UNIVERSIDAD NACIONAL“HERMILIO VALDIZAN”

FACULTAD DE MEDICINA

ESCUELA PROFESIONAL DE MEDICINA HUMANA

LA RELACIÓN ENTRE LA ADHERENCIA AL TRATAMIENTO,ESTILOS DE VIDA Y EL ESTRÉS LABORAL CON EL CONTROL DE LA HIPERTENCION ARTERIAL EN LOS TRABAJADORES DEL GOBIERNO REGIONAL DE HUÁNUCO, EN EL PERIODO DE SETIEMBRE A NOVIEMBRE DEL 2015

TESIS:

PARA OPTAR EL TÍTULO PROFESIONAL DE MÉDICO CIRUJANO

TESISTAS:

Díaz Rivera, Wilmer Saturnino.

Rodríguez Santillán, Carlos Marx

HUÁNUCO –PERÚ

2017

AGRADECIMIENTOS

A DIOS

Por la vida y la fortaleza para seguir adelante en nuestra formación personal y profesional.

A NUESTROS PADRES

Por su apoyo permanente e incondicional

AL DR. BERNARDO CRISTÓBAL DÁMASO MATA

Por su permanente y valiosa motivación y guía para la realización del presente estudio

AL DR. ALCÁNTARA ASENCIOS, David

Por brindarnos su apoyo como asesor metodológico. Por su colaboración y participación en la ejecución del presente trabajo

AL LIC. ESTEBAN SUMARAN, David.

Por su apoyo y el tiempo que nos brindó de manera desinteresada en el proceso de recolección de datos del gobierno regional Huánuco.

RESUMEN

LA HIPERTENSIÓN ARTERIAL Y SU RELACIÓN CON LOS ESTILOS DE VIDA, LA ADHERENCIA AL TRATAMIENTO Y EL ESTRÉS LABORAL, EN LOS TRABAJADORES DEL GOBIERNO REGIONAL DE HUÁNUCO, EN EL PERIODO DE SETIEMBRE A NOVIEMBRE DEL 2015

INTRODUCCION: Actualmente la hipertensión arterial (HTA) es considerada como una de las principales enfermedades de la civilización y su origen es multifactorial, no se trata solo de una enfermedad, sino que constituye un factor de riesgo establecido de otras enfermedades de gran letalidad que afecta al individuo. **OBJETIVOS**: Describir la frecuencia de hipertensión arterial en los trabajadores del Gobierno Regional y su relación con los factores de riesgo en el periodo de setiembre a noviembre del 2015. **MATERIALES Y MÉTODOS**: El diseño fue transversal, prospectivo y observacional. Se tomó a toda la población que decidió participar en el estudio, conformado por 204 participantes, se realizó una encuesta más la toma de presión arterial y medidas antropométricas. Se estableció asociación estadística ($p<0.05$) con Chi^2 para variables cualitativas y W wilxocon para cuantitativas. Se empleó SPSS. **RESULTADOS**: La prevalencia de HTA fue 8,8 %. Promedio de edad fue 39,06 (DS: +/-12,83) años. El 12,3 % fueron obesos. En análisis bivariado se encontró asociación estadística con edad (≥ 50años) [p=0,00; OR=5,55 (IC95%, 2,02; 15,24)]

CONCLUSIÓN: La prevalencia de HTA fue 8.8 % [IC95% (6,4; 12,3)]. La edad (≥ 50años) es factor relacionado con la presión arterial.

Palabras claves: Hipertensión, Cumplimiento de la Medicación, Estilos de Vida, Agotamiento Profesional**.**

SUMMARY

HYPERTENSION AND ITS RELATIONSHIP WITH LIFESTYLES, MEDICATION ADHERENCE AND BURNOUT PROFESSIONAL, IN REGIONAL GOVERNMENT WORKERS HUANUCO, IN THE PERIOD FROM SEPTEMBER TO NOVEMBER 2015

INTRODUCTION: Currently, the high blood pressure (hypertension) is considered as one of the major diseases of civilization and its origin is multifactorial, it is not only a disease, but that is a risk factor established in other major diseases of fatality that affects the individual**. OBJECTIVES**: To describe the frequency of arterial hypertension in workers of the Regional Government and its relationship with the risk factors in the period from September to November 2015. **MATERIALS AND METHODS:** The design was a cross-sectional, prospective, observational, and took to the entire population that decided to participate in the study, consisting of 204 participants, a survey was carried out over the blood pressure and anthropometric measurements such as height and weight. Established statistical association ($p<0.05$) with Chi2 for qualitative variables and w wilcoxon test. SPSS was used.

RESULTS: The prevalence of hypertension was 8.8%. Mean age was 39.06 (SD:+/- 12.83) years. 12.3% were obese. In bivariate analyzes was found statistical association with age (≥ 50years) [p = 0.00; OR = 5.55 (95% CI 2.02, 15.24)]

Keywords: Hypertension, Medication Adherence, Life Style, Burnout Professional.

INDICE:

CARÁTULA

AGRADECIMIENTO……ii

CONTRACARÁTULA……..iii

RESUMEN……..iv

SUMARY…….v

INTRODUCCIÓN.....3

1.Antecedentes, caracterización, fundamentación y planteamiento del problema 3

2.- Formulación del problema. 5

3.- Justificación. 5

4.- Limitaciones. 6

CAPITULO I 7

MARCO TEÓRICO.....7

1.1 ANTECEDENTES LOCAL, REGIONAL, NACIONAL E INTERNACIONAL. 7

1.2 TEORÍAS ACTUALES. 13

Hipótesis de investigación.....23

1.7. Sistema de Variables: definición operacional, Dimensiones e Indicadores.....23

Hipertensión arterial. 23

Estrés laboral.....23

Estilos de vida 24

Adherencia al tratamiento 24

Edad 24

Género.....24

Condición laboral 25

Talla 25
Peso 25
1.8. Objetivos: generales y específicos 25
CAPITULO II 28
METODOLOGÍA 28
2.2. Diseño de la Investigación. 28
2.4. Validez y Confiabilidad de instrumentos. 30
CAPITULO III 32
RESULTADOS 32
CAPITULO IV 34
DISCUSIÓN 34
CONCLUSION 38
REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS 41
ANEXOS. 47

INTRODUCCIÓN

1. Antecedentes, caracterización, fundamentación y planteamiento del problema.

La incidencia y prevalencia de las enfermedades crónicas se ha convertido en una cuestión inquietante para los profesionales de la salud en el mundo de hoy. La búsqueda de métodos que contribuyan a su disminución, y el estudio de todos los factores que inciden en su desarrollo, ha cobrado vital importancia en las ciencias de la salud.

Actualmente la hipertensión arterial (HTA) es considerada como una de las principales enfermedades de la civilización y su origen es multifactorial (1), no se trata solo de una enfermedad, sino que constituye un factor de riesgo establecido de otras enfermedades de gran letalidad que afecta al individuo y a grandes poblaciones, por ello es uno de los más importantes factores para elevar la esperanza de vida. Por este motivo, su control es punto de partida para la disminución de la morbilidad y la mortalidad por afecciones cardiovasculares en los países desarrollados y subdesarrollados; constituyéndose en un importante problema de salud pública a nivel mundial, por su alta prevalencia pues afecta a aproximadamente a más de 1,5 millones de personas fundamentalmente adultos y se ubica como la tercera causa de años de vida potencialmente perdidos, a lo que se suma que no todos los hipertensos están diagnosticados, tratados ni, mucho menos, controlados. Se calcula que alrededor de 7 millones de personas mueren anualmente por esta causa (25-30% de la población adulta, de los cuales un número importante de personas no están tratadas y de aquellas que reciben tratamiento más de 50% no tiene las cifras de tensión controladas (2). Asimismo, esta enfermedad afecta la calidad de vida de las personas y conlleva un gran impacto social, pérdidas económicas y disminución de la productividad en el hemisferio occidental. (3)

La HTA está implicada en la enfermedad isquémica cardiaca, en la insuficiencia cardiaca, en la enfermedad vascular cerebral, en las nefropatías, contribuye significativamente a la retinopatía y otras alteraciones orgánicas y funcionales originadas por las lesiones microvasculares que provoca. (4)

Las complicaciones y la mortalidad, asociadas a la HTA, traen como consecuencia altos costos económicos y sociales. A nivel económico, generan un elevado gasto asistencial y

farmacéutico al enfermo, además de los costos e implicaciones para las instituciones empleadoras y entidades de salud. Igualmente, la comorbilidad de la HTA genera discapacidades que deterioran, no sólo la calidad de vida de los individuos, sino también la de las familias (5).

Es ampliamente aceptado que existen relaciones entre mal control de la presión sanguínea y falta de adherencia del paciente al tratamiento antihipertensivo, así como la falta de eficacia a tratamiento antihipertensivo se ha llevado a cabo la Investigación en un intento de reducir no adherencia a pesar de esto, un estudio mostró que la prevalencia media de la no adherencia al tratamiento antihipertensivo es 30%. (6)

Los resultados de un estudio en una muestra representativa de residentes en Lima y Callao mostraron altas prevalencias de hipertensión arterial, la prevalencia global de HTA fue de 15,8% (IC 95%: 14,1-17,6), la prevalencia de HTA en hombres (17,4%) fue mayor que en mujeres (14,8%) (7)

Según últimos estudios desarrollados en 26 ciudades del Perú (en las tres regiones) sobre problemas de hipertensión, se determinó que un 23,7% de la población mayor de 18 años tiene hipertensión arterial, con una mayor prevalencia de hipertensos en el sexo masculino (13,4%) sobre el sexo femenino (10,3%). La prevalencia promedio de la HTA en mayores de 60 años fue 48%, lo que representa un alto porcentaje de la población y se indica que a medida que avanzaba la edad se incrementa el nivel de hipertensión en toda la población, siendo mayor en la costa sobre los 60 años de edad, en comparación con las otras regiones del país. (8)

Actualmente existen diversas referencias a numerosos factores como responsables, que incluyen el estatus socioeconómico, la baja adherencia a tratamientos, las barreras en el acceso al sistema de salud y la falta de programas que involucren el manejo comprensivo del hipertenso (recomendaciones dietéticas, ejercicio físico, tabaquismo, entre otras) como parte de la atención clínica rutinaria. (9)

La presión organizacional consecuente, se traslada a los trabajadores, potenciado la aparición y desarrollo de una pandemia del mundo actual: el estrés laboral, que impacta en su bienestar psicológico y calidad de vida. (14) En el ámbito laboral, el estrés es uno de los responsables

directos de las más comunes y mortales enfermedades que afectan al trabajador y la trabajadora del nuevo siglo (10).

Huánuco es una ciudad ubicada en la sierra central a 1912 msnm con una población estimada de 419 092 habitantes para el 2009, se hizo un estudio hipertensión en el personal administrativo de la Universidad pública de Huánuco, 2009, Se obtuvo 110 encuestas. La prevalencia de la HTA en la población general del personal administrativo fue del 10% [IC95% (5,1; 17,2)] El predominio de hipertensión fue para el género femenino (5,4%) sobre los varones (4,6%). (11)

2.- Formulación del problema.

Por la problemática expresada en el acápite anterior se formularon los siguientes problemas de investigación:

¿Cuál es la relación entre la adherencia al tratamiento farmacológico antihipertensivo, estilos de vida y el estrés laboral con el control de la presión arterial, en los trabajadores del Gobierno Regional de Huánuco, en el periodo de setiembre a noviembre del 2015

3.- Justificación.

La investigación que se plantea, se justifica por las siguientes razones:

Tiene Relevancia médica. La hipertensión arterial es una enfermedad crónica asintomática, presente en un 20% de la población y que constituye, la mayoría de veces un hallazgo causal en un examen de salud rutinario. Asimismo, constituye en uno de los factores de riesgo modificable de mayor prevalencia en el mundo, si se conoce la prevalencia y su relación con estilos de vida que está fuertemente relacionados podemos hacer intervenciones a través de nuevos programa.

Relevancia social. Para mejorar la salud de los pobladores de la región Huánuco y sumarnos al desarrollo sostenido de país evitando los enormes gastos en las enfermedades crónicas que adolecen nuestro país y el mundo entero.

Relevancia académica, porque conducirá a resultados que puedan ser compartidos con profesionales interesados en la temática, particularmente profesionales de las ciencias de la salud.

Por lo tanto se justifica realizar esta investigación, buscar la relación de adherencia tratamiento, estilos de vida y estrés laboral ya que no solo es diagnosticar la hipertensión arterial también en mantenerlo en rangos normales y evitar la complicación que nos conduce su mal control.

4.- Limitaciones.

En lo que respecta a las posibles limitaciones del estudio que se llevará a cabo no existen problemas ético-morales, puesto que será un estudio no experimental; sin embargo, para la toma de datos se tendrá en consideración los documentos respaldados por el comité de ética, tales como el consentimiento informado de la muestra en estudio así como el compromiso de confidencialidad por parte del investigador.

CAPITULO I

MARCO TEÓRICO

1.1 ANTECEDENTES LOCAL, REGIONAL, NACIONAL E INTERNACIONAL.

A continuación se presentan algunas investigaciones que sustentan el abordaje de la presente investigación.

1.1.1. LOCAL, REGIONAL y NACIONAL

En un estudio realizado en ciudad de Huánuco por Raras (2011) donde encontraron que la prevalencia de HTA en el personal administrativo de la UNHEVAL fue de 10 %, entre las características clínicas se encontró: 4,3% obesos, el 92,2% consume azúcar industrial, 16% alcohol, 24,7% cigarrillos, 18,2% consume fármacos para la hipertensión y 6,7% tienen HTA como antecedentes(11).

En un estudio realizado por la Universidad Peruana Cayetano Heredia la prevalencia de la hipertensión arterial en la población general del Perú fue de 23,7%, en mayores de 18 años, lo que correspondería a 3 650 000 habitantes, estimado en base al censo 2005, con un predominio de hipertensos varones de 13,4% sobre hipertensas mujeres de 10,3%. Predominio de sexo masculino que persiste en los hipertensos de la costa, sierra y selva. La prevalencia de la hipertensión arterial por sexo, de toda la población, fue 27,1% en varones y 20,4% en mujeres (12)

En el estudio TORNASOL II realizado entre Marzo 2010 y Enero 2011 en todos los Departamentos del Perú incluyendo la Provincia Constitucional del Callao y el puerto de Chimbote, La prevalencia de la hipertensión arterial en el Perú se ha incrementado de 23.7 %, según el estudio TORNASOLI (Enero – Diciembre 2004), a 27.3 % de acuerdo alos resultados de TORNASOL II (Marzo 2010 – Enero 2011). También se observó un aumento de la prevalencia de hipertensos en todos los grupos según la clasificación del VII Reporte (JNC VII)(29) y por lo tanto una disminución de normotensos 43.9 % a35.8%(13)

En estudio realizado en la comunidad indígenas asháninkas de la región Junín**,** se encontró la prevalencia global de hipertensión arterial fue 14,5% (IC 95%: 6,4-22,6). De los once

sujetos clasificados como hipertensos el 36,4% (4) fue de tipo sistodiastólico y el 63,6% (7) sistólico aislado. Tres sujetos fueron clasificados como obesos por IMC y veinte por BE. La prevalencia global de obesidad según IMC fue 4% (IC 95%: 0-8,4), los tres sujetos clasificados como obesos por IMC también lo fueron por BE y todos fueron mujeres. La prevalencia global de obesidad según BE fue 26,3% (IC 95%: 16,2-36,4) con una edad promedio de 45,2 años (DE 12,2), mientras que los no obesos tuvieron en promedio 48,2 años (DE 8,9); de los veinte obesos por BE trece fueron mujeres. (14)

En Tacna (2013) Apaza (15) realizó un estudio titulado "Adherencia al tratamiento y control de la hipertensión arterial en los pacientes del programa de hipertensión arterial de Essalud - Red Tacna febrero 2013". Estudio correlativo, prospectivo y observacional. De una población de 1563 se encuestaron a 517 pacientes mayores de 18 años utilizando el Test de Morinsky-Green-Levine. Se obtuvo 57,1% fueron del sexo femenino, 80,3% tenían más de 60 años, 38,9% tenía 5 años o menos en el programa, 68% presentaron mala adherencia, 40% tenían presión arterial no controlada. Se halló asociación entre el sexo femenino y control de la HTA (p=0,019), además de mayor riesgo de HTA no controlada en pacientes mal adherentes (OR=1,93). Se concluye que la mala adherencia al tratamiento antihipertensivo se asocia significativamente al no control de la HTA. (p=0,001).

En Chincha (2009) Euribe (16) realizó un estudio descriptivo correlacional y transversal titulado "Relación entre los estilos de vida y el control de la presión arterial en pacientes hipertensos: Programa Adulto Mayor en el Hospital Rene Toche GroppoEsSalud – Chincha Alta, 2009", cuyo objetivo fue determinar la relación entre los estilos de vida y el control de la presión arterial en pacientes hipertensos del programa adulto mayor en el Hospital Rene Toche Groppo ESSALUD-Chincha Alta, durante el periodo de octubre a diciembre del 2009. La muestra estuvo conformada por 200 pacientes adultos mayores. Se utilizó el muestreo no probabilístico e intencional. Se aplicó un cuestionario semiestructurado conformado por 27 ítems, el cual fue sometido a juicio técnico. Para determinar la validez se utilizaron el coeficiente alfa de Crombrach y el análisis estadístico. Teniendo los siguientes resultados: Existe asociación entre el patrón de alimentación y el control de la presión arterial en el paciente adulto mayor. Se comprobó la asociación entre actividad física – recreación y el control de la presión arterial en el paciente adulto mayor. Se encontró que existe asociación

entre el patrón descanso y sueño (horas de siesta después de almorzar) y el control de la presión arterial en el paciente adulto mayor. Se comprobó que existe asociación entre los hábitos nocivos (consumo de tabaco) y el control de la presión arterial en el paciente adulto mayor. Se encontró que existe asociación entre la adhesión al tratamiento (asistencia al programa) y el control de la presión arterial en el paciente adulto mayor. Existe una asociación positiva entre los estilos de vida y el control de la presión arterial en pacientes hipertensos encontrándose que el 74 % se encontraban controlados y que el 26 % pertenecientes a los no controlados

1.1.2 INTERNACIONALES.

En Chile (2013) Garrido Javiera, Chacón Javier, Sandoval Daniela, Muñoz Reinaldo, López Nancy, Oyarzún Eleana et al. (17) realizaron un estudio titulado "Control del Hipertenso, un desafío no resuelto. Avances logrados en Chile mediante el Programa de Salud Cardiovascular", cuyo objetivo fue evaluar las características sociodemográficas, clínicas, antropométricas, psicosociales y de estilos de vida de un grupo de pacientes participantes en el Programa de Salud Cardiovascular, y la influencia de estos factores en el control de la presión arterial. Estudio de corte transversal en una muestra aleatoria de 525 pacientes (380 mujeres) hipertensas entre 30 y 68 años bajo seguimiento en el Programa de Salud Cardiovascular. Se registraron datos sociodemográficos, clínicos, antropométricos, psicosociales y de estilos de vida a través de evaluación clínica y cuestionarios validados. La presión arterial fue medida utilizando un protocolo estándar por personal entrenado. El análisis estadístico incluyó la predicción del riesgo (Odds RATIO) de presión arterial no controlada por las diversas características estudiadas. Los resultados fueron que el 47% de los pacientes logró una presión arterial controlada (<140/90 mmHg). La presencia de diabetes mellitus (DM) fue documentada en el 38,5%; y, los factores predictores significativos de presión arterial no controlada fueron DM, baja educación, inadecuada relación médico paciente y alto nivel de estrés emocional/depresión. Por tanto, el Programa de Salud Cardiovascular ha logrado un avance importante en el control de la PA resaltando la influencia significativa de factores psicosociales. Sin embargo es preocupante la alta

proporción de hipertensos diabéticos, su inferior control de PA, y la limitada captación de hombres al programa.

Este antecedente de investigación aportó en el marco teórico de factores predictores de la hipertensión arterial.

En Brasil (2012) Barreto Mayckel da Silva, Cremonese Isabela Zara, Janeiro Vanderly, Matsuda Laura Misue, Marcon Sonia Silva (18) realizaron un estudio titulado "Prevalencia de no adhesión a la farmacoterapia antihipertensiva y factores asociados", con la finalidad de determinar la prevalencia de la no adhesión al tratamiento farmacológico antihipertensivo y su asociación con factores bio-socio-económicos y de asistencia. Estudio descriptivo transversal realizado con 422 hipertensos hipertensión en una ciudad en el Sur de Brasil, a quienes se les realizó entrevistas domiciliarias entre diciembre de 2011 y marzo de 2012. Los resultados mostraron que la mayoría de los encuestados eran mujeres, casados, ancianos, de baja renta y poco tiempo del diagnóstico. Se consideraron no adherentes a la medicación 42,65%. Los hipertensos no-blancos, con menos de ocho años de estudio, que no frecuentaban asiduamente las consultas médicas; utilizaban más de dos medicaciones antihipertensivas y que no poseían convenio particular presentan mayores posibilidades de no adherir al tratamiento medicamentoso. Estos hallazgos sugieren que los hipertensos con situación socioeconómica desfavorable y dificultad de acceso al servicio requieren diferentes intervenciones con el fin de alentarlos a adherirse a la medicación.

Este antecedente de investigación aportó en el marco teórico de la adherencia del tratamiento hipertensivo.

En Colombia (2012), Eugenia Herrera Guerra (19) realizó un estudio titulado "Adherencia al tratamiento en personas con hipertensión arterial", cuyo objetivo fue describir y analizar la adherencia a tratamientos farmacológicos y no farmacológicos en personas con hipertensión arterial, inscritas en el programa de control de una empresa social del Estado de baja complejidad en Montería. Estudio diseño descriptivo transversal, con abordaje cuantitativo, con una muestra aleatoria de 177 personas que asistieron al servicio de consulta externa a control de la hipertensión arterial, mediante el instrumento "Factores que influyen en la adherencia a tratamientos farmacológicos y no farmacológicos en pacientes con factores de riesgo de enfermedad cardiovascular" de Bonilla y de Reales. Los resultados

fueron que la mayoría de las personas se encontró en riesgo de no desarrollar comportamientos de adherencia al tratamiento farmacológico y no farmacológico, lo cual guarda relación con los factores socioeconómicos y los relacionados con el proveedor. Los factores relacionados con la terapia y con el paciente reflejaron una situación de ventaja para la adherencia. La relación entre los veinticuatro ítems del instrumento utilizado y la situación adherencia encontrada es lineal y, en general, la relación es fuerte con tendencia positiva.

Este antecedente de investigación aportó en el marco teórico de hipertensión arterial y adherencia al tratamiento.

En Colombia (2012) Zambrano, Suitama, Posada y Florez (20) realizaron un estudio titulado "Percepción de la adherencia a tratamientos en pacientes con factores de riesgo cardiovascular", con la finalidad de identificar la percepción de la adherencia a tratamientos farmacológicos y no farmacológicos en pacientes con riesgo cardiovascular. Estudio transversal, realizado a una muestra de 265 personas adultas en la ciudad de Medellín, a quienes se les aplicó un instrumento que analizaron cuatro factores: socioeconómicos, relacionados con el proveedor, relacionados con la terapia y relacionados con el paciente. Los resultados fueron respecto a la percepción de la adherencia se encuentra que la dimensión de análisis con una puntuación más baja es la de factores socioeconómicos. Se encontró también que la escolaridad es el factor que más modifica la percepción de adherencia.Este estudio aborda las diversas dimensiones del tema con un conocimiento más exhaustivo para contribuir a establecer estrategias que mejoren la adherencia en pacientes con riesgo cardiovascular. En esa medida, se sugiere transmitir las recomendaciones médicas de múltiples maneras y en un lenguaje sencillo sin el uso masivo de tecnicismos. También se recomienda el establecimiento de formas más contundentes para el manejo de la dieta.

Este antecedente de investigación aportó en el marco teórico de hipertensión arterial.

En Austria (2012) Lötsch, F. et al. (21) realizaron un estudio titulado "La adherencia de los pacientes a la medicación a largo plazo: un estudio transversal de los regímenes de antihipertensivos en Austria", cuyo objetivo fue evaluar la adherencia y las causas de la falta de adherencia al tratamiento antihipertensivo en pacientes austríacos. Los pacientes fueron invitados a través de anuncios en las farmacias comunitarias en Austria para completar una encuesta online. Los criterios de inclusión fueron una edad de 18 años o más, un diagnóstico

de la hipertensión arterial y una receta actual de medicación antihipertensiva. La adhesión se midió mediante la escala Morisky cuatro ítems. La no adherencia se define por al menos un punto en la escala Morisky.Varios parámetros demográficos, sociales y de comportamiento fueron analizados como potenciales compañeros de variables asociadas con la adherencia. Los resultados fueron que un total de 323 pacientes completaron la encuesta en línea, de los cuales 109 (33,7%) cumplieron con los criterios para la no adhesión. En un modelo multivariable, la autoeficacia y la edad se asociaron con la adhesión, mientras que la intención y las barreras estaban vinculadas a la falta de adhesión; 56 pacientes (17,3%) fueron clasificados como intencionalmente no adherente. Este estudio demuestra que la falta de adherencia afecta a una proporción importante de los pacientes en el tratamiento de la hipertensión arterial. Edad joven era un factor de riesgo particularmente importante para la no adhesión, y esta población de pacientes es, por lo tanto, en la necesidad de atención especial. Se identificaron factores de riesgo modificables que podrían ayudar a mejorar el tratamiento de la hipertensión arterial y potencialmente otras enfermedades crónicas.

En México (2010) María del Pilar Guevara-Gasca y Sergio Galán-Cuevas (22) realizaron un estudio titulado “El papel del estrés y el aprendizaje de las enfermedades crónicas: Hipertensión arterial y Diabetes”. Concluyéndose que es importante destacar la necesidad de un tratamiento integral para las enfermedades crónicas el cual debiera sustentarse en medidas no farmacológicas (modificación de estilos de vida, tanto de dieta como de ejercicio, manejo de las emociones, como la ira, la rumiación y el estrés), y por último un moderado apoyo farmacológico. El tratamiento adecuado tiene como propósito evitar el avance de la enfermedad, prevenir complicaciones, mantener la calidad de vida y reducir la mortalidad en las personas que padecen estas enfermedades. Cuando sea necesario el suministro de sustancias farmacológicas, se le deberán administrar a las personas, pero en dosis moderadas. Considerando la etiología multicausal de las enfermedades crónicas es necesario implementar nuevas estrategias para abordar esta situación dando la relevancia justa a los aspectos ambientales, cognitivos y conductuales en el surgimiento y mantenimiento de las enfermedades, se debe concientizar a las personas de que están haciendo para mantener su salud y que les impide adquirir nuevos hábitos que mejoren su calidad de vida..

1.2 TEORÍAS ACTUALES.

1.2.1. HIPERTENSIÓN ARTERIAL.

La presión alta o hipertensión arterial sistémica es un problema de salud de origen multifactorial, trastorno cardiovascular consistente en la elevación persistente y no fisiológica de la presión arterial sistémica (PAS o "máxima") o diastólica (PAD o "mínima") por encima de los límites determinado de acuerdo a criterios estadísticos poblacionales. Actualmente se considera definida por una PA sistólica (PAS) en reposo ≥ 140 mmHg o una PA diastólica (PAD) en reposo ≥ 90 mmHg, o bien por el seguimiento de un tratamiento para reducir la PA. En pacientes diabéticos o de alto riesgo cardiovascular (historial de ictus o infarto al miocardio) las cifras de PAS/PAD deberían ser <130/80 mmHg, mientras que en los pacientes con insuficiencia renal y proteuniria importante (<1 g/24 h), las cifras idóneas deberían ser <125/75 mmHg. Los ancianos pueden presentar una elevación selectiva de la presión sistólica PAS; sin embargo, en general, el aumento de la presión del pulso (que refleja el aumento de la PAS) es mejor factor predictivo de riesgo cardiovascular (23).

FISIOPATOLOGIA:

La HTA se caracteriza básicamente por la existencia de una disfunción endotelial (DE), con ruptura del equilibrio entre los factores relajantes del vaso sanguíneo (óxido nítrico –NO-, factor hiperpolarizante del endotelio -EDHF) y los factores vasoconstrictores (principalmente endotelinas). Es conocida la disminución a nivel del endotelio de la prostaciclina-PGI2 vasodepresora y el aumento relativo del tromboxano-TXA2 intracelular vasoconstrictor(24)

ENDOTELINAS

Las endotelinas (ETs) son factores vasoconstrictores locales muy potentes, cerca de 10 a 100 veces más poderosos que la angiotensina II (25) Se sabe actualmente que se trata de un sistema complejo: pre proendotelina –proendotelina - ET1. A nivel de la proendotelina actúa una enzima convertidora de la endotelina (ECE), formándose principalmente ET1, pero

también en menor proporción, ET2 y ET3 (26). Solo la ET1 parece poseer acción vasoconstrictora sistémica.

La ET1 ejerce diversas acciones: sobre el tono vascular, la excreción renalde sodio y agua y la producción de la matriz extracelular.

La ET1 está implicada, de modo importante, en el proceso de remodelamiento vascular y de regulación de la proliferación celular. Se trata, en efecto, de una sustancia mitogénica extraordinariamente potente, que produce hiperplasia e hipertrofia del músculo liso vascular (27)

EL SISTEMA RENINA – ANGIOTENSINA – ALDOSTERONA (SRAA)

Se trata de un sistema sumamente complejo, que comprende una serie de proteínas y 4 angiotensinas (I, II, III y IV) con actividades propias y específicas. El SRAA, además de sus acciones propiamente vasculares, induce estrés oxidativo a nivel tisular, el que produce tanto cambios estructurales como funcionales, especialmente disfunción endotelial, que configuran la patología hipertensiva. Las acciones de la angiotensina II incluyen: contracción del músculo liso vascular arterial y venoso, estimulación de la síntesis y secreción de aldosterona (¿por acción de la AIII?), liberación de noradrenalina en las terminaciones simpáticas, modulación del transporte del sodio (Na) por las células tubulares renales, aumento del estrés oxidativo por activación de oxidasas NADH y NADPH dependientes, estimulación de la vasopresina/ ADH, estimulación del centro dipsógeno en el sistema nervioso central, antagonismo del sistema del péptido atrial natriurético-natural (BNP) y tipo C (CNP) (28), incremento de la producción de endotelina (ET1) y de prostaglandinasvasoconstrictoras (TXA2, PgF2α).

Fisiopatología del sistema nervioso simpático en la HTA

Los mecanismos fisiopatológicos involucrados en la HTA son múltiples, e incluyen el sustrato genético, la activación del SNS, el SRAA, exceso en el consumo de sodio y el desequilibrio entre los mecanismos vasodilatadores y vasoconstrictores, entre otros. La activación simpática mediada por los cambios en el ambiente renal detectados por las vías aferentes, y la activación neurohormonal de las vías eferentes, trae consecuencias en toda la

economía corporal. Así la retención de sodio y agua, junto con la activación del SRAA, influencian la contractilidad, frecuencia y ritmo cardiaco, pero además su activación crónica lleva a hipertrofia del músculo cardiaco, aumento en el consumo de oxígeno, vasoconstricción, resistencia a la insulina, obesidad y aumento en la sensibilidad al dióxido de carbono que puede generar disnea y disturbios del sueño, que sería la posible explicación fisiopatológica de cómo la DSR puede tener impacto no sólo en la mejoría de la HTA, sino además en otras indicaciones emergentes como la intolerancia a la glucosa, apnea obstructiva del sueño, obesidad (29)

FACTORES DE RIESGO.

La Organización Mundial de Salud (OMS) plantea que pueden ser prevenidos oportunamente los factores de riesgo cardiovascular como: HTA, obesidad, tabaquismo, sedentarismo y diabetes mellitus, que se manifiestan en la edad adulta, pero que están determinados por los comportamientos aprendidos en la niñez y su continuidad.

El consumo de tabaco en niños y adolescentes es ya un problema de salud pública; la generalidad de los estudiosos coincide en que esta práctica se inicia en la adolescencia o al principio de la edad adulta. Por lo que resulta necesaria la participación de la sociedad, para dirigir las medidas preventivas hacia los factores asociados a la iniciación del consumo de tabaco y a evitar la adicción en la vida adulta. El estudio mostró que 46 adolescentes (6,6 %) practicaban activamente el tabaquismo. Al compararlo con una publicación reciente realizada en México, en un área urbana, observamos una prevalencia mayor (10,1 %), pero coincidió en el predominio del sexo masculino. Llama la atención que el 46,8 % eran fumadores pasivos por lo que también estaban expuesto al humo del tabaco en sus hogares y otros lugares. Las personas que se exponen al humo (fumador pasivo) aumentan su riesgo de padecer cáncer de pulmón en 20-30 % y de enfermedades cardiovasculares en 25 %.(30)

PAUTAS (JNC 8) PARA EL MANEJO DE LA HIPERTENSIÓN (31)

Las siguientes recomendaciones se basan en la revisión de la evidencia sistemática descrita anteriormente. Las recomendaciones 1 a 5 responden las preguntas 1 y 2 en relación con los umbrales y las metas para el tratamiento de la hipertensión. Las recomendaciones 6, 7 y 8 responden la pregunta 3, relativa a la selección de los fármacos antihipertensivos. La recomendación 9 es un resumen de las estrategias basadas en opiniones de expertos para el inicio y la adición de los fármacos antihipertensivos.

Esas preguntas entonces son la base de las recomendaciones, que se analizan en profundidad y se le asigna una puntuación, dependiente de la fuerza de la recomendación y la evidencia que la apoya.

Recomendación 1: En la población general de 60 o más años, inicie el tratamiento farmacológico para reducir la presión arterial con una presión arterial sistólica (PAS) de 150 mm Hg o mayor, o con una presión arterial diastólica (PAD) de 90 mm Hg o mayor, y trate hasta una meta de PAS menor de 150 mm Hg y una meta de PAD menor de 90 mm Hg (recomendación fuerte - grado A).

Recomendación 2: En la población en general menor de 60 años, deben iniciar el tratamiento farmacológico con PAD ≥ 90 mmHgparaalcanzar una PAD <90 mmHg.Para edades de 30 a 59 años, Recomendación del Fuerza - Grado A; Para edades de 18 a 29 años, Opinión de Expertos – Grado E.

Recomendación 3: En la población en general menor de 60 años, inicie el tratamiento farmacológico antihipertensivo para reducir la PA con una PAS ≥ 140 mm Hg, y trátelo hasta una meta de menos de140 mm Hg (opinión de expertos – grado E).

Recomendación 4: En la población general de 18 años o más con enfermedad renalcrónica, inicie el tratamiento farmacológico antihipertensivo para reducir la PAS que sea mayor o igual a 140 mm Hg y la PAD que sea mayor o igual a 90 mm Hg, y trátela hasta una meta de menos de 140 mm Hg y menos de 90 mm Hg (opinión de expertos – grado E).

Recomendación 5: En la población general de 18 años o más con diabetes, inicie el tratamiento farmacológico antihipertensivo para reducir la PAS que sea mayor o igual a 140 mm Hg y la PAD que sea mayor o igual a 90 mm Hg, y trátela hasta una meta de menos de 140 mm Hg y menos de 90 mm Hg respectivamente (opinión de expertos – grado E).

Recomendación 6: En la población generalnoafrodescendientes**,** incluyendo a los diabéticos, el tratamiento inicial debe incluir un diurético tiazídico, un bloqueador de los canales de calcio (BCC), un inhibidor de la enzima convertidora de angiotensina (IECA) o un bloqueador del receptor de angiotensina (ARA) (recomendación moderada - grado B).

Recomendación 7: En la población general de pacientes negros (afrodescendiente), incluyendo a aquellos que tienen diabetes, el tratamiento antihipertensivo inicial debe incluir un diurético tiazídicoo un bloqueador de los canales de calcio (recomendación moderada - grado B; para la población negra diabéticos: recomendación débil - grado C)

Recomendación 8: En la población de 18 años o más con enfermedad renal crónica e hipertensión, el tratamiento antihipertensivo inicial (o agregado) debe incluir un IECA o un ARA para mejorar los eventos renales. Esto se aplica a todos los pacientes con enfermedad renal crónica e hipertensión,independientemente del grupo étnico o de la presencia de diabetes (recomendación moderada – grado B).

Recomendación 9: El principal objetivo del tratamiento es alcanzar y mantener la presión arterial meta. Si esta no se alcanza en un mes de tratamiento, aumente la dosis de la droga inicial o agregue una segunda droga de las clases mencionadas en la recomendación 6. El médico debe continuar ajustando el tratamiento hasta que se alcanza la presión arterial meta. Si esta no se alcanza aun, agregue y titule una tercera droga de la lista. No use un IECA y un ARA juntos en elmismo paciente. Pueden usarse drogas de otras clases si la presión arterial meta no se puede alcanzar usando las drogas recomendadas debido a una contraindicación o la necesidad de usar más de 3 drogas. Puede estar indicada la referencia a un especialista en hipertensión si la presión meta no puede alcanzarse usando la estrategia anterior o para el manejo de los pacientes complicados (opinión de expertos – grado E).

1.3. ADHERENCIA A TRATAMIENTO.

La adherencia al tratamiento ha sido definida de diferentes formas, pero principalmente como el cumplimiento o seguimiento de las instrucciones médicaso indicaciones sanitarias. Con el transcurso de los años, se ha ido superando esta connotación reduccionista, otorgándosele cada vez más un papel activo al paciente.

Varela, Salazar y Correa (32) afirman que la adherencia al tratamiento es un fenómeno complejo que involucra una serie de comportamientos diarios, los cuales deben coincidir y ser coherentes con los acuerdos realizados y las recomendaciones discutidas y aceptadas en la interacción con los profesionales de la salud que lo atienden, reflejando una implicación activa del paciente en el control de su enfermedad. Los comportamientos de adherencia hacen referencia a la incorporación o mantenimiento de hábitos en el estilo de vida, la modificación de aquellos que puedan constituir un factor de riesgo para la progresión de la enfermedad, y la búsqueda de conocimiento y el desarrollo de habilidades para controlar situaciones que interfieren o podrían interferir con los objetivos terapéuticos.

Los comportamientos de adherencia al tratamiento para la HTA incluyen la toma de los medicamentos antihipertensivos según las prescripciones médicas (de horario, dosis, etc.); asistir a la citas médicas y con otros profesionales de la salud; utilizar estrategias eficaces para recordar la toma de los medicamentos; utilizar estrategias para manejar los efectos adversos de los medicamentos; buscar información relacionada con la enfermedad y el tratamiento; expresar y discutir dudas y molestias con el médico, realizar ejercicio aeróbico y actividad física regularmente; alimentarse saludablemente (bajo en sal y grasas, alto consumo de potasio, etc.); manejar los estados emocionales que influyen en los niveles de presión arterial (ej., estrés y ansiedad); disminuir el consumo de alcohol, evitar el consumo de cigarrillo; buscar apoyo social, entre otros.

En la HTA se habla hasta del 50 % de no adherencia. Entre las causas principales que dificultan el control de la TA está la no adherencia al tratamiento. De ahí que el Director Ejecutivo de Enfermedades no Trasmisibles y Salud Mental de la OMS expresara: El

incumplimiento de tratamiento es la principal causa de que no se obtengan los beneficios que estos pudieran proporcionar, está en el origen de las complicaciones de la enfermedad, reduce la calidad de vida, aumenta la resistencia a los fármacos y desperdicia recursos asistenciales (33). En un estudio en pacientes hipertensos atendidos en el Hospital Nacional Cayetano Heredia. Febrero 2010 Se encontró control de la presión arterial en 62,1% de pacientes y la adherencia al tratamiento farmacológico fue 37,9%. Sólo se halló asociación estadística entre los pacientes adherentes y el estado civil viudo (34).

1.4. ESTILOS DE VIDA.

El concepto «estilo de vida» se utilizó por primera vez en 1979, por el escritor y futurista AlvinToffler, quien predijo la explosión de distintos estilos de vida en una sociedad post-industrial. La manera de comer, efectuar ejercicio, descansar, jugar, comportarse con los demás, pensar, planear, conducir un vehículo, dormir, trabajar, entre otros, y en general la forma total de vivir, están todos incluidos en el término «estilo de vida»

Durante los años 80, el estudio del estilo de vida alcanzó un elevado protagonismo en el ámbito de las ciencias biomédicas, debido a que, tras el informe Lalonde, se determinó la importancia de los hábitos de vida y sus determinantes sobre la salud de las personas, definiendo que el estilo de vida, en el ámbito de las ciencias de la salud, podría considerarse como el “conjunto de decisiones de las personas que afectan a su salud y sobre las cuales ellas tienen más o menos control”(29). En este sentido, la Organización Mundial de la Salud (OMS) aportó una definición más concreta de estilo de vida relacionado con la salud, acordando, durante la XXXI Reunión del Comité Regional para Europa, que es "una forma general de vida basada en la interacción entre las condiciones de vida en un sentido amplio y los patrones individuales de conducta determinados por factores socioculturales y características personales"(35).

Los estilos de vida saludables se caracterizan por patrones de comportamiento identificables que pueden tener efecto sobre la salud de un individuo y se relacionan con varios aspectos que reflejan las actitudes, valores y comportamiento en la vida de una persona (36). Un patrón conductual es el modo habitual de respuesta a diferentes situaciones; el consumo de cigarrillo y alcohol, las dietas ricas en grasas o la falta de ejercicio, constituyen algunos ejemplos de comportamientos poco saludables o de riesgo. Entre las variables más clásicas a considerar dentro de un estilo de vida figuran la práctica deportiva, los hábitos de alimentación, el consumo del alcohol y de tabaco y también las percepciones de salud que experimentan los sujetos. Ahora bien, los estilos de vida no pueden ser vistos de manera aislada sino en forma integral, debido a que resultan de las interacciones entre la persona y el contexto social, económico, político y cultural al cual pertenece(37).

El estilo de vida relacionado con la salud está caracterizado por (38):

- Poseer una naturaleza conductual y observable. Desde este punto de vista, actitudes, valores y motivaciones no forman parte del mismo, aunque pueden ser sus determinantes.
- Continuidad de estas conductas en el tiempo, persistencia, “hábito”.
- Asociación y combinación entre conductas de forma consistente.

Los determinantes del estilo de vida relacionado con la salud son diversos y su estudio puede abordarse desde dos perspectivas bien distintas: La primera, en la que sevaloran factores que podríamos denominar individuales y en la que los objetos de estudio sonfundamentalmente aspectos biológicos, factores genéticos y conductuales, así comocaracterísticas psicológicas individuales. La segunda perspectiva parte de aspectossociodemográficos y culturales, y desde ella se estudia la influencia de factores como elcontexto social, económico o el medio ambiente, es decir, diferentes elementos del entorno.

Durante el desarrollo humano se establecen múltiples transacciones entre ambos contextos yse establecen patrones adaptativos de conducta, anteriormente denominados hábitos de vida, que conforman en conjunto el “estilo de vida relacionado con la salud”, determinados por cadauno de estos factores.

La enfermedad coronaria, los accidentes vasculares cerebrales, la hipertensión, la hipercolesterolemia, la obesidad, la diabetes, la EPOC, muchos tipos de neoplasias, la osteoporosis, los dolores musculares y de espalda, las cefaleas,el estreñimiento, las patologías alérgicas, las enfermedades de transmisión sexual, la infertilidad, la disfunción eréctil, y muchas de las enfermedades mentales, entre otras, son condicionesde salud directamente relacionadas con el estilo de vida (39).

1.5. ESTRES LABORAL.

Lazarus y Folkman definen el estrés como un "encuentro" que implica relaciones particulares entre la persona y su entorno. Uno de los aspectos centrales de la teoría interaccional es la relevancia de la evaluación cognitiva como mediador esencial de las reacciones de estrés a los estímulos potencialmente estresantes. Tal punto de vista confiere mayor relevancia al individuo, siendo éste considerado como un elemento activo que procesa información y valora las demandas de la situación y sus propios recursos para afrontarla. El estrés excesivo relacionado con el trabajo acarrea tensiones en el mismo, lo cual se conoce desde antaño; de hecho, cualquier tipo de trabajo es por sí solo capaz de producir estrés, pero para las personas que tienen que tratar, cuidar, orientar, alentar, comprender y ayudar a otras personas, el trabajo es aún más agotador y, consecuentemente, produce más estrés (40).

El estrés es un fenómeno muy frecuente en el mundo laboral, con graves consecuencias para la salud de la persona que lo padece. Esta patología va en aumento debido a los grandes cambios que está sufriendo el mundo económico y social. Los trabajadores tendrán que ir asumiendo todos estos cambios, posiblemente cada vez más difíciles de superar, pudiendo llevar esta situación a padecer estrés.

En relación al estrés laboral, puede tratarse de las condiciones de trabajo poco saludables, de inseguridad, de conflicto, de sobrecarga y de sobreexigencias, que muchas veces requieren de algunas modificaciones en la gestión y desarrollo de programas de prevención del estrés.

Cada persona percibe las situaciones de forma distinta y aplica diferentes capacidades y habilidades para enfrentarlas. Esto depende de factores personales (biológicos, psicológicos, historias de vida, aprendizajes), psicosociales (autovaloración, pertenencia, identidad) y socioculturales (creencias, costumbres, estatus social). Sin embargo, no todas las situaciones de la vida se califican como estresantes son realmente negativas, sino que las percepciones y pensamientos acerca de ellas son las que determinan si son un problema para nosotros. En ocasiones, este estrés ejerce un efecto bastante positivo (automotivación); en otras, lleva soluciones o conductas no deseables.

Existen profesiones más predispuestas para desarrollar estrés: médicos enfermeras, policías, bomberos, artificieros, controladores aéreos, mineros, etcétera, aunque cualquier trabajador, en algún momento de su vida laboral ,puede padecerlo (41).

Teoría fisiológica del estrés.

Introducida por HANS SELYE, endocrinólogo de Montreal, establece que el estrés es una respuesta fisiológica generalizada y no una respuesta específica.

Introdujo el concepto de Síndrome General de Adaptación (SGA) como un conjunto de procesos fisiológicos en respuesta a los distintos estresores.

Describe tres fases:

a) Fase de alarma. El organismo reacciona ante un estresor activando el sistema nervioso simpático, con síntomas como: midriasis pupilar, sequedad de boca, aumento de la frecuencia cardíaca y respiratoria, sudoración, hipertensión arterial, secreción de adrenalina y noradrenalina y aumento de la capacidad de atención y concentración, facilitando los recursos ante una actuación.

Esta reacción de alarma dura poco tiempo, pero el organismo necesita un tiempo determinado para recuperarse. Si esta recuperación no se produce entramos en la fase de resistencia.

b) Fase de resistencia. En la que el organismo sigue reaccionando produciéndose distintas alteraciones metabólicas. Este estado de resistencia puede dilatarse en el tiempo hasta que no se puede mantenerlo más y se entra en la fase de agotamiento.

c) Fase de agotamiento. En esta fase el organismo se colapsa por la intensidad del estrés y pueden aparecer alteraciones psicosomáticas

1.6. Hipótesis

Hipótesis de investigación

H_i: estilos de vida, la adherencia al tratamiento farmacológico antihipertensivo y el estrés laboral está relacionado con el control de la hipertensión arterial, en los trabajadores del Gobierno Regional de Huánuco, en el periodo de setiembre a noviembre del 2015.

H_0:, estilos de vida ,la adherencia al tratamiento farmacológico antihipertensivo y el estrés laboral no está relacionado con el control de la hipertensión arterial, en los trabajadores del Gobierno Regional de Huánuco, en el periodo de setiembre a noviembre del 2015

1.7. Sistema de Variables: definición operacional, Dimensiones e Indicadores.

Hipertensión arterial.

Presión sanguínea arterial sistémica persistentemente elevada. en base a múltiples lecturas (determinación de la presión sanguínea), habitualmente se considera hipertensión cuando la presión sistólica es mucho mayor a 140 mm hg o cuando la presión diastólica (presión sanguínea) es de 90 mm hg o mas.

Estrés laboral

Síndrome general de adaptación y que se desencadena ante un agente estresor o cualquier estímulo que se perciba como amenaza de la homeóstasis del organismo.

Nivel de estrés presente en el individuo que tiene diferentes dimensiones que permite establecer mediante un rango definido en qué nivel de estrés se encuentra el individuo y en qué medida esto resulta perjudicial para él.

Elevado: El sujeto está estresado manifestando una serie de síntomas que afectan su salud, desinterés por la actividad, fatiga, presenta marcados ausentismos que le hace disminuir su rendimiento laboral, dañando la eficiencia de la actividad.

Moderado: El sujeto presenta estados de tensión balanceados con momentos de relajación sin caer en lo patológico, se presentan síntomas aislados no perceptibles aún por el sujeto.

Bajo: Situación relajada sin o con pocas molestias, el sujeto siente bienestar en el desarrollo de su actividad

Estilos de vida

Los estilos de vida de una persona como aquel compuesto por sus reacciones habituales y por las pautas de conducta que ha desarrollado durante sus procesos de socialización. Que asume el individuo en una sociedad y que influyen en su salud actuando como factores de protección o de riesgo. Existen estilos de vida saludables y no saludables, los primeros se encuentran orientados a evitar problemas como son la obesidad, hipertensión arterial, infarto agudo de miocardio que se encuentran derivados del sedentarismo, una mala alimentación, escasas horas de sueño y descanso, además del consumo de sustancias nocivas comportamientos.

Adherencia al tratamiento

Se define como el grado al cual el comportamiento de un paciente corresponde a las recomendaciones hechas por un proveedor de cuidado de salud sea este médico o profesional de enfermería. Estas recomendaciones se relacionan con medicamentos: tipos de medicamentos, dosis, frecuencia, duración del tratamiento y recomendaciones sobre su administración en relación con horarios de comidas, horarios diurnos y otros.

Edad

Tiempo transcurrido a partir del nacimiento de un individuo.

En años Cantidad de años, meses y días cumplidos hasta la fecha de las personas que trabajan en el Gobierno Regional de Huánuco.

Género

Se refiere a la división del género humano en dos grupos: mujer u hombre. Género al que pertenecen las personas que trabajan en el Gobierno Regional de Huánuco.

Condición laboral

Situación en que se encuentra el profesional en relación a su vínculo laboral.

Contratada/o Nombrada/o

Situación en que se encuentra el profesional en relación a su vínculo laboral de las personas que trabajan en el Gobierno regional de Huánuco.

Talla

La longitud de la planta de los pies a la parte superior del cráneo expresada en centímetros

Peso

Es el volumen del cuerpo expresado en kilo

1.8. Objetivos: generales y específicos

Los objetivos de la investigación se concentraron en los siguientes enunciados:

1.8.1. Objetivo general

Determinar la relación entre la adherencia al tratamiento farmacológico antihipertensivo, estilos de vida y el estrés laboral con el control de la presión arterial, en los trabajadores del Gobierno Regional de Huánuco, en el periodo de setiembre a noviembre del 2015.

1.8.2. Objetivos específicos

1. Evaluar la relación entre la adherencia al tratamiento antihipertensivo con el control de presión arterial en los trabajadores del Gobierno Regional en el periodo de setiembre a noviembre del 2015.
2. Establecer una relación entre los estilos de vida con el control de la hipertensión arterial de los pacientes que trabajan en el Gobierno Regional en el periodo de setiembre a noviembre del 2015.
3. Conocer el grado de relación del estrés laboral con la hipertensión arterial en los trabajadores del Gobierno Regional en el periodo de setiembre a noviembre del 2015.

4. Describir la frecuencia de hipertensión arterial y las características socio demográficas en los trabajadores del Gobierno Regional en el periodo de setiembre a noviembre del 2015.

1.9. Población y Muestra

Población:

Para este estudio, el universo lo constituye el total de la población que está formado por 450 trabajadores que laboran en el Gobierno Regional de Huánuco, en el periodo de setiembre a noviembre 2015 conformada por varones y mujeres, que abarca de los 21 años hasta los 73 años de edad.

Muestra. El tamaño de la muestra fue 204 personas que laboran en el gobierno regional, se tomó a toda la población que decidió participar en el estudio de forma voluntaria. En la selección de la muestra se realizó a manera de censo pero se consideraron los siguientes criterios:

Criterios de inclusión.

1. Que acepten voluntariamente a participar en el estudio (firmen su consentimiento informado).

Criterios de exclusión

1. Que se encuentran gozando de algún tipo de licencia, durante el período de recolección de datos.
2. Quienes abandonaron el estudio por situaciones imprevistas.
3. Quienes no concluyeron con el 90% del llenado de los instrumentos de recolección de datos.
4. Quienes no acepten participar en el estudio (rechazaron su consentimiento informado).

1.10. Delimitación espacial y temporal

Ubicación en el espacio. El estudio se llevó a cabo en el Gobierno Regional de Huánuco.

Ubicación en el tiempo. La duración del estudio fue en el periodo de setiembre a noviembre del 2015

CAPITULO II

METODOLOGÍA

2.1. Tipo de investigación.

El presente estudio es de nivel descriptivo, de corte transversal prospectivo

Descriptivo.Su principal objetivo es describir e interpretar de manera detallada los datos obtenidos relacionados con las condiciones existentes, prácticas, opiniones, puntos de vista o actitudes que prevalecen sobre la hipertensión arterial y su relación con adherencia al tratamiento, estrés laboral y estilo de vida de los trabajadores del Gobierno Regional de Huánuco.

Transversal. Según el tiempo de ocurrencia de los hechos y registros de la informaciónhaciendo una corte en el tiempo el cual fue determinado de septiembre a noviembre del 2015, para describir el estado del fenómeno determinado.

Prospectivo. Porque se registrará la información según irá ocurriendo los fenómenos que se presentarán en el momento de los hechos.

2.2. Diseño de la Investigación.

El estudio es observacional descriptivo, de corte transversal con abordaje cuantitativo.

2.3. Técnica e Instrumentos de Recolección de Datos

Producto de la revisión bibliográfica efectuada, aplicamos los siguientes instrumentos de medición:

→ **Guía de entrevista sociodemográfica (Anexo 03).** Este instrumento consta de 7 reactivos referidas a las características sociodemográficas (edad, género, estado

conyugal) y laborales (profesión, nivel académico, condición laboral, tiempo de servicio en el Gobierno regional de Huánuco) de la muestra en estudio.

→ **Escala de apreciación de estrés socio-laboral de Karasek (Anexo 04).** El modelo de Karasek (42) es adecuado para el estudio del estrés laboral y constituirá una herramienta de trabajo importante para medir el estrés laboral. Este instrumento consta de 23 ítems clasificados en 4 dimensiones: Control del trabajo, demanda de habilidades, demanda de trabajo y apoyo social. Para las respuestas se tendrá en cuenta: 1. Muy frecuentemente; 2. Frecuentemente; 3. Casi nunca, 4. Nunca.

→ **Test de Morisky – Green (Anexo 05) (43).** Este cuestionario se ha utilizado en numerosos estudios de adherencia de fármacos antihipertensivos y antirretrovirales para SIDA. En osteoporosis también algunos estudios lo han utilizado para demostrar la efectividad de diversos métodos para incrementar la adherencia al tratamiento. Desde que el test fue introducido se ha usado en la valoración del cumplimiento terapéutico en diferentes enfermedades. Consiste en una serie de 4 preguntas de contraste con respuesta dicotómica sí/no, que refleja la conducta del enfermo respecto al cumplimiento. Se pretenden valorar si el enfermo adopta actitudes correctas con relación con el tratamiento para su enfermedad; se asume que si las actitudes son incorrectas el paciente es incumplidor. Presenta la ventaja de que proporciona información sobre las causas del incumplimiento. El paciente es considerado como cumplidor si se responde de forma correcta a las 4 preguntas, es decir, No/No/No/No, con fines practico se dice el paciente es clasificado como adherente con un puntaje de 0 puntos, y como no adherente con puntaje ≥ 1

→ **Cuestionario de estilo de vida (Fantastic) (44) (Anexo 06).** Este instrumento fue diseñado en el Departamento de Medicina Familiar de la Universidad McMaster de Canadá, y permite identificar y medir el estilo de vida de una población en particular. Contiene 25 ítems cerrados que explora nueve categorías o dominios físicos, psicológicos y sociales relacionados al estilo de vida.

Medición Puntaje final**.** Suma todos los resultados de las columnas y multiplica tu puntaje final por dos. La medición final será:

Existe peligro = <39 puntos, indica que el estilo de vida del individuo plantea muchos factores de riesgo.

Malo = 40 a 59 punto, indica que el estilo de vida del individuo plantea varios factores de riesgos.

Regular = 60 a 69 puntos, indica que el estilo de vida representa un beneficio para la salud, aunque también presenta riesgos.

Bueno = 70 a 84 puntos, indica que el estilo de vida representa una influencia adecuada para la salud.

Excelente = 85 a 100 puntos, indica que el estilo de vida del individuo representa una influencia óptima para la salud

2.4. Validez y Confiabilidad de instrumentos.

En primer lugar se realizó la validez cualitativa de contenido, se tuvo en consideración como punto de partida la validación racional, mediante la revisión exhaustiva de los antecedentes de investigación, seguido a ello se realizó la validación del instrumento por juicio de expertos (especialistas en investigación, docentes con experiencia en investigación), para el cual, se contó con cuatro expertos que validaron los instrumentos de recolección de datos, (Adherencia al tratamiento, los estilos de vida y estrés laboral). Cuyos aportes se tomaron en cuenta para la mejora del contenido del instrumento.

Luego se realizó la validez y confiabilidad estadística del instrumento mediante la aplicación de fórmulas tales como el coeficiente de alfa de Crombach para la confiabilidad, obteniéndose:

Alfa de Crombach = 0,8 > 0.6

Habiéndose encontrado resultado confiable y consistente

También se realizó la prueba piloto de los instrumentos de recolección de datos, para la cual se aplico un ensayo a un grupo de diez trabajadores que laboran en el Gobierno Regional de Huánuco. De ello se verificó la comprensión de las preguntas de los instrumentos inferenciables. De esta fase se generó algunos ajustes a las preguntas de los instrumentos.

2.5. Consideraciones Éticas.

En todos los momentos de la investigación se aplicó el principio bioético de "autonomía", que consiste en la capacidad de las personas participantes de la investigación de decidir si continuaba o no en la investigación y estaba en la libertad de actuar bajo la dirección de sus decisiones. Todos los individuos deben ser tratados como seres autónomos y las personas que tienen la autonomía mermada tienen derecho a la protección. Se aplicó también el principio de "beneficencia", el cual nos habla de "Hacer el bien", la obligación moral de actuar en beneficio de los demás. Curar el daño y promover el bien o el bienestar. Estos principios se aplicaron en las personas que intervinieron en la investigación, se les informó de manera sencilla y clara los objetivos de la investigación, asegurando su privacidad y anonimato respetando los tiempos en su realización.

Documentos. Se realizó los trámites correspondientes a fin de solicitar la autorización para el trabajo de campo (aplicación de los instrumentos de recolección de datos) a los responsables del Gobierno Regional de Huánuco.

Posteriormente se inició el contacto con los trabajadores que participaran en el estudio, en el cual se aprovechará para darles a conocer los documentos respaldados por el Comité Institucional de Ética como:

Consentimiento informado (Anexo 01). A través del cual la muestra en estudio será informado por escrito de los objetivos generales del proyecto en el que van a ser incluidos. Una vez leído este documento ambos lo firmaron, finalmente se le entregó una copia a los participantes para que se lo lleven y el investigador contará con una para utilizarlo como documento legal si requiriera el caso.

Compromiso de confidencialidad del investigador (Anexo 02). Con este documento, nos comprometemos por escrito a no revelar los datos de la investigación de los que pudieran deducirse datos personales de los participantes y a emplearlos únicamente en la consecución de los objetivos planteados. La ley del secreto profesional y de protección de datos considera al investigador responsable de guardar confidencialidad de los datos personales, especialmente de datos considerados sensibles y a proteger de forma especial y de tomar las medidas pertinentes para evitar que puedan relacionarse los datos con las personas concretas

CAPITULO III
RESULTADOS

3.1. Características epidemiológicas de los trabajadores del Gobierno Regional

Participaron del estudio 204 personas de 21 a 73 años, 106 varones (52%) y 98 mujeres (48%) la media de edad fue 39,06 (DS: +/-12,83, se observó que el 74,5 % (152) pertenecieron al grupo etario menor de 50 años, seguido del 25,5% (52) que pertenece al grupo etario mayor igual de 50 años. En cuanto a las características laborales de los trabajadores del gobierno regional, se destaca que la mayoría de ellos tuvieron la condición de contratados 76,5% (156); y la condición de nombrados son 23.5% (48). En cuanto al estado nutricional se observó que 43,1% (88) son normales, 43,6(89) tienen sobrepeso y presentan obesidad 12.3%(25).Todo esto se muestra en la tabla 1

3.2. Características clínicas de los trabajadores del Gobierno Regional de Huánuco

En cuanto a las características clínicas de los trabajadores del Gobierno Regional Huánuco en estudio; se observó que 91.2% (186) presentan presión arterial normal; seguido del 8,8% (18) presentan HTA.

Respecto al nivel de estrés laboral de los trabajadores del Gobierno Regional Huánuco en estudio, en la dimensión control de trabajo, 92,16% (188) tuvieron moderado estrés laboral; 7,84% (16) tuvieron elevado estrés laboral.

En relación al estilo de vida del trabajador del Gobierno Regional Huánuco en estudio, se observó que 50,5% (103) tienen buen estilo de vida, seguido del 23,5% (48) presentan regular estilo de vida, el 13, 7% (28) malo; y solo el 12,3% (25) presentan excelente estilo de vida. Se detalla en tabla 2

3.3. Análisis bivariado de los trabajadores del Gobierno Regional de Huánuco

En análisis bivariado se encontró que existe asociación estadísticamente significativa entre la hipertensión arterial (HTA) y la edad (≥ 50años) [p=0,000; OR=5,557 (IC95%, 2,026; 15, 244)]. Se muestra con más detalle en tabla 3.

Adherencia al tratamiento antihipertensivo de los trabajadores del Gobierno regional Huánuco.

Según el Test de Morisky-Green-Levine, se evidencia que 83,3 % de los 18 trabajadores del Gobierno Regional Huánuco que presenta HTA tiene mala adherencia al tratamiento antihipertensivo, haciendo el análisis bivariado con la prueba w de wilcoxon se evidencio una asociación estadísticamente significativa entre la HTA y mala adherencia al tratamiento antihipertensivo con (p= 0,000). Se encuentra plasmada en tabla 4

CAPITULO IV

DISCUSIÓN

La ciudad de Huánuco se encuentra en la parte nor-central del país a 1800 m.s.n.m, se realizó un estudio en el Gobierno Regional una institución pública que está conformada con una población a predominio de varones sobre mujeres, que abarca de los 21 años hasta los 73 años de edad, cuyos horarios de trabajo son de lunes a viernes de 8am a 1pm y en la tarde 3 a 6pm, todos tiene un nivel educación superior, la mayoría cuenta con su propio medio de transporte ya sea motocicleta o vehículos motorizados, las actividades que realizan esta relacionadas con la parte administrativa, gerencial, jurídica , proyectos y programas de desarrollo de la región, la mayor parte del día están sentados frente a su computador, muchos de ellos no cuentan con estabilidad laboral ya que la mayoría del personal son contrados, a demás están sometidos a un grado de exigencia y competividad alto en sus actividades diarias.

La prevalencia de HTA en los trabajadores administrativos del gobierno regional Huánuco fue de 8.8 %, se encontró resultados similares en la investigación realizados en la misma región por Raras Vidal (2011) donde encontraron que la prevalencia de HTA en el personal administrativo de la UNHEVAL fue de 10 % (11), además un estudio nacional realizado por Luis Revilla y col (2014) en LIMA-CALLAO se encontró que la prevalencia de HTA fue de 15.8% (7). Sin embargo en un estudio en adultos mexicanos realizados por Ismael nonato (2013) encontraron una prevalencia del 31.5% (45), algo similar en España en un estudio realizado por Honorato Ortiz (2011) encontraron 29,3 de la población era hipertensa comprendida los rango de edades entre 30 y 74 año (46). Esta diferencia puede ser explicada por los estilos de vida y el progresivo envejecimiento de la población propio de los países desarrollados.

Respecto a las principales características de los pacientes con HTA que participaron en nuestro estudio, se dio a conocer que la proporción de hombres es superior al de las mujeres,

obteniendo un resultado en la relación al género 11.3 % y 6.1 % respectivamente. Otro estudio nacional como Segura (2011), el gran estudio epidemiológico TORNASOL II muestra en poblaciones por debajo de los 3 mil msnm que la 19.7% de mujeres presentan HTA y en el sexo masculino un 29.4% presentan HTA (13) con este resultado son los realizados por Dra. María Esther Mederos Ávila (2011) que se evidenció que los hombres fueron los más afectados 71,7 % (14); en otro estudio realizado por *Maria Silvia Amicucci Soares Martins encontraron que l*a prevalencia de hipertensión arterial fue de un 23,2%, y fue significativamente mayor en el sexo masculino (28,6%) que en el femenino (19,7%) (15). a diferencia en otros estudio se encontró mayor proporción de mujeres que varones con HTA, a si como estudio realizado en Cuba por Juan Llibre Rodríguez y col (2011) que 75,9 de todas mujeres presentaron HTA y 70,3 de todos los hombres(16). Asimismo, el estudio realizado en chile por Cornejo (2012), quien reportó predominio del sexo femenino (70,3%) respecto al sexo masculino (29.7%).(17),así mismo un estudio realizado por Dr. Idalber Ay col (2012) encontró predominó para el sexo femenino con un 69.4%.(18), la diferencias con respecto al género se puede explicar en las poblaciones donde hay mayor números de personas de la tercera edad, la proporción es mayor en mujeres; en cambio la población de nuestro estudio y las demás investigaciones ya mencionadas hubo un mayor porcentaje de gente joven por lo tanto se encontró mayor proporción de varones con HTA.

La adherencia del tratamiento antihipertensivo fue valorado a través del Test de Morisky-Green-Levine, el cual es una herramienta validada de adherencia al tratamiento comúnmente usada. En la investigación realizada se encontró la solo un 11% presentaron buena adherencia al tratamiento esto confirma que en los diverso estudios la falta de adherencia está relacionada con el mal control de la HTA.

Estudios nacionales realizados por Gaby Andrea Apaza Argollo (2013) demostró que sólo el 31,3% (15) de pacientes hipertensos tienen una buena adherencia al tratamiento antihipertensivo, es decir, sólo uno de cada tres pacientes cumplía fielmente el tratamiento indicado para el control de su enfermedad, otros estudios internacionales donde se muestran resultados similares como el estudio realiza por Karin Noack de la F y col (2013) en relación

a la aplicación del Test de Morisky Green un 45,9% resultó adherente al tratamiento antihipertensivo. (17)

En estudio cuba realizado por Adriana Patricia Agámez y col (2008) encontró que adherencia al tratamiento antihipertensivo fue deficiente en los pacientes de 50 a 59 años con 79 para un 34,34%, seguido del grupo de 40 a 49 años con 73 pacientes para un 31,73% (20). Un resultado parecido encontró en Chile Javier Chacón y col (2015) una adherencia del 37,3% (21) , Si bien es cierto la falta de adherencia al tratamiento es alto no se encontró ningún estudio que de porcentaje similares, la razón que podría ser explicado es que todo estudios mencionados fueron realizados en una población donde todos sus integrantes fueron hipertensos en cambio en nuestra estudio englobaba hipertensos y no hipertensos además la muestra es muy pequeña para poder extrapolar nuestros resultados. Pero existe estudios que muestran mejor adhrencia al tratamiento como el de Padilla (Lima, 2007), quien encontró una tasa de adherencia de 45,8% en los pacientes atendidos en los consultorios de Cardiología del HNERM de Es Salud.(22) Asimismo DrC. Libertad Martín Alfonso y col (2015) en sus estudios encontraron adherencia total con aproximadamente el 50 % (23), seguida de la parcial. Otro estudio realizado en Chile por Daniela Sandoval (2014) encontró una adherencia al tratamiento de un 36,3% encontrando un mayor porcentaje para las mujeres (24)

En el análisis por grupo de edad se constató que a mayor edad aumenta la prevalencia de HTA, en el análisis bivariado, nos mostró una significancia (p=0,000) estos resultados coinciden con los estudio realizados por Gaby Andrea Apaza Argollo (2013) (15) que muestra que la prevalencia de la HTA se incrementó progresivamente con la edad con predominio en los ≥ 55 años.

Con lo que respecta a los estilo de vida de los trabajadores encontramos que personas que presentaron hipertensión arterial el 50 % de ello presentaron malos estilo de vida. Según el estudio Dr. José A. Castillo (2009) plantea que mediante modificaciones en el estilo y la calidad de vida, donde se deben agotar las medidas higiénico-dietéticas antes de iniciar el tratamiento farmacológico.(11)

En una tesis realizado por Pamela Katherine Maguiña Duran (2014) en cuanto a la presencia de factores de riesgo que predisponen a hipertensión arterial en los adultos que forman parte del estudio, obtuvo que presentan algún factor, sea modificable o no modificable con porcentaje la presencia de factores de riesgo en la población en estudio, ya que un 55% de los adultos tienen factores de riesgo, los cuales pertenecen a los factores modificables y no modificables, por otro lado se observa la presencia de estrés en 72.5% (25)

En nuestro estudio no se encontró significancia estadística entre estrés con presión arterial, pero toda población presentó estrés elevado o moderado cuyos porcentajes son 7,84 y 92,16 respectivamente. Según estudio realizado por HERNÁNDEZ (2014) utilizando el modelo de . Karasek, trabajo de alta tensión (combinación de altas demandas y bajo control), altas demandas y bajo control, no mostraron una razón O.R. que los avalase significativamente como factor de riesgo de hipertensión arterial en los sujetos estudiados (26)

CONCLUSION

1. se evidencio una asociación estadísticamente significativa entre la HTA y mala adherencia al tratamiento antihipertensivo aunque la muestra es muy pequeña para poder extrapolar nuestros resultados.
2. En lo que respecta a los estilo de vida de los trabajadores se estableció que la personas que presentaron hipertensión arterial el 50 % de ellos tenían malos estilo de vida aunque no se demostró asociación estadísticamente significativa.
3. Toda la población presentó estrés elevado o moderado cuyos porcentajes son 7,84 y 92,16 respectivamente, no se pudo demostrar la relación con la hipertensión por que nuestra población estuvo conformado por la mayoría gente joven las consecuencias se podrá a observar a futuro.
4. En cuanto la prevalencia de HTA de los trabajadores fue 8.8 % [IC95% (6,4; 12,3)]; la edad (≥ 50años) es un factor relacionado con la presión arterial. Promedio de edad fue 39,06 (DS: +/-12,83) años. El 12,3 % fueron obesos.

LIMITACIONES

Los resultados obtenidos en la presenta investigación no son extrapolables a otra población, solo son válidos para la población estudiada, ya que nuestra población es muy heterogénea y con respecto lo que tenia presión arterial es pequeño grupo que no llevaban un régimen adecuado de tratamiento, a demás del diseño que no permite demostrar si existe o no relación, lo ideal sería estudio de cohorte.

RECOMENDACIONES

- ✓ Desarrollar a nivel institucional, estrategias y actividades relacionadas a programas preventivo-promocionales, dirigidos a los estilos de vida saludable; como la implementación de un programa educativo sobre los factores de riesgo que predisponen a HTA y su prevención; de esta manera se logrará un mejor control de estos factores y contribuir hacia la calidad de vida de las personas ya que su pudo observar un gran porcentaje de persona con estrés elevado y moderado, malos estilos de vida y obesidad lo cual son factores riesgos no solo HTA sino para otras enfermedades como la diabetes y cardiopatías .
- ✓ Fortalecer en el Centro de trabajo del Gobierno Regional, la motivación de la población hacia la práctica de estilos de vida saludable y así, poderpromover la participación en su cuidado.
- ✓ Que el profesional de medicina realice estudios de investigación que consideren las prácticas de prevención, para observar la realidad nacional, y eventualmente en un futuro, proponer programas de intervención que tiendan a modificar prácticas erróneas

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Weber AB. Pathogenesis of hypertension: genetics and environment factors. In. Braunwald E, Hollenberg NK, eds. Hypertension: mechanism and therapy. St. Louis: Mosby; 1994. pp. 2-8.
2. Castillo Álvarez Yanisa de la Caridad, Chávez Vega Raúl, Fernández Jorge, Alfonzo Jorge Mario, Alfonzo Guerra Jorge Pablo. Incidencia y prevalencia de hipertensión arterial registradas en el Día Mundial de la Hipertensión 2011. Experiencia de un grupo de trabajo: Experience of a workingparty. Rev cubana med [revista en la Internet]. 2012 [Citado: 2015 Mayo 09]; 51(1):25-34. Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-75232012000100004&lng=es.
3. Mensah GA. La carga global de la hipertensión: buenas y malas noticias. Clínicas Cardiológicas en Norteamérica 2002; 2:187-191.
4. García Iglesias A, et al. Factores asociados al control de la presión arterial en la cohorte del estudio del Riesgo de Enfermedad Cardiovascular en Castilla y León (RECCyL). HipertensRiesgoVasc. 2014.
5. Cohen, J. (2001). Adverse drug effects, compliance and initial doses of antihypertensive drugs recommended by the Joint National Committee vs. the Physician's Desk Reference. Archives of Internal Medicine, 161(6), 880-885.
6. Pérez-Escamilla B, Franco-Trigo L, Moullin JC, Martínez-Martínez F, García-Corpas JP Identification of validatedquestionnairestomeasureadherencetopharmacologicalantihypertensivetreatments. Patientpreference and adherence. 2015;9:569-578. doi:10.2147/PPA.S7613.
7. REVILLA, Luis et al. Prevalencia de hipertensión arterial y diabetes en habitantes de Lima y Callao, Perú. Rev.perú. med. exp. Salud pública. Lima. [Consultado: 9 May 2015] Disponible en: http://www.scielo.org.pe/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1726-46342014000300005&lng=es&nrm=iso.

8. Régulo Agusti C. Epidemiología de la hipertensión arterial en el Perú
9. DURÁN, María Martha. Bienestar Psicológico: el estrés y la calidad de vida en el contexto laboral. Revista Nacional de Administración, 2010, vol. 1, no 1, p. 71-84.
10. Javiera Garrido, Javier Chacón, Daniela Sandoval, Reinaldo Muñoz, Nancy López, EleanaOyarzún, Ivonne Ahlers1, Tomás Romero Control del Hipertenso, un desafío no resuelto. Avances logrados en Chile mediante el Programa de Salud Cardiovascular. RevChilCardiol 2013; 32: 85-96
11. Raraz Vidal, Jarvis; Raraz Vidal, Omar; Dámaso Mata, Bernardo Cristóbal. Hipertensión en el personal administrativo de una universidad pública de Huánuco, 2009 .CIMEL Ciencia e Investigación Médica Estudiantil Latinoamericana, vol. 16, núm. 1, 2011, pp. 26-31 Federación Latinoamericana de Sociedades Científicas de Estudiantes de Medicina Lima, Organismo Internacional Disponible en: http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=71723602006.
12. REGULO AGUSTI, C. Epidemiología de la Hipertensión Arterial en el Perú. *Acta méd. peruana*[online].2006,vol.23,n.2[citado 2015-12-20], pp. 69-75.Disponibleen:<http://www.scielo.org.pe/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1728-59172006000200005&lng=es&nrm=iso>. ISSN 1728-5917
13. SEGURA VEGA, Luis, et al. Factores de riesgo de las enfermedades cardiovasculares en el Perú II. Estudio TORNASOL II comparado con TORNASOL I después de cinco años. *Rev. peru. cardiol.(Lima)*, 2013, vol. 39, no 1, p. 5-59. Disponible en: http://repebis.upch.edu.pe/articulos/rpc/v39n1/a1.pdf
14. Romero Candice, Zavaleta Carol, Cabrera Lilia, Gilman Robert H, Miranda J. Jaime. Hipertensión arterial y obesidad en indígenas asháninkas de la región Junín, Perú. RevPeruMedExp Salud Publica [Internet]. 2014 Mar [cited 2015 Dec 21]; 31(1): 78-83. Availablefrom:http://www.scielosp.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1726-46342014000100011&lng=en.
15. Gaby Andrea Apaza Argollo. Adherencia al tratamiento y control de la hipertensión arterial en los pacientes del programa de hipertensión arterial de Essalud - Red Tacna febrero 2013.

16. Euribe, M. Relación entre los estilos de vida y el control de la presión arterial en pacientes hipertensos: Programa Adulto Mayor en el Hospital Rene Toche GroppoEsSalud – Chincha Alta, 2009. Rev. Perú Obst. Enferm. (2) 2012.[Documento en línea] [Citado: 2015 Junio 25] Disponible en: http://www.revistasacademicas.usmp.edu.pe/_uploads/articulos/bb742-04.pdf
17. Garrido Javiera, Chacón Javier, Sandoval Daniela, Muñoz Reinaldo, López Nancy, OyarzúnEleana et al. Control del Hipertenso, un desafío no resuelto: Avances logrados en Chile mediante el Programa de Salud Cardiovascular. RevChilCardiol [revista en la Internet]. 2013 [Citado: 2015 Mayo 19]; 32 (2): 85-96. Disponible en: http://www.scielo.cl/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0718-85602013000200001&lng=es
18. Barreto Mayckel da Silva, Cremonese Isabela Zara, Janeiro Vanderly, Matsuda Laura Misue, Marcon Sonia Silva. Prevalência de nãoadesão à farmacoterapia anti-hipertensiva e fatoresassociados. Rev. Bras. Enferm. [Internet]. 2015 [Citado: 2015 Mayo 20]; 68(1): 60-67. Disponible en: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-71672015000100060&lng=en
19. Herrera, E. Adherencia al tratamiento en personas con hipertensión arterial. Revista Avances en Enfermería, XXX (2): 67-75, 2012. [Consultado: 2015 Jun 20]. Disponible en: http://revistas.unal.edu.co/index.php/avenferm/article/view/37352/39713.
20. Zambrano C Renato, Duitama M John F., Posada V Jorge I., Flórez A José F. Percepción de la adherencia a tratamientos en pacientes con factores de riesgo cardiovascular. Rev. Fac. Nac. Salud Pública [Documento en Internet]. 2012 [Citado: 2015 Junio 22] ; 30(2): 163-174. Disponible en: http://www.scielo.org.co/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0120-386X2012000200005&lng=en.
21. Felix Lötsch, Lorenz Auer-Hackenberg, MirjamGroger, KhalidRehman, ValerieMorrison, Emily Holmes, Sahdia Parveen, CatrinPlumpton, Wendy Clyne, Sabina de Geest, FabienneDobbels, Bernard Vrijens, PrzemyslawKardas, Dyfrig

Hughes, Michael Ramharter DTM & H. La adherencia de los pacientes a la medicación a largo plazo: un estudio transversal de los regímenes de antihipertensivos en Austria.

22. Guevara-Gasca, M. y Galán-Cuevas, S. El papel del estrés y el aprendizaje de las enfermedades crónicas: Hipertensión arterial y Diabetes. Revista Latinoamericana de Medicina Conductual. Vol. 1 (1) 2010. pp. 47-55. .[Documento en línea] [Citado: 2015 Junio 25] Disponible en: http://www.redalyc.org/pdf/2830/283021975006.pdf.
23. Tamargo Menéndez J, Barana Muñoz A. Terapéutica de la hipertensión. En: Terapéutica farmacológica de los trastornos cardiovasculares, renales y hematológicos. Madrid: Consejo. General de Colegios Oficiales de Farmacéuticos; 2012. pp. 249-266. Disponible en: http://www.portalfarma.com/Profesionales/comunicacionesprofesionales/informes-tecnico-profesionales/Documents/Informe_Hipertension_PF74.pdf
24. Hickey KA, Rubanyi G, Paul 1. RJ, Highsmith RF. Characterization of a coronary vasoconstrictor produced by cultured endothelial cells. Am J Physiol. 1985;248(5 Pt 1):C550-6.
25. Yanagisawa M. Kurihara H, Kimura S, Tomobe Y, Kobayashi M, Mitsui Y, Yazaki Y, Goto K, Masaki T. A novel potent vasoconstrictor peptide produced by vascular endothelial cells. Nature. 1988;332(6163):411–5.
26. Inoue A, Yanagisawa M, Kimura S, Kasuya Y, Miyauchi T, Goto K, Masaki T. The human endothelin family: three structurally and pharmacologically distinct isopeptides predicted by three separate genes. ProcNatlAcadSci USA. 1989;86(8):2863-7.
27. Ozaki S, Ohwaki K, Ihara M, Fukuroda T, Ishikawa K, Yano M. ETB-mediated regulation of extracellular levels of endothelin-1 in cultured human endothelial cells. BiochemBiophys Res Commun.1995;209(2):483–9.
28. Pagliaro P, Penna C. Rethinking the 12. renin-angiotensin system and its role in cardiovascular regulation. CardiovascDrugsTher. 2005;19(1):77–87.
29. Muñoz Edison, Arévalo Edwin, Senior Juan Manual, Fernández Andrés, Rodríguez Arturo. Hipertensión arterial resistenteEstrategias de tratamiento y papel de la terapia de denervación simpática renal. Acta Med Colomb [serial on the Internet]. 2014 Jan [cited 2015 Dec 21] ; 39(1): 57-63. Available from:

http://www.scielo.org.co/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0120-24482014000100012&lng=en.

30. Rodríguez Domínguez Lourdes, Díaz Sánchez María Elena, Ruiz Álvarez Vladimir, Hernández Hernández Héctor, Herrera Gómez Vivian, Montero Díaz Minerva. Factores de riesgo cardiovascular y su relación con la hipertensión arterial en adolescentes. Rev cubana med [revista en la Internet]. 2014 Mar [citado 2015 Dic 21] ; 53(1): 25-36. Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-75232014000100004&lng=es.
31. James PA, Oparil S, Carter BL, et al. 2014 Evidence-based guideline for the management of high blood pressure in adults: Report from the panel members appointed to the Eighth Joint National Committee (JNC 8). JAMA 2014; DOI:10.1001/jama.2013.284427.
32. Varela, M. T., Salazar, I. C. y Correa, D. Adherencia al tratamiento en la infección por VIH/SIDA. Consideraciones teóricas y metodológicas para su abordaje. Acta Colombiana de Psicología, 11(2), 2008. pp.101-113.
33. Quintana Setién Carlos, Fernández-Britto Rodríguez José Emilio. Adherencia terapéutica farmacológica antihipertensiva en adultos de atención primaria y factores relacionados con su incumplimiento. Rev Cubana Invest Bioméd [revista en la Internet]. 2009 Jun [citado 2015 Dic 21] ; 28(2): . Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0864-03002009000200007&lng=es.
34. CARHUALLANQUI, R, DIESTRA-CABRERA, G, TANG-HERRERA, J y MALAGA, G. Adherencia al tratamiento farmacológico en pacientes hipertensos atendidos en un hospital general. *Rev Med Hered* [online]. 2010, vol.21, n.4 [citado 2015-12-21], pp. 197-201 . Disponible en: <http://www.scielo.org.pe/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1018-130X2010000400005&lng=es&nrm=iso>. ISSN 1729-214X.
35. Lalonde M. A new perspective on the health of canadians - a working document. Ottawa: Minister of Supply and Services of Canada; 1974.
36. Kickbusch I. LIFE-STYLES AND HEALTH. Social Science & Medicine. 1986; 22(2):117-24.
37. World Health Organization (WHO). Health promotion glossary. Geneva: WHO papers; 1998.

38. Ferrel F., Ortiz L. Estilos de vida y factores sociodemográficos asociados en adolescentes escolarizados del distrito de Santa Marta, Colombia. Revista de la Facultad de Ciencias de la Salud. Vol. 11 Nº 2, 2014.
39. Elliot E. Health-enhancing and health-compromising lifestyles. In: Millstein S, Petersen A, Nightingale E, editors. Promoting the health of adolescents New directions for the twenty-first century. Oxford: Oxford UniversityPress; 1993. p. 119-45.
40. Mora R. Medicina del estilo de vida: la importancia de considerar todas las causas de la enfermedad. Red Española de Investigación en ciencias de la Risa (REIR), Barcelona, España, 5(1):48-52 2012.
41. Comin, E.; De la Fuente, I. Gracía, A. El estrés y el riesgo para la salud. MAZ Departamento de prevención. [Documento en línea]. [Consultado: 10 de julio de 2015]. Disponible en: http://www.uma.es/publicadores/prevencion/wwwuma/estres.pdf
42. Karasek R, Theorell T. Healthy work: stress, productivity, and the reconstruction of working life. New York: Basic Books; 1990
43. NoguésSolán X., SorliRedó M. L., Villar García J.Instrumentos de medida de adherencia al tratamiento. An. Med. Interna (Madrid) [revista en la Internet]. 2007 Mar [citado 2015 Mayo 09]; 24(3): 138-141. Disponible en: http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0212 71992007000300009&lng=es.
44. Wilson DM, Ciliska D. Life-style assessment: Development and use of the FANTASTIC checklist. Can FamPhysician. 1984;30:1527-32 En: Ramírez, R.; Agredo, R. Fiabilidad y validez del instrumento "Fantástico" para medir el estilo de vida en adultos. Rev. Salud pública. 14 (2). 2012, p. 226-237. [Documento en línea]. 2012 [Citado 12 May 2015]. Disponible en: http://www.scielosp.org/pdf/rsap/v14n2/v14n2a04
45. Campos I, Hernández L, Rojas R, Pedroza A, Medina C, Barquera S. Hipertensión arterial: prevalencia, diagnóstico oportuno, control y tendencias en adultos mexicanos. Salud pública Méx [revista en la Internet]. 2013 [citado 2015 Dic 10] ; 55(Suppl 2): S144-S150. Disponible en: http://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0036-36342013000800011&lng=es
46. Ortiz H, Vaamonde R, Zorrilla Torrás Belén, Arrieta Blanco Francisco, Casado López Mariano, Medrano Albero Mª José. Prevalencia, grado de control y tratamiento de la hipertensión arterial en la población de 30 a 74 años de la Comunidad de Madrid: Estudio PREDIMERC. Rev. Esp. Salud Publica [revista en la Internet]. 2011 Ago [citado 2015 Dic 18] ; 85(4): 329-338. Disponible en: http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1135-57272011000400002&lng=es.

ANEXOS.

Código: [ ] **Fecha: ___ / ___ / _____**

ANEXO 01
CONSENTIMIENTO INFORMADO

Título dela investigación.
La relación entre la adherencia al tratamiento, estilos de vida y el estrés laboral con el control de la hipertensión arterial, en los trabajadores del Gobierno Regional de Huánuco, en el periodo de setiembre a noviembre del 2015

Objetivo.
Determinar cuál es la adherencia al tratamiento y su relación con los estilos de vida y el estrés laboral con el mal control de la presión arterial de los trabajadores del Gobierno Regional de Huánuco en el periodo de setiembre a noviembre del 2015.

Metodología.
Consistirá en un estudio de nivel correlacional.

Seguridad.
El estudio no pondrá en riesgo la salud laboral, física ni psicológica de usted ni la de su familia.

Participantes en el estudio.
Trabajadores del Gobierno Regional de Huánuco.

Compromiso.
Se le pedirá su consentimiento informado para poder aplicarle los instrumentos de recolección de datos. Para tal efecto es posible contar con su aprobación refrendándolo con su firma y la de un testigo de ser el caso. No habrá ninguna consecuencia desfavorable para usted, en caso de no aceptar la invitación. No tendrá que hacer gasto alguno durante el estudio.
No recibirá pago alguno por su participación, ni de parte del investigador ni de las instituciones participantes. En el transcurso del estudio usted podrá solicitar información actualizada sobre el mismo, a los investigadores responsables.

Tiempo de participación en el estudio.
Sólo tomaremos un tiempo aproximado de 25 a 30 minutos.

Beneficio por participar en el estudio.
El beneficio que usted obtendrá por participar en el estudio, es el de recibir información por escrita, oportuna y actualizada sobre la hipertensión arterial, definición, causas, prevención y control.

Confidencialidad.
La información recabada se mantendrá confidencialmente en los archivos de la universidad de procedencia quien patrocina el estudio. No se publicarán nombres de ningún tipo. Así que podemos garantizar confidencialidad absoluta.

Derechos como participante.
La participación en el estudio es voluntaria. Usted puede escoger no participar o puede abandonar el estudio en cualquier momento. El retirarse del estudio no le representará ninguna penalidad o pérdida de beneficios a los que tiene derecho.
Le notificaremos sobre cualquier nueva información que pueda afectar su salud, bienestar o interés por continuar en el estudio.

Responsables del estudio.
Comuníquese con:
Wilmer Díaz Rivera
Carlos Rodríguez Santillán.

Yo, _____, acepto participar en el estudio, habiendo leído la información proporcionada y teniendo la oportunidad de preguntar mis dudas sobre ello y se me ha respondido satisfactoriamente; consiento voluntariamente participar en este estudio y entiendo que tengo el derecho de suspender en cualquier momento la entrevista sin que me afecte de ninguna manera.

Firma del participante: _____
DNI.: _____.

Huella digital

Investigador: Wilmer Díaz Rivera
Firma _____
DNI.: _____.

Huella digital

Investigador: Carlos Rodríguez Santillán.
Firma _____
DNI.: _____.

Huella digital

Código: [ ] **Fecha: ___ / ___ / _____**

ANEXO 02
COMPROMISO DE CONFIDENCIALIDAD

Yo, Carlos Rodríguez Santillán y Wilmer Diaz Rivera, responsables de la investigación, titulada "Adherencia al tratamiento y su relación con los estilos de vida y el estrés laboral, con el control de la presión arterial de las personas que trabajan en el Gobierno Regional de Huánuco, en el periodo de setiembre a noviembre del 2015", mantendremos bajo reserva y no podremos propagar, difundir o usar en beneficio propio o de terceros la totalidad o parte de cualquier dato o información considerada en esta investigación.

Los datos que se obtengan a lo largo del presente estudio son totalmente confidenciales, de modo que sólo se emplearán para cumplir los objetivos antes descritos.

En ninguno de los informes del estudio aparecerá el nombre y la identidad del entrevistado, no será revelada a persona alguna salvo para cumplir los fines del estudio.

Cualquier información de carácter personal que pueda ser identificable será conservada y procesada por medios informáticos en condiciones de seguridad, con el objetivo de determinar los resultados del estudio.

El acceso a dicha información quedará restringido al personal designado al efecto o a otro personal autorizado que estará obligado a mantener la confidencialidad de la información. Los resultados del estudio podrán ser comunicados a las autoridades universitarias y, eventualmente, a la comunidad científica a través de congresos y/o publicaciones.

De acuerdo con las normas de la universidad, usted tiene derecho al acceso a sus datos personales; asimismo, si está justificado, tiene derecho a su rectificación y cancelación.

Est. Med. Wilmer Diaz Rivera

Est. Med. Carlos Rodríguez Santillán

ANEXOS.

Código: [ ] **Fecha: ___ / ___ / _____**

ANEXO 03
GUÍA DE ENTREVISTA SOCIODEMOGRÁFICA Y LABORAL

TÍTULO DELA INVESTIGACIÓN. La relación entre la adherencia al tratamiento, estilos de vida y el estrés laboral con el control de la hipertensión arterial, en los trabajadores del Gobierno Regional de Huánuco, en el periodo de setiembre a noviembre del 2015.
INSTRUCCIONES: Estimada Sra./Sr./Srta. A continuación encontrará preguntas de sus características sociodemográficas. Sírvase responder de manera apropiada marcando con un aspa (x) dentro de los paréntesis las respuestas que usted considere pertinente. Sus respuestas serán manejadas con carácter confidencial por lo cual le solicitamos veracidad.
Gracias por su colaboración.

I. Características sociodemográficas:

1. ¿Cuál es su edad? ----------

2. ¿A qué género pertenece?
Masculino ( )
Femenino ( )

3. ¿Cuál es su estado conyugal?
Soltero/a ( )
Casado/a ( )
Viudo/a ( )
Divorciado/a ( )
Conviviente ( )

II. Características laborales:

4. ¿Cuál es su profesión?_____

5. ¿Cuál es el nivel académico que alcanzó hasta la fecha?
Secundaria completa ( )
Bachiller – Titulado ( )
Licenciado ( )
Magister ( )
Especialista ( )

Técnico ( )

6. **¿Cuál es su condición laboral?**
   Contratado/a ( )
   Nombrado/a ( )

7. **¿Cuánto tiempo de servicio tiene usted?**
   _____

Código: [ ] **Fecha: ___ / ___ / _____**

ANEXO 04
ESCALA DE APRECIACIÓN DE ESTRÉS SOCIO-LABORAL DE KARASEK

TÍTULO DELA INVESTIGACIÓN.
La relación entre la adherencia al tratamiento, estilos de vida y el estrés laboral con el control de la hipertensión arterial, en los trabajadores del Gobierno Regional de Huánuco, en el periodo de setiembre a noviembre del 2015

INSTRUCCIONES: Estimada Sra./Sr./Srta. A continuación encontrará unas frases relacionadas al estrés socio laboral. Sírvase responder de manera apropiada marcando con un aspa (x) dentro de los paréntesis las respuestas que usted considere pertinente. Sus respuestas serán manejadas con carácter confidencial por lo cual le solicitamos veracidad.

Sírvase tener en cuenta la siguiente valoración en la marcas de los casilleros.

1. Muy frecuentemente
2. Frecuentemente
3. Casi nunca
4. Nunca

Gracias por su colaboración.

Nº	ÍTEMS	1	2	3	4
CONTROL DEL TRABAJO					
1	Puede decidir cómo hacer el trabajo.				
2	Otros son los que toman las decisiones de cómo hacer el trabajo.				
3	Tiene mucha participación en las decisiones sobre el trabajo.				
4	Decide con qué velocidad hace el trabajo.				
5	Su horario de trabajo es flexible.				
6	Puede decidir cuándo tomarse un descanso en la jornada laboral.				
7	Puede decidir con quién trabajar.				
8	Tiene mucha participación en planear el ambiente de trabajo.				
DEMANDA DE HABILIDADES					
9	Tiene que hacer las mismas cosas una y otra vez.				
10	El trabajo le ofrece una variedad de cosas interesantes.				
11	Es aburrido su trabajo.				
12	Tiene posibilidades de aprender nuevas cosas en su trabajo.				

13	Su trabajo le exige un elevado nivel de destrezas y conocimientos.				
14	Su trabajo requiere que tome la iniciativa.				
DEMANDAS DEL TRABAJO					
15	Tiene que trabajar muy rápido.				
16	Tiene que trabajar con mucha intensidad.				
17	Tiene suficiente tiempo para hacerlo todo.				
18	Le sucede que diferentes grupos en el trabajo le piden cosas que piensa que es difícil de combinar.				
APOYO SOCIAL					
19	Con cuánta frecuencia obtiene ayuda y apoyo de los colegas.				
20	Con cuánta frecuencia los colegas están dispuestos a oír sus problemas relacionados con el trabajo.				
21	Con cuánta frecuencia consigue ayuda y apoyo de su jefe inmediato superior - Con cuánta frecuencia su jefe inmediato superior está dispuesto a escuchar sus problemas.				
22	Si obtiene suficiente información de sus superiores.				
23	Si obtiene información consistente de sus superiores				

Código: [ ] **Fecha: ___ / ___ / _____**

ANEXO 05
TEST DE MORISKY – GREEN

TÍTULO DELA INVESTIGACIÓN.
La relación entre la adherencia al tratamiento, estilos de vida y el estrés laboral con el control de la hipertensión arterial, en los trabajadores del Gobierno Regional de Huánuco, en el periodo de setiembre a noviembre del 2015

INSTRUCCIONES: Estimada Sra./Sr./Srta. A continuación encontrará 4 preguntas acerca a su tratamiento antihipertesnivo. Sírvase responder de manera apropiada marcando con un aspa (x) dentro de los paréntesis las respuestas que usted considere pertinente. Sus respuestas serán manejadas con carácter confidencial por lo cual le solicitamos veracidad.
Gracias por su colaboración.

Nº	ÍTEMS	Sí	No
1	¿Se olvida alguna vez de tomar los medicamentos?		
2	¿NO Toma todos los medicamentos indicados?		
3	Cuando se encuentra mejor ¿deja de tomar sus medicamentos?		
4	Si alguna vez se siente mal ¿deja de tomarlos?		

Código: [ ] **Fecha: ___ / ___ / _____**

ANEXO 06

TEST DE AUTOEVALUACIÓN SOBRE ESTILOS DE VIDA: "FANTÁSTICO"

TÍTULO DELA INVESTIGACIÓN.

La relación entre la adherencia al tratamiento, estilos de vida y el estrés laboral con el control de la hipertensión arterial, en los trabajadores del Gobierno Regional de Huánuco, en el periodo de setiembre a noviembre del 2015.

INSTRUCCIONES: Estimada Sra./Sr./Srta. A continuación encontrará 10preguntas acerca de su estilo de vida este último mes. Sírvase responder de manera apropiada marcando con un aspa (x) dentro del recuadro de las respuestas que usted considere pertinente. Sus respuestas serán manejadas con carácter confidencial por lo cual le solicitamos veracidad.

Gracias por su colaboración.

TEST DE AUTOEVALUACIÓN SOBRE ESTILOS DE VIDA: "FANTÁSTICO"

Puntaje

Familia y amigos

Tengo con quien hablar de las cosas que son importantes para mí:
Casi siempre. 2
A veces. 1
Casi nunca. 0

Yo doy y recibo cariño:
Casi siempre. 2
A veces. 1
Casi nunca. 0

Actividad Física

Yo realizo actividad física (caminar, subir, escalas, trabajo de la casa, hacer el jardín):
Casi siempre. 2
A veces. 1
Casi nunca. 0

Yo hago ejercicio en forma activa al menospor 20 min. (Correr, andar en bicicleta, caminar rápido) 4 o más veces por semana. 2
1 a 3 veces por semana. 1
Menos de 1 vez por semana. 0

Nutrición

Mialimentación es balanceada (*):
Casi siempre. 2
A veces. 1
Casi nunca. 0

A menudo consumo mucha azúcar o sal o comida chatarra o con mucha grasa.
Ninguna de estas 2
Alguna de estas 1
Todas estas 0

Peso Ideal / sobrepeso en _____ :
Normal o hasta 4 kilos de más. 2
5 a 8 kilos de más. 1
Más de 8 kilos. 0

Tabaco

Yo fumo cigarrillos:
No en los últimos 5 años. 2
No en el último año. 1
He fumado en este año. 0

Generalmente fumo _____ cigarrillos x día:
Ninguno. 2
0 a 10. 1
Más de 10. 0

Alcohol

Mi número promedio de vasos (**) por semana es de:
0 a 7 vasos. 2
8 a 12 vasos 1
Más de 12 vasos 0

Bebo más de cuatro vasos en una misma ocasión:
Nunca. 2
Ocasionalmente. 1
A menudo. 0

Manejo el auto después de beber alcohol:
Nunca. 2
Solo rara vez. 1
A menudo. 0

Sueño Estrés

Duermo bien y me siento descansado /a:
Casi siempre. 2
1
Casi nunca. 0

Yo me siento capaz de manejar el estrés a la tensión en mi vida:
Casi siempre. 2
A veces. 1
Casi nunca. 0

Yo me relajo y disfruto mi tiempo libre:
Casi siempre. 2
A veces. 1
Casi nunca. 0

Tipo de personalid ad

Parece que ando acelerando/a:
Casi siempre. 2
Algunas veces. 1
A menudo. 0

Me siento enojado/ o agresivo/a:
Casi siempre. 2
Algunas veces. 1
A menudo. 0

Intros-pección

Yo soy un pensador positivo u optimista:
Casi siempre. 2
A veces. 1
Casi nunca. 0

Me siento tenso/a o apretado/a:
Casi nunca. 2
Algunas veces. 1
A menudo. 0

Yo me siento deprimido/a o triste:
Casi nunca. 2
Algunas veces. 1
A menudo. 0

Conducción Trabajo	**Uso siempre el cinturón de seguridad**: Siempre. 2 Aveces. 1 Casi nunca. 0	**Yo me siento satisfecho/a con mi trabajo o mis Actividades:** Casi siempre. 2 A veces. 1 Casi nunca. 0

Otras Drogas	**Uso drogas como marihuana, cocaína o pasta base:** Nunca 2 Ocasionalmente 1 A menudo 0	**Uso excesivamente los remedios que meindican a los que puedo comprar sin receta** Nunca 2 Solo rara vez 1 A menudo 0	**Bebo café, té o bebidas cola que tiene cafeína:** Menos de 3 por día. 2 3 a 6 por día. 1 Más de 6 por día. 0

Multiplicar el resultado final por 2

Tabla 1. Características epidemiológicas de los trabajadores del Gobierno Regional de Huánuco – 2015

Características	Frecuencia	Porcentaje
Edad		
<50	152	74 ,5
≥ 50	52	25, 5
Sexo		
masculino	106	52
femenino	98	48
Condición laboral		
Contratado	156	76,5
Nombrado	48	23,5
Peso		
<56	20	9,8
56-72	104	51,0
>72	80	39,2
Talla		
< 160	100	49,0
160-170	73	35,8
>170	31	15,2
Estado nutricional		
Bajo Peso	2	1,0
Peso Normal	88	43,1
Sobrepeso	89	43,6
Obesidad	25	12,3

Tabla 2. Características clínicas de los trabajadores del Gobierno Regional de Huánuco – 2015

Características	Frecuencia	Porcentaje
HIPERTENSIÓN ARTERIAL		
NO	186	91,2
SI	18	8,8
ESTRÉS LABORAL	16	7,84
Elevado estrés laboral	188	92,16
Moderado estrés laboral		
ESTILO DE VIDA		
Malo = 40 a 59 punto	28	13,7
Regular = 60 a 69 puntos	48	23,5
Bueno = 70 a 84 puntos	103	50,5
Excelente = 85 a 100 puntos	25	12,3
ADHERENCIA AL TRATAMIENTO		
Buena adherencia	2	11
Mala adherencia	16	89

Tabla 3. Analisis bivariado de los trabajadores del Gobierno Regional de Huánuco – 2015

Características	Presenta HTA		NO presenta HTA		X^2	p	RP	IC95%	
	Frecuencia	%	Frecuencia	%				inf	sup
Edad									
<50	7	4,6	145	95,4	13, 189	0,000	5,56	2,02	15,24
≥ 50	11	21,2	41	78,8					
Sexo									
Mujer	6	6,1	92	93,9	1,710	0,191	0.51	0.2	1.42
Varón	12	11,3	94	88,7					
ESTRÉS LABORAL									
Elevado estrés laboral	1	6,3	15	93,8	0,143	0,705	1	0,20	10.36
Moderado estrés laboral	17	9,0	171	91,0					
ESTILO DE VIDA									
buen estilo de vida	9	7,0	119	93 ,0	1,372	0,241	0,56	0,21	1,48
malos estilos de vida	9	11,8	67	88,2					

Matriz de consistencia

Formulación del problema	Objetivos	Hipótesis	Variables	Dimensiones e indicadores	Metodología	Población y muestra	Instrumentos
Problema general ¿ ¿Cuál es la relación entre la adherencia al tratamiento farmacológico antihipertensivo , estilos de vida y el estrés laboral con el control de la hipertensión arterial, en los trabajadores del Gobierno Regional de Huánuco, en el periodo de setiembre a noviembre del 2015.?	**Objetivo general** Determinar la adherencia al tratamiento y su relación con los estilos de vida y el estrés laboral con el mal control de la presión arterial de los trabajadores del Gobierno Regional de Huánuco en el periodo de setiembre a noviembre del 2015. **Objetivos específicos**	**Hipótesis** **Hi:** La adherencia al tratamiento se relaciona con los estilos de vida y el estrés laboral con el mal control de la hipertensión arterial de los trabajadores del Gobierno Regional de Huánuco en el periodo de setiembre a noviembre del 2015. **H0:** La adherencia al tratamiento no se relaciona	**Variable independientes** Adherencia al tratamiento antihipertensivo. Estrés laboral. Estilos de vida **Variable** **Independiente**	**Adherencia al tratamiento** Sí No **Estrés laboral** Elevado estrés laboral. Moderado estrés laboral. Bajo estrés laboral. **Estilos de vida** Peligroso. Bajo Regular Bueno Excelente. Control de Hipertensión arterial	**Nivel:** El estudio será descriptivo correlacional. **Tipo:** El estudio es descriptivo, censal de corte transversal prospectivo.	Para este estudio, el universo lo constituye el total de la población que está formado por 480 trabajadores que laboran en el Gobierno Regional de Huánuco, en el periodo de setiembre a noviembre 2015. Por ser un estudio de carácter censal, se contó con la participació	Guía de entrevista sociodemográfica. Escala de apreciación de estrés socio-laboral de Karasek. Test de Morisky – Green. Cuestionario de estilo de vida (Fantástico)

	1.Evaluar la relación entre la adherencia al tratamiento antihipertensivo con el control de presión arterial en los trabajadores del Gobierno Regional en el periodo de setiembre a noviembre del 2015. 2. Establecer una relación entre los estilos de vida con la hipertensión arterial de los pacientes que trabajan en el Gobierno Regional en el periodo de setiembre a	con los estilos de vida y el estrés laboral con el mal control de la presión arterial de los trabajadores del Gobierno Regional de Huánuco en el periodo de setiembre a noviembre del 2015.	Control de la Hipertensión Arterial	(PAS≥140 o PAD≥90 mmHg)		n de todos los trabajadores .	

	noviembre del 2015. 3. Conocer el grado de relación del estrés laboral con la hipertensión arterial en los trabajadores del Gobierno Regional en el periodo de setiembre a noviembre del 2015.						