



FACULTAD DE MEDICINA HUMANA
UNIDAD DE POSGRADO

ADHERENCIA TERAPÉUTICA ANTIHIPERTENSIVA Y
APOYO DE LA FAMILIA EN HIPERTENSOS
CENTRO MATERNO INFANTIL MIGUEL GRAU 2021

PRESENTADO POR
SILVINA MELISSA PAREDES RICRA

ASESOR
RICARDO AURELIO CARREÑO ESCOBEDO

PROYECTO DE INVESTIGACIÓN
PARA OPTAR
EL TÍTULO DE SEGUNDA ESPECIALIDAD EN MEDICINA
FAMILIAR Y COMUNITARIA

LIMA- PERÚ

2022



Reconocimiento - No comercial
CC BY-NC

El autor permite entremezclar, ajustar y construir a partir de esta obra con fines no comerciales, y aunque en las nuevas creaciones deban reconocerse la autoría y no puedan ser utilizadas de manera comercial, no tienen que estar bajo una licencia con los mismos términos.

<http://creativecommons.org/licenses/by-nc/4.0/>



**FACULTAD DE MEDICINA HUMANA
UNIDAD DE POSGRADO**

**ADHERENCIA TERAPÉUTICA ANTIHIPERTENSIVA Y
APOYO DE LA FAMILIA EN HIPERTENSOS
CENTRO MATERNO INFANTIL MIGUEL GRAU 2021**

**PROYECTO DE INVESTIGACIÓN
PARA OPTAR
EL TÍTULO DE SEGUNDA ESPECIALIDAD EN MEDICINA
FAMILIAR Y COMUNITARIA**

**PRESENTADO POR
SILVINA MELISSA PAREDES RICRA**

**ASESOR
DR. RICARDO AURELIO CARREÑO ESCOBEDO**

**LIMA, PERÚ
2022**

ÍNDICE

	Págs.
Portada	i
Índice	ii
CAPÍTULO I: PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA	1
1.1. Descripción de la situación problemática.....	1
1.2. Formulación del problema.....	3
1.3. Objetivos	3
1.3.1. Objetivo general	3
1.3.2. Objetivos específicos	3
1.4. Justificación	3
1.4.1. Importancia	3
1.4.2. Viabilidad y factibilidad	4
1.5. Limitaciones	4
CAPÍTULO II: MARCO TEÓRICO	5
2.1. Antecedentes	5
2.2. Bases teóricas	7
2.3. Definición de términos	14
CAPÍTULO III: HIPÓTESIS Y VARIABLES.....	17
3.1. Formulación	17
3.2. Variables y su definición operacional.....	17
CAPÍTULO IV: METODOLOGÍA	18
4.1. Diseño metodológico.....	18
4.2. Diseño muestral	18
4.3. Procesos de la data	19
4.4. Análisis de datos	20
4.5. Aspectos éticos.....	21
CRONOGRAMA	22
PRESUPUESTO	23
FUENTES DE INFORMACIÓN	24
ANEXOS	
1. Matriz de consistencia.....	
2. Instrumentos de recolección de datos.....	
3. Consentimiento informado	

CAPÍTULO I: PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

1.1. Descripción de la situación problemática

En el mundo, las enfermedades cardiovasculares son las responsables del deceso de aproximadamente 17 millones por año: el 55% son causadas por las complicaciones de hipertensión arterial (HTA), la cual conlleva cardiopatías y accidente cerebrovascular con una proporción de 45% y 51%, respectivamente. Según reporte de la Organización Mundial de la Salud (OMS), la mitad de los pacientes tratados con hipertensión abandonan por completo la atención a partir del primer año de diagnóstico y, de los que permanecen bajo supervisión médica, solo el 50% toma al menos 80% de sus medicaciones prescritas. Se ha demostrado que la causa principal de hipertensión mal controlada es la adherencia deficiente al tratamiento farmacológico, y alrededor del 75% de los pacientes tratados con hipertensión tiene adherencia deficiente al tratamiento farmacológico (1, 2).

La OMS manifiesta que la hipertensión tiene una prevalencia menor en países de ingresos superiores (35%) a diferencia de los países de otros grupos de ingresos, que cuenta con el 40% (2). El incremento de pacientes con hipertensión se atribuye a variables como el aumento de la población con edad avanzada y a factores de comportamiento como vicios en la alimentación, alcohol, inactividad física (3).

Con respecto al manejo de los pacientes con hipertensión arterial diagnosticado (66.6%) recibieron medicamentos para contrarrestar la presión alta; con relación a 2015, hubo un incremento de 3.9%. El tratamiento farmacológico, dentro de la población hipertensa, alcanzó el 67.2% y 64.3% en pacientes femeninos y masculinos. En el año 2016, la mayoría de pacientes con tratamiento de hipertensión se encuentran con el 77.5%, 76.6%, 59.0% y 50.7% distribuidos en la Costa, Lima Metropolitana, Selva y Sierra respectivamente (4).

En el Perú, ENDES, en 2019, reportó que el 14.1% de los pacientes con presión arterial alta se presentan en personas mayores de 15 años presentan, con predominio del sexo masculino con 17.5% y mujeres el 10.9%. La distribución geográfica de dicha enfermedad fue predominada con el 16.6%, 14.3%, 11.1% y

12.0%, y es mayor en Lima Metropolitana, Costa, Sierra y en la Selva. Así mismo, se reportó que el 10.2% recibió un diagnóstico de hipertensión arterial en alguna oportunidad, realizado por un médico de los pacientes mayores de 15 años (mujeres con 11.7% y varones el 8.5%); la distribución geográfica es 11.3%, 10.2%, 9.9% y 8.7% en Lima Metropolitana, Selva, Costa y Sierra, respectivamente. La prevalencia de hipertensión Arterial en el Perú es el 19.7% en personas mayores de 15 años, predominado en los hombres con 21.7% que las mujeres con 17.8%; la mayor incidencia se reportó en el siguiente orden: Lima Metropolitana, Costa, Selva y Sierra con 22.5%, 19.4%, 17.9% y 16.6% (5).

La adherencia en el tratamiento farmacológico de patologías crónicas en países desarrollados es un problema destacado en la población para su salud que abarca el 50%, no siendo la excepción la hipertensión arterial. En este sentido, es importante profundizar en los factores que intervienen sobre la mala adherencia al tratamiento farmacológico para contrarrestar esta deficiencia y brindar las indicaciones específicos para la mejora de los pacientes (6).

La adherencia terapéutica es un proceso complejo donde se interrelaciona la participación activa y voluntaria del paciente y el equipo del centro de salud. En el caso del paciente con hipertensión arterial, además del tratamiento farmacológico, está el manejo en los cambios de estilo de vida como la dieta, ejercicios, asistencia a sus controles, entre otros. Así mismo se requiere la participación y colaboración completo del sistema familiar para cumplir con las metas terapéuticas, de forma que el apoyo familiar será la piedra angular en la adherencia terapéutica farmacológica (7, 8).

En el ámbito de la salud pública, existen diversos diagnósticos de que afectan el buen estado de salud del ser humano, siendo un problema la mala adherencia al tratamiento farmacológico de la Hipertensión Arterial que afecta a nivel mundial. Los casos presentados con hipertensión arterial en CMI Miguel Grau es el 23.2% de casos de pacientes a nivel nacional (9) y en constante incremento. En tal sentido, el objetivo de la presente investigación es evaluar los factores que se involucran en la adherencia terapéutica antihipertensiva y el apoyo de la familia en paciente que presentan hipertensión arterial del Centro Materno Infantil Miguel Grau.

1.2. Formulación del problema

¿Cuál es la relación entre la adherencia terapéutica antihipertensiva y el apoyo familiar en pacientes hipertensos del Centro Materno Infantil Miguel Grau del año 2021?

1.3. Objetivos

1.3.1. Objetivo general

Determinar la relación existente entre la adherencia terapéutica antihipertensiva y apoyo de la familia en pacientes hipertensos del centro materno infantil Miguel Grau del año 2021.

1.3.2. Objetivos específicos

Evaluar los factores que involucran la adherencia terapéutica antihipertensiva en los pacientes hipertensos del centro materno infantil Miguel Grau del año 2021.

Identificar el grado de apoyo familiar en los pacientes hipertensos del centro materno infantil Miguel Grau del año 2021.

1.4. Justificación

1.4.1. Importancia

Las enfermedades cardiovasculares causan la mayor morbilidad y mortalidad en el mundo en la población adulta mayor, siendo motivo de prevención temprana principalmente en el diagnóstico de la presión arterial. Según la Organización Panamericana de la Salud (OPS) las personas con hipertensión arterial tienen una probabilidad tres veces mayor de sufrir un ataque cardíaco o un accidente cerebrovascular (2).

Los trabajos de investigación sobre hipertensión arterial y la adherencia terapéutica brindan resultados pocos animadores (10). Por lo tanto, prevenir las complicaciones implica adherirse adecuadamente a los tratamientos, tanto farmacológicos como no farmacológicos, sugeridos por el equipo de salud (8).

El sedentarismo y las dietas inadecuadas influyen en el aumento de la hipertensión arterial. En este sentido, la importancia de fortalecer la adherencia terapéutica tiene un impacto en la salud pública. En consecuencia, la implementación de esta estrategia junto con el apoyo familiar en el CMI Miguel Grau, tendrá efectos beneficiosos en esta población afectada.

Dicha información será útil para ayudar al centro materno infantil Miguel Grau a entender la magnitud de la complejidad del problema de las enfermedades hipertensivas. El diagnóstico a tiempo de esta afección permitirá aplicar intervenciones tempranas, así como tratamientos preventivos; razón por la cual los beneficiados directos será para los pacientes que acuden a esta institución.

1.4.2. Viabilidad y factibilidad

El presente trabajo es viable, porque los datos necesarios están registrados en las historias clínicas que se encuentran archivadas en el servicio de estadística del CMI Miguel Grau, teniendo entonces suficientes fuentes de información para la realización del mismo. Asimismo, este estudio cuenta con los pacientes necesarios para ejecutar la investigación y el permiso de la institución de donde se tomarán los datos pertinentes para la investigación. De igual manera, es factible, ya que se cuenta con los recursos económicos, humanos y con el tiempo necesario para poder recaudar la información que requerimos sin dificultades.

1.5. Limitaciones

El trabajo de investigación requiere la colaboración del encuestado, esto conlleva que los resultados de la encuesta estarán en función del número de pacientes que respondan y la sinceridad de su respuesta. Para superar las limitaciones se captará el mayor número de pacientes y la concientización a todos los pacientes, familiares y trabajadores del centro de salud. Además hay un límite en cuanto al número de temas que pueden tratarse en una encuesta, debido a la fatiga que puede producir en los encuestados.

CAPITULO II: MARCO TEÒRICO

2.1. Antecedentes

Eberhardt K, en 2020, investigó que la forma de convivencia familiar predice la hipertensión y el riesgo de padecerla debido a comportamientos de salud compartidos. Los comportamientos de salud del sueño, duración calidad y eficiencia, predicen el riesgo de hipertensión en niños y jóvenes, y están emergiendo como un comportamiento de salud a nivel familiar. Es importante resaltar que tanto la dinámica familiar como el sueño son modificables. La actividad familiar negativa se asocia con la mala salud del sueño y predice un alto riesgo cardiovascular. Confirmaron que los comportamientos de salud del sueño con el contexto familiar también pueden interactuar con la dinámica familiar para amortiguar los factores de riesgo de hipertensión en niños y jóvenes (10).

Vedanthan R et al., en 2016, observaron que el incremento continuo de pacientes por consecuencia de problemas de salud cardiovascular, está relacionado a una lógica y mecanismos potenciales que contribuyen a la importancia de la familia para promover y afectar la salud cardiovascular, centrándonos en: 1) la interdependencia mutua del sistema familiar; 2) ambiente compartido; 3) estilo de crianza; 4) percepciones del cuidador; y 5) genómica. Demostraron que los enfoques basados en la familia que se dirigen tanto a los cuidadores como a los niños, fomentan la comunicación entre la unidad familiar y aborda las condiciones estructurales y ambientales en las que habitan y realizan sus actividades familiares. Es probable que sea el enfoque más efectivo para promover la salud cardiovascular de forma positiva o negativa (11).

Vancini-Campanharo R et al., en 2015, analizaron el nivel de conocimiento de la enfermedad y la proporción de adherencia al tratamiento de pacientes que tienen hipertensión arterial sistémica en 116 pacientes ingresados al servicio de emergencia. Utilizaron datos sociodemográficos, la presencia de otros trastornos, conocimiento sobre la enfermedad y la actividad física. Para la adherencia al tratamiento e identificación de los factores o barreras, fueron analizadas por la prueba de Morisky y el Brief Medical Questionnaire, respectivamente. La barrera de

adherencia más predominante fue el olvido y la adherencia al tratamiento fue del 55% (12).

Olvera S, en 2014, estudió que la estabilidad familiar y personal responde de manera beneficioso a los tratamientos presentados por el personal de salud. Esta forma representa la mayor proporción para la fase de adherencia terapéutica apoyado en sus tres dimensiones, obteniendo resultados favorables con la coherencia, control médico conductual y la espiritualidad, produciendo altos efectos positivos en la funcionalidad familiar. La participación coordinada favorece la adherencia terapéutica, por esta razón se recomienda a todo el personal médico con pacientes hipertensos optar la habilidad para las valoraciones del estado de salud, ser empático, buen trato, paciencia, discreción y capacidad de comprensión (13).

Li G, en 2013, evaluó el apoyo social familiar en el control de la hipertensión. Se consideró 282 pacientes con hipertensión, empleando un cuestionario autoevaluado denominado la escala China, donde evalúa el apoyo familiar durante un periodo determinado. Los cuestionarios fueron completados por 136 pacientes. Se encontró una correlación significativa ($r = -0.266$; $p < 0.01$) entre las sub-escalas de depresión de la Escala de ansiedad y depresión hospitalaria y el grado de apoyo percibido por los pacientes, medido por la Escala de apoyo familiar chino. Se concluyó que el estudio proporcionó evidencia preliminar de que la Escala de Apoyo Familiar Chino de 12 ítems es aceptable, válida y confiable para medir el apoyo familiar percibido en pacientes con hipertensión. Es una metodología de mucha utilidad que puede incorporarse fácilmente en encuestas epidemiológicas (14).

Jiménez L et al., en 2017, realizaron un estudio de corte transversal en una población de 510 pacientes hipertensos, considerando una muestra randomizada de 102 hipertensos con tratamiento farmacológico. Se evaluó mediante una entrevista individual para evaluar la adherencia al tratamiento (test Morisky-Green-Levine), dentro del cuestionario tomaron como prioridad evaluar el conocimiento sobre la hipertensión arterial y su tratamiento. Demostraron un nivel bajo de adherencia terapéutica en un 58.8%, detallándose además que la baja adherencia

está relacionada con el olvido de la ingesta del medicamento, y el desconocimiento por el control adecuado de la presión arterial (15).

Vásquez G, en 2018, realizó una investigación para evaluar y determinar la adherencia al tratamiento antihipertensivo pre y post de la intervención, utilizando el Test de Morisky-Green en 100 pacientes del centro de salud. Dentro del cuestionario consideraron evaluar el efecto del uso de dispositivos de telefonía móvil en la adherencia al tratamiento de hipertensión arterial. Dicho estudio identificó que la mayoría de pacientes presentaron una complejidad reciente en el sexo masculino y llegaron a concluir y demostrar que usar dispositivos móviles mejora la adherencia al tratamiento en la población de estudio, sobre todo en el grupo que tuvo mayor frecuencia de comunicación mediante los mensajes de texto (16).

Chacón J et al., en 2015, evaluaron el control de presión arterial (PA) y adherencia al tratamiento farmacológico en hipertensos seguidos en el Programa de Salud Cardiovascular (PSCV) y la relación con factores clínicos, psicosociales y socioeconómicos. En una muestra aleatorizada de 1794 hipertensos en constante supervisión por un año en el PSCV, encontraron que 600 pacientes tenían relación con depresión/estrés emocional, asociación médico-paciente y apoyo social. Se mostró que la presión arterial controlada representa un 56,5%, además de un nivel bajo de adherencia terapéutica en un 37,3%; no existiendo relación entre ambas debido a que los pacientes pertenecen a un programa de salud cardiovascular, el cual influiría por las charlas realizadas (17).

2.2. Bases teóricas

Hipertensión arterial

La hipertensión arterial, se denomina a la presencia de valores superiores a la normal de PA: la presión arterial diastólica (PAD) ≥ 90 mmHg y/o presión arterial sistólica (PAS) ≥ 140 mmHg. En caso del adulto mayor, según a diversos estudios los autores recomiendan los valores de PAD ≥ 90 mmHg y PAS ≥ 160 mmHg para hipertensión diasto-sistólica. Cuando se presenta la hipertensión sistólica aislada,

se señalan a valores de PAD < 90 mmHg y con PAS \geq 140 mmHg. En caso el PAS = 140-160 mmHg denominándose presión arterial sistólica límite y frecuentemente solicita tratamiento a >85 años. Los informes acerca del tratamiento antihipertensivo para pacientes <85 años con los mismos niveles aún son inconsistentes (18).

HTA se basa en la elevación de la PA que sobre pasa los límites establecidos como “normales”, se muestra como un incremento en las cifras tensionales provocando la elevación de la actividad en el corazón y posteriormente ocasionando lesiones en las arterias. La actividad medida en reposo no menor a 10 minutos en donde las presiones diastólicas y sistólicas pueden presentar elevaciones en una de ellas o en ambas (19).

La HTA es indicador principal y factor de riesgo para conllevar accidentes cerebrovasculares, cardiopatía coronaria e insuficiencia cardíaca en los pacientes de tercera edad (adultos mayores). La hipertensión tiene solución con el cuidado y control se logra salvar vidas, aparte de ello adicionalmente se logra disminuir las limitaciones funcionales y la discapacidad de los pacientes de edad. Las investigaciones epidemiológicas concluyen que la prevalencia de hipertensión es del 60% en pacientes >60 años, así mismo la hipertensión no forma parte ni debe considerarse a causa del pasar de los años (envejecimiento) (19).

La adherencia terapéutica

La adherencia terapéutica, frecuentemente se pueden encontrar con diversos significados y/o definiciones como cumplir o adherencia, siendo los más comunes, en diferentes revisiones se logró proponer diversas denominaciones: colaboración, seguimiento, alianzas terapéuticas, cooperaciones, obediencias, concordancia y adherencia.

El cumplimiento terapéutico como el grado en que la conducta de un paciente, en relación con la toma de medicamentos, el seguimiento de una dieta o la modificación de hábitos de vida, coincide con las instrucciones proporcionadas por el médico o personal sanitario (19).

Esta denominación indica un límite, relacionado a la gran escala del fenómeno que se propone alcanzar. Exactamente se recomienda que el término compliance o cumplimiento, se propone utilizarse dando la referencia de cumplimiento del paciente en tomar todas las indicaciones y recomendaciones del médico del centro de salud y a la vez tendría una posición de sumiso y pasivo, optando que el paciente es incapaz de decidir para continuar según las indicaciones propuestas (20).

Frecuentemente, la utilización es adherencia y/o cumplimiento, sin embargo la adherencia terapéutica no es una conducta, sino está conformado por varias conductas, en donde se incorporan en forma de un programa de tratamiento, ejecutar en el ámbito práctico de forma continua todas las indicaciones del programa, excluir todas las actividades de riesgo e incluir la forma de vida con actividades y conductas saludables (21).

Los diversos términos como cooperación, colaboración, coordinación, alianza, y adherencia, se asemeja a incluir las actividades y participación del paciente para decidir y que estas decisiones sean factores que influyan a su salud, de esta forma el paciente se adhiere al programa con su consentimiento y dicha colaboración se ha logrado sumar o por lo menos ha captado la importancia de tomar las actividades del programa y ejecutarlo de esta forma se incorporaría el paciente activamente.

La adherencia terapéutica tomado como actividades o conjunto de conductas beneficiosas para el paciente a orden enmarcada por el facultativo, a la vez OMS lo conceptualiza como el grado en que el comportamiento de una persona, tomar el medicamento, seguir un régimen alimentario y ejecutar cambios del modo de vida, se corresponde con las recomendaciones acordadas de un prestador de asistencia sanitaria (22).

Por otro lado, es primordial conocer sobre la adherencia y sus complicaciones se pueden dar a causa del exceso, ausencia y defecto por la falta de continuidad de las indicaciones. Se pueden dar en cualquier momento pre, inicio, durante o al final de las indicaciones, los pacientes pueden tener adherencia a algunas

características de prescripción, pero con frecuencia no es al 100%; o solo lo realizan en ocasiones.

El tratamiento antihipertensivo y adherencia terapéutica

El avance de la enfermedad se puede evitar con el tratamiento, con ello obtener la prevención de la complicación aguda y crónica, continuar con una buena calidad de vida y que la tasa de mortalidad se reduzca. Está basado en dos fases principales, siendo la primera es en evitar que se produzcan complicaciones de los factores modificables y la segunda es la fase del tratamiento farmacológico.

Con lista a las circunstancias de modificación, se sugieren bajar el autoconsumo de cloruro sódico (sal) a exceptuado de 6gr/día (2.4 gr); esencialmente a las personas mayores de edad, debiendo adoptar esta forma, lo cual proporciona muchos beneficios y la supervisión medida del sodio puede ser una táctica para manejar y controlar la PA, siendo el más adecuado en los adultos jóvenes; debido a la forma de aprovechamiento del cloruro sódico en la utilización, conservación y consumo en los alimentos procesados por la industria, con respecto a su consumo se debería advertir a la población para su reducción.

El consumo de las bebidas alcohólicas es recomendable evitar o moderar; existen casos del consumo de manera habitual no debe de ser más de 30 ml de etanol (2 copas) por 24 horas; las mujeres y varones según a la estatura debería ser la mitad en talla baja. El tabaco tiene múltiples compuestos químicos entre ellos la nicotina, encargado de estimular diversos neurotransmisores, como norepinefrina, epinefrina, acetilcolina, vasopresina y dopamina que activa paralelamente en receptores periféricos y centrales incrementando los rangos de PA; por relacionarse como uno o más factores de peligro cardiovascular primordial se deberá evitar (23).

Sobre la alimentación resaltar y aumentar la proporción de suministro de alimentos con alto contenido en calcio, magnesio y potasio, dándose por medio de un consumo de verduras, leguminosas, derivados lácteos y frutas; para una adecuada alimentación se deberá reducir carbohidratos y refrescos, en tal sentido tomar

medidas adecuadas y reducir el consumo de alimentos con contenido de colesterol, origen animal, azúcares simples y grasas saturadas (24).

Cuando se presentan casos de obesidad, la función y propósito es disminuir por lo menos 250 gr./semana del peso corporal, con el fin de llegar al peso ideal, con cada kilogramo que se obtenga disminuir se convertirá en un decreciente de la presión arterial de 1.3 a 1.6 mmHg en una gran cantidad de personas de la población. Por recomendación es establecer un programa de actividad física de diferentes formas como carrera, trote, caminata a paso vigoroso, ciclismo, baile, natación y gimnasia rítmica; lograr de manera continuo al menos 30 minutos al día durante la semana, la actividad física tiene un factor primordial y de prevención contra el incremento de la presión arterial, debido a la reducción de lipoproteínas de baja densidad y por el contrario seda el incremento de lipoproteínas de alta densidad (25).

Con relación al tratamiento, es prioridad realizar supervisión constante durante el día por lo menos las 2 a 3 semanas para establecer una adecuada dosis y favorecer la automedicación, también se considera en retornar a consulta médica para dar continuidad al seguimiento y programar las medidas mensuales, con el fin de obtener el manejo y control de la PA. Se recomienda realizar los chequeos médicos por lo menos de 1 o 2 veces anuales para evaluar la creatinina y el potasio sérico (26).

El punto importante y que se toma en consideración es la voluntad del paciente, fuera de llegar a conocer cuál será el tratamiento, si la paciente tiene la voluntad de adherirse al tratamiento farmacológico. OPS informa sobre el 50% de pacientes sometidos al tratamiento por hipertensión tienden a abandonar toda la atención desde el primer año del análisis y diagnóstico, solo la mitad de los pacientes toman al menos el 80% de sus medicamentos. Por este sentido, con una deficiencia al adherirse al tratamiento antihipertensivo, los pacientes (75%) evaluados y analizados con hipertensión arterial no llegan a la supervisión óptimo de la presión arterial, los pacientes que se adhieren a la farmacoterapia tienen un agrado que varía entre 50 y 70% (25, 27).

La adherencia terapéutica y la familia

Los diversos trabajos de investigación denotan a la familia como uno de los factores muy importante para el desarrollo y obtener una alta eficiencia en la adherencia al tratamiento, por esta razón, será difícil lograr una medida de control y manejo de HTA sin la participación voluntaria, activa y conjunta de la familia, siendo un elemento de la producción de la salud a escala microsocial; de la misma forma aplica los diferentes funciones primordiales en relación a la psicología, social y biológico (28).

Las relaciones interpersonales que se encuentran dentro de la familia entre los miembros como los del exterior, es satisfacer las necesidades desde el punto de vista social; los factores que se involucran son los sentimientos y emociones generando por la forma de convivencia, relación continua y diaria de los integrantes de la familia; esta multiplicación permite la capacidad de incrementar a los progenitores la expansión y formación de la misma; el nivel económico es establecimiento del patrimonio que da el sustento financiero familiar; y finalmente la necesidad se refiere al cuidado y protección que se brindan entre los integrantes de la familia (22).

La intervención familiar cimentado en su funcionalidad, otorga un recurso principal para la prevención de enfermedades y daños a la salud, siendo el más eficaz cuando percibe y siente el paciente frente a los cambios planificados. La presencia de una enfermedad crónica a uno de los miembros de la familia, se requerirá el apoyo emocional, afectivo y material de todos los integrantes de la familia, principalmente para dar continuidad de todas las indicaciones terapéuticas en donde pueden estar implicados los miembros que comparten o conviven el día a día con el paciente (29).

La convivencia familiar es parte de la enfermedad, insatisfacción, molestia y estrés; la forma de convivencia podría ocasionar el brote de la enfermedad o descontrolarlo, estos tipos de actitudes estas altamente correlacionados a la deficiencia de adherencia terapéutica. Cuando existe la presencia de una Es de enfermedad crónica a largo plazo puede ocasionar diferentes cambios en la forma

de convivencia afectando la funcionalidad y equilibrio, el nivel de efectos en la familia dependerá del paciente y los miembros de la familia, para ello se tienen que realizar planes y tomar medidas favorables tanto para el paciente como para los miembros de la familia, este proceso tiene una efectividad para el incentivar al desarrollo completo e integral de los integrantes de la familia para ser capaces de apropiarse de actividades y estilos de vida saludables, paralelamente optar por la adherencia terapéutica (30).

La importancia de la familia como punto clave para el seguimiento y optar la adherencia terapéutica, en este aspecto y como actividad social se prepara para enfrentar retos difíciles y nuevos, se han desarrollado una serie de experimentos, que frecuentemente se llegó a desestabilizarse, teniendo como resultado consecuencias negativas sobre la salud de sus miembros. Es de mucha importancia y fundamental que la rama de Enfermería cuente y tenga presente en las actividades para afrontar dicha enfermedad el factor como es la familia, tomarlo con una estrategia ayudara para que el paciente aumenta la adherencia terapéutica (6).

La función familiar

Funcionalidad familiar tiene una actitud y relación de suma importancia en pacientes con hipertensión arterial para que puedan optar y llegar a una cierta medida de adherirse al tratamiento, para garantizar el seguimiento y cumplimiento de las indicaciones proporcionadas por el médico especialista.

Familia es un sistema constituido por miembros que habitan en un mismo lugar y se correlacionan afectivamente con el propósito de apoyarse mutuamente; los miembros pueden ser consanguíneos o no, la relación de los miembros se pueden dar emocionalmente por talentos complementarios y/o características comunes, con la interacción se obtiene dar cumplimiento de roles, actividades y funciones que atribuirá el desarrollo y mantenimiento de la familia como un sistema y a la vez como una unidad (32).

La familia como un sistema se caracteriza por sus cualidades y naturaleza según a sus integrantes que se identifican como unidad familiar y personalizada captando y transmitiendo patrones y valores de que son adoptados y demostrados con el comportamiento para llegar a un propósito de la vida; por esta razón, la familia como un sistema libre que permita obtener el desarrollo y estabilidad de cada uno de los integrantes del grupo familiar en aspectos emocionales, sociales y biológicos; la interacción que realiza entre los integrantes (31, 32).

Con respecto al principio teórico se pueden presentar como sistema de dimensiones y metas, siendo componentes que facilitaran el análisis y evaluación del conjunto y/o sistema interpersonal (SI) y personal (SP). El SP está constituida por diferentes características, actividades, y diferencias individuales en cada uno del integrante familiar, por el contrario el SI se toma en cuenta a dos o más sistemas personales de la familia con el fin de interactuar entre los integrantes de la familia (32).

Por otro lado, las familias funcionales se denotan por sus cualidades, actividades y conductas que brindan y reciban apoyo, ánimo y comprensión entre sus integrantes, logrando alcanzar y progresar a procesos normales de desarrollo y crecimiento, que claramente es fácil de reconocer y observar una comunicación directa y clara, estableciendo roles, autonomía, solidaridad, cohesión y habilidad para resolver problemas (33).

2.3. Definición de términos

Hipertensión: Es la forma de presentar las variables y/o valores de PA incrementados, diferentes a lo normal: presión arterial sistólica y/o presión arterial diastólica de ≥ 140 mmHg y/o ≥ 90 mmHg, respectivamente (18).

Arterias: Son vasos sanguíneos por donde circula la sangre del corazón a los diferentes tejidos transportando el oxígeno y los nutrientes requeridos en el organismo. Las arterias elásticas de gran tamaño se originan del corazón y se distribuyen (ramifican) en arterias musculares de tamaño y diámetro intermedio; a

su vez se distribuyen y dividen en arterias más pequeñas denominadas arteriolas (6).

Hipertensión arterial: Descrita como una enfermedad crónica asintomática también denominado como tensión arterial elevada o alta, la enfermedad se presenta cuando cambian los rangos de la tensión sistólica y/o diastólica superando a 140 mmHg y/o 90 mm/Hg respectivamente, considerándose tensión alta (6).

Adherencia: la terminología adherencia precisamente que proviene y sugiere del vocablo compliance o cumplimiento, se debería utilizarse para dar significado de obediencia del paciente para la aplicación, seguimiento y continuidad de las indicaciones y recomendaciones del personal médico de salud (21).

Terapéutica: Actividad de aplicar los medicamentos u otros medios para el tratamiento de las enfermedades, se encarga de la difusión de los pautas y del suministro de medicinas para tratar problemas de salud (21).

Adherencia terapéutica: La adherencia terapéutica es el nivel del paciente continua con las indicaciones del personal médico, se caracteriza por la forma de participación y cooperación activo, tomando en consideración y como el más importante es la voluntad del paciente en seguir el tratamiento, de esta forma se podrá conseguir y optar las buenas condiciones de vida y salud, abarcando las condiciones de cumplimiento pasivo (21).

Antihipertensivo: Actividad que designa toda sustancia que reduce la presión arterial. En particular se conocen como agentes antihipertensivos a un grupo de diversos fármacos utilizados en medicina para el tratamiento de la hipertensión (26).

Tratamiento antihipertensivo: El objetivo del tratamiento antihipertensivo es de mantener y evitar el desarrollo de la enfermedad, la principal función de este proceso es la prevención de lo que se pueda complicar las enfermedades en estado agudo y crónico, disminuir el porcentaje de mortalidad y mantener una adecuada y mejor calidad de vida (26).

Familia: Se denomina al primer conjunto humano al que somos parte, ambiente en donde se construirán y aplicaran nuestras primeras actividades y conductas que se mostraran ante la sociedad, que formaran el núcleo de todas las sociedades dentro de la población (30).

Familia rural: Se debe mencionar que la familia rural habitan en una pequeña cantidad de pobladores dedicados a la ganadería, agricultura e industria textil, por esta razón el nivel socioeconómico es menor, debido a esta posición los pobladores tienden a trabajar fuera del lugar donde nacieron, provocando el abandono de sus estudios y zonas rurales despoblados (30).

Familia urbana: Son el conjunto de pobladores que habitan en la capital o ciudades importantes del país, en estas zonas tienen la facilidad y beneficio de la tecnología, acceso a centros de salud y servicios como redes de comunicación, transporte y educación, la familia urbana está conformada por pocos integrantes y en ocasiones suelen trabajar ambos padres con mejores ingresos (30).

Funcionalidad familiar: Son las actividades, acciones y conductas que realizan los miembros de la familia con el propósito y el objetivo de optar por una buena convivencia tanto personal e interpersonal en la parte sentimental y espiritual, que servirá como base fundamental de soporte para un integrante de la familia (31).

Familia funcional: También denominado familia compactada, su naturaleza es por la forma de integración de los miembros tanto emocional y física, para afrontar las diversas situaciones, toma de decisiones y adaptaciones que son vinculados directamente para las necesidades e intereses de los integrantes de la familia (31).

Familia disfuncional: Los integrantes de la familia no tiene roles enmarcados para cada integrante, no existe valoración entre ellos, no tiene responsabilidades, estas actitudes están directamente relacionados que afecta con la integridad familiar, provocando el desequilibrio que afectara la convivencia y perdida de la confianza familiar (30).

CAPÍTULO III: HIPÓTESIS Y VARIABLES

3.1. Formulación

Hipótesis afirmativa

La adherencia terapéutica y el apoyo de la familia están asociados en pacientes hipertensos que son atendidos en consulta externa del Centro Materno Infantil Miguel Grau 2021.

Hipótesis nula

La adherencia terapéutica y el apoyo de la familia no están asociados en pacientes hipertensos que son atendidos en consulta externa del Centro Materno Infantil Miguel Grau 2021.

3.2. Variables y su definición operacional

Variables	Definición	Tipo por su naturaleza	Indicador	Escala de medición	Categorías y sus valores	Medio de verificación
Familia	Nivel de funcionalidad familiar percibida por paciente	Cualitativa	Porcentaje del nivel funcional	Ordinal	Alta disfuncionalidad: Si <25 Disfuncional: Si <50 Poco funcional: Si <75 Funcional: Si <100	Ficha del cuestionario de adherencia familiar
Edad	Tiempo de vida desde su nacimiento	Cuantitativa	Años	Ordinal	Adolescente: 15 a < 18 Adulto: 18 a < 65 Adulto mayor: 65 o más	DNI
Género	Diferencia entre los individuos	Cualitativo	Sexo	Nominal	Masculino Femenino	DNI
Raza	Origen de los individuos	Cualitativo	Color de piel	Nominal	Mestizo Indígena Blanco Negro	Historia clínica
Grado de instrucción	Estudios realizados	Cualitativo	Nivel de estudio	Ordinal	Sin Instrucción Primaria Secundaria Universitario	Ficha del cuestionario de adherencia familiar
Localización de vivienda	Ubicación geográfica de la vivienda	Cualitativo	Localización	Nominal	Rural Urbano	Historia clínica
Estado civil	Situación del individuo dentro de la sociedad	Cualitativo	Estado del individuo	Nominal	Soltero Casado Divorciado Viudo	Historia clínica
Adherencia terapéutica	Nivel de adherencia terapéutica percibida por paciente	Cualitativo	Puntos del nivel de adherencia	ordinal	Malo: 0 a <50 Regular: 50 a <100 Bueno: 100 a <150 Excelente: 150 a 210	Ficha del cuestionario de adherencia familiar

CAPÍTULO IV: METODOLOGÍA

4.1. Diseño metodológico

El presente trabajo de investigación se desarrollará de forma observacional, prospectiva, de tipo analítico y transversal. en pacientes que permitan la participación en la Adherencia Terapéutica Antihipertensiva y la influencia del Apoyo Familiar en Pacientes Hipertensos que son atendidos del Centro Materno Infantil Miguel Grau.

4.2. Diseño muestral

Población universo

Pacientes que son diagnosticados con hipertensión arterial en los últimos doce meses o más, con sus respectivos miembros de familia y personal médico del Centro Materno Infantil Miguel Grau.

Criterios de elegibilidad

De inclusión

Se considerará a pacientes >18 años diagnosticados con HTA.

Pacientes que aceptaron ser parte de la investigación de forma voluntaria, previo al consentimiento aprobado.

Pacientes que tienen y viven con todos los integrantes de la familia.

De exclusión

No se considerará a pacientes <18 años.

Paciente unifamiliar.

Paciente diagnosticado con HTA secundario o se encuentren dentro de una investigación.

Paciente con pérdida cognitivo.

Paciente que no accedan participar de forma voluntario en el estudio.

Tamaño de la muestra

Se desarrollará una investigación descriptiva correlacional, y se tomará en cuenta la cantidad de pacientes atendidos durante el año en la área de servicio de consulta externa (cardiología) estimado una población de 100 pacientes (N), el tamaño de muestra (n) se determinará con una población de 100 pacientes, con un límite aceptable de error muestral del 1% (0.01), siendo 50% (0.5) el valor estándar usado en las investigaciones y con un nivel de confianza del 95%. El número de pacientes captados para la investigación será representativo captando un porcentaje estimado mayor al 20%. El tamaño de la muestra de acuerdo a la población y parámetros establecidos se obtendrá n=33 pacientes el tamaño ideal de la muestra, para la obtención de “n” se aplicó la fórmula propuesta por Murray y Larry en el año 2009 (35):

$$n = \frac{Z^2 \sigma^2 N}{e^2(N - 1) + Z^2 \sigma^2}$$

En donde:

n = tamaño de muestra.

N = tamaño de población total.

σ = desviación estándar de N.

Z = valor estimado por niveles de confianza.

e = error muestral.

4.3 Técnica y procedimiento de recolección de datos

Procesos de la data

Para la recopilación de información y de los datos se solicitará el permiso por escrito a la Facultad de Medicina de la USMP y al Comité del Centro Materno Infantil Miguel Grau, para poder realizar y aplicar la encuesta. Con la autorización, se recopilará la información completa del archivo general del área de cardiología de los expedientes clínicos de los pacientes citados; se construirá una lista con el número de registros e información personal de los pacientes con hipertensión arterial sistémica esencial, pacientes que no presentan algún evento cerebro vascular o sin cirugía cardiovascular.

Recopilación de datos

El investigador localizará, dentro del ambiente de la sala de espera del área de cardiología a los pacientes que son parte del estudio, se explicará todo los objetivos del trabajo de investigación y forma de aplicación de la encuesta; se invitará a contestar, se les explicará que no representara un riesgo, considerando que solo es dar lectura y responder por escrito el cuestionario (Morinsky Green). En este sentido, la información brindada será confidencial y anónima, que será utilizado solo para el trabajo de investigación. Se encuestará a la persona utilizando la voz clara y la investigadora será quien escriba todo lo que responda el paciente.

El cuestionario consistirá en varios niveles de situaciones que pueden incurrir en la familia, llegando a medir todas las variables que mide el cuestionario: afectividad, cohesión, comunicación, armonía, adaptabilidad, roles y también se valorarán toda la información y datos epidemiológicos del paciente para indagar y encontrar la relación que existente entre HTA no controlada y controlada con la funcionalidad familiar.

La forma de controlar la presión arterial se determinará por cifras tensionales tomadas de la historia clínica de los pacientes desde el momento de consulta. También se realizará la medición de la presión arterial a todos pacientes del CMIMG, utilizando la técnica propuesta por la OMS. Se utilizará un tensiómetro de mercurio calibrado, estetoscopio y un brazalete adecuado para los pacientes.

4.4 Procesamiento de análisis de datos

Las respuestas proporcionadas por los pacientes se analizarán a una escala de interacción con la funcionalidad familiar, con ello se determinará el nivel de funcionalidad familiar del paciente atendido en el CMIMG y se valorará la relación con HTA. Los datos se analizarán con el programa Microsoft Excel y el software SPSS. Para describir las variables categóricas se expresarán como frecuencias y porcentajes; y serán mostrados en tablas o gráficos. Para explorar la relación entre dos variables categóricas, se analizará a través de correlación de Spearman.

Se realizará análisis univariado, para determinar la media de edad, desviación estándar y varianza. La prevalencia de hipertensión, funcionalidad familiar, grado de instrucción y el género se expresará en números absolutos y porcentajes. Se hallará la mediana y el intervalo intercuartíl. Se analizará para determinar relación por Spearman entre el adherencia terapéutica antihipertensiva y apoyo familiar.

El análisis bivariado se realizará por la prueba Chi cuadrado, entre la relación entre el grado de instrucción y la adherencia terapéutica, localización de vivienda y la raza, con el nivel de funcionalidad familiar, la edad, género y la hipertensión arterial con el nivel de funcionalidad familiar.

4.5 Aspectos éticos

Los pacientes serán debidamente informados del estudio a realizarse, por lo que se implementará un proceso de consentimiento informado. Dicho proceso será tomado cuando se le invite al paciente a participar del estudio. La participación en el estudio será voluntaria, gratuita y la decisión que tome el paciente no influirá en ningún aspecto de la atención que recibe rutinariamente en el establecimiento de salud.

Las fichas de recolección de datos estarán custodiadas en archivadores con llave y solo podrán ser accedidas bajo supervisión del equipo de investigación.

Se respetará la confidencialidad de los participantes al no mostrar datos que puedan revelar su identidad al público; tampoco se trasladarán los datos obtenidos a terceros ajenos a la investigación.

Asimismo, se respetará la privacidad del paciente al mantenerlos anónimos, ya que se eliminará el nombre, número de historia clínica, DNI o cualquier otro dato que pueda revelar su identidad antes, durante y después del proyecto. En este contexto se solicitará la evaluación del protocolo por el comité de ética de la facultad de Medicina de la USMP y el respectivo comité del Centro Materno Infantil Miguel Grau. El investigador declara no presentar ningún conflicto de intereses. Se plantea difundir los resultados obtenidos mediante la publicación en una revista científica.

CRONOGRAMA

Se considera desde el tiempo para la preparación y aprobación del proyecto de investigación, la recaudación de data, los procesos y análisis de data, evaluación de los resultados, redacción de tesis y aprobación del estudio de investigación, la defensa y publicación del artículo científico en revista indexada.

Fases	2022											
	Ene	Feb	Mar	Abr	May	Jun	Jul	Ago	Sep	Oct	Nov	Dic
Redacción final del plan de investigación	X	X	X	X	X							
Aprobación del plan de investigación						X						
Recolección de datos							X	X				
Procesamiento y análisis de datos									X			
Elaboración del informe										X		
Correcciones del trabajo de investigación										X	X	
Aprobación del trabajo de investigación											X	
Publicación del artículo científico												X

PRESUPUESTO

Se considera los costos de los procesos mencionados en el cronograma.

Descripción	Monto S/. (soles)
Documentos de escritorio	500.00
Soporte especializado	500.00
Material para la preparación de la tesis.	300.00
Transcripción	500.00
Impresiones del documento de tesis.	500.00
Operaciones de logística	300.00
Movilidad	500.00
Otros	300.00
Total	3400.00

FUENTES DE INFORMACIÓN

1. Rivera-Andrade A, Luna MA. Trends and heterogeneity of cardiovascular disease and risk factors across Latin American and Caribbean countries. *Prog Cardiovasc Dis.* diciembre de 2014;57(3):276-85.
2. OPS/OMS | Día Mundial de la Hipertensión 2017: Conoce tus números.
3. Rafael Rondanelli I. Hipertensión Arterial Secundaria En El Adulto: Evaluación Diagnóstica Y Manejo. *REV MED CLIN CONDES* - 2015; 26(2) 164-174. 2015;11.
4. INEI - Perú: Enfermedades No Transmisibles y Transmisibles, 2017.
5. INEI - Perú: Enfermedades No Transmisibles y Transmisibles, 2019 [Internet]. [citado 17 de abril de 2021]. Disponible en: https://www.inei.gob.pe/media/MenuRecursivo/publicaciones_digitales/Est/Lib1734/
6. Hernández AO, Moya FCI. Hipertensión Arterial: Adherencia Al Tratamiento. Universidad Pública de Navarra. 2016;25.
7. Marín-Reyes F, Rodríguez-Morán M. Apoyo familiar en el apego al tratamiento de la hipertensión arterial esencial. *Salud Pública de México.* 1 de agosto de 2001;43.
8. Calle C, Nube J de la. Apoyo familiar en el apego al tratamiento de la hipertensión arterial esencial en pacientes que acuden al centro de salud Chorocopte Mayo-Diciembre 2015. 2016 [citado 17 de abril de 2021]; Disponible en: <http://dspace.uazuay.edu.ec/handle/datos/6435>
9. Agusti R. Epidemiología de la Hipertensión Arterial en el Perú. ResearchGate, *ACTA MEDICA PERUANA* 23 (2): 69-75 [Internet]. mayo de 2006; Disponible en: https://www.researchgate.net/publication/262470809_Epidemiologia_de_la_Hipertension_Arterial_en_el_Peru
10. Gunn HE, Eberhardt KR. Family Dynamics in Sleep Health and Hypertension. *Curr Hypertens Rep.* 13 de abril de 2019;21(5):39.
11. Vedanthan R, Bansilal S, Soto AV, Kovacic JC, Latina J, Jaslow R, et al. 9 Family-Based Approaches to Cardiovascular Health Promotion. *Journal of the American College of Cardiology.* 12 de abril de 2016;67(14):1725-37.

12. Vancini-Campanharo CR, Oliveira GN, Andrade TFL, Okuno MFP, Lopes MCBT, Batista REA, et al. 10 Systemic Arterial Hypertension in the Emergency Service: medication adherence and understanding of this disease. *Revista Latino-Americana de Enfermagem*. diciembre de 2015;23(6):1149-56.
13. Olvera Arreola SS. ADHERENCIA TERAPÉUTICA Y FUNCIONALIDAD FAMILIAR EN PERSONAS CON HIPERTENSIÓN ARTERIAL. Biblioteca Lascasas UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE MÉXICO. 2014;95.
14. Li G, Hu H, Dong Z, Arao T. 12 Development of the Chinese Family Support Scale in a Sample of Chinese Patients with Hypertension. *PLoS One* [Internet]. 20 de diciembre de 2013 [citado 28 de julio de 2020];8(12). Disponible en: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC3869941/>
15. Jiménez Fernández L, Siverio Mota D, Chala Tandron JM, Brito Ferrer Y, Armada Esmores Z. Factores relacionados con la no adherencia al tratamiento farmacológico en hipertensos del Policlínico XX Aniversario. Diseño de un programa educativo. *CorSalud*. marzo de 2017;9(1):10-8.
16. Vasquez G. Uso de teléfono móvil para mejorar adherencia al tratamiento farmacológico en hipertensos Centro de Salud Jorge Chávez- Chiclayo, 2018. Universidad César Vallejo [Internet]. 2018; Disponible en: <https://repositorio.ucv.edu.pe/handle/20.500.12692/32408>
17. Chacón J, Sandoval D, Muñoz R, Romero T. 18 Evaluación del control de la presión arterial y la adherencia terapéutica en hipertensos seguidos en el Programa de Salud Cardiovascular (PSCV): Asociación con características clínicas, socioeconómicas y psicosociales. *Rev Chil Cardiol*. abril de 2015;34(1):18-27.
18. Guía ESC/ESH 2018 sobre el diagnóstico y tratamiento de la hipertensión arterial. *Rev Esp Cardiol*. 1 de febrero de 2019;72(2):160.e1-160.e78.
19. OPS/OMS Panamá - Guía de atención integral a las personas con hipertensión arterial [Internet]. Disponible en: https://www.paho.org/pan/index.php?option=com_docman&view=document&slug=guia-de-atencion-integral-a-las-personas-con-hipertension-arterial&layout=default&alias=298-guia-de-atencion-integral-a-las-personas-con-hipertension-arterial&category_slug=publications&Itemid=224

20. Ferrer-Pérez V. 22 “Adherencia a” o “cumplimiento de” prescripciones terapéuticas y de salud: Concepto y factores psicosociales implicados. *Revista Ciencias de la Salud*. 1 de enero de 1995;7:35-71.
21. Ginarte Arias Y. La adherencia terapéutica. *Revista Cubana de Medicina General Integral*. octubre de 2001;17(5):502-5.
22. OMS. Adherencia a los tratamientos a largo plazo: pruebas para la acción. Adherence to the long-term treatments: tests for the action [Internet]. 2004 [citado 5 de septiembre de 2020]; Disponible en: <https://iris.paho.org/handle/10665.2/41182>
23. Ávila MH. 28 Resumen integrado Norma Oficial Mexicana NOM-030-SSA2-2009, para la prevención, detección, diagnóstico, tratamiento y control de la hipertensión arterial sistémica. :35.
24. Tanus-Santos JE, Toledo JCY, Cittadino M, Sabha M, Rocha JC, and Moreno H. 26 Cardiovascular effects of transdermal nicotine in mildly hypertensive smokers. *Am J Hypertens*. 1 de julio de 2001;14(7):610-4.
25. Black HR, Elliott WJ, Neaton JD, Grandits G, Grambsch P, Grimm RH, et al. 27 Baseline Characteristics and Early Blood Pressure Control in the CONVINCE Trial. *Hypertension*. enero de 2001;37(1):12-8.
26. Gueyffier F, Boutitie F, Boissel J-P, Pocock S, Coope J, Cutler J, et al. Effect of Antihypertensive Drug Treatment on Cardiovascular Outcomes in Women and Men. *Annals of Internal Medicine*. 15 de mayo de 1997;126(10):761-7.
27. Chobanian AV, Bakris GL, Black HR, Cushman WC, Green LA, Joseph L. Izzo J, et al. 27 The Seventh Report of the Joint National Committee on Prevention, Detection, Evaluation, and Treatment of High Blood Pressure: The JNC 7 Report. *JAMA*. 21 de mayo de 2003;289(19):2560-71.
28. MARIN-REYES F, RODRIGUEZ-MORAN M. Apoyo familiar en el apego al tratamiento de la hipertensión arterial esencial [Internet]. 2001 [citado 5 de septiembre de 2020]. Disponible en: http://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0036-36342001000400010
29. Turagabeci AR, Nakamura K, Kizuki M, Takano T. 32 Family structure and health, how companionship acts as a buffer against ill health. *Health Qual Life Outcomes*. 23 de noviembre de 2007;5:61.

30. Saucedo García JM, Maldonado Durán JM. 33 La familia: su dinámica y tratamiento. Washington, D.C.: Organización Panamericana de la Salud; 2003.
31. Friedemann M-L, Andrews M. 35 Family Support and Child Adjustment in Single-Parent Families. *Issues in comprehensive pediatric nursing*. 1 de octubre de 1990;13:289-301.
32. González G, Fabiola E. 36 Funcionalidad en familias con adolescentes escolarizados en Paipa. *Avances en Enfermería*. junio de 2010;28(1):72-82.
33. Martín Alfonso L, Bayarre Vea H, La Rosa Matos Y, Orbay Araña M de la C, Rodríguez Anaya J, Vento Iznaga F, et al. 37 Cumplimiento e incumplimiento del tratamiento antihipertensivo desde la perspectiva del paciente. *Revista Cubana de Salud Pública*. septiembre de 2007;33(3):0-0.

ANEXOS

1. Matriz de consistencia

Pregunta de Investigación	Objetivos	Hipótesis	Tipo y diseño de estudio	Población de estudio y procesamiento de datos	Instrumento de recolección
<p>¿Cuál es la relación entre la adherencia terapéutica antihipertensiva y el apoyo familiar en pacientes hipertensos del Centro Materno Infantil Miguel Grau del año 2021?</p>	<p>General</p> <p>Determinar la relación existente entre la adherencia terapéutica antihipertensiva y apoyo de la familia en pacientes hipertensos del centro materno infantil Miguel Grau del año 2021.</p> <p>Específicos</p> <p>Evaluar los factores que involucran la adherencia terapéutica antihipertensiva en los pacientes hipertensos del centro materno infantil Miguel Grau del año 2021.</p> <p>Identificar el grado de apoyo familiar en los pacientes hipertensos del centro materno infantil Miguel Grau del año 2021.</p>	<p>La adherencia terapéutica y el apoyo de la familia están asociados en pacientes hipertensos que son atendidos en consulta externa del Centro Materno Infantil Miguel Grau.</p>	<p>El proyecto de investigación es una investigación observacional, prospectiva, de tipo analítico y transversal.</p>	<p>Pacientes que son diagnosticados con hipertensión arterial en los últimos doce meses o más, con sus respectivos miembros de familia y personal médico del Centro Materno Infantil Miguel Grau.</p> <p>Se realizará análisis univariado, para determinar la media de edad, desviación estándar y varianza. La prevalencia de hipertensión, funcionalidad familiar, grado de instrucción y el género se expresará en números absolutos y porcentajes. Se hallará la mediana y el intervalo intercuartil. Se analizará para determinar relación por Spearman entre el adherencia terapéutica antihipertensiva y apoyo familiar.</p> <p>El análisis bivariado se realizará por la prueba Chi cuadrado, entre la relación entre el grado de</p>	<p>Ficha de recolección de datos</p>

				instrucción y la adherencia terapéutica, localización de vivienda y la raza, con el nivel de funcionalidad familiar, la edad, género y la hipertensión arterial con el nivel de funcionalidad familiar.	
--	--	--	--	---	--

2. Instrumentos de recolección de datos

N.º Encuesta:

CUESTIONARIO DE ADHERENCIA TERAPÉUTICA ANTIHIPERTENSIVA Y APOYO FAMILIAR EN PACIENTE HIPERTENSO

FECHA:.....

Instrucciones:

- Elija una opción y señale con "X" dentro del recuadro.
- Responda con letra clara, tomando en cuenta todo lo relacionado a los 3 últimos meses.
- En caso de no entender alguna pregunta, consulte a la encuestadora.

DATOS SOCIODEMOGRÁFICOS

1. Sexo: Varón Mujer
2. Edad: años.
3. Estado Civil: Soltero Casado Divorciado Conviviente Viudo
Otro, especifique:
4. ¿Cuál es su ocupación actualmente?

5. ¿Cuál es tu máximo grado de estudio alcanzado?

6. ¿Cuántas personas viven en casa?
Esposo(a) Hijos(as) Hermano(a) Padres
Otros, especifique:.....
7. ¿Hace cuánto tiempo, usted padece de hipertensión arterial?

8. Actualmente, ¿Que tratamiento tiene? (considerar todos los tratamientos):
Medicamento Dieta Ejercicio Tés o hierbas Ninguno
Otro, especifique:.....

ADHERENCIA TERAPÉUTICA

Instrucción:

- En un intervalo o escala de 0 al 10, qué puntaje se podría relacionar o asociar sobre lo mencionado en la pregunta con lo que usted (paciente) realiza o atiende su tratamiento.
- Siendo 0 el mínimo y 10 el máximo en la escala.

PREGUNTA	ESCALA DEL 0 AL 10										
9. Tomo mis medicamentos (fármacos) a la hora puesto en la receta.	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
10. Sin importar que tan largo sea el tratamiento, constantemente ingiero los medicamentos a la hora recetada.	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
11. Realizo mis evaluaciones clínicas cuando el medico lo ordena o indica.	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
12. Si tiene que continuar una dieta rigurosa, lo realizo.	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
13. Participó activamente a mis consultas en la fecha indicada.	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
14. Realizo todas las recomendaciones del Doctor para estar pendiente de los síntomas que pueda ocasionar y afectar mi salud.	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
15. Puedo dejar de consumir algo placentero como las comidas no saludables, dejar de ingerir bebidas alcohólicas o fumar, si el Doctor lo sugiere.	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
16. Como sólo aquellos alimentos que el médico me recomienda.	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
17. Si el médico me inspira confianza, sigo el tratamiento.	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
18. Después de dar inicio a un tratamiento, para controlar mi presión arterial, regreso si el Doctor me cita para verificar mi estado de salud.	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
19. Tener mis análisis clínicos, me hace sentir más confiado y saber de lo que tengo y me apego al tratamiento.	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
20. Si tengo conocimiento que la enfermedad que tengo no es de riesgo, no pongo mucha atención al tratamiento.	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
21. Cuando realizo múltiples actividades frecuentemente me olvido ingerir mis medicamentos.	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
22. En cuanto los síntomas desaparecen o me siento bien, dejo el tratamiento.	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
23. Si no me recupero en poco tiempo en mi salud, abandono el tratamiento.	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
24. Si el Doctor recomienda como tratamiento hacer ejercicio continuo, lo ejecuto.	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
25. Es necesario que otras personas me recuerden que debo tomar mis medicamentos.	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
26. Periódicamente realizo mis evaluaciones clínicas por recomendación del Doctor, aunque no esté enfermo.	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
27. Si el personal de salud conoce mi enfermedad me da mucha confianza y seguridad.	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
28. Si pienso que mi enfermedad es crónica, hago todo lo necesario y lo que esté en mis posibilidades para mejorar.	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
29. A pesar de que el tratamiento es complejo, lo continúo.	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10

FUNCIONALIDAD FAMILIAR

Instrucciones:

- El presente cuestionario contiene todo lo relacionado de la familia.
- La familia son todos los integrantes que siente emocionalmente cercanos.
- Los integrantes pueden vivir en su casa o vivir en otra parte, pero siempre en comunicación más o menos cercanos.
- Señale con "X" la respuesta que mejor describa y representa a su familia.

	Si	No
30. Mi familia tiene un objetivo.		
31. Mi familia soluciona los inconvenientes y problemas que aparecen repentinamente.		
32. Mi familia acepta y escucha las diversas opiniones de cada uno de los integrantes.		
33. Mi familia dialoga lo que sus integrantes aprenden en la familia.		
34. Mi familia acepta y escucha ideas de terceras personas de la familia.		
35. Mi familia apoya y colabora con las actividades de la comunidad, escuela e iglesia.		
36. Mi familia conversa, acepta y recibe las recomendaciones de expertos (maestros, enfermeras, médicos, sacerdotes, otros).		
37. Mi familia precisa, organiza, actividades de soporte por sexo.		
38. Mi familia organiza un espacio de todas las actividades para conversar, divertirse y pasear.		
39. Los miembros de mi familia organizan un espacio para sus actividades personales.		
40. En mi familia conocemos las actividades de cada uno de los integrantes.		
41. Mi familia es amigable no tiene problemas en hacer amigos.		
42. Mi familia acepta colaboración de las diferentes instituciones de la comunidad.		
43. Mi familia apoya cuando una persona externa a la familia se enferma.		
44. Todos los integrantes de mi familia tienen una buena relación con los vecinos.		
45. Mi familia en situaciones difíciles se apoyan mutuamente.		
46. En mi familia la salud es un tema muy importante.		
47. En mi familia se ejecuta el comportamiento saludable.		
48. Cada uno de los integrantes de mi familia realiza actividades para el autocuidado y prevención sobre la salud.		
49. En mi familia la toma de decisiones son encargados por el padre y la madre.		
50. En cada uno de los integrantes de mi familia existe muestra de solidaridad y unión.		
51. En mi familia la salud es nuestra prioridad.		
52. Todos los integrantes de mi familia participan en la toma de decisiones.		
53. La integridad familiar motiva a todos sus miembros para el desarrollo personal y conseguir sus metas.		

Fecha: _____

Se agradece su participación.

3. Consentimiento informado

Fecha _____

Invitan a participar en la investigación: Adherencia Terapéutica Antihipertensiva y Apoyo de la Familia en Paciente Hipertenso que acude al servicio de consulta externa del Centro Materno Infantil Miguel Grau.

La investigación tiene como objetivo de ampliar y mejorar la información y conocimientos de asociación que pueda existir entre la adherencia al tratamiento con hipertensión arterial y el apoyo incondicional que reciben de sus familiares, esta información proporcionara a futuro elaborar los programas de actividades, educación y actitudes de enfermería para reducir las casos complejos.

El presente trabajo de investigación no representa repercusiones o riesgo alguno, toda la información se realizara por escrito en un cuestionario. Toda información brindada será confidencial y anónima, utilizándolo solo con fines en el rubro de investigación.

Paciente

Investigadora