



**UNIVERSIDAD
NACIONAL
HERMILIO VALDIZÁN**



ESCUELA DE POSGRADO

**“FACTORES PERSONALES ASOCIADOS A LA NO
ADHERENCIA AL TRATAMIENTO EN PACIENTES
DIABETICOS E HIPERTENSOS HOSPITALIZADOS
EN EL AREA DE MEDICINA HOSPITAL NAVAL 2017”**

**TESIS PARA OPTAR EL GRADO ACADEMICO DE
MAESTRO EN SALUD PÚBLICA Y GESTION
SANITARIA**

TESISTA: ELIZABETH MARIBEL DE LA CRUZ VEGA

ASESORA: DRA. SILVIA ALICIA MARTEL Y CHANG

HUÁNUCO – PERÚ

2018

DEDICATORIA

A mis padres quienes toda mi vida fueron un gran apoyo para mí y mi familia.

A mi hijo ANGELLO quien me motivo día a día con su presencia a nunca rendirme a verme fuerte siempre para ser un ejemplo en su vida. A mi esposo que siempre confió en mí y en lo que puedo lograr.

AGRADECIMIENTO

El presente trabajo va dirigido con toda mi gratitud a Dios por mantenerme a su lado con salud, haberme permitido llegar hasta donde estoy y no abandonarme pese a los momentos duros.

Al apoyo incondicional de mis padres, quienes permanecen a mi lado apoyándome y no dejando que me rinda, a mi hijo por saber entender lo importante que es esto para mí, a mi esposo por su amor, respeto y paciencia.

A mí querida institución la Marina de Guerra del Perú y el Centro Médico Naval por permitir la ejecución de mi tesis.

RESUMEN

La falta de adherencia al tratamiento ya es un problema común que tiene repercusiones en la salud y economía, siendo importante asumir que su prevención y detección debe realizarse en la práctica clínica diaria. Es por ello que la no adherencia al tratamiento se convierte en un gran desafío para los profesionales de la salud enfermera y medico ya que cumplen un papel protagónico en identificar factores que determinan el fortalecimiento de la no adherencia y buscar estrategias de mejora. El objetivo general de la investigación: Determinar cómo se relaciona los factores personales a la adherencia al tratamiento para la diabetes e hipertensión arterial en los pacientes hospitalizados en el área de medicina Hospital Naval, 2017. **Estudio de investigación:** Descriptivo-correlacional, de corte transversal. **Muestra:** Fue probabilística de 45 pacientes. Se utilizó 02 cuestionarios: Variable independiente: **No adherencia al tratamiento**, sus dimensiones: Comunicación terapéutica, Asistencia a los controles médicos, Cumplimiento terapéutico y Abandono definitivo al tratamiento, y la Variable dependiente: **Factores personales** y sus dimensiones: Alimentación, Niveles de estrés, Condición laboral y Actividad física. Fueron sometidos al análisis de Cronbach con confiabilidad de 0.946 y 0.949. **Los resultados:** Al obtener un valor de significancia de $p=0.001$ y es menor de 0.05; se acepta la hipótesis alterna, demostrando que efectivamente se relacionan los factores personales y la adherencia al tratamiento. **Conclusión:** Existe relación significativa entre los factores personales y la adherencia al tratamiento con un valor de 10.034; es decir que mantiene un grado de relación buena entre ambas variables.

Palabras claves: Factores personales, adherencia al tratamiento.

ABSTRACT

The lack of adherence to treatment is already a common problem that has repercussions on health and economics, and it is important to assume that its prevention and detection must be carried out in daily clinical practice. That is why non-adherence to treatment becomes a great challenge for health professionals and nurse practitioners as they fulfill and a leading role in identifying factors that determine the strengthening of non-adherence and seek strategies for improvement. The general objective of the research: To determine how the personal factors are related to non-adherence to treatment for diabetes and hypertension in patients hospitalized in the area of Naval Hospital medicine, 2017. **Research study:** Descriptive-correlational, cross-sectional. **Sample:** It was probabilistic of 45 patients. 02 questionnaires were used: Independent variable: Non-adherence to treatment, its dimensions: Feeding, Stress levels, Work condition and physical activity, and the dependent Variable: Personal factors and their dimensions: Therapeutic communication, Assistance to medical controls, Therapeutic compliance and Definitive abandonment to treatment. They were subjected to the Cronbach analysis with reliability of 0.946 and 0.949. **The results:** When obtaining a value of significance of $p = 0.001$ and is less than 0.05; the hypothesis is accepted, demonstrating that the personal factors are effectively related and the adherence to the treatment. **Conclusion:** There is a direct and significant relationship between personal factors and adherence to treatment; that is, it maintains a good degree of relationship between both variables. **Keywords:** Personal factors, adherence to treatment.

INTRODUCCIÓN

La falta de adherencia al tratamiento ya es un problema común que tiene repercusiones en la salud y economía, siendo importante asumir que su prevención y detección debe realizarse en la práctica clínica diaria. Nosotros como profesionales de la salud somos testigos de lo importante que es que nuestros pacientes cumplan con los tratamientos que se les prescriben luego de darlos de alta o durante la consulta externa. Se conoce que hay determinadas conductas por parte del personal de salud, así como maneras de atención, regímenes terapéuticos, etc. que ejercen una influencia, en forma positiva o negativa, sobre el cumplimiento terapéutico, por lo que el profesional de la salud no debe ser un simple observador, sino parte responsable de la adherencia al tratamiento del paciente, previniendo consecuencias negativas como: fracasos terapéuticos, altas tasas de hospitalización y aumento de los costos sanitarios.

La Organización Mundial de la Salud (OMS) define la **adherencia al tratamiento** como el grado en que la conducta de un paciente, en relación a la toma de medicación, el seguimiento de una dieta o la modificación en los hábitos de vida se ajusta a las recomendaciones acordadas con el profesional sanitario". (4)

En nuestro hospital las enfermedades de mayor consulta por urgencias o reingresos hospitalarios es de pacientes con diabetes o hipertensión, de allí surgen muchas interrogantes en cuanto a la no adherencia al tratamiento de estos pacientes, el papel importante y activo en cuanto al manejo de su enfermedad y el papel del personal enfermera - medico, así como la institución de salud frente a este problema. Siendo necesaria la realización del presente estudio de investigación para determinar la relación existente entre los factores personales y la no adherencia al tratamiento; así

como la relación existente de las dimensiones de factores personales: alimentación, niveles de estrés, condición laboral y actividad física, con las dimensiones de la no adherencia al tratamiento: comunicación terapéutica, asistencia a los controles médicos, cumplimiento terapéutico y abandono definitivo al tratamiento. Es por ello que la no adherencia al tratamiento se convierte en un gran desafío para los profesionales de la salud enfermera - medico ya que cumplen un papel protagónico en identificar factores que determinan el fortalecimiento de la no adherencia y buscar estrategias de mejora.

Se desarrolló un estudio de investigación descriptivo-correlacional -transversal a través del uso de dos cuestionarios, previamente validados que fueron resueltos por los pacientes hospitalizados cuyos resultados y conclusiones nos permiten plantear estrategias para mejorar y fortalecer los factores que determinan la no adherencia al tratamiento.

La investigación para su desarrollo se constituye en los siguientes capítulos:

Capítulo I: El problema de investigación, se redacta el problema general los problemas específicos, se plantean el objetivo general y los objetivos específicos, se formula la hipótesis general y las específicas, se justifica el trabajo y se identifican sus variables.

Capítulo II: Marco Teórico conceptual, con los antecedentes internacionales y nacionales relacionados al tema, así como las bases teóricas para cada variable de estudio.

Capítulo III: Marco Metodológico: tipo, nivel, diseño, población, muestra de estudio, técnicas de recolección de los datos.

Capítulo IV: Resultados con cuadros y gráficos con su respectivo análisis de las variables independiente y dependiente,

Capítulo V: Discusión de resultados teniendo en cuenta la contrastación de la hipótesis general,

Conclusiones y Sugerencias de acuerdo a sus objetivos, para finalmente considerar las referencias Bibliográficas y anexos.

LA AUTORA.

INDICE

DEDICATORIA.....	II
AGRADECIMIENTO.....	III
RESUMEN.....	IV
ABSTRACT.....	V
INTRODUCCIÓN.....	VI
INDICE.....	VIII
CAPÍTULO I	
EL PROBLEMA DE LA INVESTIGACIÓN.....	1
1.1 Descripción del problema.....	1
1.2 Formulación del problema.....	4
1.2.1 Problema general y problemas específicos.....	5
1.3 Objeto general y objetivos específicos.....	6
1.4 Hipótesis general e Hipótesis específicas.....	7
1.5 Variables.....	9
1.6 Justificación e importancia.....	11
1.7 Viabilidad.....	12
1.8 Limitaciones.....	13
CAPÍTULO II	
MARCO TEÓRICO.....	14
2.1 Antecedentes.....	14
2.1.1 A nivel internacional.....	14
2.1.2 A nivel nacional.....	18
2.1.3 A nivel local.....	20
2.2 Bases Teóricas.....	23

2.2.1	Enfermedad Crónica.....	23
2.2.2	Atención Sanitaria.....	23
2.2.3	Economía de la salud.....	25
2.2.4	Alimentación Saludable.....	26
2.2.5	Hipertensión.....	27
2.2.5.1	Prevención y manejo no farmacológico.....	29
2.2.5.2	Función de Enfermería.....	30
2.2.6	Adherencia al tratamiento.....	33
2.2.6.1	Clasificaciones de Abandono.....	34
2.2.6.2	Factores relacionados con la adherencia.....	35
2.2.6.3	Medición de la adherencia terapéutica.....	36
2.2.6.4	Adherencia al tratamiento como proceso complejo.....	40
2.2.7	Diabetes.....	41
2.2.8	Actividad Física.....	43
2.2.9	Comunicación efectiva Enfermera – Paciente.....	44
2.2.10	Controles Médicos Periódicos.....	45
2.2.11	Comunicación Terapéutica.....	47
2.3	Bases conceptuales.....	48

CAPÍTULO III

MARCO METODOLÓGICO.....	50
3.1 Nivel y tipo de investigación	50
3.2 Diseño y metodología utilizada.....	50
3.3 Ámbito de Estudio.....	51
3.4 Población y muestra.....	51
3.4.1 Población.....	51
3.4.1.1 Criterios de inclusión.....	52
3.4.1.2 Criterios de exclusión.....	52
3.4.2 Tamaño de la muestra.....	52

3.5 Técnicas e instrumentos de recolección de datos.....	52
3.6 Procesamiento estadístico y análisis de datos.....	53

CAPÍTULO IV

RESULTADOS.....	55
4.1 Descripción del trabajo de campo.....	55
4.2 Resultados Estadísticos.....	56
4.3 Pruebas de hipótesis y contrastación.....	63
4.3.1 Prueba de la hipótesis general.....	63
4.3.2 Prueba de la hipótesis específica 1.....	65
4.3.3 Prueba de la hipótesis específica 2.....	67
4.3.4 Prueba de la hipótesis específica 3.....	69
4.3.5 Prueba de la hipótesis específica 4.....	71

CAPÍTULO V

DISCUSIÓN DE LOS RESULTADOS.....	73
5.1 Contrastación de la hipótesis con los resultados.....	73
5.2 Contrastación de los resultados con referencias bibliográficas.....	73
5.3 Aporte científico de la investigación.....	76
CONCLUSIONES.....	77
SUGERENCIAS.....	78
REFERENCIA BIBLIOGRÁFICA.....	79
ANEXOS.....	84
Anexo 1 Consentimiento Informado.....	85
Anexo 2 Encuesta de estudio.....	86

LISTA DE TABLAS

TABLA N° 1 Edad en el estudio Factores personales asociados a la no adherencia al tratamiento en pacientes diabéticos e hipertensos hospitalizados en el área de medicina hospital naval 2017.....	56
TABLA N° 2 Sexo en el estudio factores personales asociados a la no adherencia al tratamiento en pacientes diabéticos e hipertensos hospitalizados en el área de medicina hospital naval 2017.....	57
TABLA N° 3 Y GRAFICO 3 Adherencia al tratamiento en el estudio factores personales asociados a la no adherencia al tratamiento en pacientes diabéticos e hipertensos hospitalizados en el área de medicina hospital naval 2017.....	58
TABLA N° 4 Y GRAFICO 4 Alimentación en el estudio factores personales asociados a la no adherencia al tratamiento en pacientes diabéticos e hipertensos hospitalizados en el área de medicina hospital naval 2017.....	59
TABLA N° 5 Y GRAFICO 5 Niveles de estrés en el estudio factores personales asociados a la no adherencia al tratamiento en pacientes diabéticos e hipertensos hospitalizados en el área de medicina hospital naval 2017.....	60
TABLA N° 6Y GRAFICO 6 Condición Laboral en el estudio factores personales asociados a la no adherencia al tratamiento en pacientes diabéticos e hipertensos hospitalizados en el área de medicina hospital naval 2017.....	61
TABLA N° 7 Y GRAFICO 7 Actividad Física en el estudio factores personales asociados a la no adherencia al tratamiento en pacientes diabéticos e hipertensos hospitalizados en el área de medicina hospital naval 2017.....	62

LISTA DE GRAFICOS

GRAFICO N° 3 Adherencia al tratamiento en el estudio factores personales asociados a la no adherencia al tratamiento en pacientes diabéticos e hipertensos hospitalizados en el área de medicina hospital naval 2017.....	58
GRAFICO N°4 Alimentación en el estudio factores personales asociados a la no adherencia al tratamiento en pacientes diabéticos e hipertensos hospitalizados en el área de medicina hospital naval 2017.....	59
GRAFICO N° 5 Niveles de estrés en el estudio factores personales asociados a la no adherencia al tratamiento en pacientes diabéticos e hipertensos hospitalizados en el área de medicina hospital naval 2017.....	60
GRAFICO N° 6 Condición Laboral en el estudio factores personales asociados a la no adherencia al tratamiento en pacientes diabéticos e hipertensos hospitalizados en el área de medicina hospital naval 2017.....	61
GRAFICO N° 7 Actividad Física en el estudio factores personales asociados a la no adherencia al tratamiento en pacientes diabéticos e hipertensos hospitalizados en el área de medicina hospital naval 2017.....	62

I: EL PROBLEMA DE INVESTIGACIÓN

1.1 Descripción del problema.

Nosotros como profesionales de la salud somos testigos de lo importante que es que nuestros pacientes cumplan con los tratamientos que se les prescriben luego de darlos de alta o durante la consulta externa. Se conoce que hay determinadas conductas por parte del personal de salud, así como maneras de atención, regímenes terapéuticos, etc. que ejercen una influencia, en forma positiva o negativa, sobre el cumplimiento terapéutico, por lo que el profesional de la salud no debe ser un simple observador, sino parte responsable de la adherencia al tratamiento del paciente, previniendo consecuencias negativas como: fracasos terapéuticos, altas tasas de hospitalización y aumento de los costos sanitarios.

Según la OMS ha venido observando en los últimos años cambios significativos en el campo epidemiológico a nivel mundial, relacionados con las enfermedades crónicas degenerativas como lo son la Diabetes e Hipertensión, siendo causa de mortalidad en todo el mundo, pues se cobran más vidas que todas las otras causas combinadas. Contrariamente a la opinión popular, los datos disponibles demuestran que casi el 80% de las muertes se dan en los países de ingresos bajos y medios. A pesar de su rápido crecimiento y su distribución no equitativa, la mayor parte del impacto humano y social que causan cada año las defunciones relacionadas con estas enfermedades podría evitarse mediante intervenciones bien conocidas, costo eficaz y viable. Estas enfermedades crónicas tienen un amplio manejo terapéutico, debido a esto muchas veces su control y adherencia se ve condicionado por aspectos educacionales, socioculturales y psicológicos según estudios revisados. La diabetes es una enfermedad muy costosa, con una carga financiera excesiva no sólo para el propio

paciente, sino también para el sistema de salud y la sociedad entera. La Organización Mundial de la Salud señala que en el 2012, la diabetes provocó 1,5 millones de muertes y que para el año 2025, 333 millones de personas (6,3%) de todo el mundo padecerán diabetes, de las cuales 284 millones serán de países en vías de desarrollo **(1)**

La hipertensión es una enfermedad con afectación multisistémica, al momento no curable, por tanto es considerada como abanderada de las patologías crónicas. En el Perú, la prevalencia de hipertensión arterial en la población en general fue 23.7% en el año 2013, en la costa fue de 27.3%, en la sierra 18.8% y 22.7% en la selva. **(2)**

Dichas enfermedades crónicas mencionadas son aquellas que persisten por largos períodos, afectando de una forma u otra la vida normal de las personas y, generalmente, se pueden solo controlar, no curar, con las intervenciones del personal de salud (medico-enfermera) por lo que es comprensible que el cumplimiento adecuado de las indicaciones terapéuticas constituya un eslabón clave para la obtención de buenos resultados a largo plazo en el tratamiento de estos padecimientos. La falta de adherencia al tratamiento farmacológico o incumplimiento terapéutico es un problema prevalente y relevante en la práctica clínica, especialmente en el tratamiento de estas enfermedades. Se estima que, en general, un 20-50% de los pacientes no toma sus medicaciones como están prescritas. El objetivo de tratamiento sigue siendo la recuperación de la esperanza y calidad de vida de estos pacientes. La aceptación responsable al tratamiento es fundamental para un mayor control y prevención de complicaciones incluso la muerte. **(3)**

La Organización Mundial de la Salud (OMS) define la **adherencia al tratamiento** como el grado en que la conducta de un paciente, en relación a la toma de

medicación, el seguimiento de una dieta o la modificación en los hábitos de vida, se ajusta a las recomendaciones acordadas con el profesional sanitario”. **(4)**

Más concretamente, la International Society for Pharmacoeconomics and Outcomes Research (ISPOR), Medication Compliance and Persistence Workgroups, la define como “la medida en que el paciente toma la medicación tal y como le ha sido prescrita (en dosis e intervalo posológico)”. La falta de la adherencia en los tratamientos crónicos es un problema universal y real que compromete la efectividad de los mismos y se traduce en unos peores resultados en salud con un impacto negativo en el gasto **(5)**

De acuerdo con dos reconocidos epidemiólogos Haynes y Scakett, un tercio de los pacientes toma la medicación como se le ha prescrito, otro tercio lo hace ocasionalmente o de forma incorrecta y, por último, otro tercio no lo toma nunca. Son muchas las causas que influyen en la falta de adherencia. Según señaló la doctora Ana Pastor, vicepresidenta de la Sociedad Española de Medicina de Familia y Comunitaria (semFYC), las causas principales de la no adherencia son: Problemas con el régimen prescrito (efectos adversos), Instrucciones insuficientes, Fallo en la relación enfermera-paciente, Desacuerdo del paciente respecto al tratamiento, Mala memoria. **(6)**

Se ha observado en la práctica clínica casos de pacientes que interrumpen el tratamiento prescrito, según refieren ellos y luego de un tiempo su salud se descompensa reingresando por complicaciones, ello conlleva a plantearnos la pregunta del por qué dejan de cumplir el tratamiento y que factores intervienen en su decisión.

1.2 Formulación del problema.

Los factores personales se presentan de forma silenciosa, dentro de un entorno propicio generado por estilos de vida poco saludables, altos niveles de estrés, condiciones laborales de alta exigencia y poco tiempo libre para la actividad física, debilitando el concepto de salud integral enfocado a la prevención. Dichos factores si bien es cierto se manejan por el propio paciente implica la ayuda y colaboración de su entorno. La comunicación inadecuada entre los pacientes y los profesionales de la salud ha sido sugerida como un factor que contribuye a la no adherencia al tratamiento. La falta de información y de conocimiento sobre la medicación puede afectar negativamente la adherencia al tratamiento en los pacientes. El profesional de enfermería es un miembro activo que debe estar presente en la realización de actividades que garanticen la adherencia a los tratamientos (farmacológicos y no farmacológicos) además de promover el autocuidado a través de una intervención educativa estructurada.

Se tomaron como referencia datos como edad, sexo, alimentación, niveles de estrés, condición laboral y actividad física, la adherencia al tratamiento se clasifico en: comunicación, asistencia a controles médicos, cumplimiento terapéutico y abandono definitivo.

Se ha observado en la práctica clínica casos de pacientes con diabetes e hipertensión que interrumpen el tratamiento prescrito, según refieren ellos: Algunos casos sentirse mejor, además que tanta pastilla hará daño a mi organismo y luego de un tiempo su salud se descompensa reingresando por complicaciones, ello conlleva a plantearnos la pregunta del por qué dejan de cumplir el tratamiento y que factores intervienen en su decisión.

1.3 Problema general.

- ¿Cómo se relaciona los factores personales a la adherencia al tratamiento para la diabetes e hipertensión arterial en los pacientes hospitalizados en el área de medicina hospital naval 2017?

Problemas específicos.

P1 ¿Qué relación existe entre los factores personales (**Alimentación**) a la adherencia al tratamiento para la diabetes e hipertensión en los pacientes hospitalizados en el área de medicina Hospital Naval 2017?

P2 ¿Qué relación existe entre los factores personales (**Niveles de estrés**) a la adherencia al tratamiento para la diabetes e hipertensión arterial en los pacientes hospitalizados en el área de medicina Hospital Naval 2017?

P3 ¿Qué relación se da entre los factores personales (**Condición laboral**) a la adherencia al tratamiento para la diabetes e hipertensión arterial en los pacientes hospitalizados en el área de medicina Hospital Naval 2017?

P4 ¿Qué relación existe entre los factores personales (**Actividad física**) a la adherencia al tratamiento para la diabetes e hipertensión arterial en los pacientes hospitalizados en el área de medicina Hospital Naval 2017?

1.4 Objetivo:

General

- Determinar cómo se relaciona los factores personales a la adherencia al tratamiento para la diabetes e hipertensión arterial en los pacientes hospitalizados en el área de medicina Hospital Naval 2017.

Específicos.

O1. Determinar qué relación existe entre los factores personales (**Alimentación**) a la adherencia al tratamiento para la diabetes e hipertensión arterial en los pacientes hospitalizados en el área de medicina Hospital Naval 2017.

O2. Determinar qué relación existe entre los factores personales (**Niveles de estrés**) a la adherencia al tratamiento para la diabetes e hipertensión arterial en los pacientes hospitalizados en el área de medicina Hospital Naval 2017.

O3. Determinar qué relación existe entre los factores personales (**Condición laboral**) a la adherencia al tratamiento para la diabetes e hipertensión arterial en los pacientes hospitalizados en el área de medicina Hospital Naval 2017.

O4. Determinar qué relación existe entre los factores personales (**Actividad física**) a la adherencia al tratamiento para la diabetes e hipertensión arterial en los pacientes hospitalizados en el área de medicina Hospital Naval 2017.

1.5 Hipótesis y/o sistema de hipótesis.

Hipótesis general

Hi. Existe relación significativa entre los factores personales a la adherencia al tratamiento para la diabetes e hipertensión arterial en los pacientes hospitalizados en el área de medicina Hospital Naval 2017.

Ho. No existe relación significativa entre los factores personales a la adherencia al tratamiento para la diabetes e hipertensión arterial en los pacientes hospitalizados en el área de medicina Hospital Naval 2017.

Hipótesis específicas

Hi1. Existe relación significativa entre los factores personales (**Alimentación**) a la adherencia al tratamiento para la diabetes e hipertensión arterial en los pacientes hospitalizados en el área de medicina Hospital Naval 2017.

Ho1. No existe relación significativa entre los factores personales (**Alimentación**) a la adherencia al tratamiento para la diabetes e hipertensión arterial en los pacientes hospitalizados en el área de medicina Hospital Naval 2017.

Hi2. Existe relación significativa entre los factores personales (**Niveles de estrés**) a la adherencia al tratamiento para la diabetes e hipertensión arterial en los pacientes hospitalizados en el área de medicina Hospital Naval 2017.

Ho2. No existe relación significativa entre los factores personales (**Niveles de estrés**) a la adherencia al tratamiento para la diabetes e hipertensión arterial en los pacientes hospitalizados en el área de medicina Hospital Naval 2017.

Hi3. Existe relación significativa entre los factores personales (**Condición laboral**) a la adherencia al tratamiento para la diabetes e hipertensión arterial en los pacientes hospitalizados en el área de medicina Hospital Naval 2017.

Ho3. No existe relación significativa entre los factores personales (**Condición laboral**) a la adherencia al tratamiento para la diabetes e hipertensión arterial en los pacientes hospitalizados en el área de medicina Hospital Naval 2017.

Hi4. Existe relación significativa entre los factores personales (**Actividad física**) a la adherencia al tratamiento para la diabetes e hipertensión arterial en los pacientes hospitalizados en el área de medicina Hospital Naval 2017.

Ho4. No existe relación significativa entre los factores personales (**Actividad física**) a la adherencia al tratamiento para la diabetes e hipertensión arterial en los pacientes hospitalizados en el área de medicina Hospital Naval 2017.

1.6 Variables.

Variable dependiente:

- **Los factores personales**

Dimensiones:

- Alimentación
- Niveles de estrés
- Condición laboral
- Actividad física

Variable independiente

- **Adherencia al tratamiento**

Dimensiones:

- Comunicación terapéutica
- Asistencia a los controles médicos
- Cumplimiento terapéutico
- Abandono definitivo al tratamiento

Operacionalización de las variables

VARIABLE	DIMENSIONES	INDICADORES	INSTRUMENTO
V. DEPENDIENTE Factores personales	Alimentación	Adecuada Inadecuada	Cuestionario con 20 preguntas tipo Likert Sometido a la prueba de Alpha de Cronbach con nivel de confiabilidad de 0.946
	Niveles de estrés	Bajo Medio alto	
	Condición laboral	Apropiada Inapropiada	
	Actividad física	Buena Regular Mala	
V. INDEPENDIENTE No Adherencia al tratamiento	Comunicación terapéutica	Adecuada Inadecuada	Cuestionario con 20 preguntas tipo Likert Sometido a la prueba de Alpha de Cronbach con nivel de confiabilidad de 0.949
	Asistencia a los controles médicos	Asiste No asiste	
	Cumplimiento terapéutico	Cumple No cumple	
	Abandono definitivo al tratamiento	Abandona No abandona	

1.7 Justificación e Importancia.

Justificación:

- a) De Carácter Práctico: Teniendo en cuenta que las enfermedades crónicas, el estado de salud del paciente y el control de la enfermedad dependen del buen manejo de la terapia y de la adecuada toma de los medicamentos, el equipo de salud encargado de la atención integral del paciente, debe proveer un diagnóstico adecuado y temprano, una prescripción racional de medicamentos, y asegurar que el paciente sea consciente de la responsabilidad e importancia de la toma correcta de sus medicamentos.
- b) De Carácter Metodológico: El método utilizado en este estudio servirá para futuras investigaciones que se realiza y sea un aporte al campo científico para seguir realizando más estudios relacionados para conocer y buscar métodos para mejorarlo, con el fin de contribuir al éxito terapéutico en pacientes con enfermedades crónicas. La implementación de métodos que pretendan mejorar el correcto cumplimiento de los pacientes a las terapias, es un aspecto en el que es importante el papel de la enfermera.
- c) De carácter Teórico: Que este estudio sirva como base para realizar otros estudios parecidos, por esta razón, es de interés para esta investigación, conocer por que los pacientes con enfermedades como Diabetes e Hipertensión discontinúan el tratamiento, originando en ellos recaídas o complicaciones.

Importancia

El presente estudio de investigación tuvo como propósito conocer los factores personales asociados a la no adherencia al tratamiento con el fin de conseguir una mejoría clínica en el control de la patología crónica que se está tratando, considerar la búsqueda de intervenciones efectivas que faciliten una adherencia óptima a los planes de tratamiento adecuado es una prioridad en el manejo de enfermedades crónicas.

1.8 Viabilidad.

Las razones determinantes de la viabilidad del estudio son:

- El objeto de estudio: Estuvo representado por los pacientes hospitalizados en el área de medicina del Hospital Naval.
- Los objetivos del estudio: Se alcanzaron por la participación de los pacientes que se encontraban hospitalizados en el área de medicina del Hospital Naval, quienes dieron su aceptación para formar parte del estudio.
- Disponibilidad de los instrumentos de recolección de la información: Se aplicó los instrumentos validados por Juicios de expertos en el tema y sometidos a prueba de confiabilidad por Cronbach.
- Disponibilidad de los recursos técnicos: Tanto el económico y los humanos y materiales para el desarrollo del proyecto.

1.9 Limitaciones

- A. En cuanto al Objeto de Estudio: La negativa del paciente en participar en el estudio, así como la limitada empatía que pudo existir al entrevistar a este grupo, lo difícil para obtener colaboración de los pacientes por estar dispersos en todo el Hospital cumpliendo evaluaciones, exámenes auxiliares.
- B. En cuanto al Enfoque: El estudio se basó en un análisis cuantitativo y no se tomó en cuenta lo cualitativo como la Percepción de la no adherencia al tratamiento por parte de los pacientes diabéticos e hipertensos aun así se describieron las dos variables que intervienen. La fidelidad y veracidad de los datos, por tratarse de un trabajo con un componente subjetivo muy importante.
- C. En cuanto al Tiempo: El tiempo que le pudimos dedicar a la investigación. Necesariamente la autora debió cumplir sus obligaciones laborales, por lo que el tiempo se redujo sensiblemente afectando nuestra labor de investigación.
- D. En cuanto a los Recursos Financieros: No tener fuentes de financiamiento nos llevó necesariamente a autofinanciar en su totalidad la realización de la presente investigación, a pesar de las dificultades económicas que, como todo el país, tenemos.

II: MARCO TEÓRICO

2.1 Antecedentes.

2.1.1 Internacionales

Ibarra Barrueta O, Morillo Verdugo R, Rudi Sola N, Ventura Cerdá J y Navarro Aznárez H. (2013) realizaron un estudio titulado **Adherencia en pacientes en tratamiento crónico: resultados del “Día de la Adherencia” Colombia**, concluye utilizando el cuestionario de Morisky- Green, solamente un 56% de los pacientes en tratamiento crónico presentaron un nivel de adherencia total o perfecta. (7)

Tarantino V, Cappellari G, Cardaioli C, Rumiati R, SavadoriL, Barilli E, Bisiacchi P,(2010) realizaron un estudio titulado: **Factores socio cognitivos asociados con la no adherencia a la medicación después del alta hospitalaria Italia** refieren que la mala adherencia a la medicación prescrita es un problema bien conocido y sigue siendo un reto importante en todas las especialidades médicas, el 42% de los pacientes no informados, informaron conductas de no adherencia, frente al 21% de los pacientes informados. Los pacientes de mediana edad y los tratamientos a corto plazo se asociaron significativamente más a menudo con la no adherencia. Entre los factores cognitivos, los riesgos percibidos por los pacientes y los beneficios de la no adherencia, la susceptibilidad personal a las enfermedades, el valor subjetivo de la salud y los fallos de memoria reportados se asociaron significativamente con la adherencia. Concluimos que la percepción de un paciente puede ser más importante que la carga de la medicación, la gravedad de la enfermedad y la complejidad del régimen para influir en la adherencia a la

medicación, y que un seguimiento telefónico ayuda a monitorear la adherencia a la medicación después del alta hospitalaria. (8)

Figuroa Pineda Claudia (2010) realizó un estudio titulado: **Factores asociados con la no Adherencia al tratamiento de pacientes diabéticos en un programa de control de Riesgo Cardiovascular de una empresa promotora de Salud De Bucaramanga, Colombia** concluye que existe una alta no adherencia al tratamiento en diabetes, asociada a factores clínicos como mal uso de terapia farmacológica, no dieta y mayor duración de la enfermedad. (9)

López-Romero L, Romero-Guevara S, Parra D, Rojas-Sánchez L, (2014) realizaron un estudio **Adherencia al tratamiento: Concepto y Medición Colombia**, en el cual se evidenció el uso de diferentes conceptos a la hora de definir la adherencia, sin que exista un consenso. Asimismo, para la medición se utilizaron diferentes técnicas, la más común fue el uso de métodos indirectos, seguidos de la combinación de directos e indirectos. (10)

Blackmon S, Laham K, Taylor J, Kemppainen J, (2016) realizaron un estudio titulado: **Dimensiones de la Adherencia a la medicación en afroamericanos con diabetes tipo 2 en las zonas rurales de Carolina del Norte** Planteaban que las percepciones y creencias personales son uno de los factores del paciente menos estudiados que influyen en la adherencia a la medicación, concluyendo que los altos niveles de no adherencia siguen siendo un reto importante para los proveedores de cuidados de enfermería en los condados rurales en dificultades económicas. (11)

Zeber JE, Manias E, Williams AF, Hutchins D, Udezi WA, Roberts CS, Peterson AM; (2012) realizaron una **Revisión sistemática de la literatura de factores psicosociales y de comportamiento asociados con la adhesión a la medicación inicial: un informe de la adhesión a la medicación ISPOR y persistencia grupo de interés especial TEXAS USA**, ellos mencionaban que numerosos factores que influyen en la adherencia a la medicación en pacientes crónicos están bien documentados, pero la escasez de estudios sobre las experiencias del curso de tratamiento inicial representa una brecha de conocimiento significativo. En conclusión, se observaron varios desafíos metodológicos que sintetizaron los hallazgos. A pesar de las implicaciones para la adherencia continua a la medicación y los resultados clínicos, relativamente pocos artículos examinaron directamente cuestiones relacionadas con la adhesión inicial. A pesar de esta falta de información, muchos factores observados asociados con la no adherencia son susceptibles de posibles intervenciones, estableciendo una base sólida para comportamientos continuos apropiados. Además de aclarar las definiciones y la metodología, la investigación futura debe continuar investigando las prescripciones iniciales, las barreras del tratamiento y los esfuerzos organizativos para promover una mejor adherencia a largo plazo.

(12)

Luis Alvarado (2016) realizó una publicación titulada **Adherencia al tratamiento en las enfermedades crónicas y la vivencia del paciente Chile** en el que menciona intencional estaba ligada a factores demográficos, como la baja escolaridad, edad, etc. Datos recientes, sin embargo, sugieren que, en ambos

tipos de adherencia, las creencias, actitudes y temores respecto del tratamiento juegan un papel importante. Entre ellas figuran la percepción de necesidad del medicamento y la percepción de su accesibilidad. (13)

Veliz, Mendoza y Barriga 2015 realizaron el estudio **Adherencia terapéutica en usuarios de un programa de salud cardiovascular de atención primaria Chile**, concluyeron que en la adherencia al tratamiento de las enfermedades cardiovasculares pueden influir diversos factores sociales que pueden constituir una barrera al momento de cumplir con el tratamiento, tales como el nivel socioeconómico y educacional, el apoyo social, entornos que permitan la práctica de ejercicio, ambientes libres de humo de tabaco, políticas de salud que garanticen el acceso al tratamiento en forma oportuna y de calidad, entre otros. Lo anterior indica la importancia de desarrollar estrategias en los programas de salud cardiovascular que favorezcan la adherencia terapéutica desde la perspectiva de equidad y de los determinantes sociales de la salud. (14)

Martín L. (2015) en el estudio **Adherencia al tratamiento en hipertensos atendidos en áreas de salud de tres provincias cubanas, Cuba**; Los porcentajes encontrados de adherencia total, parcial y no adherencia fueron muy parecidos en las áreas de salud estudiadas. En todos los territorios predominó la adherencia total con aproximadamente el 50 %, seguida de la adherencia parcial, en tanto que la no adherencia obtuvo los valores inferiores. El área de salud "Edor de los Reyes Martínez" en el municipio Jiguaní tuvo resultados inferiores en adherencia total, sin embargo, no se diferenció en gran medida de las restantes. El área de salud de Cruces en Cienfuegos obtuvo el mejor resultado en adherencia

total y el más bajo de no adherencia.¹⁰ Concluyeron; que la adherencia al tratamiento antihipertensivo se manifiesta en diferentes grados considerados como niveles: total, parcial y no adherencia con predominio del nivel de adherencia total, sin embargo, en una magnitud insuficiente en relación con la necesidad de lograr altos niveles de adherencia para el control de la enfermedad. El proceso de adherencia al tratamiento estuvo favorecido por el componente implicación personal del paciente, también por el relacionado con "cumplimiento de las indicaciones médicas" en especial las referidas al consumo de medicamentos en dosis y horas adecuadas. En tanto, la práctica de ejercicios físicos resultó ser la indicación menos ejecutada por los pacientes. (15)

2.1.2 Nacionales

Delgado-Acosta, H.; Lastre-Navarro, K.; Valdés-Gómez, M.; Benet-Rodriguez, M.; Morejón-Giraldoni, A.; Zerquera-Rodriguez,(2015) realizaron un estudio titulado **Hipertensión Arterial: nivel de conocimientos y adherencia al tratamiento en adultos Perú**, afirman que el nivel de conocimiento alcanzado fue del 65%, esto se refleja en la detección tardía de la enfermedad, falla en el manejo y administración del medicamento que conlleva a una baja adherencia al tratamiento. Concluyen que existe relación entre la adherencia al tratamiento y el nivel de conocimiento en los adultos hipertensos del centro anidado Santa Teresita, Santa Rosa- El Oro, 2016. (16)

Anduaga-Beramendi A; Maticorena-Quevedo J; Beas R; Chanamé-Baca D;; Wiegering-Rospigliosi A; Zevallos E; Cabrera R; Suárez-Ognio L (2014) realizaron un estudio titulado: **Factores de riesgo para el abandono del**

tratamiento de tuberculosis pulmonar sensible en un establecimiento de salud de atención primaria, Lima, Perú, concluyeron que el abandono del tratamiento antituberculoso está asociado con tener menos de seis años de educación y un score mayor a 22 puntos en la prueba de abandono de tratamiento antituberculoso. (17)

Dulong Zanelli M., (2016) realizó un estudio titulado **Asociación entre apoyo social y adherencia terapéutica en hipertensos mayores de 65 años - Hospital II Essalud Tarapoto** concluyeron que la edad promedio encontrada en el estudio fue de 73 años para las de sexo femenino y de 71.8 años para los de sexo masculino, y la desviación estándar de 6.5 años. El 68.03% de la población fue de género femenino y el 31.97% de género masculino. El porcentaje de hipertensos que tienen apoyo social está representado por el 74.94% del total, y el 25.06% que no tienen apoyo social. El porcentaje de hipertensos con adherencia terapéutica está representado por el 79.14% del total, y el 20.86% que no poseen adherencia al tratamiento. (18)

Rojas Andrade, U; Villegas Quilca, F., (2016) realizaron un estudio titulado **Adherencia terapéutica en pacientes con enfermedades crónicas del Hospital Regional Docente Clínico Quirúrgico Daniel Alcides Carrión - Huancayo** concluyendo que los pacientes encuestados del Hospital Regional Docente Clínico Quirúrgico Daniel Alcides Carrión – Huancayo, no tienen una adherencia terapéutica total; de ahí la importancia de investigar este aspecto del control de las enfermedades crónicas en nuestro país, por eso es importante comenzar en nuestra región y en un hospital referencial. (19)

Apaza G., (2013) en la tesis **Adherencia al tratamiento y control de la hipertensión arterial en los pacientes del programa de hipertensión arterial de Essalud - Red Tacna**; utilizando el Test de Morinsky-Green-Levine. Y obtuvo que el 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 ($OR=1,93$). Por consecuencia concluyó que la mala adherencia al tratamiento antihipertensivo se asocia significativamente al no control de la HTA. ($p=0,001$). (20)

2.1.3 Local

Castañeda-Navarrete A, Sánchez- León D, Manchego- Quispe M, Musayón-Oblitas Y, (2013) realizaron un estudio titulado: **Efectividad de la consejería en enfermería en la adherencia al tratamiento farmacológico en pacientes con tuberculosis de la micro red de salud Jaime Zubieta Calderón en San Juan de Lurigancho, Lima, Perú** quienes concluyeron a que la consejería de enfermería es efectiva en la mejora de la adherencia al tratamiento antituberculoso en pacientes con TB sensible. Además, favorece a la asistencia diaria a la toma del tratamiento, citas médicas, nutrición y enfermería (21)

LIMAYLLA La Torre, Maribel Lilia. (2016) Realizo un estudio titulado **Adherencia al tratamiento farmacológico en pacientes adultos mayores con hipertensión arterial del Centro de Atención Primaria III Huaycán –**

EsSalud. Lima, Perú, Evalúa la mejora de la adherencia al tratamiento farmacológico en pacientes adultos mayores con hipertensión arterial del Centro de Atención Primaria III Huaycán-EsSalud. Se realizaron entrevistas, encuestas y visitas domiciliarias; se brindó educación sanitaria y orientación farmacéutica del tratamiento. El nivel de satisfacción del paciente fue evaluado según un cuestionario bajo el modelo SERVPERF; al que se hizo la validación (juicio de expertos), así como la determinación de confiabilidad (22).

Coello-Talavera D, Rojas-Motta N, Mayta-Tristán P, (2015) realizó un estudio titulado **Falta de adherencia al tratamiento fisioterapéutico en pacientes con trastornos musculoesqueléticos en una clínica docente en Lima, Perú** Se concluye que existe una alta incidencia de falta de adherencia al tratamiento fisioterapéutico relacionado con la distancia y la edad de los pacientes, por lo que se deben buscar estrategias para aumentar la adherencia (23).

Carhuallanqui R, (2010) realizó el trabajo titulado **Adherencia al tratamiento farmacológico en pacientes hipertensos atendidos en un hospital general Lima 2010**. Con el Test de Morisky-Green para determinar su adherencia al tratamiento farmacológico y se determinó el nivel de presión arterial. Llegaron a los siguientes resultados: 69,9% eran mujeres, 77,7% tenía un tiempo de enfermedad mayor de tres años. El 52,4% tenían educación primaria, 68% eran casados, 62,1% tenían su presión arterial controlada. La adherencia al tratamiento farmacológico fue 37,9%. Se halló asociación entre adherencia con el estado civil viudo y entre adherencia y

presión arterial controlada ($p < 0,05$). Y la conclusión a la que llegaron: que la adherencia al tratamiento farmacológico fue 37,9% (24).

2.2 Bases teóricas

2.2.1 Enfermedad Crónica

En medicina, se llama enfermedad crónica a las afecciones de larga duración y por lo general, de progresión lenta. No hay un consenso acerca del plazo a partir del cual una enfermedad pasa a considerarse crónica; pero por término medio, toda enfermedad que tenga una duración mayor a seis meses puede considerarse como crónica. **(25)**

Las enfermedades crónicas no se distribuyen al azar sino que se ven más frecuentemente en determinadas personas, familias y comunidades, como consecuencia de diversos factores ambientales que interactúan con un perfil genético vulnerable. Determinantes claves son la falta de educación formal, la pérdida de expectativas sociales y personales, y los hábitos de vida perjudiciales para la salud ^{Es} una amenaza creciente. **(26)**

2.2.2 Atención sanitaria

La atención a los pacientes crónicos es manifiestamente mejorable. Lo esencial de la mejora debería centrarse en cumplir el *primum non nocere*, facilitar el acceso y el “movimiento” a los pacientes y a sus familiares, ofrecer los cuidados necesarios en el

lugar y por los profesionales adecuados, facilitar la continuidad y la longitudinalidad en la atención, y fomentar una atención de “limitación de daños”.

Los problemas crónicos afectan a todo el espectro de edades (p. ej., atopia en niños, dismenorrea en adolescentes, tabaquismo en jóvenes, desempleo de larga duración en adultos jóvenes, síntomas médicamente inexplicables en adultos maduros, y bocas sépticas y ruinosas en ancianos). Así pues, el reto de las enfermedades crónicas (las que duran más de 6 meses) no se ciñe a unas pocas que afectan al anciano, sino a un conjunto de problemas de salud en todos los grupos de edad, y su variedad exige un cambio global, una mejora general y no sólo simples respuestas sencillas. **(27)**

Medidas estratégicas para promover dietas saludables y la actividad física en personas con enfermedades crónicas degenerativas

- Vigilar la dieta y la actividad física de la población y la carga de morbilidad asociada
- Ayudar a la gente a tomar decisiones informadas y medidas eficaces
- Aplicar lo mejor posible las normas y la legislación
- Asegurar que todo el mundo tenga acceso a los componentes de una dieta saludable
- Lograr las metas mediante iniciativas intersectoriales
- Aprovechar al máximo los servicios de salud y los profesionales que los prestan para poder implementar así programas que prevengan este tipo de enfermedades.
- Mantener una actividad física constante.

2.2.3 Economía de la salud

Además del sufrimiento humano, el coste de las enfermedades crónicas representa cada vez un porcentaje mayor en las economías no sólo de los países desarrollados, sino países con bajos ingresos, donde ocurre el 80% de estas muertes según la OMS. Muchas de estas enfermedades están relacionadas con los estilos de vida y con el envejecimiento de la población. Sin embargo, es sabido que todas las personas pueden envejecer de forma positiva. Es deber de nuestra sociedad y de nuestras organizaciones políticas promover iniciativas con tal fin, que proporcionen oportunidades para mantener, desarrollar o recuperar la autonomía personal. En resumen, el objetivo es no solo "añadir años a la vida" sino además "vida a los años". Aunque el patrón de enfermedades está cambiando en todo el mundo, los sistemas de atención a la salud no están evolucionando al mismo ritmo. El sistema sanitario es cada vez más eficaz y completo para atender los procesos agudos, pero necesita adaptarse para atender a las enfermedades crónicas. Muchos países están promocionando iniciativas que mejoren el tratamiento y la gestión integral de estas enfermedades. El enfoque más destacado es el "Modelo de Atención a Enfermedades Crónicas" o "Chronic Care Model" (CCM), iniciado a finales del siglo XX, y del que existen evidencias de mejora de resultados en salud mediante la implantación de intervenciones simultáneas de todos los elementos que lo componen. Este modelo comprende seis áreas claves: la comunidad, el apoyo en autocuidado, el sistema sanitario, el diseño de la provisión de servicios, el apoyo a la toma de decisiones y los sistemas de información clínica. **(28)**

2.2.4 Alimentación Saludable

Una alimentación saludable es aquella que aporta todos los nutrientes esenciales y la energía que cada persona necesita para mantenerse sana. Una persona bien alimentada tiene más oportunidades de:

- Desarrollarse plenamente
- Vivir con salud
- Aprender y trabajar mejor
- Protegerse de enfermedades

La alimentación variada asegura la incorporación y aprovechamiento de todos los nutrientes que necesitamos para crecer y vivir saludablemente, alimentarse saludablemente, además de mejorar la calidad de vida en todas las edades, ha demostrado prevenir el desarrollo de enfermedades como: Obesidad, Diabetes, Enfermedades cardio y cerebrovasculares, Hipertensión arterial, Dislipemia, Osteoporosis, algunos tipos de cáncer, Anemia e Infecciones. Para comer sano se recomienda:

- Distribuya los alimentos en 4 comidas principales y 2 colaciones
- Consuma por día 2 frutas y 3 porciones de verduras de todo tipo y color preferentemente crudas.
- Incorpore legumbres, cereales integrales, semillas y frutas secas.
- Consuma carnes rojas o blancas (pollo o pescado) no más de 5 veces por semana.
- Cocine sin sal.
- Limite el consumo de azúcar y alcohol. **(29)**

2.2.5 Hipertensión Arterial

La hipertensión arterial es la patología crónica más frecuente a nivel mundial, uno de cada tres adultos la padece, y es la responsable de la mitad de las muertes por infartos. En Ecuador, de cada 100.000 personas, 1.373 tienen problemas de hipertensión. **(30)**

Se diagnostica Hipertensión Arterial a la elevación crónica de presión arterial más de 140/90. Es de etiología desconocida en el 90-95% de los casos **(31)**

Las cifras de presión arterial sistólica tienen una mejoría significativa, cuando la calidad de vida de los pacientes es buena, es decir cuando tienen buenos estilos de vida. **(32)** Así mismo las personas no adheridas al tratamiento se relacionan significativamente con las familias disfuncionales y con la mala relación de médico-paciente. **(33)**

De acuerdo con los nuevos lineamientos internacionales de la American Heart Association (AHA) el adulto con hipertensión arterial en control debe registrar una cifra sistólica por debajo de 139 mmHg y una cifra diastólica por debajo de 89 mmHg. Cuando la cifra sistólica se encuentra por encima de 140 mmHg o la diastólica mayor de 90 mmHg se le denomina hipertensión arterial. A medida que estas cifras aumentan, pueden llegar a representar un riesgo de complicaciones importantes, que cuando una persona presenta una cifra sistólica >180 mmHg o diastólica >110 mmHg se le denomina crisis hipertensiva, **(34)** la cual se subdivide en: 1) emergencia hipertensiva, en donde se genera un daño o disfunción de un órgano y el tratamiento va enfocado a reducir las cifras de presión arterial para prevenir complicaciones como el infarto agudo al miocardio, evento vascular cerebral, entre otras, y 2) urgencia

hipertensiva, donde el daño no está presente, pero el tratamiento va encaminado a prevenirlo. **(35)**

Es importante destacar las causas que se relacionan con la hipertensión arterial; la Norma Oficial Mexicana (NOM-030-SSA2-2009) menciona la clasificación etiológica que la divide en dos:

- primaria o esencial, en donde el aumento de presión arterial no se debe a causa orgánica o patológica y suele ser por factores hereditarios, fisiológicos o ambos.
- causas secundarias como lo son: enfermedades endocrinas, vasculares, renales, el embarazo, inducido por tóxicos o medicamentos, entre otros. **(36)**

Cabe destacar que, para mantener una óptima presión arterial, es necesario tener los recursos económicos suficientes para sustentar una alimentación adecuada y balanceada que satisfaga las demandas del organismo y, a su vez, evitar el consumo de alimentos no nutritivos. Por lo que el nivel socioeconómico es una variable importante a considerar para que el individuo obtenga un adecuado control de la hipertensión arterial. En el sector donde el nivel socioeconómico es bajo se han observado altos índices de personas en descontrol de la presión arterial y en aquellos individuos con un nivel socioeconómico alto, se registran mejores controles. **(37)**

2.2.5.1 Prevención y manejo no farmacológico

Aunque el individuo disponga de un nivel socioeconómico que permita acceder a mejores recursos para el control de la enfermedad, es necesario que sea guiado y supervisado por un profesional de la salud. Se ha reportado el incumplimiento del tratamiento farmacológico así como modificaciones de estilos de vida que no permiten disminuir cifras de presión arterial y prevención de enfermedades cardiovasculares, con lo cual se han tenido que implementar acciones específicas, como soluciones viables para controlar esta enfermedad, por ejemplo aquellos programas donde interviene e interactúa el profesional de salud con el paciente, los cuales reducen significativamente hábitos y costumbres que no contribuyen a un estilo de vida de calidad, y por consiguiente, disminución de la presión arterial, todo esto bajo el seguimiento, control y evaluación de la vida cotidiana del individuo. **(38)**

Es importante que el profesional de salud que se encuentre en contacto con estos pacientes, cuente con la capacitación necesaria para orientar al paciente, y que pueda reducir los factores que influyen tanto para el aumento de cifras tensionales, como para el desarrollo de enfermedades cardiovasculares. Al ser el personal de enfermería que se desenvuelve en el área preventiva con el paciente, puede ser de gran utilidad para inducir al individuo al correcto autocuidado. **(39)**

2.2.5.2 Función de enfermería en la prevención, el control y seguimiento de los pacientes con hipertensión

La hipertensión se presenta como un problema de salud pública, en el que los sistemas de salud deben trabajar con todos los recursos de los que disponen y de forma eficiente, para afrontarlo. Uno de los principales recursos de los que disponen

todos los sistemas sanitarios es el personal calificado (médicos, enfermeras, auxiliares, fisioterapeutas, nutricionistas, trabajadores sociales, etc.). Según las características de cada enfermedad, y como se presentan estas en los pacientes, en muchas ocasiones dicho personal debe trabajar en equipos multidisciplinarios. En la enfermedad hipertensiva no podría ser de otro modo, pues esta implica la participación de diversos profesionales de salud, de hecho, se ha demostrado que la atención y el seguimiento de los pacientes hipertensos por un equipo multidisciplinario puede permitir una reducción de las cifras de presión arterial de 5 mmHg para la PAS y de 2 mmHg para la PAD, y por otro lado también permite aumentar la tasa de control de la presión arterial. Es por ello que la atención en equipo se presenta como la forma más eficiente de afrontar el tratamiento y seguimiento de los pacientes hipertensos, y como técnica para mejorar la adherencia terapéutica al tratamiento antihipertensivo.

(40)

Dentro del equipo multidisciplinario, las funciones que cada profesional realiza deben ser autónomas pero interdependientes entre sí. Así los cuidados de enfermería deben seguir el proceso de enfermería, que incluye las 5 etapas interrelacionadas (valoración de necesidades, definición de diagnósticos, elaboración de un plan de cuidados en colaboración con el paciente, ejecución y evaluación). De hecho, dentro del proceso de enfermería se emplea un resultado de enfermería denominado "conducta terapéutica: enfermedad o lesión que se emplea para evaluar la adherencia al tratamiento farmacológico y no farmacológico de los pacientes. En un estudio se validó este resultado como herramienta para la evaluación de la adherencia terapéutica. **(41)**

Además, existen otros resultados e intervenciones que pueden servir para guiar el seguimiento y el control de los pacientes hipertensos. La enfermería desarrolla sus

funciones tanto en la fase preventiva de la hipertensión como en el diagnóstico, control y seguimiento de la enfermedad. En la fase preventiva y de seguimiento de la enfermedad hipertensiva, la enfermería desarrolla todas aquellas actividades relacionadas con la educación para la salud, como son la promoción de la salud y la prevención de la enfermedad. Estas las realiza tanto a nivel grupal como individual y atiende a todas las etapas de la vida, desde la infancia hasta la vejez. Dentro de las actividades de educación para la salud que la enfermería desarrolla, se contempla la modificación de los hábitos de vida relacionados con un aumento del riesgo cardiovascular. Dichas actividades vendrían a formar parte del tratamiento no farmacológico de la hipertensión, como son la reducción de la ingesta de sal, llevar una vida activa, reducir la obesidad, tener un consumo adecuado de frutas y verduras, y eliminar el consumo de alcohol y tabaco. En la fase de diagnóstico, en muchas ocasiones la hipertensión aparece en las mediciones de la presión arterial que se realizan en la consulta de enfermería, y que forman parte de los programas de prevención cardiovascular. Una presión arterial elevada, correctamente medida, en muchas ocasiones da la luz de alarma para comenzar el diagnóstico de hipertensión. Cuando se establece el diagnóstico de hipertensión comienzan las labores de control y seguimiento del paciente hipertenso. (42)

En la consulta de enfermería se realiza una planificación de cuidados relacionados con la educación del paciente sobre su enfermedad, el seguimiento y control de la presión arterial en el domicilio y en el centro de salud, el seguimiento mediante consulta telefónica, con el cumplimiento terapéutico y con la modificación de hábitos de vida. La frecuencia con la que los pacientes hipertensos, u otros incluidos en programas de prevención cardiovascular asisten a las consultas de enfermería es

más elevada que a otras consultas, como puede ser la del médico de cabecera. Ello permite a la enfermería establecer una relación de confianza con los pacientes, fundamental e imprescindible para poder trabajar con estos los temas relacionadas con la educación para la salud, la adherencia al tratamiento farmacológico, la promoción del autocuidado y el control de la hipertensión en el domicilio mediante la AMPA. Como se ha mencionado anteriormente dicha relación de confianza se presenta como un factor promotor de la adherencia al tratamiento farmacológico. **(43)**

2.2.6 Adherencia al Tratamiento

La adherencia al tratamiento se define como la medida en que el comportamiento de la persona coincide con las orientaciones médicas en términos de uso de medicamentos, dieta, cambios en el estilo de vida o la adopción de comportamientos para proteger la salud. **(44)** Sin embargo, la baja adherencia con el tratamiento de las enfermedades crónicas es un problema reconocido en todo el mundo. La adhesión a los países desarrollados es de alrededor del 50% y puede ser incluso peor en los países en desarrollo. **(45)**

La adherencia al tratamiento exige que las personas asuman la responsabilidad de su tratamiento y se conviertan en participantes activos en un proceso que permita modular las condiciones biológicas a través del comportamiento humano. **(46)** Uno de los factores que facilitan la aceptación e integración del régimen terapéutico es el conocimiento de las personas sobre la enfermedad. **(47)**

Dentro del concepto de adherencia terapéutica se incluyen otros destinados a objetivarlo desde el punto de vista científico, dentro de los cuales el más utilizado es el “índice de adherencia al tratamiento farmacológico”, que se entiende como el

porcentaje de las dosis prescritas del medicamento, realmente tomadas por el paciente en un periodo de tiempo determinado. Al observar los resultados de diversos estudios que utilizan esta objetivación matemática, se puede comprobar que comparativamente los índices de adherencia son más altos en pacientes con enfermedades agudas que en aquellos con enfermedades crónicas y que la persistencia en estos últimos es muy baja, la cual disminuye aún más después de seis meses de terapia. **(48)**

2.2.6.1 Clasificaciones de Abandono Terapéutico

Las clasificaciones de abandono terapéutico que consideramos que mejor se adecuan a la investigación sobre adherencia al tratamiento son las realizadas por Goodwin y Jamison (1990), y años más tarde por Gaebel (1997), Goodwin y Jamison (1990) operacionalizaron el cumplimiento de la siguiente manera:

- ✓ Cumplimiento total: evidencia total por parte del paciente y otras personas significativas de que el régimen terapéutico ha sido llevado a cabo tal como se prescribió.
- ✓ No cumplimiento parcial: evidencia por las mismas fuentes que en el caso anterior de que algunas prescripciones, pero no todas, se han cumplido consistentemente, o que todas se han cumplido de forma intermitente.
- ✓ No cumplimiento total: evidencia de discontinuidad completa de la terapia.

Por su parte Gaebel (1997) diferencia varios tipos de no cumplimiento, incluyendo:

- ✓ Rechazo al tratamiento: en este caso el paciente no quiere ni siquiera iniciar un tratamiento, rechazando todo tipo de indicación o ayuda por parte del profesional. El rechazo aparece normalmente por una negación de la enfermedad por parte del paciente. Hay autores que no consideran el rechazo

al tratamiento como abandono terapéutico (Freire Arteta, 1990), ya que ni siquiera se ha comenzado la terapia.

- ✓ Discontinuidad de la terapia: la terminación prematura o discontinuidad consiste en la interrupción del tratamiento por parte del paciente sin acordarlo con el profesional responsable o en contra del consejo del mismo, y es una consecuencia del pensamiento del paciente acerca de la falta de necesidad de continuar con el tratamiento. El procedimiento más normal para abandonar la terapia es no acudiendo a las citas y no volviendo a contactar con el hospital en el que se lleva acabo el tratamiento (Berrigan y Gardfield, 1981; Cross y Warren, 1984; Sweet y Nones, 1989). **(49)**

2.2.6.2 Factores Relacionados con la Adherencia al Tratamiento Farmacológico

De acuerdo con lo reportado en la literatura, existen múltiples factores asociados con la baja adherencia a los medicamentos, los cuales se pueden agrupar en cuatro grandes grupos **(49)**

- ✓ Relacionados con el Paciente: En diferentes estudios se ha evidenciado la relación existente entre la edad, el sexo, el nivel educativo, la estabilidad laboral y el conocimiento del paciente sobre la enfermedad con la alta o baja adherencia de los pacientes a la terapia farmacológica.
- ✓ Relacionados con la Patología: La literatura reporta una mayor probabilidad de no adherencia de los pacientes cuando tienen diagnosticada una patología crónica, al igual que la ausencia de síntomas, el tiempo de tratamiento y la evolución de la enfermedad. También se hace referencia a la falta de mejoría y a la presencia de otras enfermedades. **(50)**

- ✓ Relacionados con el Tratamiento: Con respecto al tratamiento se establece relación con el número de fármacos a administrar, cantidad de tomas diarias y duración del tratamiento. También es relevante en este punto la mención que hacen los pacientes a las reacciones adversas de los fármacos, motivo por el que muchos de ellos dejan de lado la medicación. Cuando la terapia sugiere cambios de estilos de vida del paciente suele relacionarse con una disminución en el cumplimiento de la farmacoterapia.

- ✓ Relacionados con el Sistema de Salud: n este aspecto, se hace referencia a la relación médico-paciente, accesibilidad del paciente al equipo profesional y la continuidad en la prestación de los servicios de salud, lo que juega un papel importante en el cumplimiento de la farmacoterapia y de las recomendaciones del especialista. **(51)**

2.2.6.3 Medición de la Adherencia Terapéutica

Se han establecido diferentes métodos que permiten medir o evaluar la adherencia de los pacientes a las terapias farmacológicas, estos se clasifican en métodos directos y métodos indirectos.

Métodos Directos

Los métodos directos buscan cuantificar el fármaco o sus metabolitos en fluidos biológicos como sangre y orina, de tal manera que la presencia de la sustancia en dichos líquidos indica que el fármaco ha sido administrado. Estos métodos no son muy utilizados debido a los altos costos requeridos para su realización, por ser una

medida intervencionista que puede afectar al paciente y porque no se tienen establecidos los parámetros farmacocinéticos para todos los medicamentos.

Métodos Indirectos

Estos métodos son de gran utilidad en la atención primaria, son económicos y reflejan la conducta del paciente, sin ser métodos intervencionistas. En este grupo se encuentran el recuento de comprimidos y la entrevista clínica. Para el caso de la presente investigación no se tiene en cuenta el recuento de comprimidos ya que no hay manera de controlar la dispensación de los medicamentos.

Métodos Indirectos de entrevista personalizada

Son cuestionarios en los que el paciente proporciona la información para evaluar su adherencia al tratamiento farmacológico. Los más utilizados son el Test de Haynes Sackett y el Test de Cumplimiento Auto-comunicado de Morisky-Green, consta de cuatro preguntas, que orientan a la adherencia o no adherencia al tratamiento y define la adherencia como una variable ordinal con un rango de 0 a 4 y como una variable dicotómica con tres niveles de adherencia. Si el paciente contesta al menos una de las preguntas en sentido de no adherencia, se considera como tal y si contesta las cuatro preguntas mostrando adherencia se considera buen cumplidor con una alta adherencia al tratamiento, si contesta correctamente dos o tres preguntas se clasifica como cumplidor medio con una adherencia media.

La adherencia al tratamiento se puede valorar de acuerdo a la dosis tomada, en donde se considera al paciente "cumplidor" si toma entre el 75 a 80% de la dosis prescrita, e "incumplidor" a quien lo hace por debajo del valor inferior.

Cuando se ha estudiado el periodo de seguimiento, se puede distinguir entre incumplimiento parcial (adherencia en algunos momentos), esporádico (cuando se incumple de forma ocasional), secuencial (cuando el paciente deja el tratamiento durante periodos en que se encuentra bien y lo restaura cuando aparecen síntomas), cumplimiento de bata blanca (si sólo se adhiere cuando está cercana una visita médica) y, finalmente, incumplimiento completo (cuando el abandono del tratamiento es de forma indefinida). (Pérez, González, & Ordoñana 2012)

Test de Morisky-Green-Levine Este método, que está validado para diversas patologías crónicas, fue originalmente desarrollado por Morisky, Green y Levine para valorar la adherencia a la medicación en pacientes con hipertensión arterial (HTA). Consiste en una serie de cuatro preguntas de contraste con respuesta dicotómica sí - no, que refleja la conducta del enfermo respecto al cumplimiento. Además, presenta la ventaja de que proporciona información sobre las causas del incumplimiento. Por otra parte, es muy fácil de realizar al ser bastante breve y muy fácil de aplicar, puede proporcionar información sobre las causas del incumplimiento, presenta una alta especificidad, un alto valor predictivo positivo y escasos requisitos de nivel sociocultural para su comprensión. **(52)** Desde que el test fue introducido, se ha utilizado en la valoración de la adherencia en diferentes enfermedades **(53)**

¿Deja de tomar alguna vez los medicamentos para tratar su enfermedad?

SI NO

1. ¿Toma los medicamentos a las horas indicadas?

SI NO

2. Cuando se encuentra bien, ¿deja de tomar la medicación?

SI NO

3. Si alguna vez le sienta mal, ¿deja usted de tomarla?

SI NO

Se considera cumplidor si se responde de forma correcta a las 4 preguntas:
no/sí/no/no

Test de cumplimiento auto comunicado, o test de Haynes-Sackett

Esta técnica, que consta de dos partes, se basa en preguntar al enfermo sobre su nivel de cumplimiento del tratamiento. En ella se evita interrogar de forma directa al paciente sobre la toma de medicación y se intenta crear un ambiente adecuado de conversación, donde al paciente se le comenta la dificultad que tienen los enfermos de tomar los fármacos. Este método es uno de los más sencillos de utilizar en la consulta médica y se suele realizar con el paciente de forma presencial. Sin embargo, Fernández Lisón, **(54)** realizaron la medición de la adherencia mediante la aplicación de este cuestionario de comunicación de auto cumplimiento por entrevista telefónica, al paciente o al cuidador. En estos casos es necesario tener en cuenta que existe una limitación debida a que la encuesta telefónica es un método que infravalora los errores de medicación y sobrevalora el cumplimiento

1. La mayoría de pacientes tienen dificultades en tomar todos sus comprimidos

SI - NO

2. ¿Tiene usted dificultad en tomar los suyos?

SI - (incumplidor) NO - (cumplidor)

3. ¿Cómo toma sus medicamentos?

- todos los días - muchos días - algunos días - pocos días o rara vez

4. Muchas personas tienen dificultad en seguir los tratamientos,

¿Por qué no me comenta cómo le va a usted?

2.2.6.4 La Adherencia al Tratamiento como Proceso Complejo y Factores Influyentes

Como se puede entender el término adherencia terapéutica incluye con igualdad de importancia tanto el seguimiento de los tratamientos farmacológicos, como el de las recomendaciones higiénico-dietéticas en las personas enfermas. Refiere Martín Alfonso, para que se produzca la adherencia al tratamiento es necesario que se vislumbren en este proceso los momentos siguientes:

a) Aceptación convenida del tratamiento, entre el paciente y su médico, entendida como la relación de colaboración establecida entre médico y paciente, con vistas a elaborar la estrategia comportamental que garantiza el cumplimiento y la aceptación de esta por ambos.

b) Cumplimiento del tratamiento como la medida en que la persona ejecuta todas las prescripciones médicas indicadas por el terapeuta.

c) Participación activa en el cumplimiento, entendido como el grado de participación del paciente en la búsqueda de estrategias para garantizar el cumplimiento.

d) Carácter voluntario de las acciones para el cumplimiento, entendido como la medida en que la persona participa en la ejecución de las acciones realizando los esfuerzos necesarios para garantizar el cumplimiento de las prescripciones. **(55)**

Aburto C. y Gamundi G. (1997) opinan que los factores que pueden afectar la cooperación de los pacientes con respecto al tratamiento médico son: información al

paciente sobre su enfermedad y tratamiento; cogniciones del paciente en relación a su estado de salud y al régimen médico a seguir; relación entre el paciente y el médico; duración del tratamiento; atención recibida en los centros de salud y el acceso a éstos. **(56)**

Crespo, citado por Ginarte Y. (2001) hace hincapié en la importancia de evaluar cuatro factores que influyen en la adherencia: 1) interacción del paciente con el profesional de la salud; 2) régimen terapéutico; 3) características de la enfermedad; y 4) aspectos psicosociales del paciente. **(57)**

2.2.7 Diabetes

El número de personas con diabetes mellitus está creciendo rápidamente en nuestro país y es la causa principal de su veloz incremento es el importante cambio en el estilo de vida de la población peruana, caracterizada por una ingesta excesiva de alimentos de alto contenido calórico como la comida chatarra y las bebidas azucaradas, así como una reducción de la actividad física que conllevan a altas tasas de sobrepeso y obesidad. **(58)** Los datos epidemiológicos son contundentes, la encuesta ENDES 2013 realizada en cerca de 7 000 hogares a nivel nacional en mayores de 18 años, ha encontrado una prevalencia de sobrepeso de 33,8% y obesidad de 18,3%. **(59)** Lo más alarmante de todos estos datos es la afectación de la población infantil; la Encuesta Nacional de Hogares (ENAHOG 2009-2010) en niños de 5 a 9 años, ha encontrado una prevalencia de 15,5% de sobrepeso y 8,9% de obesidad, **(60)** y como lo afirma el Prof. Whitaker de una manera general podemos decir que el 50% de los niños obesos, mayores de 6 años, continuarán siendo obesos en la etapa adulta. **(61)**

Los nocivos cambios de estilos de vida y el fenómeno de obesogenización de nuestra población, en concordancia con una base genética, están dando lugar a alteraciones de la homeostasis de la glucosa, como la resistencia a la insulina, que conducen al desarrollo de hiperglicemia, que es el indicador principal de los estados diabéticos y pre-diabéticos. Esta interacción explica las crecientes tasas de prevalencia de diabetes mellitus tipo 2 en todos los grupos etarios en los últimos 10 años. **(62)**

La diabetes constituye uno de los problemas de salud más importantes en el mundo por la carga de enfermedad en términos de discapacidad y mortalidad prematura que ocasiona. La diabetes de tipo 2 (llamada anteriormente diabetes no insulino dependiente o del adulto) tiene su origen en la incapacidad del cuerpo para utilizar eficazmente la insulina es la forma más común de la enfermedad, puede prevenirse o retrasarse su aparición, desarrollando medidas de prevención como alcanzar y mantener un peso corporal saludable; consumir una dieta balanceada, que contenga entre tres y cinco raciones diarias de frutas y hortalizas y una cantidad reducida de azúcar y grasas saturadas, realizar ejercicios diariamente, evitar consumo de tabaco. En el mundo hay más de 347 millones de personas con diabetes, se calcula que en 2012 fallecieron 1,5 millones de personas como consecuencias del exceso de azúcar en la sangre en ayunas. Según proyecciones de la OMS, la diabetes será la séptima causa de mortalidad en 2030. Más del 80% de las muertes por diabetes se registran en países de ingresos bajos y medios. En el Perú, diabetes Mellitus, es una enfermedad que afecta a casi 2 millones de personas y es la décimo quinta causa de mortalidad en el Perú, según informes de la Oficina de Estadística e Informática del Ministerio de Salud del año 2003, la prevalencia se estima en 5,5 %. La magnitud de la misma está en aumento, debido al incremento de factores como la

obesidad, el sobrepeso, el sedentarismo y los hábitos inadecuados de alimentación.

(63)

2.2.8 Actividad Física

Se considera actividad física cualquier movimiento corporal producido por los músculos esqueléticos que exija gasto de energía. Se ha observado que la inactividad física es el cuarto factor de riesgo en lo que respecta a la mortalidad mundial (6% de las muertes registradas en todo el mundo). Además, se estima que la inactividad física es la causa principal de aproximadamente un 21%-25% de los cánceres de mama y de colon, el 27% de los casos de diabetes y aproximadamente el 30% de la carga de cardiopatía isquémica.

Un nivel adecuado de actividad física regular en los adultos:

- ✓ Reduce el riesgo de hipertensión, cardiopatía coronaria, accidente cerebrovascular, diabetes, cáncer de mama y de colon, depresión y caídas.
- ✓ Mejora la salud ósea y funcional.
- ✓ Es un determinante clave del gasto energético, y es por tanto fundamental para el equilibrio calórico y el control del peso.

2.2.9 Comunicación efectiva enfermera-paciente: Una estrategia más en el cuidado

La comunicación es un arte, una habilidad que debe ser dominada por el personal enfermero ya que tenemos que hacer frente no sólo a nuestros pacientes sino también a sus familias, a los médicos, y al resto de profesionales sanitarios del equipo.

La mayoría de las enfermeras creen que son capaces de ofrecer información médica en el momento que se enfrentan a la paciente, pero los expertos creen que la propia predisposición puede tener un impacto en el resultado de la interacción. Por eso, lo mejor es prepararse para que el encuentro sea óptimo. Tenemos que pensar de antemano que vamos a darle al paciente toda la atención necesaria y que realmente se le va a escuchar antes de responderle.

Los expertos en comunicación sanitaria sugieren ciertos recursos para fomentar la empatía al inicio de la entrevista como:

- ✓ Comunicar al paciente lo que eres, lo que haces y quiénes son los miembros del equipo.
- ✓ Reconocer al paciente por su nombre y saber cómo prefieren ser llamados.
- ✓ Ser cercanos con el paciente, dar confianza.
- ✓ Hacer contacto visual con el paciente.
- ✓ Ser conscientes de su lenguaje corporal y del significado subconsciente del mismo.
- ✓ Siempre que sea posible, tranquilizar al paciente a través del poder del tacto.
- ✓ Repetir lo que el paciente me ha dicho y pedido para asegurar mi comprensión de su pregunta o solicitud.

Involucrar a los miembros de la familia presentes, reconociendo su importante papel en el cuidado del paciente **(64)**

2.2.10 Controles médicos periódicos

Los controles médicos se realizan por las siguientes razones:

- ✓ Por una Mejor Calidad de Vida: Hoy más que nunca, mejorar la calidad de vida, constituye una de nuestras principales preocupaciones y la prevención es una clave fundamental para lograrlo.
- ✓ Promoción de la Salud y Prevención de Enfermedades: La promoción de la salud consiste en la aplicación en la vida diaria de consejos útiles vinculados al cuidado de la salud, por ejemplo: ejercicios, dietas, no fumar.
- ✓ Diagnóstico Precoz: Con el diagnóstico precoz, especialmente en las enfermedades crónicas, se pueden iniciar tratamientos de la enfermedad, permitiendo que los mismos sean menos agresivos, menos mutilantes y con mayor posibilidad de curación, como sucede con el cáncer de mama, de cuello uterino y de próstata.
- ✓ Prevención de Complicaciones: Control y seguimiento normatizado en pacientes que presentan enfermedades crónicas: (dislipidemias, diabetes, hipertensión arterial, colagenopatías, insuficiencia respiratoria etc.), Este esquema lo acuerdan entre el médico especialista y el paciente.

Consultas Preventivas

- Consultas una vez al año.
- Exámenes odontológicos: una vez al año.
- Control de TA desde la adolescencia.
- Dosaje de colesterol anual para personas de entre de 35 a 65 años
- Dosaje de Glucosa en sangre una vez al año después de los 30 años.
- Evaluación nutricional: una vez al año. **(65)**

2.2.11 Comunicación terapéutica

La comunicación terapéutica posee una serie de objetivos tanto para el paciente como para el profesional.

- ✓ PARA EL PACIENTE: Hacer que se sienta el centro de los cuidados, agente y protagonista de la resolución de sus problemas, escuchado y tenido en cuenta, percibiendo que en todo el proceso cuenta con la ayuda del profesional.
- ✓ PARA EL PROFESIONAL: Crear una relación terapéutica eficaz con el paciente, aumentar su eficacia y su satisfacción y desarrollar un “saber profesional” por medio del pensamiento terapéutico. **(66,67)**

Habilidades estratégicas para realizar una comunicación terapéutica eficaz

Se entienden por habilidades estratégicas una serie de acciones intencionadas que se pueden repetir voluntariamente y cuya realización facilita la consecución de los objetivos. **(68)**

Dentro de la comunicación terapéutica destaca las siguientes habilidades:

1. Recibir de forma adecuada.
2. Practicar la escucha activa.

3. Mostrar empatía.
4. Preguntar eficazmente.
5. Integrar la información.
6. Negociar.
7. Motivar.

2.3 Bases conceptuales

- **HIPERTENSION:** Se conoce como hipertensión a la fuerza que ejerce la sangre contra las paredes de los vasos (arterias) al ser bombeada por el corazón. Cuanta más alta es la tensión, más esfuerzo tiene que realizar el corazón para bombear y que en cifras excede de 140 / 90 mmHg.
- **DIABETES:** La diabetes es una enfermedad crónica, es la elevación de glucosa en sangre generalmente el rango debe ser mayor de 110 mg/dl. El efecto de la diabetes no controlada es la hiperglucemia (aumento del azúcar en la sangre).
- **NO ADHERENCIA AL TRATAMIENTO:** Se entiende por la falta de cumplimiento de las indicaciones dadas por el personal de salud, es decir, involucra tomar la medicación de acuerdo con la prescripción médica y seguir sugerencias en cuanto a su dieta; siendo la responsabilidad del paciente y familiares cumplirlo en beneficio y cuidado de su salud.

- **ALIMENTACION ADECUADA:** Se refiere a lo que debe y no debe ingerir de acuerdo con su enfermedad, comer sano siguiendo las instrucciones dadas.
- **ACTIVIDAD FISICA:** Realizar ejercicios y/o caminatas de pocos minutos y diariamente.
- **NIVELES DE STRESS:** Capacidad del paciente para manejar situaciones adversas a su entorno.
- **CONDICION LABORAL:** Actividad productiva por la que se recibe un salario.
- **COMUNICACIÓN ADECUADA:** Es cuando explicamos al detalle indicaciones de una manera fácil y sencilla y estas fueron entendidas por quien las recibe.
- **ASISTENCIA A CONTROLES MEDICOS:** Asistir a consulta programada durante un periodo de tiempo para continuidad del tratamiento.
- **CUMPLIMIENTO TERAPÉUTICO:** Seguir las indicaciones dadas a los pacientes luego de su alta o en la consulta.
- **ABANDONO DEFINITIVO:** Cuando el paciente por decisión propia decide dejar de tomar las pastillas o no acudir a sus controles.

III: MARCO METODOLÓGICO

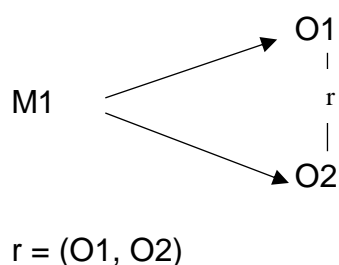
3.1 Nivel y tipo de investigación

El estudio fue de tipo descriptivo: ya que está orientado a determinar ¿Cómo es? ¿Cómo está? la situación de las variables que se está estudiando, implica la presencia o ausencia de algo, la frecuencia con que ocurre el fenómeno y en quienes, donde y cuando se está presentando determinado fenómeno.

Correlacional de corte transversal: porque quisimos determinar el grado de relación que existe en la variable factores personales de los pacientes diabéticos e hipertensos con la variable no adherencia al tratamiento de los pacientes diabéticos e hipertensos se hace el estudio en un mismo tiempo.

3.2 Diseño y la metodología utilizada.

El diseño de investigación es no experimental, modalidad Descriptivo – Correlación según (Sánchez y Reyes. Metodología y Diseños de la Investigación Científica. P. 89).



Dónde:

M1 = Muestra de los pacientes diabéticos e hipertensos de área de medicina.

O1 = Medición de los factores personales.

O2 = Medición de la no adherencia al tratamiento.

r = Correlación entre la información O1 y O2

3.3 Ámbito de estudio

Las razones determinantes de la viabilidad del estudio son:

- El objeto de estudio: Estuvo representado por los pacientes hospitalizados en el área de medicina del Hospital Naval.
- Los objetivos del estudio: Fueron alcanzados por la participación de los pacientes que se encontraban hospitalizados en el área de medicina del Hospital Naval, quienes aceptaron formar parte del estudio.
- Disponibilidad de los instrumentos de recolección de la información: Se aplicó los instrumentos validados por Juicios de expertos en el tema y sometidos a prueba de confiabilidad por Cronbach.
- Disponibilidad de los recursos técnicos: Tanto el económico, los humanos y materiales para el desarrollo del proyecto.

3.4 Población y muestra

3.4.1 POBLACIÓN

La población utilizada fue de 45 pacientes hospitalizados tomando como referencia las estadísticas mensuales de cada servicio con respecto a estas patologías en las 5 salas del área de medicina del Hospital Naval en el 2017.

3.4.1.1 Criterios de inclusión:

1. Pacientes hospitalizados con diabetes o hipertensión en el área de medicina.
2. Pacientes entre 18 y 68 años.
3. Pacientes lúcidos y orientados.
4. Instrumento bien llenado por el investigador.
5. Pacientes que deseen participar del estudio.

3.4.1.2 Criterios de exclusión:

1. Pacientes que se niegan a contestar la encuesta.
2. Pacientes que padecen otras patologías.
3. Pacientes menores de 18 años y mayores de 68 años.
4. Instrumento mal llenado por el investigador.

3.4.2 Tamaño de muestra:

Se utilizó el Muestreo no probalístico por conveniencia de la investigadora en los pacientes hospitalizados en el área de medicina del Hospital Naval. Todos los pacientes de la población de estudio tuvieron la probabilidad positiva de formar parte de la muestra.

3.5 Técnicas e instrumentos de investigación utilizados.

La técnica para la recolección de información fue la encuesta y como instrumento un cuestionario estructurado auto administrado para uso en el área hospitalaria cuyo contenido estuvo de acuerdo con los objetivos de este estudio y que fueron validados por juicio de expertos.

El cuestionario estuvo conformado por preguntas cerradas, con alternativas de respuesta en escala de Likert y son:

- 1) Sobre la variable factores personales con 20 preguntas distribuidas en sus dimensiones
- 2) Sobre la variable No adherencia al tratamiento con 20 preguntas distribuidas en sus dimensiones.

Fiabilidad y Validez del cuestionario: Fue demostrada basándonos en las pruebas estadísticas pertinentes al analizar las respuestas dadas por el usuario y con la prueba de confiabilidad de Cronbach. Ello previamente validado por juicio de expertos en el tema.

3.6 Técnicas de recojo, procesamiento y presentación de datos

Fuentes, Técnicas E Instrumentos De Recolección De Datos

Fuentes	Técnicas	Instrumentos	Ítems
Bibliográficas – Hemerográficas	Fichaje	Fichas Bibliográficas	
Virtuales	Exploración virtual	Páginas Web	
factores personales	Test	Cuestionarios	20
no adherencia al tratamiento	Test	Cuestionarios	20

Técnicas de procesamiento, análisis e interpretación de los resultados.

ETAPAS	TECNICAS	INSTRUMENTOS
A Procesamiento de la Información y Elaboración de datos	Técnicas estadísticas Técnicas de ponderación	Tablas –Cuadros –Gráficas Estadígrafos descriptivos Estadígrafos de dispersión
B Análisis e Interpretación	De la Descripción De la Explicación De Correlación	Estadígrafos descriptivos Proporciones, ratios. Coeficientes de correlación
C Sistematización y Redacción del Informe	Protocolo del Informe de Investigación Educativa.	Tablas – Cuadros de priorización, de análisis e interpretación de los resultados
D Presentación y Exposición del Informe	Protocolo de la Exposición	Equipo de proyección y sonido Fichas de Resumen Documentos sustentatorios

Destacándose el análisis estadístico, que incluye las siguientes actividades:

- Validación de las fichas de acopio de la información
- Tabulación de la información en tablas y cuadros estadísticos
- Uso de tablas de contingencia
- Representación Gráfica
- Análisis e interpretación descriptiva - explicativa - comparativa de los resultados.
- Síntesis y estimación de los resultados.

3.7 Confiabilidad y validación

3.7.1 Confiabilidad:

✚ Análisis de confiabilidad del instrumento factores personales

Para la validez del instrumento se utilizó el Alpha de Cronbach, que se encarga de determinar la media ponderada de las correlaciones entre las variables (o ítems) que forman parte de la encuesta.

Formula:

$$\alpha = \left[\frac{k}{k-1} \right] \left[1 - \frac{\sum_{i=1}^k S_i^2}{S_t^2} \right],$$

Donde:

- S_i^2 es la varianza del ítem i ,
- S_t^2 es la varianza de la suma de todos los ítems y
- k es el número de preguntas o ítems.

El instrumento está compuesto por 20 ítems, siendo el tamaño de muestra 16 encuestados. El nivel de confiabilidad de la investigación es 95%. Para determinar el nivel de confiabilidad con el Alpha de Cronbach se utilizó el software estadístico SPSS versión 18.

Resumen del procesamiento de los casos

		N	%
Casos	Válidos	16	100,0
	Excluidos	0	,0
	Total	16	100,0

a. Eliminación por lista basada en todas las variables del procedimiento.

Estadísticos de fiabilidad

Alfa de Cronbach	N de elementos
,946	20

El valor del Alpha de Cronbach cuanto más se aproxime a su valor máximo, 1, mayor es la fiabilidad de la escala. Además, en determinados contextos y por tácito convenio, se considera que valores del alfa superiores a 0,7 (dependiendo de la fuente) son suficientes para garantizar la fiabilidad de la escala. Teniendo así que el valor de Alpha de Cronbach para nuestro instrumento es 0.946, por lo que concluimos que nuestro instrumento es altamente confiable.

Análisis de confiabilidad del instrumento adherencia al tratamiento

Para la validez del instrumento se utilizó el Alpha de Cronbach, que se encarga de determinar la media ponderada de las correlaciones entre las variables (o ítems) que forman parte de la encuesta.

Formula:

$$\alpha = \left[\frac{k}{k-1} \right] \left[1 - \frac{\sum_{i=1}^k S_i^2}{S_t^2} \right]$$

Donde:

- S_i^2 es la varianza del ítem i,
- S_t^2 es la varianza de la suma de todos los ítems y
- k es el número de preguntas o ítems.

El instrumento está compuesto por 20 ítems, siendo el tamaño de muestra 16 encuestados. El nivel de confiabilidad de la investigación es 95%. Para determinar el nivel de confiabilidad con el Alpha de Cronbach se utilizó el software estadístico SPSS versión 18.

Resumen del procesamiento de los casos

		N	%
Casos	Válidos	16	100,0
	Excluidos	0	,0
	Total	16	100,0

a. Eliminación por lista basada en todas las variables del procedimiento.

Estadísticos de fiabilidad

Alfa de Cronbach	N de elementos
,949	20

El valor del Alpha de Cronbach cuanto más se aproxime a su valor máximo, 1, mayor es la fiabilidad de la escala. Además, en determinados contextos y por tácito convenio, se considera que valores del alfa superiores a 0,7 (dependiendo de la fuente) son suficientes para garantizar la fiabilidad de la escala. Teniendo así que el valor de Alpha de Cronbach para nuestro

instrumento es 0.949, por lo que concluimos que nuestro instrumento es altamente confiable.

IV: RESULTADOS Y DISCUSIÓN

4.1. Descripción del trabajo de campo

Culminada la recolección de datos se codificaron todas las preguntas para luego ser tabulados presentando los resultados en tablas y gráficos consolidados según frecuencias absolutas y porcentuales para cada variable (independiente y dependiente) con sus dimensiones y sus respectivas interpretaciones.

Asimismo, se elaboró la contrastación de hipótesis con la distribución Chi cuadrado, media con su respectivo ajuste, así como el Coeficiente de Contingencia de Pearson que determino el valor de la relación entre variables.

4.2 Resultados Estadísticos

Tabla N°1: Edad en el estudio Factores personales asociados a la no adherencia al tratamiento en pacientes diabéticos e hipertensos hospitalizados en el área de medicina hospital naval 2017.

Estadísticos	Valores
Media	48,44
Mediana	50,00
Moda	56,00
Varianza	151,798
Mínimo	19
Máximo	65

Fuente: Cuestionario para medir los factores personales (Anexo N° 3).

Análisis e interpretación:

Los pacientes tienen una edad promedio de 48,44 años, el 50% de edad se encuentra por encima de 50 hasta 65 años; y el restante 50% está por debajo de 50 hasta 18 años. La edad que más se repite es 56 años. El primer cuartil es de 38,5 años; el segundo es de 50 años y el tercer cuartil es de 58 años. La población adulta en estudio estuvo formada por adultos maduros en promedio.

Tabla N° 2: Sexo en el estudio factores personales asociados a la no adherencia al tratamiento en pacientes diabéticos e hipertensos hospitalizados en el área de medicina hospital naval 2017.

Sexo	N°	%
Varón	29	64.4
Mujer	16	35.6
Total	45	100.0

Fuente: Encuesta de datos sociodemográfico (Anexo N° 2).

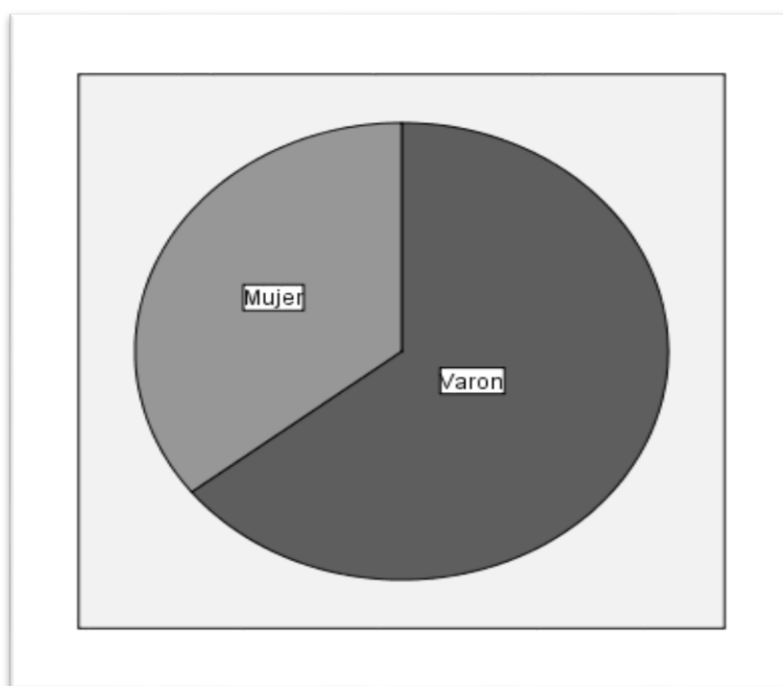


Figura N° 1: Diagrama de sectores del género de los pacientes diabéticos e hipertensos hospitalizados en el área de medicina hospital naval 2017.

Análisis e interpretación: En la tabla 2, se aprecia que el 64,4 % (29) de los pacientes son del sexo masculino; y el restante, 35,6% (16) corresponde al sexo femenino. La mayor parte de los pacientes encuestados son del sexo masculino.

Tabla N° 03: Adherencia al tratamiento en el estudio factores personales asociados a la no adherencia al tratamiento en pacientes diabéticos e hipertensos hospitalizados en el área de medicina hospital naval 2017.

Adherencia al Tratamiento	N°	%
Si	37	82.2
No	8	17.8
Total	45	100.0

Fuente: Cuestionario para medir los factores personales (Anexo N°03).

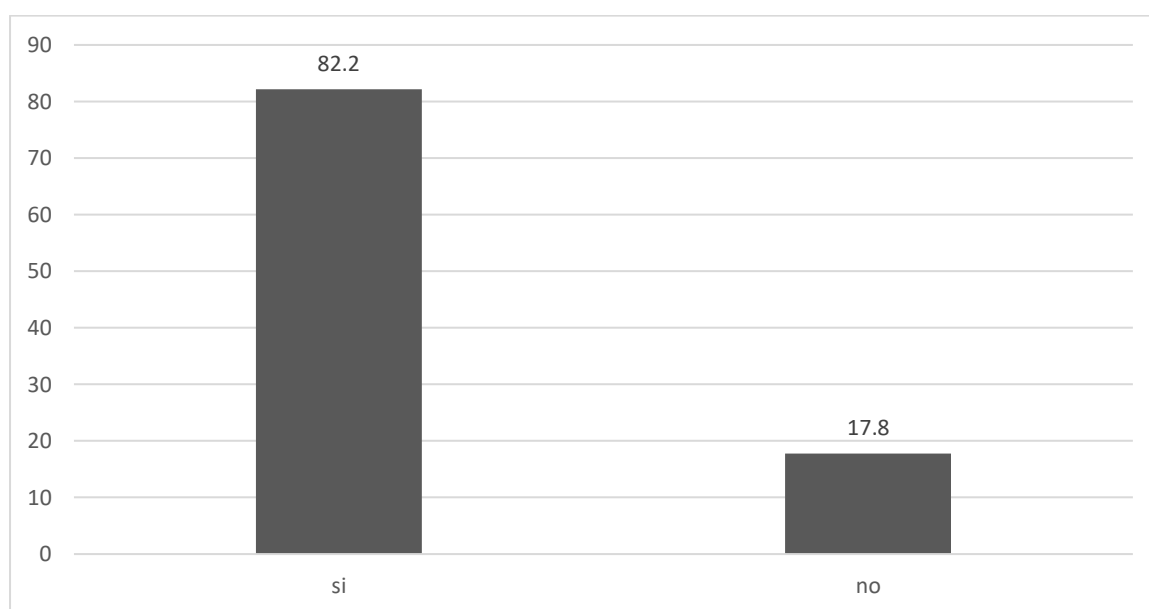


Figura N° 02: Diagrama de barras de la adherencia del tratamiento a los pacientes diabéticos e hipertensos hospitalizados en el área de medicina hospital naval 2017.

Análisis e interpretación: En la tabla y grafico 03 se puede observar que le 82.2% de los individuos en estudios tienen adherencia al tratamiento en pacientes diabéticos e hipertensos hospitalizados en el área de medicina, y solo un 17.8% no se adhiere al tratamiento.

Tabla 04.- Alimentación en el estudio factores personales asociados a la no adherencia al tratamiento en pacientes diabéticos e hipertensos hospitalizados en el área de medicina hospital naval 2017.

Alimentación	N°	%
Adecuada	31	68.9
Inadecuada	14	31.1
Total	45	100.0

Fuente: Cuestionario para medir los factores personales (Anexo N°03).

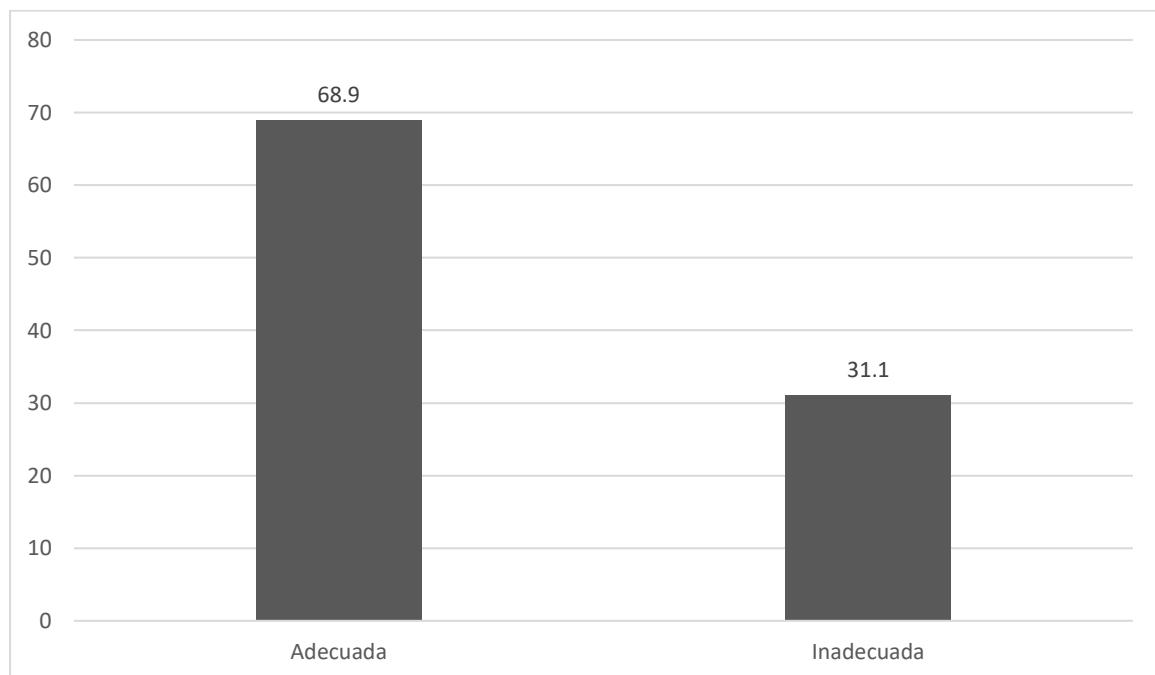


Figura N° 03: Diagrama de barras de la no adherencia del tratamiento a los pacientes diabéticos e hipertensos hospitalizados en el área de medicina hospital naval 2017.

Análisis e interpretación: En la tabla y grafico 04 se puede observar que le 68.9% de los individuos en estudios tienen alimentación adecuada en pacientes diabéticos e hipertensos hospitalizados en el área de medicina, y solo un 31.1% no tiene alimentación adecuada.

Tabla 05.- Niveles de estrés en el estudio factores personales asociados a la no adherencia al tratamiento en pacientes diabéticos e hipertensos hospitalizados en el área de medicina hospital naval 2017.

Niveles de estrés	N°	%
Bajo	14	31.1
Medio	19	42.2
Alto	12	26.7
Total	45	100.0

Fuente: Cuestionario para medir los factores personales (Anexo N°03).

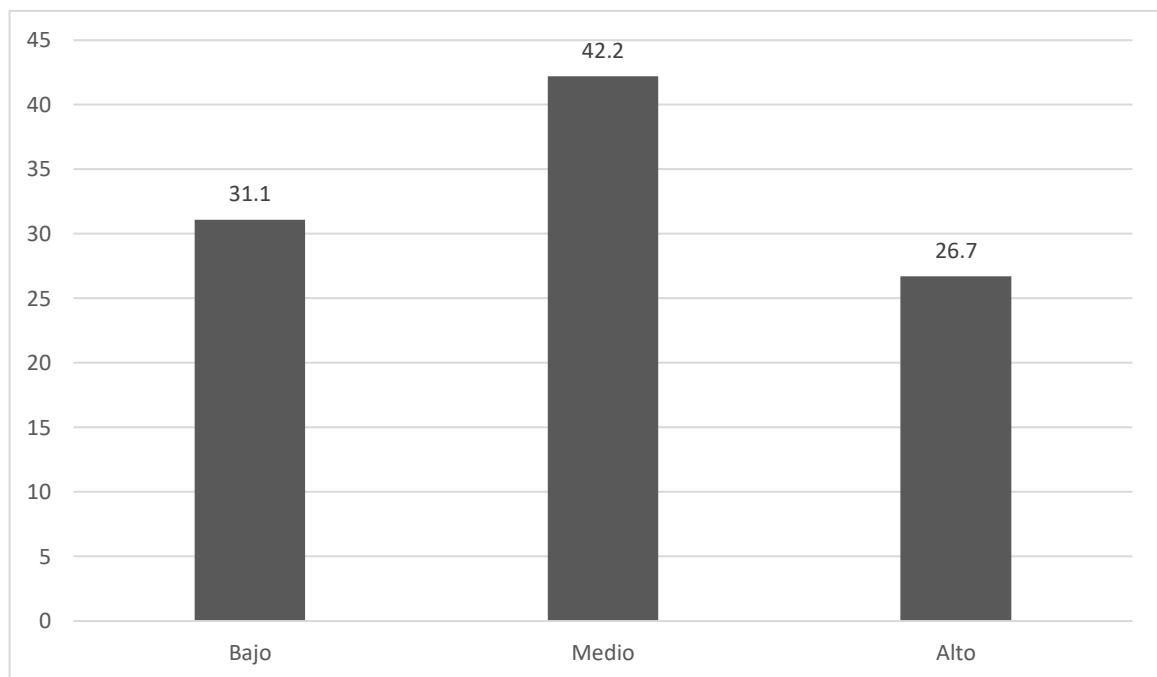


Figura N° 04: Diagrama de barras de los niveles de estrés de los pacientes diabéticos e hipertensos hospitalizados en el área de medicina hospital naval 2017.

Análisis e interpretación: En la tabla y gráfico 05 se puede observar que el 42.2% de los individuos en estudios tienen nivel de estrés medio en pacientes diabéticos e hipertensos hospitalizados en el área de medicina, un 31.1% nivel de estrés bajo y solo un 26.7% nivel de estrés alto.

Tabla N°06: Condición Laboral en el estudio factores personales asociados a la no adherencia al tratamiento en pacientes diabéticos e hipertensos hospitalizados en el área de medicina hospital naval 2017.

Condición Laboral	N°	%
Apropiada	37	82.2
Inapropiada	8	17.8
Total	45	100.0

Fuente: Cuestionario para medir los factores personales (Anexo N°03).

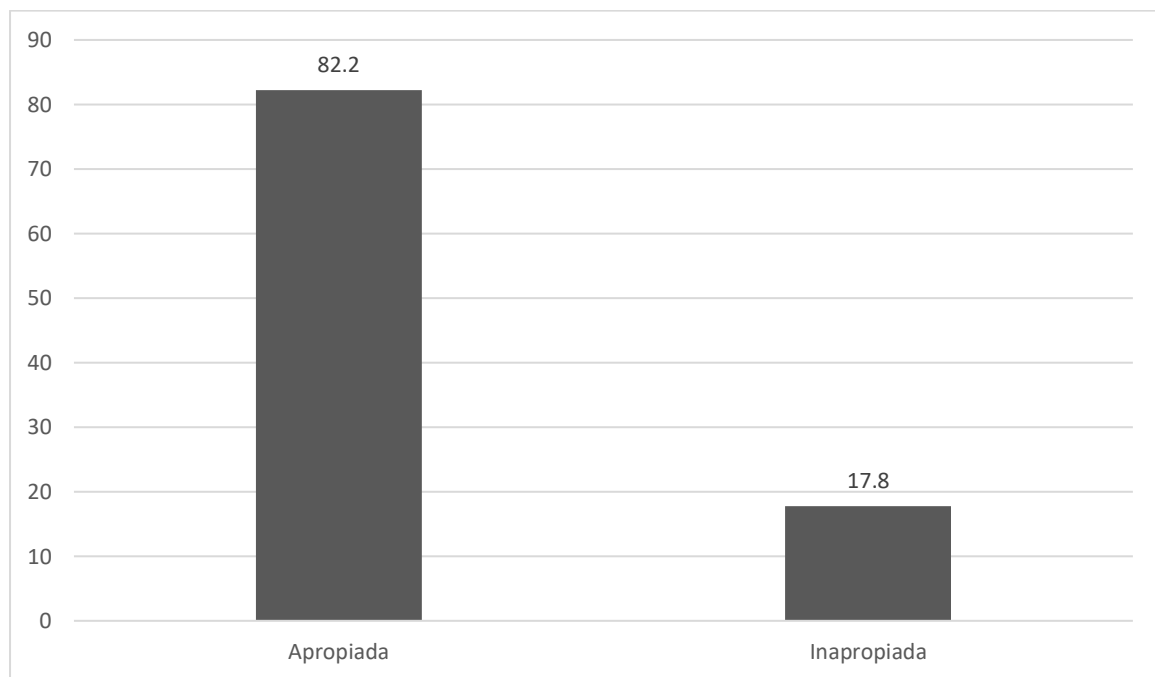


Figura N° 05: Diagrama de barras de la condición laboral de los pacientes diabéticos e hipertensos hospitalizados en el área de medicina hospital naval 2017.

Análisis e interpretación: En la tabla y grafico 06 se puede observar que el 82.2% de los individuos en estudios tienen una condición laboral apropiada en pacientes diabéticos e hipertensos hospitalizados en el área de medicina, y solo un 17.8% no la tiene.

Tabla N°07: Actividad Física en el estudio factores personales asociados a la no adherencia al tratamiento en pacientes diabéticos e hipertensos hospitalizados en el área de medicina hospital naval 2017.

Actividad Física	N°	%
Buena	10	22.2
Regular	16	35.6
Mala	19	42.2
Total	45	100.0

Fuente: Cuestionario para medir los factores personales (Anexo N°03).

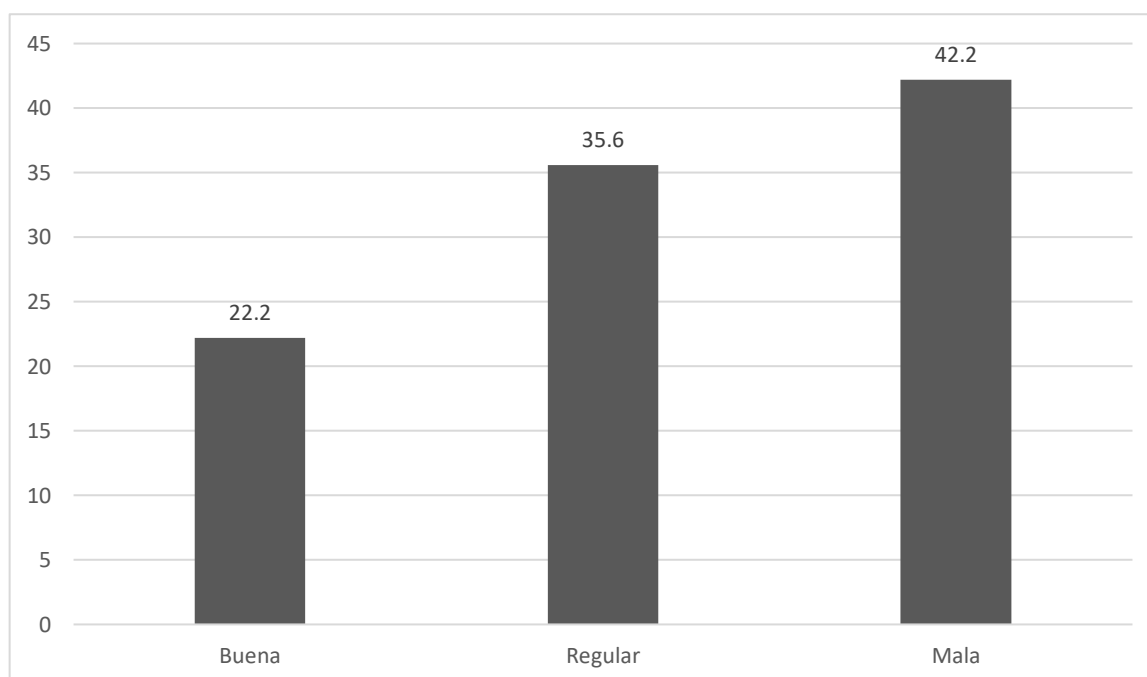


Figura N° 06: Diagrama de barras de la actividad física de los pacientes diabéticos e hipertensos hospitalizados en el área de medicina hospital naval 2017.

Análisis e interpretación: En la tabla y grafico 05 se puede observar que el 42.2% de los individuos en estudios tienen actividad física mala en pacientes diabéticos e hipertensos hospitalizados en el área de medicina, un 35.6% actividad física regular y solo un 22.2% actividad física buena.

4.3 PRUEBAS DE HIPÓTESIS Y CONTRASTACION

4.3.1 PRUEBA DE HIPÓTESIS GENERAL:

I. Planteo de la hipótesis general

Hi: Existe relación significativa entre los factores personales a la adherencia al tratamiento para la diabetes e hipertensión arterial en los pacientes hospitalizados en el área de medicina Hospital Naval 2017.

Ho: No existe relación significativa entre los factores personales a la adherencia al tratamiento para la diabetes e hipertensión arterial en los pacientes hospitalizados en el área de medicina Hospital Naval 2017.

Prueba de Independencia: Chi Cuadrado Factores Personales & Adherencia al Tratamiento

1.- Hipótesis Estadísticas:

H1: Los factores personales mantienen relación con la adherencia al tratamiento.

Ho: Los factores personales no mantienen relación con la adherencia al tratamiento.

2.- Nivel de Significancia: 0.05 (Nivel de Confianza del 95%).

Valor del Estadístico: 10,034

Valor Crítico: 5,991

Como el Valor del Estadístico es mayor que el Valor Crítico, entonces podemos concluir que los factores personales mantienen relación con la adherencia al tratamiento.

Así mismo el P Valor: $0,007 < 0.05$ (se rechaza Ho).

Dado los resultados del P Valor se concluye que existe evidencia de relación entre dichas variables.

Resultado de la Prueba de Independencia – Chi Cuadrado en SPSS.

Tabla N° 08: Tabla de contingencia Factores Personales * Adherencia al tratamiento

FACTORES PERSONALES	ADHERENCIA AL TRATAMIENTO		total	Chi ²	GI	P Valor
	Asiste	No asiste				
SI	21	2	23			
NO	16	6	22	10.034	2	0.007
TOTAL	37	8	45			

Fuente: Cuestionario para medir los factores personales (Anexo N° 03).

Análisis e interpretación:

De los resultados anteriores comprobamos que, entre los factores personales y la adherencia al tratamiento existe una relación significativa al obtener un valor de 10.034; es decir que mantiene un grado de relación buena entre ambas variables.

Al obtener un valor de significancia de $p=0.007$ y es menor de 0.05; se acepta la hipótesis alterna, demostrando que efectivamente se relacionan los factores personales y la adherencia al tratamiento en los pacientes diabético e hipertensos hospitalizados en el área de medicina Hospital Naval 2017.

4.3.2 PRUEBA DE HIPÓTESIS ESPECÍFICA 1:

I Planteo de hipótesis específica 1

H1i: Existe relación significativa entre los factores personales (**Alimentación**) a la adherencia al tratamiento para la diabetes e hipertensión arterial en los pacientes hospitalizados en el área de medicina Hospital Naval 2017.

H1o: No existe relación significativa entre los factores personales (**Alimentación**) a la adherencia al tratamiento para la diabetes e hipertensión arterial en los pacientes hospitalizados en el área de medicina Hospital Naval 2017.

Prueba de Independencia: Chi Cuadrado Alimentación y Adherencia al tratamiento.

1.- Hipótesis Estadísticas:

H1: La alimentación mantiene relación con la adherencia al tratamiento.

Ho: La alimentación no mantiene relación con la adherencia al tratamiento.

2.- Nivel de Significancia: 0.05 (Nivel de Confianza del 95%).

Valor del Estadístico: 8,745

Valor Crítico: 3,8415

Como el Valor del Estadístico es mayor que el Valor Crítico, entonces podemos concluir que la alimentación mantiene relación con la adherencia al tratamiento.

Así mismo el P Valor: $0,003 < 0.05$ (se rechaza Ho).

Dado los resultados del P Valor se concluye que existe evidencia de relación entre dichas variables.

Resultado de la Prueba de Independencia – Chi Cuadrada en SPSS.

Tabla N° 09: Tabla de contingencia Alimentación * Adherencia al tratamiento.

Alimentación	ADHERENCIA AL TRATAMIENTO		total	Chi ²	GI	P Valor
	Asiste	No asiste				
Adecuada	29	2	31			
Inadecuada	8	6	14	8.745	1	0.003
TOTAL	37	8	45			

Fuente: Cuestionario para medir los factores personales (Anexo N° 03).

Análisis e Interpretación:

De los resultados anteriores comprobamos que, entre la alimentación y la adherencia al tratamiento existe una relación significativa al obtener un valor de 8,745 es decir que mantiene un grado de relación buena entre ambas variables.

Al obtener un valor de significancia de $p=0.003$ y es menor de 0.05; se acepta la hipótesis alterna, demostrando que efectivamente se relacionan los factores personales en su dimensión alimentación y la adherencia al tratamiento en los pacientes diabético e hipertensos hospitalizados en el área de medicina Hospital Naval 2017.

4.3.3 PRUEBA DE HIPÓTESIS ESPECÍFICA 2:

I Planteo de hipótesis específica 2

H2i: Existe relación significativa entre los factores personales (**Niveles de stress**) a la adherencia al tratamiento para la diabetes e hipertensión arterial en los pacientes hospitalizados en el área de medicina Hospital Naval 2017.

H2o: No existe relación significativa entre los factores personales (**Niveles de stress**) a la adherencia al tratamiento para la diabetes e hipertensión arterial en los pacientes hospitalizados en el área de medicina Hospital Naval 2017.

Prueba de Independencia: Chi Cuadrado Niveles de estrés y Adherencia al tratamiento.

1.- Hipótesis Estadísticas:

Hi: El nivel de estrés mantiene relación con la adherencia al tratamiento.

Ho: El nivel de estrés no mantiene relación con la adherencia al tratamiento.

2.- Nivel de Significancia: 0.05 (Nivel de Confianza del 95%).

Valor del Estadístico: 26,757

Valor Crítico: 5,991

Como el Valor del Estadístico es mayor que el Valor Crítico, entonces podemos concluir que el estrés mantiene relación con la adherencia al tratamiento.

Así mismo el P Valor: $0,000 < 0.05$ (se rechaza Ho).

Dado los resultados del P Valor se concluye que existe evidencia de relación entre dichas variables.

Resultado de la Prueba de Independencia – Chi Cuadrada en SPSS.

Tabla N° 10: Tabla de contingencia Niveles de estrés * Adherencia al tratamiento.

Niveles de estrés	ADHERENCIA AL TRATAMIENTO		total	Chi ²	GI	P Valor
	Asiste	No asiste				
Bajo	14	0	14			
Medio	19	0	19	26.757	2	0.000
Alto	4	8	12			
TOTAL	37	8	45			

Fuente: Cuestionario para medir los factores personales (Anexo N° 03).

Análisis e interpretación:

De los resultados anteriores comprobamos que, entre los niveles de estrés y la adherencia al tratamiento existe una relación significativa al obtener un valor de 26,757 es decir que mantiene un grado de relación buena entre ambas variables.

Al obtener un valor de significancia de $p=0.000$ y es menor de 0.05; se acepta la hipótesis alterna, demostrando que efectivamente se relacionan los factores personales en su dimensión niveles de estrés y la adherencia al tratamiento en los pacientes diabéticos e hipertensos hospitalizados en el área de medicina Hospital Naval 2017.

4.3.4 PRUEBA DE HIPÓTESIS ESPECÍFICA 3:

I Planteo de hipótesis específica 3

H3i: Existe relación significativa entre los factores personales (**Condición laboral**) a la adherencia al tratamiento para la diabetes e hipertensión arterial en los pacientes hospitalizados en el área de medicina Hospital Naval 2017.

H3o: No existe relación significativa entre los factores personales (**Condición laboral**) a la adherencia al tratamiento para la diabetes e hipertensión arterial en los pacientes hospitalizados en el área de medicina Hospital Naval 2017.

Prueba de Independencia: Chi Cuadrado Condición Laboral y Adherencia al tratamiento.

1.- Hipótesis Estadísticas:

Hi: La condición laboral mantiene relación con la adherencia al tratamiento.

Ho: La condición laboral no mantiene relación con la adherencia al tratamiento.

2.- Nivel de Significancia: 0.05 (Nivel de Confianza del 95%).

Valor del Estadístico: 2,589

Valor Crítico: 3,8415

Como el Valor del Estadístico es menor que el Valor Crítico, entonces podemos concluir que la condición laboral no mantiene relación con la adherencia al tratamiento. Así mismo el P Valor: $0,108 < 0.05$ (se rechaza Hi).

Dado los resultados del P Valor se concluye que no existe evidencia de relación entre dichas variables.

Resultado de la Prueba de Independencia – Chi Cuadrada en SPSS.

Tabla N° 11: Tabla de contingencia Condición laboral * Adherencia al tratamiento

Condición laboral	ADHERENCIA AL TRATAMIENTO		total	Chi ²	Gf	P Valor
	Asiste	No asiste				
Apropiada	32	5	37			
Inapropiada	5	3	8	2.589	1	0.108
TOTAL	37	8	45			

Fuente: Cuestionario para medir los factores personales (Anexo N° 03).

Análisis e interpretación: De los resultados anteriores comprobamos que entre la condición laboral y la adherencia al tratamiento no existe una relación significativa al obtener un valor de 2,589 es decir que no mantiene un grado de relación buena entre ambas variables.

Al obtener un valor de significancia de $p=0.108$ y es mayor de 0.05; se acepta la hipótesis nula, demostrando que efectivamente no se relacionan los factores personales en su dimensión condición laboral y la adherencia al tratamiento en los pacientes diabético e hipertensos hospitalizados en el área de medicina Hospital Naval 2017.

4.3.5 PRUEBA DE HIPÓTESIS ESPECÍFICA 4:

I Planteo de hipótesis específica 4

H4i: Existe relación significativa entre los factores personales (**Actividad física**) a la adherencia al tratamiento para la diabetes e hipertensión arterial en los pacientes hospitalizados en el área de medicina Hospital Naval 2017.

H4o: No existe relación significativa entre los factores personales (**Actividad física**) a la adherencia al tratamiento para la diabetes e hipertensión arterial en los pacientes hospitalizados en el área de medicina Hospital Naval 2017.

Prueba de Independencia: Chi Cuadrado Actividad Física y Adherencia al tratamiento

1.- Hipótesis Estadísticas:

Hi: La actividad física mantiene relación con la adherencia al tratamiento.

Ho: La actividad física no mantiene relación con la adherencia al tratamiento.

2.- Nivel de Significancia: 0.05 (Nivel de Confianza del 95%).

Valor del Estadístico: 8,341

Valor Crítico: 5,991

Como el Valor del Estadístico es mayor que el Valor Crítico, entonces podemos concluir que la actividad física mantiene relación con la adherencia al tratamiento.

Así mismo el P Valor: $0,015 < 0.05$ (se rechaza Ho).

Dado los resultados del P Valor se concluye que existe evidencia de relación entre dichas variables.

Resultado de la Prueba de Independencia – Chi Cuadrada en SPSS.

Tabla N° 12: Tabla de contingencia Actividad física * Adherencia al tratamiento

Actividad física	ADHERENCIA AL TRATAMIENTO		total	Chi ²	Gf	P Valor
	Asiste	No asiste				
Buena	10	0	10	8.341	2	0.015
Regular	15	1	16			
Mala	12	7	19			
TOTAL	37	8	45			

Fuente: Cuestionario para medir los factores personales (Anexo N° 03).

Análisis e interpretación

De los resultados anteriores comprobamos que, entre la actividad física y el abandono definitivo de tratamiento existe una relación directa y significativa al obtener un valor de 8,341, es decir que mantiene un grado de relación buena entre ambas variables.

Al obtener un valor de significancia de $p=0.015$ y es menor de 0.05; se acepta la hipótesis alterna, demostrando que efectivamente se relacionan los factores personales en su dimensión actividad física y la adherencia al tratamiento en los pacientes diabético e hipertensos hospitalizados en el área de medicina Hospital Naval 2017.

V: RESULTADOS

5.1 CONTRASTACION DE LOS RESULTADOS

5.1.1 Contrastación de la hipótesis general

Los resultados encontrados en el presente estudio muestran que efectivamente existe una relación significativa entre los factores personales y la adherencia al tratamiento en los pacientes hospitalizados en el área de Medicina del Hospital Naval, con un grado de relación entre ambas variables.

Claramente podemos concluir que la adherencia al tratamiento en ese tipo de pacientes es un problema, por la falta de manejo del estrés, de los estilos de vida de la población con enfermedades crónicas como lo son la Diabetes e Hipertensión.

5.1.2 Contrastación de los resultados con los referentes bibliográficos.

Para que se pueda establecer un grado de adherencia en las personas que padecen enfermedades crónicas relacionadas con el uso de tratamiento farmacológico el tener una alimentación adecuada, realizar ejercicios en forma regular y manejar los niveles de estrés, se debe contar con instrumentos sencillos y rápidos para la práctica diaria.

En nuestra investigación se concluye que de los pacientes encuestados 82.2% tienen una adherencia al tratamiento, guardando relación con lo mencionado por los autores Ibarra Barrueta O, Morillo Verdugo R, Rudi Sola N, Ventura Cerdá J y Navarro Aznárez H. (2013) investigación **Adherencia en pacientes en tratamiento crónico: Colombia (7)**, concluye utilizando el cuestionario de Morisky- Green, solamente un 56% de los pacientes en tratamiento crónico presentaron un nivel de adherencia total o perfecta.

Los factores personales influyen de manera significativa en la adherencia al tratamiento, debido a malos estilos de vida que actualmente vive la población, así mismo también pueden influir otros factores como lo mencionan los autores,

Veliz, Mendoza y Barriga 2015 investigación **Adherencia terapéutica en usuarios de un programa de salud cardiovascular de atención primaria Chile (14)**, concluyeron que en la adherencia al tratamiento de las enfermedades cardiovasculares pueden influir diversos factores sociales que pueden constituir una barrera al momento de cumplir con el tratamiento.

También se observó que en el total de pacientes encuestados el 17,8%) no se adhieren al tratamiento en su totalidad presentando en este grupo factores personales malos coincidiendo con los autores Rojas Andrade, U; Villegas Quilca, F., (2016) investigación **Adherencia terapéutica en pacientes con enfermedades crónicas del Hospital Regional Docente Clínico Quirúrgico Daniel Alcides Carrión - Huancayo (19)**, concluyendo que los pacientes encuestados no tienen una adherencia terapéutica total.

Martín L. (2015) investigación **Adherencia al tratamiento en hipertensos atendidos en áreas de salud de tres provincias cubanas (15)**, Los porcentajes encontrados de adherencia total, parcial y no adherencia fueron muy parecidos en las áreas de salud estudiadas. En todos los territorios predominó la adherencia total con aproximadamente el 50 %, seguida de la adherencia parcial, en tanto que la no adherencia obtuvo los valores inferiores.

Con los resultados obtenidos comprobamos que la percepción de los pacientes influye mucho en el cumplimiento del tratamiento el cómo recibe la información dado por el personal de salud y esto lo corrobora los autores Blackmon S, Laham K, Taylor J, Kemppainen J, (2016) investigación **Dimensiones de la Adherencia a la medicación en afroamericanos con diabetes tipo 2 en las zonas rurales (11)**, Planteaban que las percepciones y creencias personales son uno de los factores del paciente menos estudiados que influyen en la adherencia a la medicación, concluyendo que los altos niveles de no adherencia siguen siendo un reto importante para los proveedores de cuidados de enfermería.

5.2 APORTE CIENTÍFICO DE LA INVESTIGACIÓN

El panorama actual sobre la atención del paciente con enfermedades crónicas como lo son la diabetes e hipertensión le otorgan una función central al autocuidado. El tener la responsabilidad de una correcta administración de la terapia farmacológica debe ser reforzado con educación continua de todo el equipo de salud.

El fenómeno de la adherencia al tratamiento debe contar con la participación de todos los miembros del equipo de salud, dado que es de origen multifactorial; además requiere de intervenciones, acciones y métodos que promuevan estilos de vida saludables en los cuales se generen cambios de conducta favorables para su salud vinculando a los familiares dentro de este proceso tanto en el espacio hospitalario como fuera del mismo.

Con nuestra investigación comprobamos claramente que existen factores personales y externos los cuales influyen en su adherencia al tratamiento lo que permite afianzar la comunicación terapéutica con el paciente durante su estancia hospitalaria, así como generar en el personal de salud interés por manejar los niveles de estrés de cada paciente planteando apoyo profesional durante su estancia.

CONCLUSIONES

1. La adherencia al tratamiento se relaciona con los factores personales, estos los maneja el propio paciente, pero necesita la ayuda y colaboración de su entorno.
2. La adherencia al tratamiento se relaciona con el factor alimentación es decir adecuada alimentación ayuda a mejor adherencia al tratamiento.
3. La adherencia al tratamiento se relaciona con el factor nivel de estrés es decir que un buen nivel de estrés mejora la adherencia al tratamiento.
4. La adherencia al tratamiento no se relaciona con el factor condición laboral, es decir que no interesa la condición laboral al momento de adherirse al tratamiento.
5. La adherencia al tratamiento se relaciona con el factor actividad física; es decir que mantener una buena actividad física hará que los pacientes se adhieran mejor al tratamiento.

SUGERENCIAS

1. Con los resultados se busca mejorar las herramientas de trabajo del personal de salud para el manejo de los factores relacionados con adherencia al tratamiento. La Enfermera debe promover en sus pacientes hospitalizados el mayor conocimiento de su enfermedad, así como adoptar hábitos de vida saludable que le permitan mejorar su salud y que esto repercuta en el estricto cumplimiento de su tratamiento.
2. Establecer con todo el personal de salud estrategias para asegurarnos que el paciente comprenda la relación entre sus hábitos alimenticios, su salud y su enfermedad, optimizando la comunicación con él mediante la empatía y confianza, haciéndolo participe de la toma de decisiones.
3. Generar programas de manejo de estrés. Brindar al paciente un ambiente cálido, tranquilo libre de estrés en el momento que acuda a su consulta, tomarse el tiempo prudente para escuchar y contestar todas sus inquietudes.
4. Adaptar el tratamiento a las características personales de cada paciente con respecto a su condición laboral para que se pueda dar un cumplimiento terapéutico adecuado.
5. Incentivar a los pacientes y familiares en participar activamente en su cuidado, debiendo concientizarse que la actividad física es primordial para llevar una vida saludable y no desistir de continuar el tratamiento.

Referencias Bibliográficas

1. Organización Mundial de la Salud. Encontrado el 22/04/17 en www.who.int/mediacentre/news/releases/2003/pr54/es.
2. Asociación Americana del Corazón. Impacto de la no adherencia al tratamiento antihipertensivo. Circulación encontrada el 23/04/17 en: <http://circ.ahajournals.org/content/120/16/1558.full.pdf+html>. (2009)
3. Información farmacoterapéutica de la comarca. Encontrado el 23/04/17 en <http://www.osanet.euskadi.net/cevime/es> Intranet Osakidetza . <http://www.osakidetza.net>.
4. Organización Mundial de la Salud. Adherencia a los tratamientos a largo plazo: Pruebas para la acción. Ginebra: Organización Panamericana de la Salud. (2004)
5. Sabate E, Adherencia a terapias a largo plazo: evidencia para la acción suiza: Organización Mundial de la Salud (2003) encontrado el 24/04/17 en: http://www.who.int/chp/knowledge/publications/adherence_report/en/.
6. Pfizer III Foro 'La adherencia al tratamiento: cumplimiento y constancia para mejorar la calidad de vida' encontrado el 25/04/17 en https://www.pfizer.es/docs/pdf/asociaciones_pacientes/2009/FOROpfizer (2009).
7. Ibarra Barrueta, Ramón Morillo, Rudi Sola N., Ventura Cerdá J. y Navarro Aznárez H: Adherencia en pacientes en tratamiento crónico (Tesis) resultados del "Día de la Adherencia" del año Colombia. (2013)
8. Tarantino V, Cappellari G, Cardaioli C, Rumiati R, SavadoriL, Barilli E, Bisiacchi P, Factores socio cognitivos asociados con la no adherencia a la medicación después del alta hospitalaria (Tesis) Italia. (2010)

9. Figueroa Pineda Claudia realizo un estudio titulado **Factores** Asociados con la no Adherencia al Tratamiento de pacientes diabéticos en un programa de control de Riesgo Cardiovascular de una empresa promotora de Salud De Bucaramanga (Tesis). Colombia. (2010)
10. López-Romero L, Romero-Guevara S, Parra D, Rojas-Sánchez L, Adherencia al tratamiento: concepto y medición (Tesis) Colombia. (2014)
11. Blackmon S, Laham K, Taylor J, Kempainen J P Dimensiones de la adherencia a la medicación en afroamericanos con diabetes tipo 2 en las zonas rurales de Carolina del Norte. (Tesis) Revista de la asociación americana de enfermeras practicantes. (2016)
12. Zeber JE, Manias E, Williams AF, Hutchins D, Udezi WA, Roberts CS, Peterson revisión sistemática de la literatura de factores psicosociales y de comportamiento asociados con la adhesión a la medicación inicial: un informe de la adhesión a la medicación ISPOR y persistencia grupo de interés especial TEXAS USA. (2012)
13. Luis Alvarado. Adherencia al tratamiento en las enfermedades crónicas y la vivencia del paciente Chile. Acta med peruana vol.33 no.1 Lima ene. /mar. (2016)
14. Veliz-Rojas L, Mendoza-Parra S, Barriga OA. Adherencia terapéutica en usuarios de un programa de salud cardiovascular de atención primaria en Chile. Rev Peru Med Exp Salud Pública. (2013)
15. Martín L, Bayarre H, Grau J. Adherencia al tratamiento en hipertensos atendidos en areas de salud de tres provincias cubanas. Validación del cuestionario MBG para evaluar la adherencia terapéutica en hipertensión arterial. Rev Cubana 68 Salud Pública. (2015)

16. Delgado-Acosta, H.; Lastre-Navarro, K.; Valdés-Gómez, M.; Benet-Rodriguez, M.; Morejón-Giraldoni, A.; Zerquera-Rodriguez Hipertensión Arterial: nivel de conocimientos y adherencia al tratamiento en adultos (Tesis) Perú. ,(2015)
17. Anduaga-Beramendi A; Maticorena-Quevedo J; Beas R; Chanamé-Baca D;; Wiegering-Rospigliosi A; Zevallos E; Cabrera R; Suárez-Ognio L Factores de riesgo para el abandono del tratamiento de tuberculosis pulmonar sensible en un establecimiento de salud de atención primaria (Tesis), Lima, Perú 2014.
18. Dulong Zanelli M., Asociación entre apoyo social y adherencia terapéutica en hipertensos mayores de 65 años (Tesis) Hospital ESSALUD Tarapoto. (2016)
19. Rojas Andrade, U; Villegas Quilca, F., Adherencia terapéutica en pacientes con enfermedades crónicas del Hospital Regional Docente Clínico Quirúrgico Daniel Alcides Carrión (Tesis) Huancayo. (2016)
20. Apaza G. Adherencia al tratamiento y control de la hipertensión arterial en los pacientes del programa de hipertensión arterial de Essalud red Tacna. (Tesis) Tacna (2013)
21. Castañeda-Navarrete A, Sánchez- León D, Manchego- Quispe M, Musayón-Oblitas Y, Efectividad de la consejería en enfermería en la adherencia al tratamiento farmacológico en pacientes con tuberculosis de la micro red de salud Jaime Zubieta Calderón en San Juan de Lurigancho,(Tesis) Lima, Perú. (2013)
22. LIMAYLLA La Torre, Maribel Lilia. Adherencia al tratamiento farmacológico en pacientes adultos mayores con hipertensión arterial del Centro de Atención Primaria III Huaycan – EsSalud. (Tesis) Lima, Perú. (2016)

23. Coello-Talavera D, Rojas-Motta N, Mayta-Tristán P, Falta de adherencia al tratamiento fisioterapéutico en pacientes con trastornos musculoesqueléticos en una clínica docente en Lima, (Tesis) Perú. (2015)
24. Carhuallanqui R, Adherencia al tratamiento farmacológico en pacientes hipertensos atendidos en un hospital general Lima. (Tesis) Perú (2010)
25. World Health Organization, consultado el 26 de abril del 2017
26. Gérvas J. El modelo de atención a crónicos (Chronic Care Model). ¿Qué puede aportar y qué inconvenientes tiene? Salud 2000. 2010. Consultado el 30 de abril de 2017.
27. Pérez Fernández M. , Gérvas J, Modelo de Atención a Crónicos y otras iniciativas de mejora de la calidad de la atención a los pacientes crónicos.(2010) Consultado el 16 de mayo de 2017.
28. Consejo Asesor de Sanidad del Gobierno del Principado de Asturias. Directrices para un Plan Integral de prevención de las enfermedades crónicas y de atención a los pacientes crónicos. (2014) Consultado el 15 de mayo de 2017.
29. Dirección Nacional de promoción de la Salud y control de enfermedades no transmisibles- Argentina (2012) encontrado el 15/05/17 en www.msal.gob.ar/ent/index.php/informacion-para.../alimentacion-saludable.
30. OMS-OPS. La nueva situación epidemiológica de Ecuador. Revista informativa. (2014).
31. Longo, D., Fauci, A., Kasper, D., Hauser, S., Jameson, L., & Loscalzo, J. Harrison Manual de Medicina. (2012).
32. Zoellner, J., Thomson, J. L., Landry, A. S., Connell, C., & Molaison, E. F. Mejoras en la presión arterial entre los participantes hipertensos no

- diagnosticados en una intervención de estilo de vida basada en la comunidad, Mississippi (2014).
33. Sandoval, D., Chacon, J., Muñoz, R., Henriquez, O., Koch, E., & Romero, T. Influencia de los factores psicosociales en la adherencia al tratamiento farmacológico antihipertensivo. Resultados de una cohorte del programa de salud cardiovascular de la región Metropolitana, Chile. (2014).
34. Asociación americana del corazón (2014) Chicago encontrado el 15/05/17 www.americanheartassociation.com/http://ksw-gtg.com/hbp/guide/#/2/.
35. Tintinalli. Manual de Medicina de Emergencias, séptima edición, Mc Graw Hill. (2014)
36. Secretaria de Salud. Norma Oficial Mexicana Para la prevención, detección, diagnóstico, tratamiento y control de la hipertensión arterial sistémica. (2009),
37. García-Reza C, Landeros M, Gollner R, Solano-Solano G, Alvarado L. : Rol socioeconómico y adhesión al tratamiento en pacientes con hipertensión arterial. México. (2011)
38. Holguin I, Correa D, Varela M. Adherencia al tratamiento de Hipertensión arterial: efectividad de un Programa de intervención biopsicosocial. Univ. Psychol. (Tesis) Bogotá Colombia. (2006)
39. Alarcón M. Control de enfermería y complicaciones en el tratamiento del paciente hipertenso. Centro Médico Pedregal Perú. (2008)
40. Mancia G, Fagard R, Narkiewicz K, Redon J, Zanchetti A, Böhm M, Guía de práctica clínica de la ESH/ESC para el manejo de la hipertensión arterial. Revista Española de Cardiología, España. (2013)

41. Páez E., Caballero LP, López N, Oróstegui M, Orozco LC, Valencia LI. Validez de constructo de un instrumento de enfermería para evaluar adherencia al tratamiento antihipertensivo. Universidad de Santander Colombia. (2014)
42. Perez J, Ballesteros A, Gonzalez M, Delgado E, Aragon R, Mediavilla M. ¿Qué intervenciones no farmacológicas son efectivas en el control de la H.T.A. esencial del adulto en Atención Primaria? Bilbao-Basurto. Osakidetza (2012)
43. Fernández L, Guerrero L, Segura J, Gorostidi M. : Papel del personal de enfermería en el control de la hipertensión arterial y en la investigación cardiovascular | Hipertensión y Riesgo Vascular. (2010)
44. Haynes RB, Taylor DW, Sackett DL Introducción: la definición de cumplimiento. Cumplimiento en el cuidado de la salud. Baltimore: La prensa de la universidad de Johns Hopkins; 1979
45. Organización Mundial de la Salud. Adherencia a los tratamientos a largo plazo: Pruebas para la acción. Ginebra. (2004)
46. Coelho CR, Amaral VLAR. Análisis de los comportamientos de tratamiento para adultos portadores de diabetes mellitus tipo 2. Rev Brasileira. (2012)
47. Canhestro MR, EA Oliveira, Soares CMB, Marciano RC, Assunção DC, Gazzinelli A. Conocimiento de pacientes y familiares sobre una enfermedad crónica renal y su tratamiento conservador. Rev Min Enfermeria. (2010)
48. Osterberg L., Blaschke. "Adherence to medication". New England Journal of Medicine (2005) encontrado el 25/04/17.
49. Servicio madrileño de salud. Adherencia Terapéutica: estrategias prácticas de mejora. de Atención Primaria. (2006) España.
50. ROS, I, Análisis Preliminar de la Adherencia al Tratamiento de la Osteoporosis. Comparación de distintos métodos de Evaluación Valencia. (2012) disponible

en: <http://www.pharmcareesp.com/index.php/PharmaCARE/article/view/84/78>

. Encontrado el 26/04/17

51. Pérez, C. V., Javier, F. G., Martín, J. R. O. Adherencia al tratamiento. Una revisión desde la perspectiva farmacéutica. *cal Care España*. (2012).
52. Morisky DE, Green LW, Levine DM. Concurrent and predictive validity of a self-reported measure of medication adherence. *Med Care*.1986.
53. Méndez Lora N, Del Valle Gómez MO, López González ML, López González I. Descripción del cumplimiento farmacológico antihipertensivo y de sus determinantes psicosociales. *España*. (2006)
54. Fernández Lisón LC, Barón Franco B, Vázquez Domínguez B, Martínez García T, Urendes Haro JJ, Pujol de la Llave E. Errores de medicación e incumplimiento terapéutico en ancianos poli medicados. (2006) Encontrado el 27/04/17.
55. Martín L. Acerca del concepto de adherencia terapéutica. *Revista Cubana Salud Pública*. (2004)
56. Aburto, C. y Gamundi, G. La cooperación de los pacientes con el tratamiento médico. *Psicología y Salud*, (1997). encontrado el 28/04/17
57. Ginarte, Y. La adherencia terapéutica. *Revista Cubana Médica General Integral*, (2001) encontrado el 28/04/17.
58. Instituto Nacional de Salud, Ministerio de Salud. Encuesta Nacional de Indicadores Nutricionales, Bioquímicos, Socioeconómicos y Culturales Relacionados con las Enfermedades Crónicas degenerativas. Lima: Centro Nacional de Alimentación y Nutrición; 2006.

59. Instituto Nacional de Estadística e Informática. Resultados de la Encuesta Demográfica y de Salud Familiar (ENDES 2013). Lima: Instituto Nacional de Estadística e Informática; Mayo 2014.
60. Instituto Nacional de Salud, Ministerio de Salud. Situación nutricional por etapas de vida. Encuesta Nacional de Hogares (ENAHO 2009-2010). Lima: Centro Nacional de Alimentación y Nutrición; 2011
61. Whitaker RC, Wright JA, Pepe MS, et al. Predicting obesity in young adulthood from Childhood and parental obesity. N Engl J Med. 1997; encontrado el 16/05/17.
62. Seclen Segundo Diabetes Mellitus en el Perú: hacia dónde vamos Unidad de Diabetes, Hipertensión y Lípidos (UDHYL), Instituto de Gerontología, Universidad Peruana Cayetano Heredia. (2015) Lima, Perú.
63. Boletín Epidemiológico Callao, Direccion Regional de Salud del callao oficina de epidemiologia semana epidemiologica. 2015
64. CODEM Enfermería de Madrid www.codem.es/.../comunicacion-efectiva-enfermera-paciente-una-estrategia-mas-en-c
65. www.infinito.org.ar/prevencion/controles_medicos_periodicos.htm
66. Valverde Gefaell C. Comunicación terapéutica en enfermería. Madrid: Difusión Avances de Enfermería; 2007 [acceso a internet el 3 febrero]. Disponible en: <http://es.scribd.com/doc/50712983/COMUNICACION-TERAPEUTICA-EN-ENFERMERIEVISTA> ESPAÑOLA DE COMUNICACIÓN EN SALUD:
67. Cibanal Juan L, Arce Sánchez MC, Carballal Balsa MC. Técnicas de comunicación y relación de ayuda en ciencias de la salud. Barcelona: Elsevier; 2010

68. Ruiz Mora R. Relación clínica. Guía para aprender, enseñar e investigar.
Barcelona: Senfyc; 2004.

ANEXOS

ANEXO 01**CONSENTIMIENTO INFORMADO**

Yo he sido informado por la Lic. DE LA CRUZ VEGA Elizabeth Maribel, y deseo participar en dicho estudio de investigación en el Hospital Naval, acerca de Factores personales asociados a la No Adherencia al tratamiento en pacientes diabéticos e hipertensos hospitalizados en el área de medicina de dicho hospital por tratarse de un tema de mucho valor científico, es por ello que yo:

1. Consiento libre y voluntariamente en colaborar en su trabajo relatando cual ha sido mi comportamiento en la toma de medicamentos.
2. Permito que las investigadoras utilicen la información sin dar a conocer mi identidad y que la utilice con el fin que postula en su investigación.
3. Acepto que la investigadora tenga acceso a mi identidad, la que no será revelada por él manteniéndose en el anonimato.

No existiendo ningún riesgo para usted solicitamos su participación en esta investigación. He leído la información referente a esta investigación y he entendido que formare parte de este estudio

Firma

Bellavista _____ del 2017

ANEXO 02**ENCUESTA DEL PACIENTE RESPECTO A LOS FACTORES PERSONALES ASOCIADOS A LA NO ADHERENCIA AL TRATAMIENTO HOSPITALIZADO EN LAS AREAS DE MEDICINA DEL HOSPITAL NAVAL**

Estimado(a) paciente: La presente encuesta es parte de un trabajo de investigación que tiene por finalidad la obtención de información acerca de los factores personales asociados a la no adherencia al tratamiento de los pacientes hospitalizados en el área de medicina. Conteste con sinceridad, el cuestionario es anónimo y garantiza la confidencialidad.

INSTRUCCIONES: Lea cuidadosamente cada enunciado y seleccione una respuesta. Marque con una X el recuadro que corresponda a su respuesta.

DATOS GENERALES

1.- Edad

2.- sexo

3.- Estado civil

ANEXO N° 03**CUESTIONARIO PARA MEDIR LOS FACTORES PERSONALES****VALORACIÓN DE LAS RESPUESTA**

1. Nunca 2. Casi nunca 3. A veces 4. Casi siempre 5. Siempre

ALIMENTACION	1	2	3	4	5
1.- Considera usted que consume una alimentación variada.					
2.-Considera usted que el tipo de alimentación que consume a diario es saludable.					
3.- Cuando tengo hambre como lo que tengo a la mano.					
4.- Consume muchas verduras a diario.					
5.- Está pendiente de las indicaciones que la nutricionista le brinda.					
NIVELES DE STREES					
6.- Se ha sentido estresado o preocupado por su salud					
7.-Se enoja con mucha facilidad.					
8.-Carga con mucha responsabilidad en el hogar.					
9.-Siente que su vida es muy rutinaria.					
10.-Le cuesta encarar de frente las dificultades.					
CONDICION LABORAL					
11.- Actualmente trabaja.					
12.- Esta jubilada(o).					
13.- Cuenta con negocio propio.					
14.- Depende económicamente de sus hijos.					
15.- Tiene pensión propia.					
ACTIVIDAD FISICA					
16.- Realiza ejercicios o caminatas en su vida diaria.					
17.- Cree que es igual hacer deporte que no.					
18.- Realiza ejercicios 3 veces por semana.					
19- Practica algún deporte.					
20.- Se ejercita más de 30 minutos diarios.					

ANEXO N° 04

CUESTIONARIO PARA MEDIR LA NO ADHERENCIA AL TRATAMIENTO

1. Nunca 2. Casi nunca 3. A veces 4. Casi Siempre 5. Siempre

COMUNICACIÓN ADECUADA	1	2	3	4	5
1.- Cree usted que mantiene una buena comunicación con el personal de salud.					
2.- Siente que todas sus dudas con respecto a su enfermedad quedan claras.					
3.- Cuando está en la consulta siente que le dan el tiempo suficiente para atenderlo.					
4.- Es recibido con amabilidad por el personal de salud en el momento de la consulta.					
5.-Se siente en confianza de comunicar sus molestias y/o incumplimientos en la consulta.					
ASISTENCIA A LOS CONTROLES MEDICOS					
6.- Asiste a las consultas programadas por su médico.					
7.- Está al pendiente de su próxima cita.					
8.- Utiliza un recordatorio para no olvidar su nueva consulta.					
9.-Cree que su salud ha mejorado y no necesita visitar al médico.					
10.-Si perdió alguna cita coordina con el personal para darle una solución o espera la siguiente cita.					
CUMPLIMIENTO TERAPEUTICO					
11.- Sigo las indicaciones que me brinda mi médico y/o enfermera.					
12.- Cuándo no cumple el tratamiento, se lo comunica a su médico y/o enfermera.					
13.- Toma los medicamentos como se le indico, de acuerdo a sus horas indicadas.					
14.- Es descuidado con las medicinas que toma.					
15.-En casa luego de su visita médica pone en práctica todas las recomendaciones dadas.					
ABANDONO DEFINITIVO AL TRATAMIENTO					
16.- Si la medicación me cae mal dejo de tomarlas.					
17.-. Cuando se siente bien deja de tomar las pastillas.					
18.- Cree que es innecesario seguir las recomendaciones dadas por el personal de salud.					
19- He dejado de asistir a mis consultas médicas.					
20.-Si me dan muchas pastillas suelo dejar alguna de tomar.					

ANEXO 4

Análisis de confiabilidad del instrumento factores personales

Para la validez del instrumento se utilizó el Alpha de Cronbach, que se encarga de determinar la media ponderada de las correlaciones entre las variables (o ítems) que forman parte de la encuesta.

Formula:

$$\alpha = \left[\frac{k}{k-1} \right] \left[1 - \frac{\sum_{i=1}^k S_i^2}{S_t^2} \right],$$

Donde:

- S_i^2 es la varianza del ítem i ,
- S_t^2 es la varianza de la suma de todos los ítems y
- k es el número de preguntas o ítems.

El instrumento está compuesto por 20 ítems, siendo el tamaño de muestra 16 encuestados. El nivel de confiabilidad de la investigación es 95%. Para determinar el nivel de confiabilidad con el Alpha de Cronbach se utilizó el software estadístico SPSS versión 18.

Resumen del procesamiento de los casos

		N	%
Casos	Válidos	16	100,0
	Excluidos ^a	0	,0
	Total	16	100,0

a. Eliminación por lista basada en todas las variables del procedimiento.

Estadísticos de fiabilidad

Alfa de Cronbach	N de elementos
,946	20

El valor del Alpha de Cronbach cuanto más se aproxime a su valor máximo, 1, mayor es la fiabilidad de la escala. Además, en determinados contextos y por tácito convenio, se considera que valores del alfa superiores a 0,7 (dependiendo de la fuente) son suficientes para garantizar la fiabilidad de la escala. Teniendo así que el valor de Alpha de Cronbach para nuestro instrumento es 0.946, por lo que concluimos que nuestro instrumento es altamente confiable.

Análisis de confiabilidad del instrumento adherencia al tratamiento

Para la validez del instrumento se utilizó el Alpha de Cronbach, que se encarga de determinar la media ponderada de las correlaciones entre las variables (o ítems) que forman parte de la encuesta.

Formula:

$$\alpha = \left[\frac{k}{k-1} \right] \left[1 - \frac{\sum_{i=1}^k S_i^2}{S_t^2} \right]$$

Donde:

- S_i^2 es la varianza del ítem i,
- S_t^2 es la varianza de la suma de todos los ítems y
- k es el número de preguntas o ítems.

El instrumento está compuesto por 20 ítems, siendo el tamaño de muestra 16 encuestados. El nivel de confiabilidad de la investigación es 95%. Para determinar el nivel de confiabilidad con el Alpha de Cronbach se utilizó el software estadístico SPSS versión 18.

		N	%
Casos	Válidos	16	100,0
	Excluidos ^a	0	,0
	Total	16	100,0

a. Eliminación por lista basada en todas las variables del procedimiento.

Alfa de Cronbach	N de elementos
,949	20

El valor del Alpha de Cronbach cuanto más se aproxime a su valor máximo, 1, mayor es la fiabilidad de la escala. Además, en determinados contextos y por tácito convenio, se considera que valores del alfa superiores a 0,7 (dependiendo de la fuente) son suficientes para garantizar la fiabilidad de la escala. Teniendo así que el valor de Alpha de Cronbach para nuestro instrumento es 0.949, por lo que concluimos que nuestro instrumento es altamente confiable.