial. El segundo, se utilizó para la recolección de datos sociodemográficos y conocimiento sobre hipertensión arterial y su tratamiento farmacológico y no farmacológico. En paralelo, se desarrolló un marco teórico-referencial, seleccionando información pertinente de diferentes artículos científicos extraídos de diferentes revistas científicas virtuales. También se operacionalizaron las variables utilizadas en la presente investigación. Más adelante, se analizan las mismas y se describen los resultados.

Finalmente, se presenta la discusión, contrastando los resultados que se obtuvieron de la presente investigación con otras investigaciones similares, encontrando semejanzas y diferencias.

b. Según los objetivos: Descriptiva

Un **estudio descriptivo** busca especificar las propiedades, características y perfiles de personas, grupos, comunidades, procesos, objetos o cualquier otro fenómeno que se someta a un análisis. Pretendiendo únicamente medir o recoger información de manera independiente o conjunta sobre los conceptos o las variables

Esta investigación consiste en la caracterización de la población adherente al tratamiento antihipertensivo, a fin de conocer el valor final de las características sociodemográficas y de conocimientos ante su patología y tratamiento.

c. Según el periodo y la secuencia del estudio: Transversal:

La **investigación transversal** recolecta datos en un solo momento, en un tiempo único. Con el propósito de describir variables y analizar su incidencia e interrelación en un momento dado.

En la presente investigación la recolección de los datos se llevará a cabo con la aplicación de un cuestionario en una sola encuesta, durante un periodo de tiempo determinado, comprendido por los meses de agosto a octubre del año 2019.

d. Según la intervención del investigador: Observacional

La **investigación observacional** es aquella en la que la variable dependiente se produce espontáneamente, y donde el investigador no interviene directamente en la exposición de las mismas.

Se realiza en esta investigación el método de observación sistemática, utilizando técnicas de registro, para medir una serie de parámetros de conducta como la duración, y frecuencia del fenómeno, en una circunstancia, lugar y tiempo.

7.2 OPERAZIONALIZACION DE LAS VARIABLES EN ESTUDIO

Edad.

Definición operacional: edad en años que responde la persona al momento de ser encuestado.

Tipo de variable: cuantitativa discreta.

Escala de medición: razón.

Valores: Edad en años

Indicador: edad que responde la persona al momento de responder el cuestionario.

Sexo

Definición operacional: Sexo que responda la persona en el cuestionario.

Tipo de variable: cualitativa.

Escala de medición: nominal.

Valores: Femenino (1) – Masculino (2).

Indicador: Sexo que indica la persona en el cuestionario.

Estado civil

Definición operacional: Estado civil que responda la persona en el cuestionario.

Tipo de variable: cualitativa

Escala de medición: nominal

Valores: Soltero (1) – Casado (2) – Viudo (3) – Divorciado (4)

Indicadores: Estado civil que responda la persona en el cuestionario.

Escolaridad

Definición operacional: nivel de formación escolar alcanzado por la persona al momento de ser encuestada.

Tipo de variable: cualitativa

Escala de medición: ordinal

Valores: Otros (0) - Primaria (1) – Secundaria (2) – Tecnicatura (3) – Universitaria (4)

Indicadores: nivel educativo indicado por la persona en el cuestionario.

Situación Laboral

Definición operacional: Ocupación laboral o no laboral que ejerza la persona al momento del cuestionario.

Tipo de variable: cualitativa

Escala de medición: Nominal

Valores: Desempleado (1) – Ama de casa (2) – Empleado (3) – Jubilado (4) – Otros (5)

Indicadores: Ocupación laboral o no laboral indicada por la persona en el cuestionario.

Conocimiento sobre hipertensión arterial

Definición operacional: el conocimiento se evaluará a través de la aplicación de un cuestionario conformado por ocho preguntas cerradas, provenientes del Test de batalla sobre el conocimiento del paciente sobre la enfermedad, y de la investigación desarrollada por Saldarriaga Sandoval sobre Valoración de conocimientos de hipertensión arterial y factores de riesgo cardiovascular en personas que acuden a un centro de salud de Perú del año 2007.

Tipo de variable: cualitativa.

Escala de medición: ordinal.

Valores: Conocimiento suficiente (1) – Conocimiento medio (2) - Conocimiento insuficiente (3)

Indicador: Siguiendo los criterios del Test de Batalla, se considera de una a tres respuestas correctas como conocimiento insuficiente, de cuatro a seis respuestas correctas conocimiento medio y de siete a ocho respuestas correctas conocimiento suficiente. En cuanto a la pregunta final del cuestionario, esta es de opción múltiple, donde todas las opciones son consideradas acertadas excepto la opción “Ninguno”, la cual de ser marcada se considerará incorrecta a la pregunta, como también el hecho de seleccionar menos de cuatro factores.

7.3 INSTRUMENTOS DE RECOLECCIÓN DE DATOS

El instrumento de recolección de datos (ver anexo 1) constará de tres apartados, inicialmente se encuentra el consentimiento informado que la persona deberá de leer y posteriormente firmar para dar su autorización, seguido por el Test de Morisky Green, el cual consta de cuatro preguntas cerradas con opciones de respuestas “sí” y “no”, a través del cual se identificará al individuo adherente en aquellos que a todas las respuestas del mismo marquen la opción “no”.

El cuestionario consta de dos partes, la parte inicial corresponde al de las variables sociodemográficos de la persona, de elaboración propia, donde la persona podrá responder a las variables a medir como son: “edad” en años que responde la persona en un espacio destinado al número correspondiente, “sexo” de opción múltiple donde deberá marcar con una cruz la opción correspondiente masculino o femenino, “estado civil” de opción múltiple donde deberá marcar con una cruz si es soltero, casado, divorciado o viudo, “escolaridad” de opción múltiple donde deberá marcar con una cruz el nivel de formación escolar alcanzado si es primaria, secundaria, terciaria, universitario, “situación laboral” de opción múltiple donde deberá marcar con una cruz su situación laboral o no laboral que ejerza.

La segunda parte de la variable conocimiento sobre la patología y su tratamiento, se mide a través del Test de Batalla, el cual consta de tres preguntas, y se puntuara como Conocimiento suficiente (respondiendo a las tres interrogantes), Conocimiento medio (respondiendo a dos interrogantes), conocimiento insuficiente (imposibilidad de responder a las preguntas). Además, se fusiona con preguntas seleccionadas de un cuestionario de valoración de conocimientos de hipertensión arterial y factores de riesgo cardiovascular utilizado en el año 2007 en Perú.

7.4 CONTEXTO, POBLACIÓN Y MUESTRA

Contexto:

El estudio se llevará a cabo en los consultorios del Instituto de Cardiología de Corrientes “Juana Francisca Cabral”, los cuales se encuentran en el primer piso de la institución, cuyo acceso se halla por Calle Bolívar N° 1334, comprenden un total de 17 consultorios médicos que funcionan de lunes a viernes en un horario de 7:00 a 20:00Hs con el fin de responder a la creciente demanda asistencial.

Además de solventar la atención cardiológica habitual, existen consultorios especiales de Cardiología Infantil, Arritmias, Insuficiencia Cardíaca, Hipertensión Arterial, Cardiopatía Isquémica, Vasculopatías Periféricas, Cirugía, Valvulopatías, Infectología, Nutrición, Hematología, Odontología, Psicología, Oftalmología y pruebas funcionales respiratorias.

El enfoque multidisciplinario y especializado tiende a reducir posibles riesgos, evitar complicaciones, reinternaciones y reintervenciones.

Población:

Personas adultas con diagnóstico de HTA, que adhieren al tratamiento.

Población accesible:

Personas adultas que adhieren al tratamiento de la hipertensión arterial que asisten a la consulta con el médico cardiólogo en el Instituto de Cardiología de Corrientes “Juana Francisca Cabral” en el periodo de septiembre a octubre del año 2019.

Población elegible:

Personas adultas que adhieren al tratamiento de la hipertensión arterial que asisten a la consulta del Instituto de Cardiología de Corrientes “Juana Francisca Cabral” en el periodo de septiembre a octubre del año 2019 y que cumplen con los siguientes criterios:

Criterios de inclusión:

Hombres o mujeres con diagnóstico de hipertensión arterial

Personas con un tratamiento indicado por un médico cardiólogo.

Personas mayores de 18 años que otorguen su consentimiento para participar de la investigación.

Criterios de exclusión:

Personas con hipertensión secundaria a tratamientos.

Personas con insuficiencia renal aguda o crónica.

Personas con alto grado de dependencia para actividades de la vida diaria.

Personas que se nieguen a participar de la investigación

Persona analfabeta o con algún grado de deterioro mental

Criterios de eliminación:

Mujeres embarazadas.

Unidad de análisis:

Personas adultas con hipertensión arterial que adhieren al tratamiento.

Cálculo de la Muestra

Según el último censo nacional la población de Corrientes Capital comprende un total de 356.314 habitantes. En base a un estudio realizado en el marco del Programa Remediar a nivel nacional, se encontró que un 9,2% del total de habitantes de Corrientes recibe tratamiento farmacológico antihipertensivo.

Utilizando estos datos estadísticos se obtiene un total de 32.780 hipertensos en la capital de Corrientes.

Al carecer de una fuente actualizada para referir como marco muestral, del total de pacientes hipertensos adherentes al tratamiento de la Capital de la provincia de Corrientes, se realiza la selección de la muestra a través de un muestreo no probabilístico, de tipo consecutivo, donde se toman las unidades disponibles en un momento determinado. Se reclutan los casos necesarios para formar dicha muestra, se eligen de manera casual, de tal modo que quienes asisten a los consultorios de la institución de salud donde se realiza la investigación forman la población accesible y pasan a su vez a formar parte de la muestra a partir del consentimiento para la participación y tras la aplicación el cuestionario con el Test de Morisky Green, el cual consta de cuatro preguntas cerradas con opciones de respuestas "sí" y "no", con el cual se identificará al individuo adherente en aquellos que a todas las respuestas del mismo marquen la opción "no", de esta manera integrará la muestra y se realiza el segundo cuestionario, aquel con el que se relevaran los datos de cada caso para formar la muestra acorde surjan.

7.5 ACCESIBILIDAD A LA POBLACIÓN

La accesibilidad a la población se da a través de la participación laboral de los tres integrantes de la investigación en el Instituto de Cardiología "Juana Francisca Cabral".

Por otra parte, se confeccionó una nota dirigida al Departamento de Docencia e Investigación de dicha Institución para su posterior autorización, y consecuentemente llevar a cabo el trabajo de Investigación adjuntando una copia del proyecto de investigación. Así mismo, y posterior a la autorización, se eleva la solicitud aprobada al jefe del servicio de consultorios externos del Instituto de Cardiología, notificando la recolección de datos para el desarrollo de la investigación.

Del mismo modo, se envió una solicitud de permiso al comité de Bioética de la Facultad de Medicina UNNE con los correspondientes requisitos.

7.6 CRONOGRAMA

Actividad	MAR	ABR	MAY	JUN	JUL	AGO	SEPT	OCT	NOV
A	X	X							
B	X	X							
C	X	X	X						
D			X						
E				X	X				
F					X				
G						X	X		
H						X	X	X	
I						X	X	X	
J								X	
K								X	X
L									X

Referencias:

- A. Revisión bibliográfica.
- B. Análisis de la situación en el medio.
- C. Entrenamiento en el manejo informático.
- D. Confeccionar lista de cotejo.
- E. Solicitar autorización al Departamento de Docencia e Investigación de la institución donde se desarrollara la investigación.
- F. Realizar prueba piloto del instrumento y ajustar instrumento de ser necesario.
- G. Retroalimentación con el material bibliográfico relacionado.
- H. Aplicar el instrumento a la población objeto de estudio.
- I. Carga de los datos para su análisis, aplicación a métodos estadísticos.

- J. Analizar y cruzar variables de datos obtenidos.
- K. Presentar los estados de avance.
- L. Redactar el informe

7.7 RECURSOS

Recursos humanos, físicos, materiales

Recursos	Existentes	Adquiribles
Recurso Humano		
Investigadores	X	
Asesor de contenido	X	
Asesor metodológico	X	
Recursos físicos		
Biblioteca		X
Internet		X
Recursos Materiales		
Transporte		X
Bolígrafos		X
Impresión		X
Fotocopias		X
Anillado		X
Encuadernado		X
Carpetas		X
Resma A4		X
Cartucho de impresora		X

7.8 PRESUPUESTO

Recursos	Cantidad	Precio por Unidad	Precio Total
Humanos			
Investigadores	3	\$0	\$0
Asesor Metodológico	1	\$0	\$0
Asesor de contenido	1	\$0	\$0
Materiales			
Resma de hoja	2	\$300,00	\$600,00
Lapicera	2	\$15,00	\$30,00
Fotocopias	150	\$3,00	\$450
Impresiones	300	\$4,00	\$1.200,00
Anillado	3	\$50,00	\$150,00
Birome	3	\$15,00	\$45,00
Encuadernado	3	\$200,00	\$600,00
Carpeta	8	\$40,00	\$320,00
CD virgen	1	\$50,00	\$50,00
Total			\$3,445
Físicos			
Pasaje de colectivo	20	\$20	\$400
Pasaje de Remis	10	\$50,00	\$500,00
Internet	8 meses	\$1225,00	\$9,800
Total			\$10,700

Presupuesto Total \$10.700

8. RESULTADOS DE LA INVESTIGACIÓN

La muestra finalmente estuvo constituida por 36 participantes. La edad media de los sujetos fue de 63,05 años con un desvío estándar de 11,41 (intervalo de confianza al 95% entre 59,1 – 66,8 años) con un mínimo de 38 y un máximo de 82 años.

En cuanto a los hombres, la edad media fue de 61,35 años, siendo la desviación estándar de 11,55 y encontrándose en un intervalo de edad entre 47 y 76 años. Por otro lado, la edad media de las mujeres fue de 64,13 años con un DS de 11,46 y hallándose en un intervalo entre 38 y 82 años.

De estos participantes, el 39% del total fueron del sexo masculino (n = 14) (intervalo de confianza al 95% entre 23,1% - 56,5%) y el 61 % (n =22) de sexo femenino (intervalo de confianza al 95% entre 43,4% – 76,8%).

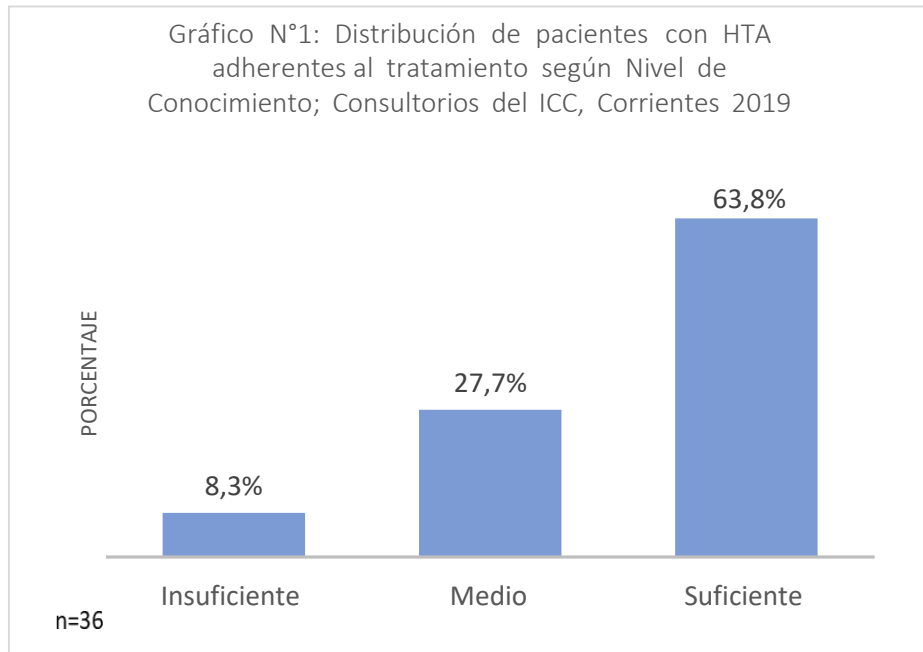
Con respecto al estado civil se evidencia un predominio de personas casadas del 56% (n = 20), encontrándose una cantidad equitativa de personas viudas y divorciadas. Acerca del grado de escolaridad se destaca el nivel secundario en un 33% (n = 12), seguidos por un 28% de escolaridad terciaria y así mismo un 19% de nivel primario. Referente a la situación laboral en su mayoría se compone por jubilados 59% (n = 20). (Tabla 1)

Tabla N°1: Características sociodemográficas de personas con HTA adherentes al tratamiento según frecuencia y porcentaje; Consultorios del ICC, Corrientes 2019

Variable		Frecuencia	Porcentaje	IC al 95%
Sexo	Masculino	14	39%	23,1 – 56,5%
	Femenino	22	61%	43,4 – 76,8%
Estado Civil	Soltero	4	11%	3,5 – 26%
	Casado	20	56%	38 – 72%
	Divorciado	6	17%	6,3 – 38,8%
	Viudo	6	17%	6,3 – 38,8%
Nivel de Escolaridad	Primaria	7	19%	8,1 – 36%
	Secundaria	12	33%	18,5 – 51%
	Terciario	10	28%	14,2 – 45,1%
	Universitario	5	14%	4,6 – 29,4%
	Otros	2	6%	0,6 – 18,6%
Situación Laboral	Desempleado	2	6%	0,6 – 18,6%
	Ama de Casa	3	8%	1,7 – 22,4%
	Jubilado	20	56%	38 – 72%
	Empleado	9	25%	12,1 – 42,2%
	Otros	2	6%	0,6 – 18,6%

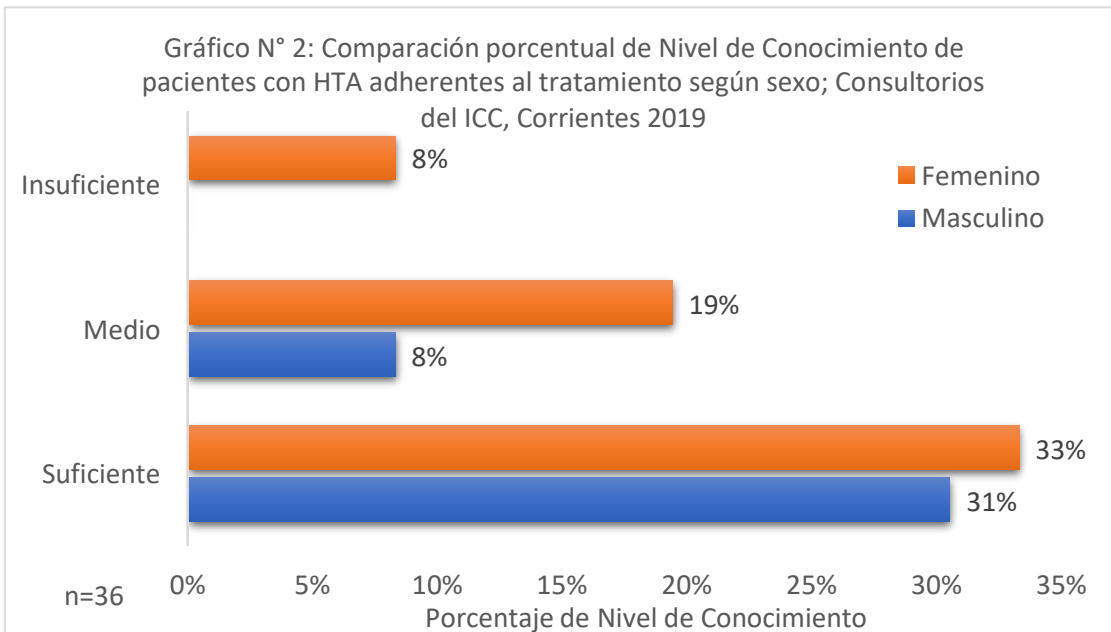
Fuente: Encuesta de elaboración propia.

En relación al nivel de conocimiento se advierte que un 63,8% (n = 23) poseen conocimiento suficiente sobre su patología y tratamiento. (Gráfico 1).

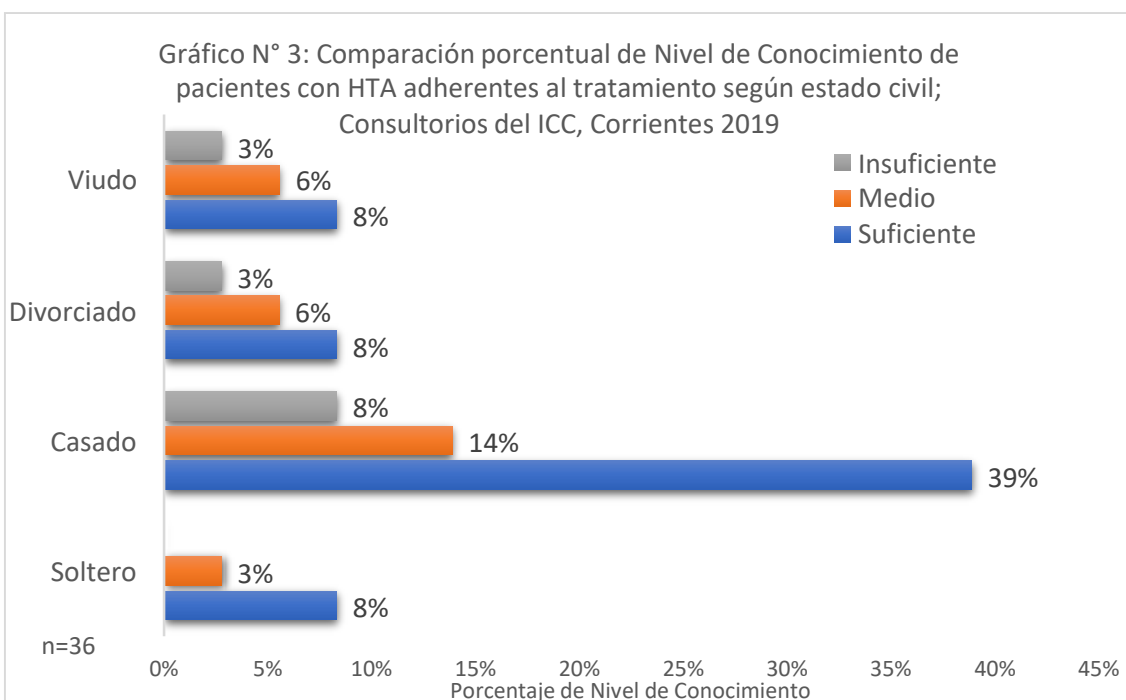


Fuente: Encuesta de elaboración propia.

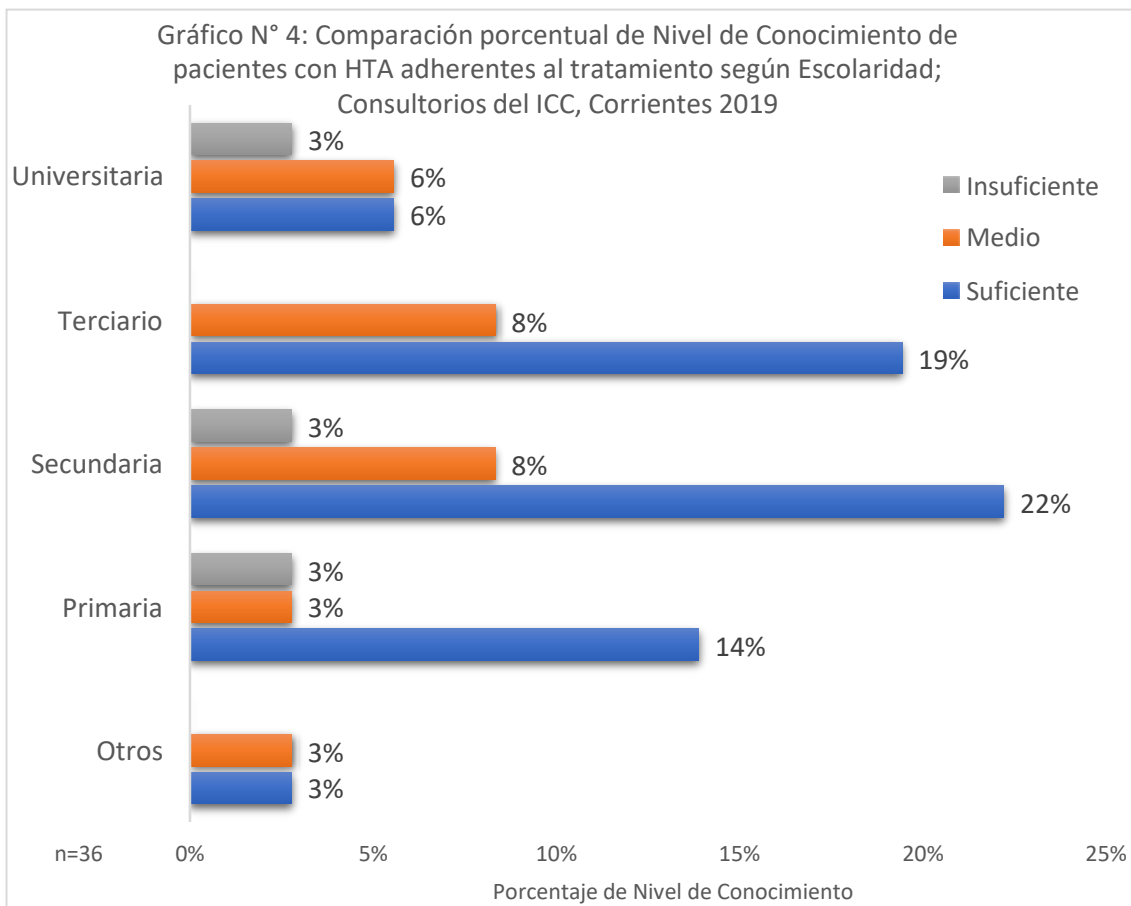
En cuanto al nivel de conocimiento en relación con otras variables se advirtió que no existen diferencias estadísticamente significativas teniendo en cuenta el sexo de los participantes (Gráfico 2). No obstante, se encontró una marcada tendencia en el nivel de conocimiento, siendo este suficiente en la mayoría de las personas casadas con un porcentaje de 39% (n = 14) sobre el total de la muestra (IC: 38,5 - 80,2%) (Gráfico 3). En tanto, considerando el nivel de escolaridad, prevaleció el nivel secundario como poseedor de un nivel de conocimiento suficiente (22%) frente a los demás, continuándose por el nivel terciario (19%) y primario (14%) (Gráfico 4). Por último, de acuerdo a la variable de situación laboral, se logró apreciar la ausencia de conocimiento insuficiente en las personas que afirmaron ser empleadas y que aquellos autodenominados jubilados fueron quienes contaban con el mayor porcentaje de nivel de conocimiento (39%) (Gráfico 5).



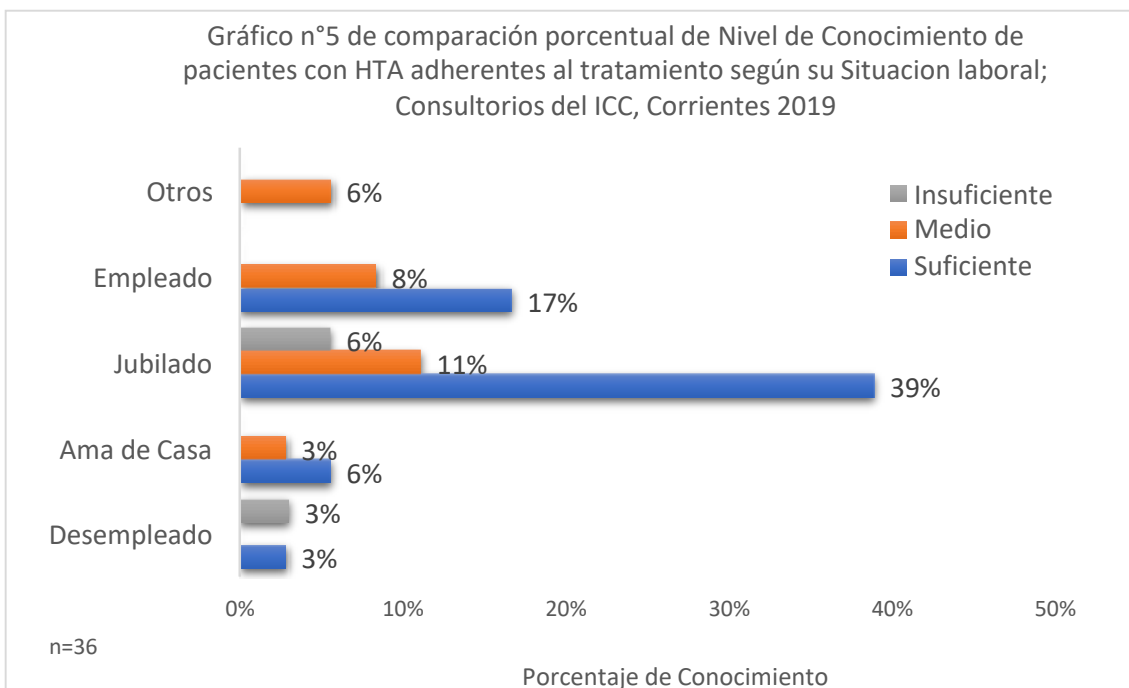
Fuente: Encuesta de elaboración propia.



Fuente: Encuesta de elaboración propia.



Fuente: Encuesta de elaboración propia.



Fuente: Datos obtenidos de encuesta realizada en consultorios del Instituto de Cardiología de Corrientes (2019)

9. DISCUSIÓN

Este trabajo de investigación se propuso como objetivo caracterizar sociodemográfica y cognoscitivamente a la población hipertensa que está cursando un tratamiento al cual adhiere, que acuden a un centro regional de cardiología.

Al hacer la contraposición de los resultados obtenidos con los objetivos planteados para la investigación, y al sustentarnos en la revisión de los estudios recientes referentes al problema, podemos establecer conclusiones relevantes en torno a la adherencia al tratamiento, que contribuyan a nuevas perspectivas de conocimiento frente al tema.

En la presente investigación el comportamiento de la variable edad, coincide con un artículo revisado donde predominan los pacientes hipertensos adherentes mayores de 60 años. Algunos autores han encontrado que las personas de mayor edad olvidan menos las tomas de medicamentos porque frecuentemente dichos enfermos padecen también otras afecciones y tienen más síntomas, lo cual los incentiva a no abandonar la medicación⁽¹⁸⁾. Sin embargo, otro estudio concluyó que los pacientes de mayor edad incumplen más la terapéutica porque con mayor frecuencia olvidan tomar los medicamentos debido a la pérdida de memoria que a menudo acompaña al envejecimiento⁽¹⁸⁾.

Además, se observa una participación entre hombres y mujeres, predominantemente femenina, resultado que puede estar respaldado por las características de la población estudiada donde éste prevalece, lo que coincide con otros autores que obtienen los mismos resultados.⁽⁹⁾

Por otro lado en nuestro estudio, los resultados indican que más de la mitad de los pacientes encuestados presentan un conocimiento suficiente sobre la patología y su tratamiento, coincidiendo con estudios similares^(16, 19).

El nivel de conocimiento que tiene la población se asocia al nivel educativo, ya que la mayoría de los encuestados cuentan con la secundaria y el nivel terciario como máximo nivel de estudio alcanzado, coincidiendo con los estudios realizados en Cuba, donde se demostró la existencia de asociación estadísticamente significativa entre el nivel de escolaridad y la adherencia al tratamiento, implicando un mayor nivel de conocimiento por parte de estos debido a su nivel de instrucción.⁽²⁰⁾

A lo que consta de las variables de estado civil y situación laboral, produjeron resultados estadísticamente no significativos, las mismas se utilizaron para comparación de parámetros con otra investigación donde se encontraban dentro del intervalo de confianza de la contrastante.⁽¹⁵⁾

Es necesario replantear desde el área de las ciencias de la salud, el requerimiento de educar a las personas que padecen hipertensión arterial, para que adquieran hábitos saludables que favorezcan su autocuidado y así el mantenimiento de su salud, incentivando de esta manera la adherencia al tratamiento.

Se reconocen como limitaciones el escaso tiempo disponible para investigar el cual se vio acotado debido a los permisos pertinentes, por lo que lo anterior resultó en un tamaño muestral de 36 unidades muestrales. Además, no existen muchos datos en la literatura acerca de estudios realizados con una muestra donde ser no adherente sea un criterio de exclusión, determinando una muestra cien por ciento adherente.

10. CONCLUSION.

Se identificaron las características sociodemográficas y cognoscitivas presentes en las personas adherentes al tratamiento de la hipertensión arterial, que participaron del trabajo de investigación realizado en una institución de salud. Dentro de las características sociodemográficas se obtuvo que la adherencia al tratamiento se evidencia con tendencia en personas de edades superiores a los 40 años, de acuerdo a nuestra muestra. Sin embargo, se presenta indistintamente en ambos sexos. Por otra parte, la misma prevalece en personas en las cuales su estado civil es casado. Por último, existe un predominio de nivel de conocimiento suficiente sobre su enfermedad y tratamiento en las personas adherentes, las que en su mayoría poseen un nivel de escolaridad secundario, que a su vez trabajan o han trabajado.

11. RESUMEN DE LA INVESTIGACIÓN

Introducción: La hipertensión arterial es una de las enfermedades crónicas no transmisibles más comunes en adultos, con la ventaja de poder ser controlada con el tratamiento adecuado y es por eso que la adherencia terapéutica tiene gran importancia. Llevar una base de datos de los pacientes que adhieren al tratamiento se consideró de gran importancia. La dificultad encontrada fue la falta de registros en la región, razón por la que se realizó este estudio para contribuir con información de las personas adherentes que acuden a un centro de salud especializado en cardiología de Corrientes.

Objetivo: Describir las características sociodemográficas y cognoscitivas presentes en los adultos adherentes al tratamiento antihipertensivo.

Material y Métodos: Se realizó un estudio descriptivo, transversal, en una muestra conformada por 36 personas, seleccionadas a través de un muestreo no probabilístico, consecutivo a conveniencia, a través de la aplicación de dos cuestionarios, el primero identificando al paciente adherente con el test de Morinsky Green y el segundo donde se recabaron los datos de las variables a tratar, las cuales fueron analizadas con el programa estadístico Epidat 4.2.

Resultados: en la muestra constituida por 36 participantes, entre los 38 y 82 años, del total el 61 % eran de sexo femenino, en cuanto al conjunto predominaron las personas casadas un 56% un 33% con estudios secundarios completos, y en su mayoría ya jubilados un 59%, con un nivel de conocimiento del 63% sobre su patología y tratamiento, el cual persiste en las personas con las características antes mencionadas.

Discusión: Al hacer la contraposición de los resultados obtenidos con los objetivos planteados para la investigación, y al sustentarnos en la revisión de los estudios recientes referentes al problema, podemos establecer conclusiones relevantes en torno a la adherencia al tratamiento, que contribuyan a nuevas perspectivas de conocimiento frente al tema.

Conclusión: Se identificaron las características sociodemográficas y cognoscitivas presentes en las personas adherentes al tratamiento de la hipertensión arterial, que participaron del trabajo de investigación realizado en una institución de salud.

Palabras claves: adherencia, hipertensión, adhesión al tratamiento.

12. REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Espinosa García J, Martell Claros N, Llerena Ruiz A, Fernández Bergés Gurrea D. Cumplimiento farmacológico en el tratamiento de la hipertensión arterial. Revisión de los estudios publicados entre los años 1975 y 2011. *Semergen*. 2012;38(5):292–300.
2. Osácar Hernández A. Hipertensión arterial: adherencia al tratamiento. 2017;21.
3. Herrera-Añazco P, Pacheco-Mendoza J, Valenzuela-Rodríguez G, Málaga G. Self-knowledge, adherence to treatment, and control of arterial hypertension in Peru: A narrative review. *Rev Peru Med Exp Salud Publica*. 2017;34(3):497–504.
4. Can Valle AR, Sarabia Alcocer B. Prevalencia de hipertensión arterial en las personas mayores de la Ciudad de San Francisco de Campeche. *RICS Rev Iberoam las Ciencias la Salud*. 2017;5(10).
5. Fonner E, Drph J. Hipertensión Arterial en Argentina. Transición y Mortalidad Diferencial. Una estimación indirecta a partir de datos transversales (2009-2013). 2013;(434):1–56.
6. Consejo Argentino de Hipertensión Arterial “Dr. Eduardo Braun Menéndez.” Consenso Argentino de Hipertensión Arterial. *Rev Argent Cardiol*. 2007;75(3):1–43.
7. Piloto Hernández L, Palma López ME, Rodríguez Álvarez L, Carmona Brito J. Main Causes of Death in Patient Hypertensive Patients. *Rev Cubana Med*. 2015;54(1):14–26.
8. León JL, Pérez M, Guerra G. Cinco años de experiencia en consulta especializada de hipertensión arterial complicada (2008-2012). *Rev Cubana Med*. 2013;52(4):254–64.
9. López DAMMDTGHDWPL. Hipertensión arterial. Incidencia de algunos factores de riesgo. *Arch Médico Camagüey* [Internet]. 2002;6(3):37–9. Available from: <http://scielo.sld.cu/pdf/amc/v6n3/amc09302.pdf>
10. Mancia G, Fagard R, Narkiewicz K, Redon J, Zanchetti A, Bohm M, et al. The task force for the management of arterial hypertension of the european society of hypertension (esh) and of the european society of cardiology (esc). *J Hypertens*. 2013;31(7):1281–357.
11. José A, Avalos P, Amanda M, Núñez V, Solange E, Domínguez R. Adherencia terapéutica en pacientes con hipertensión arterial Therapeutic Adherence in Patients with Arterial Hypertension. 2017;81–8.
12. Bonal AF, Alberto J, Valido S, Bonal AF. Evaluacion De Adherencia Terapeutica Antihipertensiva En El Adulto Mayor. *Rev Inf Científica*. 2010;68(4):1124–34.
13. Científica RI. Evaluación de adherencia terapéutica antihipertensiva en el adulto mayor *Revista Información Científica*, Vol. 97, No. 6 (2018). 2019;97(6):1–8.

14. Varleta P, Akel C, Acevedo M, Salinas C, Pino J, Opazo V, et al. Prevalencia y determinantes de adherencia a terapia antihipertensiva en pacientes de la Región Metropolitana. *Rev Med Chil.* 2015;143(5):569–76.
15. Varleta P, Akel C, Acevedo M, Salinas C, Pino J, Opazo V. Prevalencia y determinantes de adherencia a terapia antihipertensiva en pacientes de la Región Metropolitana. *Rev. méd. Chile [Internet]* 2015 Mayo Consultado 2019 Abril 19. 143 (5) Disponible en: https://scielo.conicyt.cl/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-98872015000500003
16. Franco Bonal A, Silva Valido J, Soto Martínez O. Evaluación de adherencia terapéutica antihipertensiva en el adulto mayor. *Rev. inf. cient. [Internet]* 2018 Consultado 2019 Abr 20.97(6).Disponible en: <http://www.revinfcientifica.sld.cu/index.php/ric/article/view/2141/3919>
17. Jeffery R., et al. Low-Sodium, High-Potassium Diet: Feasibility and Acceptability in a Normotensive Population. *AJPH [Internet]* 1984;74; 492-494. Disponible en: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC1651627/pdf/amjph00628-0076.pdf>
18. Llibre Rodríguez Juan, Laucerique Pardo Tania, Noriega Fernández Lisseth, Guerra Hernández Milagros. Prevalencia de hipertensión arterial, adhesión al tratamiento y su control en adultos mayores. *Rev cubana med [Internet]*. 2011 Sep [citado 2019 Oct 01]; 50(3): 242-251. Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-752320110003000003&lng=es.
19. Científica RI. Evaluación de adherencia terapéutica antihipertensiva en el adulto mayor *Revista Información Científica*, Vol. 97, No. 6 (2018). 2019;97(6):1–8. Available from: <http://www.revinfcientifica.sld.cu/index.php/ric/article/view/2141%0A>
20. Zubeldia Lauzurica Lourdes, Quiles Izquierdo Joan, Mañes Vinuesa Jordi, Redón Más Josep. Conocimiento, tratamiento y control de la hipertension arterial en la población de 16 a 90 años de la Comunitat Valenciana, 2010. *Rev. Esp. Salud Publica [Internet]*. 2016 [citado 2019 Oct 23] ; 90: e40025. Disponible en: http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1135-57272016000100425&lng=es. Epub 25-Nov-2016
21. Ramos Morales Luisa Estela. La adherencia al tratamiento en las enfermedades crónicas. *Rev Cubana Angiol Cir Vasc [Internet]*. 2015 Dic [citado 2019 Oct 31] ; 16(2): 175-189. Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1682-003720150002000006&lng=es.

13. ANEXOS

Instrumento de recolección de datos

Formulario N°: _____

Sr./Sra.: La presente, encuesta forma parte de un trabajo de investigación denominado: "Características cognoscitivas y sociodemográficas presentes en las personas adultas que adhieren al tratamiento de la hipertensión arterial, en un centro de cardiología de la ciudad de Corrientes en el año 2019.". Le solicitamos su colaboración para responder, la misma es voluntaria, anónima y confidencial. Los datos serán utilizados para ser presentados en publicaciones científicas, con el fin de mejorar la atención de la salud.
Si acepta colaborar, firme en la línea sin aclaración.

Responda las siguientes preguntas marcando con un "X" la casilla que corresponda a su respuesta:

N°	Preguntas	SI	NO
1.	¿Olvido alguna vez tomar los medicamentos para tratar la hipertensión?		
2.	¿Toma los medicamentos a las horas indicadas?		
3.	Cuando se siente bien ¿deja de tomar los medicamentos?		
4.	Si alguna vez lo hacen sentir mal ¿deja de tomar los medicamentos?		

Sr. /Sra. Complete y Marque cada respuesta con una x.

Edad		Sexo:	Femenino		
			Masculino		
Estado Civil	Soltera/o				
	Casada/o				
	Divorciada/o				
	Viuda/o				
Escolaridad: máximo nivel de estudios alcanzado					
Primaria		Secundaria			
Terciario		Universitario			
Situación Laboral:					
Desempleada/o		Ama de Casa			
Jubilada/o		Empleada/o			
Otros					

Acerca de su enfermedad

1. ¿Es la hipertensión una enfermedad para toda la vida?

Si

No

2. ¿Se puede controlar con dieta y medicación?

Si

No

3. ¿Cree usted que la hipertensión es una enfermedad curable?

Si

No

4. ¿El tratamiento con medicamentos podemos interrumpirlo cuando la hipertensión arterial está controlada?

Si

No

5. ¿Las cifras de tensión arterial por debajo de 140/90 mmHg se consideran normales?

Si

No

6. Si la persona es hipertensa y se siente bien, ¿es necesario que acuda a la consulta médica para control?

Si

No

7. ¿El mejor momento para tratarnos es cuando nos sentimos mal?:

Si

No

8. De las siguientes opciones, cuáles aumentan el riesgo de padecer hipertensión arterial:

Cigarrillos

Alcohol

No hacer ejercicios

Fármacos

Obesidad

Alimentos grasos

Ninguno