

Licenciatura en Nutrición Trabajo Final Integrador

Autora: Stephanie Giselle Amed Bonetti

**CONOCIMIENTOS Y ADHERENCIA AL TRATAMIENTO
ASOCIADO A LA CALIDAD DE VIDA EN ADULTOS
JÓVENES CON HIPERTENSIÓN PRIMARIA
RECIENTEMENTE DIAGNOSTICADA QUE ASISTEN A LA
CLÍNICA FIGUEROA PAREDES DURANTE 2020: ESTUDIO
DESCRIPTIVO, TRANSVERSAL.**

2021

Tutora: Lic. Carla Carrazana

Citar como: Amed Bonetti SG. Conocimientos y adherencia al tratamiento asociado a la calidad de vida en adultos jóvenes con hipertensión primaria recientemente diagnosticada que asisten a la Clínica Figueroa Paredes durante 2020: estudio descriptivo, transversal. [Trabajo Final de Grado]. Universidad ISALUD, Buenos Aires; 2021. <http://repositorio.isalud.edu.ar/xmlui/handle/123456789/3113>

Agradecimientos

Agradezco y dedico este trabajo final integrador a mis padres, por su comprensión, motivación y apoyo que me han brindado para lograr todas y cada una de mis metas así como me impulsan a lograr mis sueños y anhelos.

A mi novio, porque así como mis padres siempre ha estado atrás de mí apoyándome.

A la Universidad Isalud por haberme brindado tantas oportunidades y enriquecerme en conocimiento, agradezco muy especialmente a mi tutora Lic. Carla Carrazana, quien con sus conocimientos y apoyo me guió a través de cada una de las etapas de este trabajo para alcanzar los resultados que buscaba.

A todos mis amigos y compañeros por compartir tantos momentos tan especiales que han pasado en lo largo de mi vida.

Título: Conocimientos y adherencia al tratamiento asociado a la calidad de vida en adultos jóvenes con hipertensión primaria recientemente diagnosticada que asisten a la Clínica Figueroa Paredes durante 2020.

Apellido y nombre: Amed Bonetti Stephanie Giselle

Email: stefyamed@gmail.com

Resumen

Introducción: En Argentina uno de cada tres adultos es hipertenso, los pacientes que se adhieren al tratamiento tienen una mejor calidad de vida.

Objetivos: Describir los conocimientos sobre hipertensión, adherencia al tratamiento farmacológico y dietoterápico y su asociación con la calidad de vida en adultos jóvenes.

Materiales y métodos: Estudio descriptivo de corte transversal, sobre adultos jóvenes atendidos en Clínica de Buenos Aires durante 2020. El conocimiento sobre hipertensión, factores de riesgo asociados, a la dieta, ejercicio y medicación se midió por cuestionario (CSH). Se indagó el apoyo familiar, nivel de escolaridad, estado laboral, edad y sexo. Para adherencia farmacológica se utilizó el test Morisky-Green y el cuestionario MINICHAL, para calidad de vida midiendo estado de ánimo y manifestaciones somáticas. La adherencia a una dieta restrictiva en sodio por cuestionario (DSRQ), midiendo actitud y norma subjetiva, control conductual percibido y comportamiento dependiente. Se utilizó el chi cuadrado para las asociaciones de variables categóricas.

Resultados: Muestra de 48 pacientes. Predominó el sexo masculino (60,42%), el nivel de estudios universitarios (62,50%), tiempo de la enfermedad ($7,58 \pm 3,05$) meses. El conocimiento adecuado sobre hipertensión mostró (68,75%), 43,75% adhirió a los fármacos. De la adherencia a la dieta predominó las dimensiones actitud y norma subjetiva y comportamiento percibido (64,58%) y comportamiento dependiente (58,33%), 68,75% presentó mejor calidad de vida. El nivel de conocimiento mostró asociación negativa ($\chi^2 = ,494$ $p > .05$) con el nivel de calidad de vida, la adherencia a los fármacos fue significativa ($\chi^2 = 7,294$ $p < .05$). La adherencia a la dieta evidenció asociación significativa, en dimensión actitud y norma subjetiva ($\chi^2 = 2,160$ $p < .05$).

Conclusión: Se observó asociación significativa entre la adherencia al tratamiento farmacológico y la calidad de vida y adherencia a la dieta en su dimensión actitud y norma subjetiva con calidad de vida, no así entre conocimientos y calidad de vida.

PALABRAS CLAVES: Conocimiento, adherencia farmacológica, adherencia terapéutica, calidad de vida, hipertensión.

INDICE

1. Introducción	1
1.1 Planteamiento del problema.....	2
1.2 Problema.....	2
1.3 Objetivo general	3
1.4 Objetivos específicos.....	3
1.5 Viabilidad.....	3
1.6 Hipótesis	4
2. Marco teórico	4
2.1 Marco Conceptual.....	4
2.1.1 Adulto joven.....	4
2.1.2 Hipertensión arterial	4
2.1.2.1 Hipertensión Primaria.....	5
2.1.2.2 Hipertensión en adulto joven.....	5
2.1.3 Calidad de vida.....	5
2.1.3.1 Calidad de vida relacionada a la salud	5
2.1.4 Adherencia al tratamiento.....	6
2.1.4.1 Adherencia al Tratamiento farmacológico	7
2.1.4.2 Adherencia Terapéutica	7
2.1.4.3 Componentes de la adherencia terapéutica	7
2.1.4.4 Factores que influyen en la adherencia terapéutica	8
2.1.4.5 Adherencia terapéutica y familia	9
2.1.4.6 Adherencia a la restricción de sodio.....	9
2.1.5 Teoría de la conducta planificada	9
2.1.5.1 Actitud y norma subjetiva	10
2.1.5.2 Control conductual	10
2.1.5.3 Comportamiento	10
2.1.6 Conocimiento	10
2.1.6.1 Conocimientos sobre hipertensión	11
2.1.7 Factor de riesgo	11
2.1.8 Factor de riesgo asociado a la hipertensión arterial.....	11
2.1.8.1 Factores de riesgo modificables.....	11
2.1.8.1.2 Ingesta de sodio.....	11
2.1.8.1.3 Actividad física	12
2.1.8.1.4 Obesidad/sobrepeso	13
2.1.8.1.5 Tabaco.....	13

2.1.8.1.6 Estrés.....	13
2.1.8.2 Factores de riesgo metabólicos	14
2.1.8.2.1 Dislipidemia.....	14
2.1.8.2.2 Diabetes mellitus.....	14
2.1.8.2.3 Obesidad central	15
2.1.9 Medicación	15
2.2 Estado del arte.....	15
3. Materiales y Método.....	21
3.1 Enfoque y diseño de investigación	21
3.2 Población y Muestra	22
3.3 Criterios de inclusión:	22
3.4 Criterios de exclusión:	22
3.5 Criterios de eliminación:	22
3.6 Muestra	23
3.7 Operalización variables.....	23
3.8 Recolección de datos	30
3.9 Aspectos éticos	32
3.10 Prueba piloto	33
3.11 Análisis estadístico.....	33
4. Resultados.....	33
4.1 Discusión	47
4.2 Conclusión	51
Bibliografía.....	52
ANEXOS.....	62

1. Introducción

La hipertensión arterial, es una enfermedad no transmisible y crónica degenerativa, que constituye un importante problema de salud pública. Siendo también un factor de riesgo de accidente cerebrovascular o cardiopatía. Sus complicaciones son la causa de 9,4 millones de defunciones cada año en el mundo. (1) (2)

En Argentina uno de cada tres adultos es hipertenso representando el 46,6% de la población, poco más de la mitad recibe tratamiento, de ellos solo la mitad mantiene su presión arterial controlada. (3) En un reciente estudio sobre factores de riesgo cardiovascular, un 3,6% de adultos jóvenes presentó algún grado de hipertensión arterial. (4)

La adherencia terapéutica tanto en relación con el tratamiento farmacológico como con los cambios alimentarios y el estilo de vida es vital para mantener la presión arterial controlada. (5) En la actualidad existe amplia evidencia que relaciona una moderada reducción en la ingesta de sodio, y la disminución sustancial y rentable de los eventos cardiovasculares evitables a través de disminución de la presión arterial. (6)

La falta de adhesión al tratamiento se relaciona con peor control de la presión arterial, mayor morbimortalidad generando peor calidad de vida y mayor cantidad de hospitalizaciones. (7) (3)

Se ha investigado la asociación entre conocimientos de hipertensión y adherencia al tratamiento. Estudios refieren que los pacientes con bajo conocimiento de hipertensión tienen 1,5 veces más probabilidad de desarrollar adherencia parcial al tratamiento que los pacientes con alto conocimiento. (8) (9) (10)

En ciertas situaciones la administración de fármacos producen efectos adversos desagradables que podrían comprometer el control adecuado de la enfermedad y por consiguiente impedir la reversión del curso natural de la misma repercutiendo en la vida diaria de los pacientes y en su calidad de vida. (11) A su vez, la evidencia empírica indica que los pacientes que adhieren al tratamiento tienen una mejor calidad de vida y se sienten mejor, y más

satisfechos en distintas áreas de su vida. Se identificó también que los pacientes con buenos niveles de calidad de vida constatan que la patología en sí no genera alteración significativa en su calidad de vida relacionada con la salud y, que esta se ve supeditada al control que tienen de la enfermedad, de la aparición de síntomas físicos y de la conciencia de enfermedad. (12) (13)

Dentro del contexto pandémico por el virus COVID-19 (SARS-CoV-2) y las medidas de control recomendadas de aislamiento, aparecen malestares físicos y psicológicos que tienen un efecto negativo en la calidad de vida de las personas sobre todo en menores de 35 años. (14)

En cuanto a ser hipertenso no es un factor favorecedor de enfermedad COVID-19 pero sí se asocia con más de dos veces el riesgo de padecer formas severas de COVID-19. (15)

Si bien en Argentina la prevalencia de presión arterial elevada e hipertensión sigue en aumento y el grado de conocimiento y control de la hipertensión permanece detenido en los últimos 7 años (4) (6) son escasos los estudios que indaguen la calidad de vida y las variables implicadas como ser la adherencia al tratamiento y el conocimiento sobre la misma.

Frente a lo expuesto, se propuso evaluar el nivel de conocimiento sobre hipertensión y adherencia al tratamiento asociado a la calidad de vida de pacientes jóvenes con hipertensión primaria recientemente diagnosticada que asisten a la Clínica Figueroa Paredes de la provincia de Buenos Aires durante 2020.

1.1 Planteamiento del problema

1.2 Problema

¿El nivel de conocimientos sobre hipertensión arterial y la adherencia al tratamiento farmacológico y dietoterápico se asocia con la calidad de vida de adultos jóvenes con hipertensión arterial primaria diagnosticada en los últimos 12 meses en la clínica Figueroa Paredes de la provincia de Buenos Aires durante 2020?

1.3 Objetivo general

Describir los conocimientos sobre hipertensión, adherencia al tratamientos farmacológico y dietoterápico y su asociación con la calidad de vida en adultos jóvenes con hipertensión arterial primaria diagnosticada en los últimos 12 meses en la clínica Figueroa Paredes de la provincia de Buenos Aires durante 2020.

1.4 Objetivos específicos

Averiguar el conocimiento sobre la HTA, sobre los factores de riesgo asociados a la misma, sobre los riesgos de la hipertensión, la dieta, el ejercicio y la medicación.

Describir el apoyo familiar, nivel de escolaridad y estado laboral.

Medir el cumplimiento en la toma de medicamentos para tratar su enfermedad, los horarios y abandono del mismo cuando se encuentra bien.

Indagar las barreras, creencias y actitudes para la adherencia y la no adherencia a la dieta y el comportamiento de los pacientes relativos a tres aspectos del tratamiento antihipertensivo: la ingesta de sodio, el seguimiento de las visitas médicas y la toma de medicación.

Indagar prevalencia de ansiedad, depresión y síntomas.

1.5 Viabilidad

La recopilación de datos fue posible realizarla porque se dispuso de permisos necesarios, por parte de médicos y pacientes y con la aprobación de la Clínica Privada Figueroa Paredes de la zona oeste del gran Buenos Aires para poder ingresar. Se contó con recursos humanos (personal médico, administrativo y entrevistador) y materiales para acceder a las historias clínicas de los pacientes hipertensos que ahí se atendieron. Los cuestionarios validados fueron digitalizados por medio de formularios de Google, a cada participante se le envió por email para poder llevar a cabo la presente investigación. (16)

1.6 Hipótesis

De acuerdo con lo expuesto hasta el momento hipotetiza, que cuanto mayor es el grado de conocimiento sobre la enfermedad, sus factores de riesgo, las modificaciones en el estilo de vida, mayor es el compromiso con el autocuidado, la adhesión a la dieta restrictiva en sodio y toma de medicación se asocia con una mejor calidad de vida en adultos jóvenes hipertensos durante los meses de enero a diciembre de 2020.

2. Marco teórico

2.1 Marco Conceptual

2.1.1 Adulto joven

Un adulto es aquel individuo que desde el punto de vista físico ha logrado una estructura corporal definitiva, biológicamente ha concluido su crecimiento, psíquicamente ha adquirido una conciencia y ha logrado el desarrollo de su inteligencia, en lo sexual ha alcanzado la capacidad reproductiva, socialmente obtiene derechos y deberes ciudadanos y económicamente se incorpora a las actividades productivas y creadoras. (17)

Comprende la edades de 20 a 40 años, en esta edad por lo general se concentran en desarrollar sus habilidades personales, laborales y profesionales, así como la búsqueda de una pareja para el establecimiento de una nueva familia, existe un amplio desarrollo en el aspecto físico, cognoscitivo, moral, emocional, social y sexual la cuales se pueden ver afectadas o fomentadas debido a la forma en la cual el individuo se relaciona con su entorno de diferentes manera, a través de diferentes sistemas que lo ayudan a fortalecer dichas habilidades. (18) (19)

2.1.2 Hipertensión arterial

En el Sexto Reporte del Comité Nacional Conjunto sobre Prevención, Detección, Evaluación y Tratamiento de la Hipertensión (JNC VI) se define la hipertensión arterial como presión arterial sistólica mayor o igual a 140 mmHg, presión arterial diastólica mayor o igual a 90 mmHg, o la toma de

medicamentos antihipertensivos y se establece la meta de mantener las cifras de tensión arterial por debajo de 130/85 mmHg. (20)

2.1.2.1 Hipertensión Primaria

Según la asociación argentina de hipertensión arterial se encuentra en el 95% de los casos donde no se tiene una causa conocida y depende de múltiples factores como la herencia, la alimentación, el sedentarismo y la presencia de diabetes u otras enfermedades. (21)

2.1.2.2 Hipertensión en adulto joven

Se considera hipertensión en jóvenes cuando la presión arterial es ≥ 140 y/o 90 mmHg en individuos de 16 a 35 años. La mayoría de los hipertensos este grupo etario son esenciales. (22)

2.1.3 Calidad de vida

Se define como la percepción personal de un individuo de su situación en la vida, dentro del contexto cultural y valores en que vive, y se relaciona con sus objetivos, expectativas, valores e intereses. (23)

2.1.3.1 Calidad de vida relacionada a la salud

La calidad de vida, en relación a la salud, es la valoración subjetiva acerca del estado de salud reciente, la atención sanitaria y la difusión del bienestar sobre el potencial de la persona para obtener y mantener un óptimo rendimiento que le facilite continuar con el trabajo que son trascendentales para la persona y que no dañen su buen estado físico y mental. (24)

Tanto la salud mental y la capacidad funcional son componentes que más afectan en la percepción del estado de salud. (24)

Según Badia y cols.(2009) (25) se determina en dos dimensiones, estado de ánimo y manifestaciones somáticas. El estado de ánimo es una condición que se deriva de sensaciones agradables o desagradables, que se asocia a una idea o situación y cuya duración se prolonga por algún tiempo, es producido por una variedad de sucesos cuyo significado varía para cada persona. Tales como los éxitos, fracasos, pláticas agradables o incómodas, información amena o penosa.

En este punto cuando hablamos de manifestaciones somáticas se hace referencia a las sensaciones o dolencias que son exclusivamente físicas, las cuales se expresan de forma clara y evidente en alguna parte del cuerpo. Entre las diferentes manifestaciones somáticas tenemos la dificultad al respirar, hinchazón en los pies, aumento de frecuencia al miccionar, aumento de la sensación de sed, dolor de pecho, hormigueo corporal. (26)

Como resultado de una baja adherencia al tratamiento, una gran cantidad de pacientes no obtienen el máximo beneficio de los tratamientos médicos, logrando pobres resultados en salud y una disminución de la calidad de vida. (27)

2.1.4 Adherencia al tratamiento

En la ciencia de la salud se la define como la medida en que la conducta de una persona coincide en términos de concurrir a las citas, la toma de medicación, así como la ejecución de los cambios en los estilos de vida de acuerdo a la recomendación médica. (28)

En la adherencia, participan algunas variables que interactúan entre sí determinando el éxito terapéutico, se dividen en cuatro grupos: la interacción del paciente con el profesional de la salud, el régimen terapéutico, las características de la enfermedad y los aspectos psicosociales del paciente. (28)

La interacción entre el profesional de la salud ya sea este médico, enfermero u otro, es un pilar importante en la adherencia terapéutica, determinada por dos aspectos, el empático y la comunicación. Así, una empatía que satisfaga al paciente da origen a un incremento en la adherencia, y de la misma manera, proporcionar información sobre hipertensión, su tratamiento y beneficios de una manera que favorezca y garantice niveles mínimos de comprensión por parte del paciente a través de una comunicación eficaz contribuye a mejorar la adherencia. (29)

En cuanto al régimen terapéutico se menciona los cambios originados en las actividades de la vida cotidiana, el número de dosis y sus horarios; y finalmente los efectos secundarios de los tratamientos, que dará origen a dificultades para la adherencia. (29)

En relación a las características de la enfermedad, cabe mencionar la presencia o ausencia de síntomas como elementos motivadores y reforzadores

de la adherencia, ya que un tratamiento que produzca un alivio inmediato de los síntomas permite un mejor nivel de adherencia. Entre los factores psicosociales que influyen considerablemente, destaca la actitud seguida de las creencias, representación mental de la enfermedad, y finalmente el apoyo social. (29)

2.1.4.1 Adherencia al Tratamiento farmacológico

Es la estrategia que permite que el paciente mantenga y continúe el tratamiento y de esta manera logre cambios significativos en su comportamiento que mejoren su vida. (30)

El tratamiento farmacológico comprende los medicamentos que el médico tratante prescriba a pacientes con alguna condición de enfermedad, cuyo número y complejidad son factores que influyen en la adherencia. (31)

La edad es un factor que predice una baja adherencia farmacológica y terapéutica, siendo los jóvenes los menos adherentes. (32) (33)

2.1.4.2 Adherencia Terapéutica

La Organización Mundial de la Salud definió el término "Adherencia Terapéutica" (34) como el grado en que el comportamiento de una persona como tomar el medicamento, seguir un régimen alimentario y ejecutar cambios del modo de vida. Se corresponde con las recomendaciones acordadas con un prestador de asistencia sanitaria, y resalta cinco dimensiones que influyen sobre la adherencia terapéutica: factores socioeconómicos, factores relacionados con el sistema de asistencia sanitaria, factores relacionados con la enfermedad, factores relacionados con el tratamiento y factores relacionados con el paciente.

2.1.4.3 Componentes de la adherencia terapéutica

Según el plan de adherencia al tratamiento, se establece que el proceso de adherencia terapéutica presenta los siguientes componentes:

a) Iniciación.- Se inicia cuando el paciente consume o ingiere la primera dosis de medicación prescrita en el tratamiento de su patología.

b) Ejecución.- Se considera como el grado de cumplimiento del tratamiento por parte del paciente concuerda con la prescripción establecida por el médico tratante, desde la primera hasta la última dosis del régimen terapéutico.

c) Discontinuación.- Constituye el final del tratamiento terapéutico, y se presenta cuando antes de culminar el tratamiento prescrito por el médico tratante, la siguiente dosis es omitida y después de ello no se consume ninguna más. (35)

2.1.4.4 Factores que influyen en la adherencia terapéutica

Según Libertad y Grau (2004) (36) los factores que influyen en la adherencia terapéutica de los pacientes se clasifican en:

- a) Factores relacionados al paciente: Se refiere a las características propias del individuo que impiden que impiden el cumplimiento del régimen terapéutico; entre estos se encuentran la falta de comprensión, la apatía, pesimismo; desconocimiento de su enfermedad, historiales previos de falta de adhesión terapéutica o abandono del tratamiento, insatisfacción con la atención recibida en los servicios de salud, creencias relacionadas con el proceso de salud enfermedad, falta de apoyo social y de recursos económicos para cumplir con el tratamiento.
- b) Factores relacionados a la enfermedad: Se refiere a las características propias del proceso patológico que condicionan la adherencia terapéutica de los pacientes; entre estos factores se encuentran la ausencia de síntomas característicos de enfermedad, la estabilidad de los síntomas y otras características relacionadas a la patología presentada.
- c) Factores relacionados al tratamiento: Se relaciona con los aspectos derivados del régimen terapéutico del paciente; entre estos factores se consideran la facilidad del tratamiento, el tiempo de espera prolongado, inadecuada supervisión por parte del personal de salud, duración del tratamiento, características propias de los medicamentos y las reacciones adversas de la medicación.
- d) Factores relacionados a las relaciones interpersonales: Se refiere a aquellos aspectos propios de las relaciones que se establece entre el paciente y las personas que lo rodean; entre estos factores se encuentra

la comunicación inadecuada, falta de empatía, insatisfacción del paciente, y el grado de funcionalidad o disfuncionalidad en el ambiente familiar.

2.1.4.5 Adherencia terapéutica y familia

Diversos estudios identifican que la familia es uno de los factores principales para que se realice una mejor adherencia al tratamiento, (37) por lo tanto, la ausencia de un logro adecuado para el control de la hipertensión arterial se asocia a la falta de participación convencida y activa de la familia, siendo un elemento que sintetiza la producción de la salud a escala microsocial, constituyendo la primera red de apoyo que posee el individuo, ejerciendo una función protectora ante las tensiones que genera la vida cotidiana; asimismo cumple funciones importantes en el desarrollo biológico, psicológico y social del individuo, ya que con ella y en ella se satisfacen necesidades que están en la base de la conservación, fomento y recuperación de la salud, desde el punto de vista social, afectivo, económico, de reproducción y de cuidado. (38)

El paciente hipertenso percibe su enfermedad como un factor que atenta contra la estabilidad de su familia, y a menos que el ambiente familiar se modifique para apoyarlo, gradualmente declina su nivel de adherencia. (39)

2.1.4.6 Adherencia a la restricción de sodio

Se refiere al comportamiento de la persona en seguir un plan alimentario en restricción del consumo de sodio dada por las recomendaciones acordadas por el médico/nutricionista. (40)

La edad es un factor que se correlaciona positivamente con una mejora a la adherencia restrictiva de sodio en la dieta, las personas mayores son más sensibles a los cambios dietéticos que los jóvenes. (41)

2.1.5 Teoría de la conducta planificada

La teoría de la conducta planificada sostiene que la conducta humana es voluntaria y está determinada por la intención conductual, la cual a su vez se construye a partir de tres procesos principales: actitudes sociales, norma subjetiva y control conductual percibido. (42)

2.1.5.1 Actitud y norma subjetiva

Según Ajzén (1991) (43) la actitud hacia una conducta refleja el grado en que ella está valorada positiva o negativamente. La actitud hacia una conducta está determinada por las creencias que la unen con los resultados y la evaluación de dichos resultados. (43)

La norma subjetiva es un razonamiento normativo que pone de manifiesto la presión social percibida por la persona que va a realizar la conducta hacia la ejecución o no de dicha conducta; es el resultado de la evaluación que se hace, sobre si los otros significativos quieren que se realice la conducta y de la motivación para complacerlos. (43)

La actitud y la norma subjetiva son las creencias del hipertenso con respecto a los resultados de realizar una dieta con sodio reducido y la importancia de la aprobación o desaprobación de esta práctica por parte de otras personas. (43)

2.1.5.2 Control conductual

Es la creencia personal de la capacidad de controlar las dificultades existentes para realizar una conducta. El hipertenso es capaz de identificar facilitadores y barreras relacionadas con la reducción de sodio en su dieta. (43)

2.1.5.3 Comportamiento

Evalúa la presencia o ausencia de recursos y limitaciones para que un paciente siga una dieta reducida en sodio. (43)

2.1.6 Conocimiento

Una de sus definiciones más exactas de conocimiento se refleja en el Diccionario de Oxford (44), en el cual se le define como «la maestría y habilidades adquiridas por una persona a través de la experiencia o la educación, el entendimiento teórico o práctico sobre una materia»; en segundo lugar, como «lo que se conoce en un campo en particular o en general: hechos e información, conciencia o familiaridad ganada por la experiencia sobre un hecho o situación dada». Desde el punto de vista psicológico, se sabe que la adquisición de los conocimientos incluye procesos cognitivos complejos de percepción, aprendizaje, comunicación, asociación y razonamiento. (44)

2.1.6.1 Conocimientos sobre hipertensión

El conocimiento sobre hipertensión se refiere al conjunto de conocimientos que adquiere el paciente relacionados a la hipertensión arterial sobre su definición, síntomas, tratamiento terapéutico. Este es un factor que incide en el control hipertensivo, el gran valor e importancia de esto reside en que, a diferencia de muchos otros factores sociodemográficos, el conocimiento de hipertensión del paciente es un factor modificable mediante intervenciones educativas. (45)

2.1.7 Factor de riesgo

Un factor de riesgo es cualquier característica o circunstancia detectable de una persona o grupo de personas asociada con la probabilidad de estar especialmente expuesta a desarrollar o padecer un proceso mórbido. Sus características se asocian a un cierto tipo de daño a la salud y pueden estar localizados en individuos, familias, comunidades y ambiente. Estos factores de riesgo (biológicos, ambientales, de comportamiento, socio-culturales, económicos) pueden sumándose unos a otros, aumentar el efecto aislado de cada uno de ellos produciendo un fenómeno de interacción. (46)

2.1.8 Factor de riesgo asociado a la hipertensión arterial

La hipertensión arterial es considerada uno de los principales factores de riesgo cardiovascular, aumentando la morbilidad y mortalidad por infarto al miocardio y contribuyendo al desarrollo de enfermedades cardiovasculares, cerebrovasculares y renales. (47)

2.1.8.1 Factores de riesgo modificables

Son aquellos asociados al estilo de vida y pueden ser susceptibles de ser controlados y/o modificados por comportamientos saludables. (48)

2.1.8.1.2 Ingesta de sodio

El sodio es el catión extracelular más abundante en el organismo humano y ejerce un papel clave en la comunicación celular regulando el potencial eléctrico de las membranas plasmáticas y la presión osmótica. Además, determina el balance hídrico y electrolítico y mantiene el volumen sanguíneo; funciones que se relacionan con la regulación de la presión arterial. (49)

De las principales fuentes alimentarias de sodio, el 12% del cloruro de sodio total consumido es de origen natural. (50) . Se ha estimado, que la mayoría de la sal (77% de la sal total) se consume como resultado del procesado de los alimentos, mientras que el 6% se añade mientras se come, el 5% durante la cocción y menos del 1% procede del agua del grifo.

El sodio se encuentra de forma natural en alimentos como leche, huevos, carne y mariscos; y en cantidades superiores en los alimentos industrializados como panes, galletas, carnes procesadas, aperitivos, conservas, salchichas, quesos, snacks, salsas y condimentos listos para consumo y especias ya preparadas. (51)

El consumo crónico de una dieta con alto contenido de sal se asocia con mayor presión arterial y mortalidad por enfermedades cardiovasculares. Esta asociación está directamente relacionada con la presión arterial y las complicaciones cardiovasculares. (49)

En el caso de la población entre 20 y 39 años, estos datos sustentan el rol del sodio en la elevación de las cifras de la presión arterial aún en personas jóvenes, grupo en el cual no es esperable una alta prevalencia de hipertensión arterial ni patologías relacionadas. (52)

2.1.8.1.3 Actividad física

Según la OMS (53) se considera actividad física cualquier movimiento corporal producido por los músculos esqueléticos que exija gasto de energía. Se recomienda la práctica de ejercicio físico de tipo aeróbico de 30 a 40 minutos/día. La actividad física regular se asocia a menor riesgo de enfermedad cardiovascular, mortalidad cardiovascular y mortalidad total. Sus efectos benéficos se han atribuido principalmente a la disminución del porcentaje de grasa corporal, de la resistencia a la insulina, al aumento del colesterol HDL, mejoría de la hipertensión. El ejercicio aeróbico practicado con regularidad disminuye la presión arterial. (48)

En la última encuesta factor de riesgo se observó un incremento de la actividad física baja donde los adultos jóvenes de 18 a 24 años tuvieron una prevalencia de 33,5%. (54)

2.1.8.1.4 Obesidad/sobrepeso

Es una acumulación anormal o excesiva de grasa que puede ser perjudicial para la salud. Una forma simple de medir la obesidad es el índice de masa corporal (IMC), esto es el peso de una persona en kilogramos dividido por el cuadrado de la talla en metros. Una persona con un IMC igual o superior a 30 es considerada obesa y con un IMC igual o superior a 25 es considerada con sobrepeso. El sobrepeso y la obesidad son factores de riesgo para numerosas enfermedades crónicas entre ellas la hipertensión arterial. (55)

El efecto promedio de la pérdida de 1Kg de peso corporal es la disminución de 1.6/1.3 mmHg en la presión sanguínea sistólica/diastólica. (48)

En la última ENFR 2018 los adultos jóvenes presentan un aumento de peso para los que tienen sobrepeso y hubo una disminución en cuanto a la prevalencia de obesidad. (56)

2.1.8.1.5 Tabaco

El tabaco es un poderoso factor que acelera la aterosclerosis y el daño vascular producido por la hipertensión arterial. El tabaco incrementa los niveles de colesterol sérico, la obesidad y agrava la resistencia a la insulina. (57)

Según la 4ta ENFR el consumo de alcohol entre jóvenes de 18 a 34 años ha incrementado. (58)

2.1.8.1.6 Estrés

Durante muchos años, el término estrés fue utilizado con referencia a factores que trastornan el funcionamiento fisiológico o psicológico normal. Según Hans Selye (1956) (59) lo define como un estado en el cual las demandas de la vida producen un síndrome estereotípico con un amplio rango de efectos biológicos, incluida la enfermedad. El sistema de estrés desempeña un papel fundamental al generar mecanismos adaptativos ante el estrés psicosocial al que están expuestas todas las personas que viven en sociedades industrializadas. Este sistema consta del sistema nervioso central, incluidas las neuronas productoras de hormonas liberadoras de corticotrofina, del núcleo paraventricular del hipotálamo y la mayor parte de los núcleos del tronco cerebral y sus ramas periféricas, el eje hipotálamo hipofisario adrenal y el sistema autonómico periférico. (59)

Si bien una elevada presión sanguínea puede parecer el resultado del estrés, no existe una relación simple entre el estrés y presión sanguínea. Diversos factores que producen estrés del medio ambiente pueden elevar la presión sanguínea, pero ésta recupera su estado normal cuando el estímulo situacional desaparece. Por el contrario, una exposición crónica ante el estresor puede jugar un papel importante en el desarrollo de la hipertensión. (57)

2.1.8.2 Factores de riesgo metabólicos

Los factores de riesgo metabólicos son un conjunto de factores de riesgo cardiovascular constituido por obesidad de distribución central, dislipidemia, anormalidades en el metabolismo de la glucosa e hipertensión arterial, estrechamente asociado a resistencia a la insulina. El mismo se considera como predictor de morbilidad y mortalidad cardiovascular. (60)

2.1.8.2.1 Dislipidemia

Alteración lipídica que se caracteriza por colesterol HDL bajo, triglicéridos elevados, y valores habitualmente normales de colesterol LDL, pero las partículas de LDL son más pequeñas y densas, lo que se ha asociado con mayor riesgo aterogénico. (61)

La hipertensión ocurre frecuentemente asociada a otros trastornos metabólicos como la dislipidemia, comorbilidad que se presenta en más de un tercio de los pacientes adultos hipertensos. (62)

2.1.8.2.2 Diabetes mellitus

Es un grupo de enfermedades metabólicas cuyo nexo en común es la hiperglucemia secundaria a un déficit de la secreción de insulina, al defecto de su actividad metabólica o a ambos. (63)

Los pacientes diabéticos e hipertensos tienen aproximadamente cuatro veces más riesgo de sufrir un episodio cardiovascular que los diabéticos no hipertensos. Por lo que, en pacientes con diabetes, la presencia de la hipertensión supone un factor de riesgo añadido al desarrollo y progresión de las complicaciones, hasta el punto de haberse indicado que el control de la presión arterial tiene un mayor impacto que el control estricto de la glucemia. (63)

2.1.8.2.3 Obesidad central

Se obtiene por medio de la relación entre la cintura/cadera, en hombres $>0,90$ m y en mujeres $>0,85$ m, y/o índice de masa corporal (IMC) >30 kg/m². (60)

2.1.9 Medicación

En la mayoría de los pacientes (2/3 de los hipertensos) se necesita más de una droga para lograr el objetivo terapéutico, pudiendo necesitarse 2 o 3 drogas. También, se deben considerar las combinaciones fijas, que pueden ser efectivas para mejorar la adherencia al tratamiento y de esta forma aumentar el éxito en el control de la presión arterial. Se debe tener en cuenta los posibles efectos colaterales, porque de esto depende en gran parte la adherencia al tratamiento del paciente hipertenso. (64)

2.2 Estado del arte

Dado el contexto actual de pandemia por el virus COVID-19 (SARS-CoV-2) los adultos jóvenes según la OMS (65) no son una población vulnerable, sin embargo el padecer de hipertensión si se evidencia como un factor de riesgo. En Lombardía, (66)Italia un 49% de pacientes internados en terapia intensiva presentaban hipertensión arterial, teniendo una mayor mortalidad (65%) que los no hipertensos (40%). Sin embargo, este dato debe ser tomado con precaución, pues el 58% de los pacientes continuaban internados al momento del análisis.

Según Kuster, Pfister, Burkard y cols. (2020) (67) en su estudio sobre 44.672 pacientes arroja una mortalidad total de 2,3%, siendo la tasa de mortalidad para los pacientes con comorbilidades mayor, correspondiendo al grupo de hipertensión el 6%.

Se evidencia (68)que tener hipertensión es 2 veces más frecuentes en los pacientes con COVID-19 que ingresan a unidad de cuidados intensivos y tienen los peores desenlaces.

Por su parte, Wu y cols. (2020) (69) indica que la hipertensión tiene un riesgo de 1,70 para la muerte y 1,82 para el síndrome de dificultad respiratoria aguda sobre 201 pacientes con COVID-19. Según Zhou y cols. (2020) (70)encuentran que la hipertensión tiene una razón de riesgo de 3,05 para la mortalidad

hospitalaria en 191 pacientes con COVID-19. Sin embargo, ninguno de estos estudios, contempla ciertas variables de confusión y, por lo tanto, no está claro si esta asociación, se relaciona con la patogénesis de la hipertensión u otra comorbilidad o tratamiento.

Un meta análisis sobre 8 estudios con 46.248 pacientes (15) estima que, si bien la prevalencia de hipertensión arterial entre los pacientes infectados por COVID-19 es similar a la de la población general, este factor de riesgo no aumenta la susceptibilidad a contraer la infección, el hecho de presentar hipertensión arterial sí se asocia con más de dos veces el riesgo de padecer formas severas de COVID-19. Se concluye que la hipertensión arterial no se constituye un factor favorecedor de enfermedad COVID-19, sin embargo, si es claro que los pacientes con hipertensión arterial representan una población de mayor riesgo para la severidad de la enfermedad, mayores ingresos a unidad de cuidados intensivos y mayor posibilidad de muerte.

En cuanto a la relación de pandemia y la calidad de vida se informa de la aparición, en personas en cuarentena, de síntomas psicológicos, trastornos emocionales, depresión, estrés, estado de ánimo deprimido, irritabilidad, insomnio y síntomas de estrés postraumático. (71)

El estudio de Huang y Zhao, (2020) (72) en China, muestra una mayor prevalencia de trastornos de ansiedad y síntomas depresivos en menores de 35 años, en comparación con los demás. Según Berti (2020), (14) al analizar una muestra de personas de 18 o más años, se encuentran puntuaciones medias de ansiedad y depresión significativamente más altas en el segmento de menos de 30 años, en comparación con los más años.

El estudio RENATA (Registro Nacional de Hipertensión Arterial) (9), realizado en el año 2009, fue el primer registro Argentino que aporta datos sobre la prevalencia, tratamiento y control de la hipertensión. Ha sido realizado en 7 ciudades, incluida la Provincia de Buenos Aires, e informa una prevalencia del 33,5%. Después de siete años, y con la intención de establecer una vigilancia epidemiológica de la Hipertensión en nuestro país, se ha diseñado el 2do. Registro Nacional de Hipertensión Arterial (Estudio RENATA-2). (6) Donde muestra la prevalencia de hipertensión arterial en la población general es del

36,3%, ésta aumenta con la edad en ambos sexos, y del 12,2% en < 35 años. Alrededor de la mitad de los pacientes tratados toman adecuadamente la medicación (con una adherencia del 50,4%), los cuales tuvieron un mejor control de la presión arterial significativamente superior a los pacientes no adherentes.

Si bien en RENATA-2 el 43,6% de los hipertensos tratados estaban controlados, cuando fue considerado el total de individuos hipertensos, sólo 1 de cada 4 estaba controlado bajo tratamiento farmacológico. Con respecto al género las mujeres tienen una mayor adherencia al tratamiento que los hombres.

Se concluye que alrededor del 50% de los pacientes cumple con el tratamiento para la hipertensión al año del inicio de la misma. (73) (74) (6) Sin embargo, en nuestro país, la evidencia sobre la relación entre la falta de adherencia y el bajo control de la enfermedad es escasa.

En Argentina, hace más de 15 años, el estudio ENSAT (Estudio Nacional Sobre Adherencia al Tratamiento) (75) evidencia una adherencia a los antihipertensivos del 48%. Esta diferencia con el estudio RENATA-2 podría deberse a una mejora de la adherencia en los últimos años. Según este estudio, la adherencia al tratamiento a los 6 meses de iniciado no supera el 50%, y no se observaron diferencias significativas en el control de la hipertensión de la enfermedad entre adherentes y no adherentes.

En 2017 según el estudio (CHARTER) (76) la prevalencia de hipertensión arterial en individuos ≥ 18 años fue del 36,3% y su nivel de control del 24%, respectivamente. El 55,5% de los pacientes hipertensos se encuentran en tratamiento farmacológico, y la adherencia terapéutica fue del 43,6%, lo que significa que 56 de cada 100 pacientes tratados con fármacos no alcanzan la adherencia.

En Buenos Aires, el estudio epidemiológico (CARMELA) realizado en 2008 muestra una prevalencia de hipertensión arterial del 29% en la Ciudad Autónoma de Buenos Aires. (77) En 2019 en 1555 estudiantes entre 18 y 40 años de la Universidad de Buenos Aires, (4) sobre factores de riesgo cardiovascular, el 3,6% presentan hipertensión. Si bien no hay muchos estudios realizados actualmente sobre la prevalencia de hipertensión en las diferentes provincias y regiones de la Argentina según la 4ta ENFR, (Encuesta

Nacional factores de riesgo, 2018) (78) la provincia de Buenos Aires, ha aumentado desde su primera encuesta de un 34,8% a 35,8%.

Para la variable conocimientos según Pérez Pupo & Rodríguez Lazo (10) en su estudio, nivel de conocimientos sobre hipertensión arterial de pacientes atendidos en un Centro de Diagnóstico Integral de Venezuela, determina que la mitad de los hipertensos (55,47%) poseen los conocimientos sobre las generalidades de la HTA. El 51,36% conoce qué es la hipertensión arterial, sin embargo, el 51,36% poseen conocimientos en la categoría de regular sobre la evolución crónica de la enfermedad. Los pacientes poseen los conocimientos sobre algunas medidas que pueden ayudar a controlar su tensión arterial. De los pacientes, el 52,74% fueron del sexo femenino, el 58,22% cumple con el tratamiento y La mayoría de los pacientes identifican entre las medidas de control de la hipertensión, el control del peso (76,71%), la práctica de ejercicios físicos (71,91%), la eliminación de hábitos tóxicos (60,27%) y la eliminación de situaciones de estrés (51,37%).

En otro estudio en España sobre educación sanitaria enfermera en pacientes hipertensos en atención primaria según Riestra, Gonzales & Moreno (2015) (79), un 72% de los pacientes eran mujeres y la edad media de 57 años, demuestran que los conocimientos sobre HTA, y el riesgo cardiovascular son escasos, ya que (32%) desconocen que es la HTA, el 28% no saben que la HTA era para toda la vida. Se destaca que casi la mitad de los pacientes refieren que no se les explicada en el Centro de Salud qué es la HTA, y el 36% afirman que su enfermero no les controla la Tensión arterial.

Los estudios actuales se realizan en muestras de adultos sin límite de edad no hallándose estudios en la población destino.

En cuanto a la adherencia al tratamiento farmacológico según Murga, Sujo y Perera, (2020) (80) de un total de 198 pacientes hipertensos, se identifica mayor prevalencia de la hipertensión arterial en hombres 51%, sólo el 43,9% de los pacientes están adheridos al tratamiento farmacológico, y las mujeres mostraron mayor adherencia farmacológica (28,2%) y el 71,7% de los

pacientes se encuentran controlados, de ellos el 41,9% están adheridos farmacológicamente, con asociación significativa ($p < 0.05$).

Otro estudio según García-Reza, Landeros, Gollner Zeitet al. (2012) (81) sobre el rol socioeconómico y la adhesión al tratamiento de pacientes con hipertensión arterial de tres centros de salud en México, donde la población está compuesta por 161 pacientes cuya edad promedio es de 56 años. El 32% de los pacientes se encuentran como no adherentes, el 13% de los pacientes se trata con el medicamento de mayor uso en los centros de salud del Estado de México (captopril); de acuerdo con esta escala quienes contestaron en forma negativa. Asimismo, en cuanto al tratamiento farmacológico para la hipertensión, 92% de los pacientes indicaron llevar tratamiento con el medicamento antes mencionado, en tanto un 8% dijo no hacerlo debido a sus efectos secundarios: tos, cefalea, insomnio y náuseas. Resalta en este estudio la evidencia del uso de tratamientos alternativos: 71% de los pacientes con hipertensión asocian la terapia prescrita por el médico, con té, acupuntura o jugos reductores de radicales libres. Este estudio muestra cómo la baja adhesión al tratamiento se correlaciona con el bajo nivel educativo y socioeconómico en individuos con presión arterial más elevada.

Los pacientes hipertensos jóvenes tienen menos probabilidades de continuar con el tratamiento antihipertensivo, en línea con otros hallazgos. A medida que los síntomas pasan desapercibidos, es posible que los jóvenes no presten mucha atención a la importancia de continuar con la medicación. Esto necesita más exploración como área de intervención. La edad afecta la adherencia al tratamiento cuanto más jóvenes son los pacientes menos conocimientos y más baja adherencia tienen sobre su enfermedad. Las diferencias en el manejo de la hipertensión en adultos jóvenes en comparación con los adultos mayores también arrojan temas recurrentes de barreras. Sin embargo, la adherencia a las visitas (es decir, la ausencia de visitas a la clínica) es un tema importante, no solo para el diagnóstico y el control de la hipertensión, sino también abordar el cumplimiento de las visitas y no solo el cumplimiento de la medicación. (82) (9)

Los estudios actuales se realizan en muestras de adultos sin límite de edad no hallándose estudios en la población destino.

Otra variable implicada en el estudio es la adherencia a la restricción de sodio en la dieta según Tibebe, Mengistu & Negesa, (2016) (83) donde se analiza el cumplimiento de las modificaciones de estilo de vida recomendadas y factores asociados para los pacientes hipertensos que asisten a unidades de seguimiento crónico de hospitales públicos seleccionados en Addis Abeba, Etiopía. Este estudio muestra un 23% de adherencia a las modificaciones recomendadas en el estilo de vida, esto muestra que las tasas de adherencia a la modificación del estilo de vida son muy bajas. La mayoría de los encuestados incluyeron frutas, verduras, granos, en su dieta desde el diagnóstico de HTA, casi todos los encuestados rara vez o nunca consumieron alimentos con alto contenido de grasas saturadas y el 12,4% no utilizó sal en su dieta.

En España según Granados Gámez & Roales-Nieto (2007) (84) en su estudio sobre creencias relacionadas con la hipertensión y adherencia a los diferentes componentes del tratamiento se evidencia adherencia (11,7%), no adherencia (13,5%) y adherencia parcial (74,9%). Los resultados obtenidos en cuanto a las razones que los pacientes indican para sustentar sus informes de problemas o dificultades en el cumplimiento del tratamiento, se destaca que las razones para la dificultad del cumplimiento del tratamiento (41,2%) son “falta de voluntad” y “reacciones inadecuadas ante situaciones cotidianas” (reaccionar de manera que afecta a la adherencia al tratamiento ante situaciones cotidianas que impliquen conflictos interpersonales, situaciones emocionales, molestias durante el ejercicio, condiciones laborales, etc.). El 19,3% reduce el consumo de sal, el 8,2% se ajusta al del plan de comidas y el 5,8% al ejercicio físico en el grupo de respuestas que indican un informe de adherencia total o parcialmente adecuado.

La última variable implicada en el estudio es la calidad de vida, considerar esta variable resulta importante ya que se ha reportado previamente que tanto la patología como los tratamientos farmacológicos y los cambios en los hábitos de vida que se realizan de forma preventiva en pacientes con diagnóstico de hipertensión arterial, tiene un impacto en la calidad de vida de los mismos y en su adherencia al tratamiento.

Según Guarín-Loaiza y Pinilla-Roa (2016) (85) por medio de su estudio sobre adherencia al tratamiento antihipertensivo y su relación con la calidad de vida en pacientes de dos hospitales de Bogotá, donde el 31,4% son adherentes al tratamiento farmacológico con una calidad de vida relacionada con la salud dentro de un rango medio de 49,2%, sólo un 29,6% presentan una mejor calidad de vida.

Según Oza, Patel, Malhotra & Patel (2014) (86) con su estudio calidad de vida relacionada con la salud en pacientes hipertensos en un hospital universitario de tercer nivel en Ahmedabad, India. Donde se mide la calidad de vida mediante dos cuestionarios, con un total de 269 pacientes con una edad media y una duración de la hipertensión de $58,25 \pm 10,35$ y $7,65 \pm 8,00$ años, respectivamente. La hipertensión se presenta descontrolada en aproximadamente el 44% de los pacientes, se ha determinado que la edad, el sexo femenino, la duración, el número de síntomas, la presión arterial sistólica y el número de medicamentos son importantes predictores de la calidad de vida en pacientes hipertensos. La edad, la duración de la enfermedad, el número de síntomas, la presión arterial sistólica y el número de fármacos prescritos mostraron una correlación negativa estadísticamente significativa ($P < 0,05$) con la puntuación WHOQOL-BREF, mientras que el número de síntomas, la presión arterial sistólica y la duración de la enfermedad mostraron una correlación positiva estadísticamente significativa con escala MINICHAL ($P < 0,05$).

Los estudios actuales se realizan en muestras de adultos sin límite de edad no hallándose estudios en la población destino.

3. Materiales y Método

3.1 Enfoque y diseño de investigación

Este estudio presentó un alcance descriptivo/correlacional y un diseño observacional descriptivo transversal, ya que se evaluó el conocimiento, la adherencia al tratamiento tanto farmacológico como dietoterápico y su asociación con la calidad de vida de adultos jóvenes hipertensos, con un corte en el tiempo delimitado durante los meses de enero a diciembre de 2020 para

el estudio simultáneo de las variables. A su vez, se empleó el enfoque cuantitativo por el cual mediante la medición de las variables en la recolección de datos y posterior análisis estadístico se pudo comprobar los objetivos. No se tuvo en cuenta la subjetividad del investigador de tal manera que los resultados llegaron a generalizarse.

3.2 Población y Muestra

La población estuvo constituida por un grupo de adultos jóvenes hipertensos que asistían a control médico en la Clínica Figueroa Paredes durante 2020.

El total de pacientes que se atendieron en la institución fue de 113 adultos jóvenes.

3.3 Criterios de inclusión:

En cuanto a los criterios de inclusión fueron seleccionados aquellos pacientes adultos jóvenes de entre 20 y 40 años de ambos sexos diagnosticados con hipertensión primaria en los últimos 12 meses, sometidos a terapia con medicamentos antihipertensivos, que fueron atendidos en la Clínica Figueroa Paredes durante 2020, que estuvieron dispuestos y capaces de dar su autorización por escrito. (87)

3.4 Criterios de exclusión:

Se excluyeron a pacientes hipertensos con comorbilidad metabólica (diabetes mellitus, dislipidemia, síndrome metabólico, insuficiencia renal, obesidad) que requieran tratamiento farmacológico, pacientes con trastornos psiquiátricos limitantes para participar en la investigación, pacientes con problemas físicos que impidan llenar el cuestionario. (41) (88) (30)

3.5 Criterios de eliminación:

Se eliminaron a aquellos en que no fue legible la toma del dato, en los que no se midió todas las variables, a los que no realizaban un tratamiento farmacológico, por abandono voluntario del estudio y aparición de otras enfermedades o complicaciones en los que fue necesaria la intervención médica. (87)

3.6 Muestra

La muestra fue no probabilística. Se realizó un muestreo por conveniencia donde, entre todos los pacientes se seleccionó a aquellos que ingresaron los días impares del mes hasta completar la muestra estimada. (87)

3.7 Operalización de variables

Variable	Definición Conceptual	Dimensión	Indicador	Categoría	Clasificación	Instrumento
Edad	Tiempo que ha vivido una persona contando desde su nacimiento hasta el día de realizar el estudio. (89)	Años		Adulto Joven: 20-40	Cualitativa Nominal Pública	Entrevista/ Cuestionario Estructurado
Sexo	Condición orgánica que distingue al hombre de la mujer. (90)	Biológica	Género	Hombre Mujer	Cualitativa Nominal Dicotómica Privada	Entrevista/ Cuestionario Estructurado
Conocimientos	Maestría y habilidades adquiridas por una persona a través de la experiencia o la educación, el entendimiento teórico o práctico sobre una materia. (44)	Conocimientos sobre hipertensión	Años que es hipertenso	0-5 6-10 Más de 10	Cuantitativa Compleja Discreta Policotómica Privada	Cuestionario Conocimientos sobre hipertensión. Se consideró como buen conocedor cuando se respondió correctamente más del 70% de las preguntas. (91) (92) (93)
			Valor presión considera para ser hipertenso	140/90 165/95 130/85	Cuantitativa Discreta Compleja Policotómica Privada	
			La hipertensión es una enfermedad para toda la vida	Si No No lo sé	Cualitativa Nominal Compleja Policotómica Privada	
			Personal que realiza el	El personal médico	Cualitativa Nominal	

			seguimiento de la hipertensión	El personal de enfermería Ambos	Compleja Policotómica Privada	
			Le explicaron que es la hipertensión	Si No No recuerdo	Cualitativa Nominal Compleja Policotómica Privada	
		Riesgo de hipertensión	La presión elevada causa problemas en los ojos	Si No No lo sé	Cualitativa Nominal Compleja Policotómica Privada	
			La presión elevada causa problemas al corazón			
			La presión elevada causa problemas de artrosis			
			La presión elevada causa problemas al cerebro			
			La presión elevada causa problemas a los riñones			
		Factores de riesgos asociados a la hipertensión	Tener hipertensión y diabetes causan más riesgo de enfermedad cardíaca	Si No No lo se	Cualitativa Nominal Compleja Policotómica Privada	
			Tener hipertensión y obesidad causan más riesgo de enfermedad cardíaca			
			Tener hipertensión y ser fumador causan más			

			<p>riesgo de enfermedad cardiaca</p> <p>Tener hipertensión y colesterol alto causan más riesgo de enfermedad cardiaca</p>			
		Dieta	<p>La dieta es importante para el hipertenso</p> <p>Una dieta baja en grasa y alta en frutas y verduras disminuye la presión arterial</p> <p>Se aconseja reducir el sodio</p>	Si No No lo se	Cualitativa Nominal Compleja Policotómica Privada	
		Medicación	<p>Solo tomando medicación controla la hipertensión</p> <p>Consumo medicación para la hipertensión</p> <p>Puedo modificar las dosis de la medicación si sube o baja la presión arterial</p> <p>Al tener la presión arterial controlada puedo dejar el tratamiento</p>	Si No No lo se	Cualitativa Nominal Compleja Policotómica Privada	
		Modificaciones de estilo de vida	<p>Tener obesidad y bajar de peso disminuye la presión arterial</p> <p>Caminar 3 veces a la semana 1 hora</p>	Si No No lo se	Cualitativa Nominal Compleja Policotómica Privada	

			<p>disminuye el riesgo de sufrir enfermedad del corazón</p> <p>La tranquilidad favorece el control de la hipertensión</p> <p>El apoyo familiar y de amigos puede ayudarme</p> <p>El personal médico, enfermeros puede ayudarlo</p>	<p>Si</p> <p>No</p> <p>No lo se</p>	<p>Cualitativa</p> <p>Nominal</p> <p>Compleja</p> <p>Policotómica</p> <p>Privada</p>	
		Situación laboral actual	Situación laboral actual	<p>Trabajo</p> <p>Parado</p> <p>Incapacidad/ invalidez</p> <p>Permanente</p> <p>Jubilado</p> <p>Ama de casa</p> <p>Estudiante</p>	<p>Cualitativa</p> <p>Nominal</p> <p>Compleja</p> <p>Policotómica</p> <p>Privada</p>	
		Nivel de escolaridad	Nivel de escolaridad	<p>No ha cursado ninguno de los estudios</p> <p>Estudios primarios incompletos</p> <p>Estudios primarios completos</p> <p>Estudios secundarios incompletos</p> <p>Estudios secundarios</p> <p>Estudios universitarios de grado medio</p>	<p>Cualitativa</p> <p>Nominal</p> <p>Compleja</p> <p>Policotómica</p> <p>Privada</p>	

				Estudios universitarios de grado superior		
Calidad de vida	Como la percepción del paciente sobre su habilidad para funcionar bien en las actividades cotidianas, incluyendo el bienestar físico y psicológico, la actividad social y el ocio, y una satisfacción con la vida en general. (94)	Estado de ánimo	<p>Dificultad para conciliar el sueño</p> <p>Dificultad para relacionarse socialmente</p> <p>Dificultad para entenderse con las personas</p> <p>Siento que no estoy jugando un papel útil en mi vida</p> <p>Incapacidad para tomar decisiones y empezar cosas nuevas</p> <p>Se siente agobiado y en tensión</p> <p>La vida es una lucha constante</p> <p>Incapacidad para disfrutar actividades habituales</p> <p>Me siento agobiado y sin fuerzas</p> <p>Sentimiento de estar enfermo</p>	<p>No, absoluto</p> <p>Si, algo</p> <p>Si, bastante</p> <p>Si, mucho</p>	<p>Cualitativa</p> <p>Nominal</p> <p>Compleja</p> <p>Policotómica</p> <p>Privada</p>	<p>Cuestionario Minichal</p> <p>Calidad de Vida en la Hipertensión Arterial. Se utilizó la escala de Likert donde el puntaje cero (0) indicó mejor nivel de salud y el puntaje cuarenta y ocho (48) peor nivel de salud. (95)</p>

		Manifestaciones Somáticas	<p>Dificultad para respirar o falta de aire sin causa aparente</p> <p>Se me han hinchado los tobillos</p> <p>Orino con más frecuencia Boca seca</p> <p>Dolor en el pecho sin ejercer fuerza</p> <p>Sensación de entumecimiento/ Hormigueo en el cuerpo</p>	<p>No, en absoluto</p> <p>Si, algo</p> <p>Si, bastante</p> <p>Si, mucho</p>	<p>Cualitativa</p> <p>Nominal</p> <p>Compleja</p> <p>Policotómica</p> <p>Privada</p>	
Adherencia	<p>Implica un papel activo, voluntario y colaborativo en el plan de tratamiento que incorpora las creencias y actitudes del paciente. (96)</p>	Adherencia al tratamiento farmacológico	<p>Olvidos de tomas de medicación antihipertensiva</p> <p>Modificación del horario establecido para la medicación</p> <p>Dejo de tomar la medicación si me siento bien</p> <p>Dejo de tomar la medicación si me siento mal.</p>	<p>Si</p> <p>No</p>	<p>Cualitativa</p> <p>Nominal</p> <p>Compleja</p> <p>Dicotómica</p> <p>Privada</p>	<p>Test Morisky Green y Levine. Se consideró cumplidores a los pacientes que contestaron «No» a las cuatro preguntas y no cumplidores a quienes contestan «Sí» a una o más. (30)</p>
		Adherencia a la restricción de sodio en la dieta	<p>Es importante para mi seguir una dieta sin sal</p> <p>Consumir una dieta hiposódica evita que mi cuerpo acumule liquido</p> <p>Consumir una dieta hiposódica disminuye mi hinchazón</p> <p>Consumir una</p>	<p>No estoy de acuerdo</p> <p>Estoy un poco de acuerdo</p> <p>Estoy de acuerdo un poco</p> <p>Estoy bastante de acuerdo</p> <p>Estoy muy</p>	<p>Cualitativa</p> <p>Nominal</p> <p>Compleja</p> <p>Ordinal</p> <p>Policotómica</p> <p>Privada</p>	<p>Cuestionario dieta restrictiva de sodio. Para el puntaje se utilizó la escala de Likert donde el puntaje para cada dimensión. En la subescala Actitud y norma subjetiva fueron adherentes lo que obtuvieron un puntaje igual o mayor a 40,</p>

			<p>dieta hiposodica me ayuda a respirar mejor</p> <p>Cumplir con una dieta hiposódica me hace sentir mejor</p> <p>Consumir una dieta hiposódica mantiene sano mi corazón</p> <p>Familiares piensan que debo comer con poca sal</p> <p>Hago lo que mi médico quiere que haga</p> <p>Hago lo que mi pareja y/o amigos quieren que haga</p> <p>No comprendo cómo cumplir una dieta con poca sal</p> <p>Alimentos con poca sal tienen poco sabor</p> <p>No se elegir opciones de alimentos sin sal en restaurantes</p> <p>Los restaurantes que frecuento no tienen menús sin sal</p> <p>Dificultad para elegir alimentos con poca sal en</p>	<p>de acuerdo</p> <p>No me impide en nada</p> <p>No impide casi nada</p> <p>Me impide un poco</p> <p>Me impide bastante</p> <p>Me impide mucho</p>	<p>Cualitativa</p> <p>Ordinal</p> <p>Compleja</p> <p>Nominal</p> <p>Policotómica</p> <p>Privada</p>	<p>para la subescala control de la conducta percibida igual o menor a 8 puntos y para control de comportamiento dependiente igual o mayor a 3 puntos. (97)</p>
--	--	--	--	--	---	--

			supermercados			
			Me gustan alimentos que no tienen poca sal			
			Voluntad para cambiar la alimentación			

3.8 Recolección de datos

Se recolectaron datos sobre conocimientos sobre hipertensión mediante un cuestionario descriptivo auto administrado con preguntas de formato cerrado y categórico múltiple (sí, no, no lo sé) dividido en nueve (9) bloques. Del primer bloque al sexto fueron preguntas que midieron el conocimiento sobre la hipertensión, sobre los factores de riesgo asociados a la misma, sobre los riesgos de la hipertensión, la dieta, el ejercicio y la medicación. Del séptimo al noveno se recolectaron variables independientes con información sobre apoyo familiar, nivel de escolaridad y estado laboral. Constó de 20 preguntas donde se consideró como buen conocedor de hipertensión cuando se respondió correctamente más del 70% de las preguntas. El cuestionario sobre conocimientos hipertensión fue validado en Barcelona, España en 2013. Cuenta con una consistencia interna de todos los ítems, con un valor coeficiente alfa de Cronbach de 0,799. (91) (ANEXO 1)

Para la medición de la adherencia al tratamiento farmacológico se utilizó el test de Morisky, Green y Levine para valorar el cumplimiento de la medicación en pacientes con hipertensión arterial. El test fue validado en español en 1992, con una alta fiabilidad (alfa Cronbach 0,61), una alta especificidad (94%) y un valor predictivo positivo (91,6%). (98) (ANEXO 2) Fue auto administrado por el paciente y consistió en una serie de cuatro (4) preguntas de contraste con respuesta dicotómica sí/no, que reflejó la conducta del enfermo respecto al cumplimiento. Se pretendió valorar si el enfermo adoptó actitudes correctas con relación con el tratamiento para su enfermedad; se asumió que si las actitudes son incorrectas el paciente fue incumplidor. Presentó la ventaja de proporcionar

información sobre las causas del incumplimiento. Las preguntas, que se realizaron entremezcladas con la conversación y de forma cordial, fueron las siguientes: 1. ¿Olvida alguna vez tomar los medicamentos para tratar su hipertensión? 2. ¿Toma el medicamento en horas diferentes a lo indicado? 3. Cuando se encuentra bien, ¿deja de tomar la medicación? 4. Si alguna vez le sienta mal, ¿deja usted de tomarla? Se consideró cumplidores a los pacientes que contestaron «No» a las cuatro preguntas y no cumplidores a quienes contestan «Sí» a una o más.

Para la toma de datos de la variable adherencia a una dieta restrictiva en sodio se utilizó el cuestionario de restricción de sodio en la dieta (DSRQ), él mismo es auto administrado, y fue validado en Argentina en el año 2013. (99)

El cuestionario constaba de 16 ítems que representaban las tres subescalas: actitud y norma subjetiva, control comportamental percibido y control dependiente por la persona entrevistada. La escala de actitud se refirió a las creencias personales sobre el resultado conductual de la restricción de sodio, medida en seis (6) ítems. La escala norma subjetiva fue determinada por creencias normativas, ya sea que otras personas significativas aprobaran o desaprobaran como la presión social, medida en 3 ítems (pregunta 7,8 y 9). Y la última escala fue el control conductual percibido que midieron las creencias sobre la presencia o ausencia de recursos u obstáculos para el desempeño conductual, medidos en 7 ítems. La actitud y la norma subjetiva se consideran facilitadores.

En relación con las puntuaciones, se utilizó una escala Likert de cinco puntos para la puntuación de cada pregunta. En las escalas de actitud y norma subjetiva con las opciones 1 “No estoy de acuerdo”, 2 “Estoy un poco de acuerdo”, 3 “Estoy de acuerdo”, 4 “Estoy bastante de acuerdo” y 5 “Estoy muy de acuerdo”. En la escala de actitud la puntuación varió de 6 a 30 y en la norma subjetiva de 3 a 15. En la escala de control comportamental, la gradación indica cuánto los ítems les impiden realizar una dieta hiposódica, en donde el 1 corresponde a “No me impide en nada”, el 2 “No me impide casi nada”, el 3 “Me impide un poco”, el 4 “Me impide bastante” y el 5 “Me impide mucho”. La puntuación puede variar de 7 a 35. Cada subescala se suma con una puntuación más alta que representa una actitud más positiva, una creencia

normativa más fuerte o mayores barreras percibidas por los pacientes. El análisis de confiabilidad (ítem-total): mostró ninguna correlación con un valor inferior a 0,30 y el análisis de consistencia interna el valor del coeficiente alfa de Cronbach de las subescalas de actitud en relación con el comportamiento, norma subjetiva y control comportamental percibido fueron de 0,89, 0,71 y 0,89, respectivamente. (99) (ANEXO 3)

Y por última para la medición de calidad de vida en hipertensión se utilizó el cuestionario auto administrado Minichal Calidad de Vida en la Hipertensión Arterial. Fue desarrollado y validado en España en el año 2002, compuesto por 16 ítems divididos en dos dimensiones. La consistencia interna para el total del cuestionario y las dimensiones estado de ánimo y manifestaciones somáticas es de 0,96, 0,89 y 0,96, y el coeficiente de correlación intraclase de 0,88, 0,76 y 0,86, respectivamente. (95) (ANEXO 3)

Estado de ánimo que estuvo compuesto por 10 ítems (preguntas 1 a 10) y Manifestaciones Somáticas que incluyeron seis ítems (preguntas 11 a 16, con cuatro posibilidades de respuesta en escala tipo Likert de cuatro puntos: 0 (No, absolutamente), 1 (Si, poco), 2 (Si, bastante), y 3 (Si, mucho). La repuesta a cada uno de los ítems se refirió a los últimos siete días. El puntaje total fue obtenido por medio de la suma de todos los ítems y puede variar entre cero (mejor nivel de salud) y 48 (peor nivel de salud).

3.9 Aspectos éticos

En este estudio se respetaron los principios fundamentales que fueron mencionados en el Informe de Belmont (USA) en 1978. Donde la población del estudio la conformaron sólo quienes acepten voluntariamente participar del estudio y firmaron previo a él, el consentimiento informado. Los resultados de la presente investigación fueron utilizados en beneficio de la población de estudio y se consideró desde el inicio de la investigación, la explicación a los pacientes que la información fue exclusivamente para los fines de investigación siendo anónima la publicación de resultados del estudio. (100) Según la declaración de Helsinki (1964) y sus modificaciones más actuales, se destacó:

- Estuvo sujeta a normas éticas que sirvieron para promover y asegurar el respeto a todos los seres humanos y para proteger su salud y sus derechos individuales.
- Se respetó el bienestar de los participantes donde estuvo siempre por encima de los intereses de la ciencia y de la sociedad. (101)

3.10 Prueba piloto

Se realizó una prueba piloto a personas con similares características a los criterios de inclusión para la verificación de la comprensión de los ítems de los cuatro (4) instrumentos que fueron seleccionados: cuestionario sobre conocimientos sobre hipertensión (CSH), test de Morisky Green, cuestionario de adhesión a la restricción de sodio en la dieta (DSQR) y cuestionario de calidad de vida en hipertensión (MINICHAL). Esta prueba piloto fue realizada con el 10% de la muestra obtenida.

3.11 Análisis estadístico

El proceso de recolección de datos se realizó durante los meses de septiembre - octubre del 2020. Los datos fueron ingresados en un inicio a una matriz de datos diseñada en el programa Microsoft Excel 2013, luego fueron exportados al programa IBM SPSS (Statistics versión 23). Ahí se analizaron las variables según su naturaleza (cualitativa o cuantitativa). Para el análisis estadístico de las variables involucradas en el estudio se aplicaron para las variables categorías y ordinales las pruebas estadísticas descriptivas como frecuencias absolutas, frecuencias relativas. Para las variables cuantitativas con análisis de normalidad, se utilizó la media y el desvío estándar.

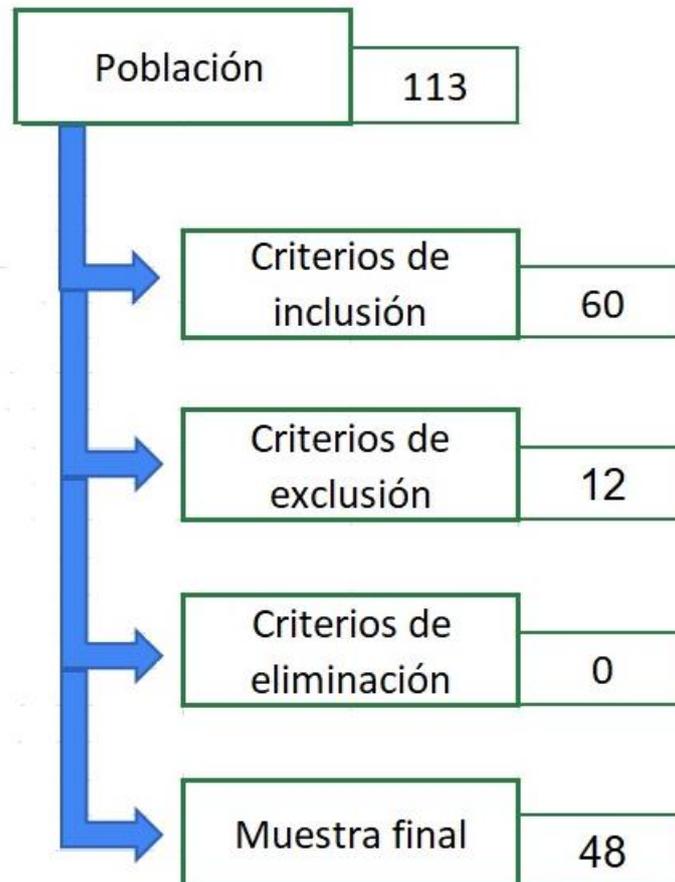
Para identificar la presencia de asociaciones entre las variables cualitativas, se compararon los datos mediante la prueba del χ^2 (chi cuadrado), considerando un valor $p= 0,05$.

4. Resultados

La muestra final del estudio incluyó a 48 pacientes de entre 20 a 40 años con hipertensión arterial primaria con menos de un año de diagnóstico, se

excluyeron a 12, de lo cuales 7 fueron por presentar patología metabólica y 5 por la toma de otros medicamentos.(Figura 1)

Figura 1 Diagrama de flujo de grupo de estudio



Del total de los participantes de este estudio, el 60,42% fueron hombres (n=29) y el 39,58% mujeres (n=19). La edad media fue de $32,7 \pm 5,39$ años. El 58,33% se encontró trabajando (n=28) y el 62,50% (n=30) presentó estudios universitarios de pregrado. En cuanto al tiempo que padecieron la enfermedad la media fue de $7,58 \pm 3,05$ meses. (Tabla 1)

Tabla n°1: Características sociodemográficas de adultos jóvenes hipertensos atendidos en Clínica Figueroa Paredes durante 2020 (n=48)

Variable	Categoría	Frecuencia
Edad (años)	Años cumplidos	32,7(±5,39)
Género	Femenino	19 (39,58)
	Masculino	29 (60,42)
Ocupación	Estudiante	15 (31,25)
	Trabajo	28 (58,33)
	No trabajo	1 (2,08)
	Ama de casa	4 (8,33)
Nivel de estudios	Secundario	15 (31,25)
	Universitario (diplomado)	3 (6,25)
	Universitario (grado)	30 (62,50)
Tiempo de enfermedad (meses) ±	Meses	7,58 ± 3,05
Medicación	Toma medicamentos	48 (100)

*± media

Referencia: Elaboración propia a través de los datos recolectados en el trabajo de campo.

Se calculó el nivel de conocimientos sobre hipertensión entre los encuestados el 68,75% presentó un nivel adecuado (n=33) y el 31,25% inadecuado (n=15). La media del puntaje total del test fue de 14,56 ± 2,36 puntos. El puntaje mínimo fue 6 puntos y el máximo de 19.

El test se dividió en siete dimensiones: conocimientos sobre hipertensión, riesgo de hipertensión, factores de riesgo asociado a la hipertensión, dieta, medicación, modificaciones de estilos de vida y percepción de la enfermedad (tabla 2, 3, 4, 5, 6, 7, 8).

En relación a la primera dimensión (conocimiento sobre hipertensión), se observó que el 93,75% (n=45) afirmó que la hipertensión era una enfermedad para toda la vida, el 100% (n=48) refirió que el médico le hace el seguimiento y un 83,33% conocía la respuesta correcta sobre el valor de presión arterial que se consideraba para hipertensión. (Tabla 2)

Tabla n°2: Respuestas cuestionario conocimientos sobre hipertensión de adultos jóvenes hipertensos atendidos en Clínica Figueroa Paredes durante 2020 (n=48)

Cuestionario conocimientos sobre hipertensión		
Conocimientos sobre hipertensión		
Valor se considera hipertensión	n	%
140/90	40	83,33
160/95	2	4,17
130/85	6	12,5
Enfermedad para toda la vida		
Si	45	93,75
No	3	6,25
No lo sé	0	0
Explicación hipertensión		
Si	44	91,66
No	4	8,33
No lo sé	0	0
Seguimiento de la hipertensión		
Médico	48	100
Enfermero	0	0
Ambos	0	0

Referencia: Elaboración propia a través de los datos recolectados en el trabajo de campo.

En cuanto a la dimensión riesgo para la hipertensión (tabla 3) un 85,42% (n=41) afirmó que la presión elevada causaba artrosis, siendo ésta una respuesta incorrecta, mientras que un 79,17% (n=38) consideró de forma correcta que causaba problemas en los ojos. El 77,08% (n=37) indicó adecuadamente que la presión elevada causaba problemas al corazón.

Tabla n°3: Respuestas cuestionario conocimientos sobre hipertensión dimensión riesgo de hipertensión de adultos jóvenes hipertensos atendidos en Clínica Figueroa Paredes durante 2020 (n=48)

Cuestionario conocimientos sobre hipertensión						
Riesgo hipertensión	Si		No		No lo sé	
	n	%	n	%	n	%
Presión elevada problemas a los ojos	10	20,83	38	79,17	0	0
Presión elevada problemas al corazón	37	77,08	11	22,92	0	0
Presión elevada problemas de artrosis	41	85,42	7	14,58	0	0
Presión elevada problemas al cerebro	34	70,83	14	19,17	0	0
Presión elevada problemas a los riñones	34	70,83	14	19,17	0	0

Referencia: Elaboración propia a través de los datos recolectados en el trabajo de campo.

Al analizar la dimensión factor de riesgo (tabla 4) la mayoría de los encuestados respondieron que ser hipertenso y fumar generaba más riesgo para desarrollar una enfermedad del corazón 93,48% (n=43), le siguió con un 77,08% (n=37) la obesidad y luego tener diabetes generaba más riesgo para el desarrollo de una enfermedad coronaria con el 60,42% (n=29). Todas estas respuestas fueron correctas sobre factores de riesgo.

Tabla n°4: Respuestas cuestionario conocimientos sobre hipertensión dimensión factores de riesgo de hipertensión de adultos jóvenes hipertensos atendidos en Clínica Figueroa Paredes durante 2020 (n=48)

Cuestionario conocimientos sobre hipertensión						
Factores de riesgo	Si		No		No lo sé	
	n	%	n	%	n	%
Hipertenso con diabetes más riesgo para enfermedad del corazón	29	60,42	19	39,58	0	0
Hipertenso con obesidad más riesgo para enfermedad del corazón	37	77,08	11	22,92	0	0
Hipertenso y fumador más riesgo para enfermedad del corazón	43	93,48	5	10,42	0	0
Hipertenso con colesterol alto más riesgo para enfermedad del corazón	27	56,25	21	43,75	0	0

Referencia: Elaboración propia a través de los datos recolectados en el trabajo de campo.

En cuanto a la dimensión dieta (tabla 5) un 91,66% (n=48) respondió que era importante la dieta en el hipertenso y reducir el consumo de sal con un 87,5% (42%). Mientras que para la dimensión medicación (tabla 6) la mitad de los encuestados (n=24) modificaba la dosis de la medicación según le subía o bajaba la presión arterial en cada medición y, un 95,83% (n=46) consideró que la presión sólo se controlaba con medicación.

Tabla n°6: Respuestas cuestionario conocimientos sobre hipertensión dimensión medicación de adultos jóvenes hipertensos atendidos en Clínica Figueroa Paredes durante 2020 (n=48)

Cuestionario conocimientos sobre hipertensión						
Medicación	Si		No		No lo sé	
	n	%	n	%	n	%
La presión se controla solo con medicación	2	4,17	46	95,83	0	0
Toma medicación para la hipertensión	48	100	0	0	0	0
Modifica la dosis de la medicación si sube o le baja la presión arterial	24	50	24	50	0	0
Dejo el tratamiento cuando tengo la presión arterial controlada	3	6,25	45	93,75	0	0

Referencia: Elaboración propia a través de los datos recolectados en el trabajo de campo.

Al analizar la dimensión modificación del estilo de vida (tabla 7) un 85,42% (n=42) afirmó que caminar entre media y una hora redujo el riesgo de sufrir una enfermedad del corazón y más de la mitad de la muestra [(62,5%) (n=30)] que llevar una vida con tranquilidad favoreció para mantener la presión arterial controlada.

Tabla n°7: Respuestas cuestionario conocimientos sobre hipertensión dimensión modificaciones estilo de vida de adultos jóvenes hipertensos atendidos en Clínica Figueroa Paredes durante 2020 (n=48)

Cuestionario conocimientos sobre hipertensión						
Modificaciones estilo de vida	Si		No		No lo sé	
	n	%	n	%	n	%
Perder peso en personas obesas ayuda a bajar la presión arterial	28	58,33	20	41,67	0	0
Caminar ½-1 hora reduce el riesgo de sufrir una enfermedad del corazón	41	85,42	7	14,58	0	0
Tomar la vida con tranquilidad favorece el control de la hipertensión	30	62,5	18	37,5	0	0

Referencia: Elaboración propia a través de los datos recolectados en el trabajo de campo.

Finalmente se analizó la percepción sobre la enfermedad (tabla 8). El 95,83% (n=47) opinó que el médico, enfermero o farmacéutico podía ayudarlo.

Tabla n°8: Respuestas cuestionario conocimientos sobre hipertensión dimensión percepción de la enfermedad de adultos jóvenes hipertensos atendidos en Clínica Figueroa Paredes durante 2020 (n=48)

Cuestionario conocimientos sobre hipertensión						
Percepción de la enfermedad	Si		No		No lo sé	
	n	%	n	%	n	%
El apoyo de familia/amigos puede ayudarme	41	85,42	7	14,58	0	0
El médico/enfermero/farmacéutico puede ayudarme	47	95,83	1	4,17	0	0

Referencia: Elaboración propia a través de los datos recolectados en el trabajo de campo.

Para la variable conocimientos y calidad de vida, la relación entre ambas evidenció asociación estadística no significativa $\chi^2 (1, n= 48) = ,494 p>.05$. Es decir que las personas que tenían conocimientos sobre la enfermedad no fueron significativamente más probables de poseer un mejor nivel de calidad de vida. (Tabla 9)

Tabla n°9: Chi cuadrado para la asociación conocimientos sobre hipertensión y nivel de calidad de vida de adultos jóvenes hipertensos atendidos en Clínica Figueroa Paredes durante 2020 (n=48)

Variables relacionadas	Calidad de vida		x ²	gl	p
	Mejor n (%)	Peor n (%)			
Conocimientos adecuados	19 (57,58)	7 (46,67)	0,494	1	0,696
Conocimientos inadecuados	14 (42,42)	8 (53,33)			

*x²: chi cuadrado

*gl: grados de libertad

*p: p valor

Referencia: Elaboración propia a través de los datos recolectados en el trabajo de campo.

En torno a la adherencia al tratamiento farmacológico, solamente el 43,75% (n=21) de los pacientes con hipertensión presentó adherencia al tratamiento antihipertensivo, en contraste con el 56,25% (n=27) que no adhirió. En cuanto al ítem del test Morisky-Green-Levine (tabla 10) se observó que el 95,83% (n=46) ,de los encuestados que fueron adherentes, respondió que no abandonó la medicación por reacción adversa, mientras los que no fueron adherentes prevaleció con un 33,33% (n=16) que abandonaron la medicación por mejoría.

Tabla n°10: Respuestas del cuestionario adherencia al tratamiento farmacológico Morisky-Green-Levine de adultos jóvenes hipertensos atendidos en Clínica Figueroa Paredes durante 2020 (n=48)

Adherencia al tratamiento farmacológico Test Morisky-Green-Levine				
Adherencia al tratamiento farmacológico	No adherencia		Adherencia	
	Si		No	
	n	%	n	%
Olvido	10	20,83	38	79,16
No respeta horario	14	29,16	34	70,83
Abandono por mejoría	16	33,33	32	66,66
Abandono por reacción adversa	2	4,16	46	95,83

Referencia: Elaboración propia a través de los datos recolectados en el trabajo de campo.

Se asoció la adherencia al tratamiento farmacológico con la calidad de vida, la relación entre ambas variables presentó asociación significativa $\chi^2 (1, n= 48) = 7,294 p < .05$ Es decir que las personas que eran adherentes al tratamiento fueron significativamente más probables de presentar un mejor nivel de calidad de vida. (Tabla 11)

Tabla n°11: Chi cuadrado para la asociación conocimientos sobre hipertensión y nivel de calidad de vida de adultos jóvenes hipertensos atendidos en Clínica Figueroa Paredes durante 2020 (n=48)

Variables relacionadas	Calidad de vida		x ²	gl	p
	Mejor n (%)	Peor n (%)			
Adherentes fármacos	18 (54,50)	3 (20)	7,294	1	0,007
No adherentes fármacos	15 (45,50)	12 (80)			

*x²: chi cuadrado

*gl: grados de libertad

*p: p valor

Referencia: Elaboración propia a través de los datos recolectados en el trabajo de campo.

En la presente investigación se analizó también la adherencia a la restricción de sodio en la dieta, donde se indagó tres dimensiones: actitud y norma subjetiva, control conductual percibido y control comportamental dependiente.

En la primera dimensión actitud y norma subjetiva el 64,58% (n=31) de los adultos jóvenes fueron adherentes mientras el 35,42% (n=17) no lo fué. La media de esta dimensión fue de 34,67 ± 8,61 puntos, con un mínimo y máximo de 17 y 44 puntos respectivamente. Se observó que el 93,75% (n=45) opinó que estaban muy de acuerdo que sus familias creían que deberían comer con poca sal, el 83,33% (n=40) consideró importante seguir una dieta con poca sal y un 68,75% (n=33) pensó que consumir una dieta con poca sal disminuía la hinchazón y les ayudaba a respirar mejor. (Tabla 12)

Tabla n°12: Respuestas del cuestionario de adherencia a la restricción de sodio en la dieta dimensión actitud y norma subjetiva de adultos jóvenes hipertensos atendidos en Clínica Figueroa Paredes durante 2020 (n=48)

Cuestionario adherencia a la restricción de sodio en la dieta (Dsqr)										
Actitud y norma subjetiva	Muy		Bastante		Estoy		Un poco		No estoy	
	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%
Importante seguir una dieta con poca sal	40	83,33	5	10,42	2	4,17	1	2,08	0	0
Dieta con poca sal evita que se acumule liquido en mi	30	62,50	9	18,75	6	12,50	3	6,25	0	0
Dieta con poca sal disminuirá mi hinchazón	24	50	10	20,83	10	20,8	4	8,33	0	0
Dieta con poca sal me ayuda a respirar mejor	33	68,75	8	16,67	4	8,33	3	6,25	0	0
Consumir dieta con poca sal, me siento mejor	33	68,75	10	20,83	3	6,25	2	2,08	0	0
Dieta con poca sal mantendrá mi corazón saludable	20	41,67	10	20,83	14	29,2	4	8,33	0	0
Familia y pareja creen que debería comer con poca sal	45	93,75	3	6,25	0	0	0	0	0	0
Quiero hacer lo que mi médico piensa que debería hacer	30	65,50	10	20,83	5	10,4	3	6,25	0	0
Quiero hacer lo que mi pareja o familia creen que debería hacer	30	65,50	10	20,83	4	8,33	4	8,33	0	0

*No estoy de acuerdo. Estoy un poco de acuerdo. Estoy de acuerdo. Estoy bastante de acuerdo. Estoy muy de acuerdo.

Referencia: Elaboración propia a través de los datos recolectados en el trabajo de campo.

En la dimensión control comportamental percibido el 64,58% (n=31) fue adherente y el 35,42% (n=17) no. La media fue de $8,22 \pm 3,19$ puntos (mínimo 4 y máximo 13 puntos). (Tabla 13) El 93,75% (n=45) manifestó que no le impedía en nada no tener la fuerza de voluntad para cambiar su alimentación, mientras que el 72,92% (n=35) no sabía cómo cumplir una dieta hiposódica. Un 41,67% (n=20) expresó estar un poco impedimentado dado que los alimentos con poca sal tenían menor sabor.

Tabla n°13: Respuestas del cuestionario de adherencia a la restricción de sodio en la dieta dimensión control comportamiento percibido de adultos jóvenes hipertensos atendidos en Clínica Figueroa Paredes durante 2020 (n=48)

Cuestionario adherencia a la restricción de sodio en la dieta (Dsqr)										
Control conductual percibido	Nada		Casi		Poco		Bastante		Mucho	
	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%
No sé cómo cumplir una dieta hiposodica	35	72,92	5	10,42	7	14,58	1	2,08	0	0
Alimentos con poca sal tienen menos sabor	17	35,42	20	41,67	5	10,42	6	12,50	0	0
Alimentos que me gustan no tienen poca sal	33	68,75	10	20,83	4	8,33	1	2,08	0	0
No tengo la fuerza de voluntad para cambiar mi alimentación	45	93,75	2	4,17	1	2,08	0	0	0	0

*No me impide en nada. No me impide en casi nada. Me impide un poco. Me impide bastante. Me impide mucho.
Referencia: Elaboración propia a través de los datos recolectados en el trabajo de campo.

En última dimensión, se analizó el control comportamiento dependiente. El 58,33% (n=28) fueron adherentes y el 41,67% (n=20) no. La media de la dimensión fue de $5,47 \pm 3,23$ puntos. El puntaje mínimo fue 3 puntos y el máximo de 12. El 72,92% (n=32) manifestó que no le dificultaba elegir alimentos con poca sal en el supermercado. (Tabla 14)

Tabla n°14: Respuestas del cuestionario de adherencia a la restricción de sodio en la dieta dimensión control comportamiento dependiente de adultos jóvenes hipertensos atendidos en Clínica Figueroa Paredes durante 2020 (n=48)

Cuestionario adherencia a la restricción de sodio en la dieta (Dsqr)										
Control comportamiento dependiente	Nada		Casi		Poco		Bastante		Mucho	
	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%
No puedo elegir alimentos con poca sal en los restaurantes	25	52,08	3	6,25	10	20,83	7	14,58	3	6,25
Restaurantes que me agradan no sirven comida con poca sal	20	41,67	17	35,42	3	6,25	2	4,17	6	12,5
Me dificulta elegir alimentos con poca sal en el supermercado	35	72,92	7	14,58	5	10,42	1	2,08	0	0

*No me impide en nada. No me impide en casi nada. Me impide un poco. Me impide bastante. Me impide mucho.
Referencia: Elaboración propia a través de los datos recolectados en el trabajo de campo.

Para la asociación entre las variables adherencia a la dieta restrictiva en sodio según la dimensión del cuestionario en actitud y norma subjetiva y la calidad de vida, se evidenció asociación estadística significativa $\chi^2 (1, n= 48) = 2,160 p <.05$. Es decir que las personas que eran adherentes a la dieta en la dimensión actitud y norma subjetiva significativamente fueron más probables de presentar una mejor calidad de vida.

La dimensión control conductual percibido evidenció asociación estadística no significativa $\chi^2 (1, n= 48) = 0,025 p >.05$ entre ambas variables. Para la última dimensión comportamiento dependiente y la asociación con calidad de vida, la relación entre ambas mostró una asociación estadística no significativa $\chi^2 (1, n= 48) = 2,020 p >.05$. Ambas dimensiones demostraron que las personas que poseían más adherencia a la dieta según sus dimensiones (control conductual percibido y comportamiento dependiente) no fueron significativamente más probables de presentar un nivel mejor de calidad de vida. (Tabla 15)

Tabla nº15: Chi cuadrado para la asociación conocimientos sobre hipertensión y nivel de calidad de vida de adultos jóvenes hipertensos atendidos en Clínica Figueroa Paredes durante 2020 (n=48)

Variables relacionadas	Calidad de vida		x ²	gl	p
	Mejor	Peor			
	n (%)	n (%)			
Adherentes dieta actitud y norma subjetiva	20 (60,60)	13 (86,70)	2,160	1	0,142
No adherentes dieta actitud y norma subjetiva	13 (39,39)	2 (13,30)			
Adherentes dieta control conductual percibido	19 (57,60)	9 (60)	0,025	1	1
No adherentes dieta control conductual percibido	14 (42,40)	6 (40)			
Adherente dieta comportamiento dependiente	22 (66,70)	6 (40)	2,020	1	0,155
No adherente dieta comportamiento dependiente	11 (33,30)	9 (60)			

*x²: chi cuadrado

*gl: grados de libertad

*p: p valor

Referencia: Elaboración propia a través de los datos recolectados en el trabajo de campo.

Finalmente se calculó el nivel de calidad de vida entre los encuestados. El 68,75% presentó una mejor calidad de vida (n=33) y el 31,25% peor (n=15). La media del puntaje total del test fue de $14,93 \pm 6,89$ puntos (mínimo 3 puntos y máximo de 31 puntos).

El test calidad de vida en hipertensión (MINICHAL) estuvo compuesto por 2 dimensiones: estado de ánimo y manifestaciones somáticas (tabla 16 y 17). En la dimensión de estado de ánimo el 58,33% (n=28) de los participantes manifestaron que no sentían en absoluto que la vida estaba en una lucha continua mientras que el 18,75% (n=9) indicó que lo sintió mucho. Más de la mitad de los encuestados (56,25%) (n=27) consideró que no sintió el constante agobio y tensión mientras que la mitad de los pacientes (n=24) indicó si haberse sentido agobiado y sin fuerzas. (Tabla 16)

Tabla n°16: Respuestas del cuestionario calidad de vida MINICHAL dimensión estado de ánimo de adultos jóvenes hipertensos atendidos en Clínica Figueroa Paredes durante 2020 (n=48)

Cuestionario calidad de vida en hipertensión (MINICHAL)								
Estado de ánimo	No		Algo		Bastante		Mucho	
	n	%	n	%	n	%	n	%
Dificultades para conciliar el sueño	13	27,08	26	57,17	9	18,75	0	0
Dificultades para continuar correlaciones sociales	18	37,5	19	39,58	10	20,83	1	2,08
Difícil entenderse con la gente	14	29,17	13	27,08	19	39,58	2	4,17
Vida no es útil	13	27,08	25	52,08	7	14,58	3	6,25
Incapaz de tomar decisiones y empezar nuevas cosas	23	47,92	18	37,50	6	12,50	1	2,08
Me siento en constante agobio y en tensión	27	56,25	8	16,67	9	18,75	4	8,33
Siento que la vida es una lucha continua	28	58,33	11	22,92	9	18,75	0	0
Me siento incapaz de disfrutar mis actividades habituales cada día	14	29,17	19	39,58	10	50,83	5	10,4
Me sentí agobiado y sin fuerzas	8	16,67	16	33,33	24	50	0	0
Tuve la sensación de estar enfermo	13	27,08	27	56,25	7	14,58	1	2,08

*No, en absoluto. Si, algo. Si, bastante. Si, mucho.

Referencia: Elaboración propia a través de los datos recolectados en el trabajo de campo.

Al analizar la dimensión manifestaciones somáticas se observó que el 64,58% (n=31) manifestó no percibir sequedad en la boca, seguido de no presentar dolor en el pecho sin haber realizado ningún esfuerzo [45,83% (n=22)]. Un 39,58% (n=19) no padeció de entumecimiento u hormigueo en el cuerpo. (Tabla 17)

Tabla n°17: Respuestas del cuestionario calidad de vida MINICHAL dimensión manifestaciones somáticas de adultos jóvenes hipertensos atendidos en Clínica Figueroa Paredes durante 2020 (n=48)

Cuestionario calidad de vida en hipertensión (MINICHAL)								
Manifestaciones somáticas	No		Algo		Bastante		Mucho	
	n	%	n	%	n	%	n	%
Dificultades al respirar o sensación de falta de aire	5	10,42	25	52,08	11	22,92	7	14,58
Se me hincharon los tobillos	5	10,42	35	72,92	6	12,50	2	4,17
Orino más a menudo	15	31,25	23	47,92	9	18,75	1	2,08
Sequedad en la boca	31	64,58	9	18,75	6	12,50	2	4,17
Dolor en el pecho sin hacer fuerza	22	45,83	20	41,67	6	12,50	0	0
Entumecimiento u hormigueo en cuerpo	19	39,58	21	43,75	6	12,50	2	4,17

*No, en absoluto. Si, algo. Si, bastante. Si, mucho.

Referencia: Elaboración propia a través de los datos recolectados en el trabajo de campo.

4.1 Discusión

En este estudio transversal se evaluó el conocimiento que tuvieron los pacientes sobre hipertensión, la adherencia al tratamiento tanto farmacológico, como también a la dieta y su asociación con la calidad de vida. Tanto el nivel de conocimientos como la adhesión a la dieta en sus dimensiones control comportamiento percibido y comportamiento dependiente mostraron una asociación negativa con el nivel de calidad de vida, mientras que la adhesión a los fármacos antihipertensivos y adhesión a la dieta en su dimensión actitud y norma subjetiva mostró una asociación positiva.

En este estudio se observó que gran cantidad de adultos jóvenes diagnosticados con hipertensión presentaron un nivel adecuado sobre conocimientos de su enfermedad. Sólo un número reducido informó no haber recibido información sobre la enfermedad en los pacientes hipertensos inadecuados. Dichos resultados coincidieron con el estudio de Pérez Pupo et al. (2013) (10) donde muestran un porcentaje semejante para el alto conocimiento, y contrarios para el bajo conocimiento, donde se muestra que un mayor porcentaje de los pacientes no recibe información sobre esta enfermedad por parte de los médicos. En cuanto a la dimensión estilo de vida tanto la presente investigación como el estudio de Perez Pupo et al (10)

coinciden en que realizar ejercicio físico, controlar el peso y eliminar el estrés fueron fundamentales para el control de la hipertensión.

La obesidad, el tabaquismo y el estrés son factores de riesgo de importancia relevante, que influyen en el aumento de las cifras de tensión arterial. (48)

La hipertensión arterial esencial es una enfermedad crónica donde se espera que las personas afectadas tengan los conocimientos necesarios sobre su enfermedad, factores de riesgo y comorbilidades sumados a la adherencia al tratamiento y cambios en el estilo de vida para lograr un buen control de la presión arterial. Una pobre adherencia al tratamiento antihipertensivo es uno de los factores más importantes de la presión arterial no controlada y por lo tanto de graves repercusiones para la salud. (80)

En cuanto a la adherencia farmacológica se encontraron iguales porcentajes para la adherencia, en el estudio de Murga et al. (2020) (80) donde el (56%) pacientes hipertensos resultan no adheridos al tratamiento farmacológico y (43,9%) adheridos. Ese estudio también demuestra que, el mayor número de respuestas de los pacientes que no son adherentes al tratamiento, identifica que el paciente deja de tomar la medicación cuando se encuentra bien, le sigue el olvido de tomar la medicación.

En el presente estudio mostró que entre las personas no adherentes la mayoría confirmó que abandonó la medicación por mejoría seguido de no respetar los horarios.

La falta de adherencia al tratamiento tiene efectos negativos al no lograr disminuir las complicaciones de las enfermedades crónicas, evidenciando menores beneficios en la eficacia de los tratamientos. (85)

Tanto la adherencia farmacológica como la adquisición de nuevos hábitos han tenido implicaciones en el manejo y control de la enfermedad. La adherencia del paciente a las recomendaciones terapéuticas del profesional ha sido uno de los aspectos esenciales junto con el uso de los medicamentos, la falta de adherencia pudo ocurrir por ausencia, exceso o defecto en el seguimiento de las recomendaciones terapéuticas. (40) (75)

Para la adherencia a la restricción de sodio se encontraron diferencias en los resultados en cuanto a adherencia a la restricción de sodio en la dieta. Según Tibebe et. al, (2016) (83) en su estudio solo el 23% son adherente mientras que en el de Granados Gámez (2007) (84) la adherencia evidencia un 11,7%.

En el presente estudio los puntajes altos que se observaron para la dimensión actitud y norma subjetiva indicaron que los pacientes fueron capaces de identificar signos y síntomas que sugirieron una ingesta excesiva de sodio y que la adherencia a la dieta restrictiva estuvo fuertemente asociada por la opinión de otras personas. Los resultados que se observaron para la dimensión de control conductual percibido indicaron que los pacientes hipertensos no enfrentaron dificultades para seguir una dieta restringida en sodio. Los pacientes se acostumbraron a adherirse a la restricción de sodio en la dieta en general, pero su cumplimiento se vió levemente afectado cuando se enfrentaron a situaciones de toma de decisiones fuera de sus hogares.

Uno de los pilares en la hipertensión ha sido la reducción del consumo de sodio junto a modificaciones higiénico dietéticas como el ejercicio físico y reducción de peso. Con medidas globales como la reducción del uso de sodio en alimentos industriales, etiquetado de los alimentos, selección de productos con contenido no elevado en sodio y uso de otros saborizantes se ha podido conseguir una alta reducción del nivel de consumo de sodio. (102)

Todas estas medidas dietéticas han precisado de un gran esfuerzo por parte de las autoridades sanitarias de campañas de educación nutricional, para modificar los hábitos dietéticos y así mejorar la calidad de vida. (102)

El aumento de la presión arterial no siempre ha generado síntomas, con lo cual podría pasar desapercibida, por lo que hay que llevar un control de la presión arterial para mantener valores adecuados y así gozar de una buena calidad de vida. (64)

Con respecto a la calidad de vida no se encontraron similares a Guarín-Loaiza et. al (2014) (85) donde se obtiene que sólo un 31,4% de los pacientes son adherentes al tratamiento farmacológico, de los cuales sólo un 29,6% muestran un nivel alto de calidad de vida. En el presente estudio los resultados mostraron

un mayor porcentaje de pacientes hipertensos que presentaron un mejor nivel de calidad de vida.

Según Oza et. al (2014) (86) con respecto a las preguntas relacionadas con el dominio mental, la mayoría de los participantes responden como "sí, algo" y "sí, mucho". Las respuestas relacionadas con el dominio somático de la mayoría de los pacientes se encuentran entre "No, en absoluto" y "Sí, mucho". Alrededor del 67% de los pacientes responden que la calidad de vida afecta la hipertensión y su tratamiento. La media de la respuesta "No en absoluto" para el dominio mental y somático es de 15,61 y 37,87 respectivamente, lo que indica que el dominio mental afecta más en comparación con el somático. La puntuación media es de $23,14 \pm 7,81$, es más alta en comparación con el presente estudio, lo que sugiere una menor calidad de vida de nuestra población de estudio.

Una buena adherencia al tratamiento puede traer efectos adversos a medicamentos que menoscaban la calidad de vida, por lo que el médico debe estar atento a valorar los antecedentes y debe explicar los posibles efectos al paciente. (85)

Este estudio presentó las siguientes limitaciones: la muestra se limitó a este centro de salud por lo que, los resultados del estudio no se pudieron generalizar a toda la población de pacientes con hipertensión, estos fueron pacientes que acudieron regularmente a control por lo que fue probable que sus niveles de presión arterial estuviesen controlados mejorando así su, adherencia al tratamiento y calidad de vida. Al realizar un estudio transversal solo se pudo determinar la asociación y no su causalidad. Otras limitaciones del estudio fueron la información auto referida por parte de los pacientes, la misma que puede presentar sesgo de obsequiosidad, ya que a las personas no les gustaba demostrar que presentan algún problema en el día a día de sus vidas. En relación al tamaño de la muestra si bien fue no probabilístico, la cantidad de pacientes estudiados luego de los criterios de exclusión fue reducida, no se ha tenido en cuenta la gravedad de la hipertensión de los pacientes, ni la cantidad de antihipertensivos que consumieron los pacientes, ya que al inicio del tratamiento pudo ser necesario la utilización de más medicamentos para mantener la presión arterial en valores normales. La

escases de artículos sobre la población estudiada y sobre el cuestionario de adherencia a la restricción de sodio en la dieta ya que no se pudo comparar los resultados con el mismo instrumento fueron otras limitaciones.

Es importante recordar que el estudio se desarrolló en medio de la pandemia por el virus COVID-19 (SARS-CoV-2) pudiendo ésta influir en la calidad de vida de los pacientes hipertensos. Se recomienda a futuras investigaciones seguir la misma investigación pero con un mayor grupo de personas, evaluar la cantidad de fármacos que utilizan los pacientes, identificar cuáles fueron las causas para obtener un bajo conocimiento sobre hipertensión, trabajar en las dificultades del paciente en relación con la adherencia terapéutica, con medidas educativas, de promoción y prevención. Ampliar estudio a otros establecimientos de salud para tener una población más representativa.

4.2 Conclusión

A modo de conclusión, en este estudio, se observó que el nivel de conocimientos y la adherencia a la dieta restrictiva de sodio fueron elevados, la adherencia a los fármacos fue baja en adultos jóvenes con hipertensión primaria recientemente diagnosticada que asistieron a la Clínica Figueroa Paredes durante 2020. Se encontró asociación positiva entre la adherencia a los fármacos y el nivel de calidad vida y adherencia a la dieta en su dimensión actitud y norma subjetiva con el nivel de calidad de vida. Por el contrario no se encontró asociación entre conocimientos, adherencia al control conductual percibido y comportamiento dependiente relacionados con el nivel de calidad de vida.

Bibliografía

1. Ortega Anta RM, Jiménez Ortega AI, Perea Sánchez JM, Cuadrado Soto E, López-Sobaler AM. Pautas nutricionales en la prevención y control de la hipertensión. *Nutrición Hospitalaria*. [Online] 2016 [citado 2020 Abril 20]; 33(4): p. 53-58. Disponible en: http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S021216112016001000013&lng=es . <https://dx.doi.org/10.20960/nh.347>.
2. Organización Mundial de la Salud. [Online].; 2018 [cited 2020 Abril 30]. Available from: <https://www.who.int/features/qa/82/es/>.
3. Definitivo..I, 2018.. 4º Encuesta Nacional de factores de riesgo. ; 2018.
4. Musso C, Graffigna M, Soutelo J, Migliano , Aranguren M, Azpelicueta A, et al. Resultados preliminares de un estudio de evaluación de factores de riesgo cardiovascular en estudiantes de la Universidad de Buenos Aires / Resultados preliminares de un estudio de evaluación de factores de riesgo cardiovascular en estudiantes de la Unive. *Rev. Soc. Argén. Diabetes*. [Online] 2019 [citado 2020 Abril 20]; mayo-ago; 53(2): p. 63-69. Disponible en: <https://pesquisa.bvsalud.org/gim/resource/en/biblio-1102831?src=similardocs>
5. Vega Candelario R, Vega Jiménez Junior , Jiménez Jiménez UM. Caracterización epidemiológica de algunas variables relacionadas con el estilo de vida y los factores de riesgo cardiovascular en pacientes hipertensos. *CorSalud*. 2018 Dic; 10(4): p. 300-309. Disponible en: https://www.researchgate.net/publication/331178619_Epidemiological_characterization_of_some_variables_related_to_lifestyle_and_cardiovascular_risk_factors_in_hypertensive_patients
6. Delucchi AM, Majul CR, Vicario A, Cerezo GH, Fábregues G. Registro Nacional de Hipertensión Arterial. Características epidemiológicas de la hipertensión arterial en la Argentina. Estudio RENATA 2. *Rev. argent. cardiol*. 2017 Agosto; 85(4): p. 1-8. Disponible en: <https://www.sac.org.ar/wp-content/uploads/2018/01/v85n4a08.pdf>
7. Shin S, Song H, Oh S, Choi K, Kim H, Jang S. Effect of antihypertensive medication adherence on hospitalization for cardiovascular disease and mortality in hypertensive patients. *Hypertens Res*. [Online] 2013 [citado 2020 Mayo 22]Nov; 36(11): p. 1000-1005. Disponible en: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/23966057/>
8. Dragomir A, Côté R, Roy L, Blais L, Lalonde L, Bérard A, et al. Impact of adherence to antihypertensive agents on clinical outcomes and hospitalization costs. *Med Care*. 2010 May; 48(5): p. 418-425. DOI: [10.2196 / 13571](https://doi.org/10.2196/13571)
9. Marin M, Fábregues G, Rodríguez P, Díaz M, Alfie J, cols y. Registro Nacional de Hipertensión Arterial. Conocimiento, tratamiento y control de la hipertensión arterial. Estudio RENATA. *Rev Argent Cardiol*. 2012; 80: p. 121-9. Disponible en: <https://www.sac.org.ar/wp-content/uploads/2018/01/v85n4a08.pdf>
10. Pérez Pupo D, Rodríguez Lazo M. Nivel de conocimientos, sobre hipertensión arterial, de pacientes atendidos en un Centro de Diagnóstico Integral de Venezuela. *Correo Científico Médico*. 2015 Sep; 19(3): p. 406-417.

11. Nolasco Monterroso C, Navas Santos L, Carmona Moriel CE, López Zamorano D, Santamaría Olmo R, Crespo Montero R. Análisis de los factores asociados a la calidad de vida del paciente hipertenso. *Enferm Nefrol.* 2015 Dic; 18(4): p. 282-289. Disponible en: <https://dx.doi.org/10.4321/S2254-28842015000400006>.
12. Hirschberg S, Donatti S, Rijana I, Selan V. La relación entre adherencia terapéutica y calidad de vida en la hipertensión arterial. *Revista Latinoamericana De Ciencia Psicológica.* 2014; 6(2): p. 64-70.
13. Varela Arévalo MT, Arrivillaga M, Cáceres de R D, Correa Sánchez D, Holguín Palacios L. Efectos benéficos de la modificación del estilo de vida en la presión arterial y la calidad de vida en pacientes con hipertensión. *Act Colom Psico.* 2005 Nov; 14(05): p. 69-85. Disponible en: http://www.scielo.org.co/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0123-91552005000200006&lng=en&tlng=es.
14. Barros Berti de Azevedo M, Lima MG, Guimarães , Carvalho , Szwarcwald C, Azevedo Cruz Soares de R, et al. Relato de tristeza/depressão, nervosismo/ansiedade e problemas de sono na população adulta brasileira durante a pandemia de COVID-19. *Epidemiol. Serv. Saúde.* [Online] 2020 Set [citado 2020 Agost 20]; 29(4). Disponible en: <https://doi.org/10.1590/S1679-49742020000400018>
15. Yang J, Zheng Y, Gou X, Pu K, Chen Z, Qinghong G, et al. Prevalence of comorbidities and its effects in patients infected with SARS-CoV-2: a systematic review and meta-analysis. *Int J Infect Dis.* 2020 May; 94: p. 91-95. Doi: [10.1016 / j.ijid.2020.03.017](https://doi.org/10.1016/j.ijid.2020.03.017)
16. Hernández Sampieri R, Fernández Collado C, Pilar Baptista L. *Metodología De La Investigación.* 6th ed. México D.F; 2014.
17. Nogales Castro F. "Educación de Adultos" Ministerio de Educación y B.A., Dirección Nacional de Alfabetización y Educación de Adultos La Paz; 1964.
18. Delgado Gallego I, Oliva Delgado A, Sánchez-Queija I. Apego a los iguales durante la adolescencia y la adultez emergente. *Anales de Psicología.* 2011 Enero; 27(1): p. 155-163. Disponible en: <https://www.redalyc.org/articulo.oa?id=16717018018>
19. Arrivillaga M, Cáceres de Rodríguez D, Correa , Holguín L, Varela T. ¿Puede una intervención biopsicosocial reducir los niveles de presión arterial? *MedUNAB [Online].* 2006 Abril [citado 2020 Sept 05]; 9(1): p. 20-27. Disponible en: <https://revistas.unab.edu.co/index.php/medunab/article/view/175>
20. The sixth report of the Joint National Committee on prevention, detection, evaluation, and treatment of high blood pressure. *Archives of internal medicine.* 1997 Noviembre 24; 157(21): p. 2413–2446. Disponible en: https://www.researchgate.net/publication/279786996_The_Sixth_Report_of_the_Joint_National_Committee_on_Prevention_Detection_Evaluation_and_Treatment_of_High_Blood_Pressure Doi: [10.1001 / archinte.1997.00440420033005](https://doi.org/10.1001/archinte.1997.00440420033005)
21. Sociedad Argentina de Hipertensión Arterial. [citado 16 Agosto 2020] Disponible en: <https://www.saha.org.ar/rincon-del-hipertenso/hipertension-arterial>.
22. Viera A, Neutze D. Diagnosis of secondary hypertension: an age-based approach. *American family physician.* 2010 Dec 15; 82(12): p. 1471-1478. Disponible en:

<https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/21166367/>

23. Salazar Estrada J, Pando Moreno M, Arana C, Heredia Loza D. Calidad de vida: hacia la formación del concepto. 2005 Diciembre. Disponible en:
<https://www.medigraphic.com/pdfs/invсал/isg-2005/isg053d.pdf>
24. Urzúa M A, Caqueo-Urizar A. Calidad de vida: Una revisión teórica del concepto. Terapia psicológica. [Online] 2012 [citado 10 mayo 2020]; 30(1): p. 61-71. Doi:
<http://dx.doi.org/10.4067/S0718-48082012000100006>
25. Tudela L. La calidad de vida relacionada con la salud. Aten Primaria. [Online] 2009 Jul [citado 10 Julio 2020]; 41(7): p. 411-416. Doi:
<https://dx.doi.org/10.1016%2Fj.aprim.2008.10.019>
26. Dalfó Baquúa A, Badia Llachb X, Roca-Cusachs A, Aristegui Ruizd I, Roset Gamisansb M. Validación del cuestionario de calidad de vida en hipertensión arterial (CHAL) para su uso en España. Relación entre variables clínicas y calidad de vida. Atención Primaria. 2000 Junio 30; 26(2): p. 96-103. Disponible en:
<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC7679644/> doi: [10.1016 / S0212-6567 \(00\) 78618-5](https://doi.org/10.1016/S0212-6567(00)78618-5)
27. van Dulmen S, Sluijs E, van Dijk L, de Ridder D, Heerdink R, Bensing J. Patient adherence to medical treatment: a review of reviews. BMC health services research. 2007 April 17; 7(55). Doi: <https://doi.org/10.1186/1472-6963-7-55>
28. Lopez Romero LA, Romero Guevara S, Parra DI, Rojas Sánchez L. Adherencia al tratamiento: Concepto y medición. Hacia promoció. Salud [Online]. 2016; 21(1): p. 117-137. Disponible en: <http://www.scielo.org.co/pdf/hpsal/v21n1/v21n1a10.pdf> Doi: 10.17151/hpsal.2016.21.1.10
29. Libertad MA. Acerca del concepto de adherencia terapéutica. Rev Cubana Salud Pública [Online]. 2004 Septiembre [citado 16 julio 2020]; 30(4). Disponible en:
<https://www.redalyc.org/articulo.oa?id=21420864013>
30. Carhuallanqui R, Diestra Cabrera G, Tang Herrera J, Málaga G. Adherencia al tratamiento farmacológico en pacientes hipertensos atendidos en un hospital general. Rev Med Hered. [Online]. 2010 Oct [citado 02 Septiembre 2020]; 21(4): p. 197-201. Disponible en:
http://www.scielo.org.pe/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1018-130X2010000400005&lng=es.
31. Sánchez Bastidas C. Asociación entre la capacidad de la agencia de autocuidado y la adherencia a tratamientos farmacológicos y no farmacológicos en personas con alguna condición de enfermedad coronaria. Revista avances de enfermería. [Online]. 2007 Diciembre; [citado 14 Junio 2020]; 25(2): p. 65-75. Disponible en:
<http://www.scielo.org.co/pdf/aven/v25n2/v25n2a07.pdf>
32. Aid Kunert J. Adherencia al tratamiento antihipertensivo en pacientes ambulatorios de un hospital urbano. Revista Virtual de la Sociedad Paraguaya de Medicina Interna. [Online]. 2015; 2(2): p. 43-51. Disponible en: http://scielo.iics.una.py/scielo.php?pid=S2312-38932015000200005&script=sci_abstract&lng=es [https://doi.org/10.18004/rvspmi/2312-3893/2015.02\(02\)43-051](https://doi.org/10.18004/rvspmi/2312-3893/2015.02(02)43-051).

33. da Silva Barreto , Almeida Oliveira Reiners A, Silva Marcon S. Conocimiento sobre hipertensión arterial y factores asociados a la no adhesión a la farmacoterapia. Rev. Latino-Am. Enfermagem. 2014 Mayo-Junio; 22(3): p. 491-498.
34. Organización Mundial de la Salud [OMS]. Adherencia Terapéutica. [Citado 5 Septiembre 2020]. Disponible en: <http://www.paho.org/Spanish/AD/DPC/NC/adherencia-largo-plazo.pdf>
35. Ramos Morales LE. La adherencia al tratamiento en las enfermedades crónicas. Revista Cubana Angiología y Cirugía Vascul ar [online]. 2015 Julio-Diciembre; 16(2).
36. Libertad MA, Grau Abalo J. La investigación de la adherencia terapéutica como un problema de la Psicología de la Salud. Revista Psicología y Salud . [Online]. 2004 Feb 11; 14(1): p. 89-99. Disponible en: <https://www.redalyc.org/pdf/291/29114110>
37. Turagabeci AR, Nakamura K, Kizuki M, Takano T. Turagabeci AR, Nakamura K, Kizuki M, Takano T. Family structure and health, how companionship acts as a buffer against ill health. Health Qual Life Outcomes. 2007;5:61. Published 2007 Nov 23.v. Health and quality of life outcomes. [Online] 2007 November 23 [citado 15 Mayo 2020]; 5(61). DOI: 10.1186/1477-7525-5-61
38. Louro Bernal I. Modelo de salud del grupo familiar. Revista Cubana Salud Pública. [Online] 2005 Septiembre-Diciembre [citado 15 Julio 2020]; 31.Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0864-34662005000400011
39. Apoyo familiar en el apego al tratamiento de la hipertensión arterial esencial. Revista Salud pública México. 2001 Julio-Agosto [citado 2020 jul 15] ; 43(4): p. 336-339. Disponible en: http://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0036-36342001000400010&lng=es.
40. Ramos ML. La adherencia al tratamiento en las enfermedades crónicas. Revista Cubana de Angiología y Cirugía Vascul ar. 2015; 16(2): p. 175-189. Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1682-00372015000200006.
41. Menéndez Villalva C, Alonso Fachad A, Gamarra M, Losada N, Estevez E, Seoane N. Influencia de variables sociales en el cumplimiento terapéutico de la hipertensión arterial. Cuaderno Atención Primaria 2004; 11: p. 131-137. Disponible en: https://www.researchgate.net/publication/242762903_Influencia_de_variables_sociales_en_el_cumplimiento_terapeutico_de_la_hipertension_arterial
42. Ajzen I. From intention to actions: A theory of planned behavior. In: Kuhland J, Beckman J, eds. Action-control: From cognitions to behavior. Heidelberg: Springer; 1985. Heidelberg Springer ed. behavior AIFitaAcFct, editor. New York: In: Kuhland J, Beckman J, eds.; 1985.
43. Ajzen I. "The Theory of Planned Behavior". Organizational Behavior and Human Decision Process [Online]. 1991 December; 50(2): p. 179-211.
44. Soler Morejón C. Conocimiento médico y su gestión. Revista Habanera de Ciencias Médicas. 2011 Octubre-Diciembre; 10(4): p. 505-512.
45. Barraza L, Sarmiento Limas C. Conocimiento de la enfermedad en una población

- hipertensa colombiana. Rev. Fac. Med. 2014; 62(3): p. 399-405. Revista Facultad Medicina. [Online]. 2015 Febrero; 62(3): p. 399-405. Disponible en: <http://dx.doi.org/10.15446/revfacmed.v62n3.43370>
46. Echemendía Tocabens B. Definiciones acerca del riesgo y sus implicaciones. Revista Cubana Higiene y Epidemiología. [Online] 2011 Septiembre-Diciembre; 49(3): p. 470-481. Disponible en: <https://www.redalyc.org/articulo.oa?id=223221363013>
 47. Hipertensión arterial: principales factores de riesgo modificables en la estrategia salud de la familia. Enfermería Global. [Online] 2012 Abril [citado 2020 Agosto 12]; 11(26): p. 344-353. Disponible en: <https://dx.doi.org/10.4321/S1695-61412012000200022>
 48. Figueroa López CG, Ramos del Rio B. Factores de riesgo de la hipertensión arterial y la salud cardiovascular en estudiantes universitarios. Anales de Psicología [online]. 2006 Diciembre; 22(2): p. 169-174. Disponible en: <https://www.redalyc.org/pdf/167/16722201.pdf>
 49. Gaitán D, Chamorro R, Cediel G, Lozano G, Gomes FdS. Sodio y Enfermedad Cardiovascular: Contexto en Latinoamérica. Archivos Latinoamericanos de Nutrición. [Online] 2015 Dic [citado 2020 Sept 01]; 65(4): p. 206-2015. Disponible en: http://ve.scielo.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0004-06222015000400001&lng=es.
 50. Mattes D, Donnelly D. Relative contributions of dietary sodium sources. J Am Coll Nutr. 1991 August; 10(4): p. 383-393. Doi: 10.1080 / 07315724.1991.10718167
 51. Valverde Díez C. Ingesta de sodio, fuentes alimentarias y percepciones y hábitos en relación al consumo de sal de un colectivo de adultos españoles. [Tesis Doctoral] 2017.
 52. Pires Costa F, Helena Machado S. O consumo de sal e alimentos ricos em sódio pode influenciar na pressão arterial das crianças? Ciênc. Saúde coletiva. [Online] 2010 Junio [citado 11 Agosto 2020]; 15(1).Doi: <https://doi.org/10.1590/S1413-81232010000700048>
 53. OMS. Organización Mundial de la Salud. [Online]. [cited 2020 Septiembre 5]. Available from: <https://www.who.int/dietphysicalactivity/pa/es>.
 54. Instituto Nacional de Estadística y Censos - I.N.D.E.C. 4° Encuesta Nacional de Factores de Riesgo. Resultados definitivos. [Online] - 1a ed. Ciudad Autónoma de Buenos Aires de Gobierno de Salud de la Nación; Octubre 2019. [Citado 7 de sept. de 2020]; Capítulo 3, actividad física; 73-80 Report No.: ISBN 978-950-896-554-7. Disponible en: https://www.indec.gov.ar/ftp/cuadros/publicaciones/enfr_2018_resultados_definitivos.pdf
 55. OMS. Organización Mundial de la Salud. [Online] [citado 5 Septiembre 2020]. Disponible en: <https://www.who.int/topics/obesity/es/>.
 56. Instituto Nacional de Estadística y Censos - I.N.D.E.C. 4° Encuesta Nacional de Factores de Riesgo. Resultados definitivos. Ciudad Autónoma de Buenos Aires de Gobierno de Salud de la Nación; 2019. [Citado 7 de sept. de 2020]; Capítulo 6, Obesidad; 125-134. Disponible en: https://www.indec.gov.ar/ftp/cuadros/publicaciones/enfr_2018_resultados_definitivos.pdf
 57. Farias M, Cuevas A, Ducci H. Más allá del sodio: cambios en la dieta y su efecto en hipertensión. Revista Chilena Cardiología. [Online] 2013 [citado 12 Agosto 2020] ; 32(2):

- p. 141-151. Disponible en: http://www.scielo.cl/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0718-85602013000200009&lng=es. <http://dx.doi.org/10.4067/S0718-85602013000200009>.
58. Instituto Nacional de Estadística y Censos. 4° Encuesta Nacional de Factores de Riesgo. [Online]. Ciudad Autónoma de Buenos Aires de Gobierno de Salud de la Nación; 2019 [citado 7 Septiembre 2020]; Capítulo 2, Tabaco; 39-72. Disponible en: https://www.indec.gob.ar/ftp/cuadros/publicaciones/enfr_2018_resultados_definitivos.pdf
59. Costa de Robert S, Barontini M, Forcada O, Carrizo P, Almada L. Estrés psicosocial y baja resiliencia, un factor de riesgo de hipertensión arterial. *Revista Argentina de Cardiología* . [Online]. 2010 [citado 10 Septiembre 2020]; 78(5): p. 425-431. Disponible en: <https://www.redalyc.org/pdf/3053/305326948013.pdf>
60. Bello B, Sánchez G, Campos A, Báez E, Fernández J, Achion F. Síndrome Metabólico: un problema de salud con múltiples definiciones. *Revista Médica Electrónica*. [Online]. 2012 Marzo-Abril; 34(2): p. 199-213. Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1684-18242012000200009
61. Ginsberg H, Huang LS. The insulin resistance syndrome: impact on lipoprotein metabolism and atherothrombosis. *Journal of cardiovascular risk*. 2000 Oct; 7(5): p. 325-331. Doi: 10.1177/204748730000700505
62. LLapur Milián R, González Sánchez R, Borges Alfonso K, Rubio Olivares DY. Alteraciones lipídicas en la hipertensión arterial esencial. *Revista Cubana pediatría*. [Online] 2013 [citado 16 Agosto 2020]; 85(3): p. 283-294. Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-75312013000300002
63. González O, Ramírez L. Abordaje de la diabetes en el hipertenso. *Hipertensión y Riesgo Vascular*. [Online] 2017 [citado 10 Septiembre 2020]; 34(2): p. 30-34. Disponible en: [https://doi.org/10.1016/S1889-1837\(18\)30073-4](https://doi.org/10.1016/S1889-1837(18)30073-4)
64. Ortellado Maidana J, Ramírez A, González G, Olmedo Filizzola G, Ayala de Doll Mea. Consenso Paraguayo de Hipertension Arterial 2015. *Revista Virtual Sociedad Paraguaya Medicina Interna*. [Online] 2016 Septiembre [citado 11 Agosto 2020]; 3(2): p. 11-57. Disponible en: <https://www.revistaspmi.org.py/index.php/rvspmi/article/view/83/84>
65. O M S. Organización Mundial de la Salud. [Online]. [cited 2020 Septiembre 15]. Available from: <https://www.who.int/es/emergencies/diseases/novel-coronavirus-2019/advice-for-public/q-a-coronaviruses>.
66. Grasselli G, Zangrillo A, Zanella A, Antonelli M, Cabrini L. Baseline Characteristics and Outcomes of 1591 Patients Infected With SARS-CoV-2 Admitted to ICUs of the Lombardy Region, Italy. *JAMA* [Online] 2020 April; [citado 26 Julio 2020] 323(16): p. 1574–1581. Doi: [10.1001/jama.2020.5394](https://doi.org/10.1001/jama.2020.5394)
67. Kuster M, Pfister O, Burkard T, Zhou Q, Twerenbold R, Haaf P, et al. SARS-CoV2: should inhibitors of the renin-angiotensin system be withdrawn in patients with COVID-19? *Eur Heart J*. [Online]. 2020 [citado 26 Julio 2020]; p. 1-3. Disponible. *Eur Heart J* [online]. 2020 Mayo 14; 41(19): p. 1801-1803. Disponible en: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC7184407/> Doi: 10.1093/eurheartj/ehaa235
68. Li B, Yang J, Zhao F, Zhi L, Liu L, Zhaohui B, et al. Prevalence and impact of

- cardiovascular metabolic diseases on COVID-19 in China. *Clin Res Cardiol.* [Online]. 2020 May; 109(5): p. 531-538. Disponible en: <https://link.springer.com/article/10.1007%2Fs00392-020-01626-9> Doi: 10.1007 / s00392-020-01626-9
69. Wu C, Chen X, Cai Y, Xia J, et. al. Wu C, Chen X, Cai Y, Xia J, Zhou X, Xu S, et al. Risk Factors Associated with Acute Respiratory Distress Syndrome and Death in Patients with Coronavirus Disease 2019 Pneumonia in Wuhan, China. [Online] 2020 [citado 08 Julio 2020]; p. 1-10. *JAMA Intern Med* [online]. 2020 Mar 13; 180(7): p. 934-943. doi:10.1001/jamainternmed.2020.0994
70. Zhou F, Yu T, Du R, Fan G, Liu Y, Liu Z, et al. Clinical course and risk factors for mortality of adult inpatients with COVID-19 in Wuhan, China: a retrospective cohort study. *Lancet* [Online] 2020; 395(10229): p. 1054-1062. Doi: [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(20\)30566-3](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(20)30566-3)
71. Huarcaya V. Consideraciones sobre la salud mental en la pandemia de COVID-19. 2020 Abr [citado 10 Septiembre 2020]; 37(2): 327-334. Disponible en: http://www.scielo.org.pe/scielo.php?script=sci_. *Rev. perú. med. exp. salud publica* [online]. 2020 Abril; 37(2): p. 327-334.
72. Huang Y, Zhao N. Chinese mental health burden during the COVID-19 pandemic.. *Asian J Psychiatr.* [Online] 2020 Jun [citado 10 Septiembre 2020]; 54(102052). Doi: [10.1016/j.ajp.2020.102052](https://doi.org/10.1016/j.ajp.2020.102052)
73. Choi H, Oh IJ, Lee JA, Lim J, Kim YS, Jeon TH, et al. Factors that affect adherence to antihypertensive medication. *Korean J Fam Med.* [Online]. 2018 November [citado 2020 Jun 16]; 39(6). doi: [10.4082/kjfm.17.0041](https://doi.org/10.4082/kjfm.17.0041)
74. Naderi SH, Bestwick JP, Wald DS. Adherence to drugs that prevent cardiovascular disease: meta-analysis on 376,162 patients. *Revista Americana Medicina.* 2012; 125(9): p. 882-887. Disponible en: [https://www.amjmed.com/article/S0002-9343\(12\)00018-6/fulltext](https://www.amjmed.com/article/S0002-9343(12)00018-6/fulltext)
75. Ingaramo R, Vita N, Bendersky M, Arnolt M, y cols. Estudio Nacional Sobre Adherencia al Tratamiento (ENSAT). *Revista Federación Argentina Cardiología.* [Online] 2005 Enero-Marzo [citado 15 Julio 2020]; 34(1): p. 104-111. Disponible en: <https://docplayer.es/65562887-Estudio-nacional-sobre-adherencia-al-tratamiento-ensat.html>
76. Marín M, Barochiner J, Rodríguez P, y cols.. Control de la presión arterial y perfil de riesgo cardiovascular en pacientes hipertensos bajo atención especializada en Argentina: resultados del estudio CHARTER. *J Clin Hypertens.* 2019; 21(10): p. 1456-1462.
77. Salazar M, Espeche W, Leiva Sisniegues B. Hipertensión arterial, epidemiología, fisiología, fisiopatología, diagnóstico y terapéutica. In. CABA. Argentina: 1ra Edición Ed. Inter-Médica.; 2013. p. Capítulo 10, Estudios nacionales de hipertensión arterial en población adulta 37-42.
78. Instituto Nacional de Estadística y Censos. 4º Encuesta Nacional de Factores de Riesgo. [Online]. Ciudad Autónoma de Buenos Aires de Gobierno de Salud de la Nación; 2019 [citado 9 Septiembre 2020]; Capítulo 8, Hipertensión; 163-183. Disponible en: https://www.indec.gov.ar/ftp/cuadros/publicaciones/enfr_2018_resultados_definitivos.pdf

79. Riestra Adamuz J, Gonzales Hurtado J, Moreno Ortega J. Educación sanitaria enfermera en pacientes hipertensos en atención primaria. Parainfo Digital. 2016; 25. Disponible en : <http://www.index-f.com/para/n25/190.php>
80. Martínez de Murga García G, Sujo , Estévez Perera A. Adherencia farmacológica en pacientes hipertensos. Revista Cubana de Medicina General Integral [online]. 2020; [citado 15 Sept 2020]; 36(1). Disponible en: <http://www.revmgi.sld.cu/index.php/mgi/article/view/982>
81. García-Reza C, GLanderos López M, Gollner Zeitoune R, Solano-Solano G, Alvarado Ávila L, Morales Del Pilar M. Rol socioeconómico y la adhesión al tratamiento de pacientes con hipertensión arterial - contribución de enfermería. Revista Cuidarte. [Online] 2012 Enero [citado 15 Sept 2020]; 3(1). Disponible en: <http://dx.doi.org/10.15649/cuidarte.v3i1.22>
82. Rosas-Chavez G, Romero-Visurraga C, Ramirez-Guardia E, Málaga G. El grado de alfabetización en salud y adherencia al tratamiento en pacientes con hipertensión arterial en un hospital nacional de Lima, Perú. Revista Peruana de Medicina experimental y Salud Pública. [Online] 2019 Junio-Septiembre [citado 16 Septiembre 2020]; 36(2): p. 214-221. Disponible en: http://www.scielo.org.pe/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1726-46342019000200007&lng=es. <http://dx.doi.org/10.17843/rpmesp.2019.362.4279>.
83. Tibebe A, Mengistu D, Negesa L. Adherence to recommended lifestyle modifications and factors associated for hypertensive patients attending chronic follow-up units of selected public hospitals in Addis Ababa, Ethiopia. Patient Prefer Adherence [online]. 2017 Febrero; 2017(11): p. 323-330. Doi <https://doi.org/10.2147/PPA.S126382>
84. Granados Gámez G, Gil Roales-Nieto J. Creencias relacionadas con la hipertensión y adherencia a los diferentes componentes del tratamiento. International Journal of Psychology and Psychological Therapy. 2007; 7(3): p. 393-403. Disponible en: <https://www.ijpsy.com/volumen7/num3/177/creencias-relacionadas-con-la-hipertensi-ES.pdf>
85. Guarín-Loaiza G, Pinilla-Roa A. Adherencia al tratamiento antihipertensivo y su relación con la calidad de vida en pacientes de dos hospitales de Bogotá, D.C. 2013-2014. Revista de la Facultad de Medicina [online]. 2016 Diciembre; [citado 20 Agosto 2020]; 64(4): p. 651-657. Disponible en: http://www.scielo.org.co/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0120-00112016000400651&lng=en. <https://doi.org/10.15446/revfacmed.v64n4.52217> .
86. Oza B, Patel B, Malhotra S, Patel V. Health related quality of life in hypertensive patients in a tertiary care teaching hospital. The Journal of the Association of Physicians of India. 2014 Octubre; 62(10): p. 22-29. Disponible en: https://www.researchgate.net/publication/275357695_Health_related_quality_of_life_in_hypertensive_patients_in_a_tertiary_care_teaching_hospital
87. Hernández Sampieri R, Fernández Collado C, Baptista Lucio. Metodología de la investigación. 6th ed. México D.C; 2014.
88. Corugedo Rodríguez MdC, Libertad MA, Bayarre Veá H. Adherencia terapéutica en pacientes con hipertensión arterial del Policlínico Universitario "Manuel Fajardo" en el Municipio Cruces, Cienfuegos. Rev Cubana Med Gen Integr. 2011; 27(4): p. 504-512.

89. Española RA. Diccionario de la lengua española. [Online]. [cited 2020 Septiembre 20]. Available from: <https://dle.rae.es/edad>.
90. Flores J. Las bases biológicas de la diferenciación sexual humana en el siglo XXI. *Desacatos*. 2001; [citado 21 noviembre 2020]; 8: p. 101-108. Disponible en: http://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1607-050X2001000300007&lng=es&tlng=es.
91. Estrada-Reventos D, Ho-Wong TM, Agude-Ugena JP, Arias-Barros P, Capillas-Pérez R, Gibert-Llorach E, et al. Validación de un cuestionario de conocimientos sobre la hipertensión. *Hipertensión y riesgo vascular* [online]. 2013 Octubre-Diciembre; 30(4): p. 127-134. Disponible en: https://www.researchgate.net/publication/259168903_Validacion_de_un_cuestionario_de_conocimientos_sobre_la_hipertension DOI: [10.1016 / j.hipert.2013.05.003](https://doi.org/10.1016/j.hipert.2013.05.003)
92. Nafees A, Amer Hayat K, Infranullah K, Muhammad A, Amjad K. "Doctors' Knowledge of Hypertension Guidelines Recommendations Reflected in Their Practice". *International Journal of Hypertension* [online]. 2018. Disponible en: <https://www.hindawi.com/journals/ijhy/2018/8524063/> Doi: <https://doi.org/10.1155/2018/8524063>
93. Rodríguez JC, Solís-Visscher R, Rogic-Valencia S, Yuani R, Reyes-Rocha. Asociación entre conocimiento de hipertensión arterial y adherencia al tratamiento en pacientes hipertensos del Hospital Nacional Edgardo Rebagliati Martins de Lima, Perú. 2015. *Revista Facultad Medicina*. 2017; 65(1): p. 55-60.
94. Varela Arévalo MT, Arrivillaga Quintero M, Cáceres de R DE, Correa Sánchez D, Holguín Palacios LE. Efectos benéficos de la modificación del estilo de vida en la presión arterial y la calidad de vida en pacientes con hipertensión. *Act Colom Psico*. 2005 Nov; 8(2): p. 69-85. Disponible en: <http://www.scielo.org.co/pdf/acp/v8n2/v8n2a06.pdf>
95. Badia X, Roca-Cusachs A, Dalfo A, Gascón G, Abellan J. Validation of the short form of the Spanish Hypertension Quality of Life Questionnaire (MINICHAL). *Clin Ther*. 2002; 24(12): p. 2137-2154. Doi: [https://doi.org/10.1016/S0149-2918\(02\)80103-5](https://doi.org/10.1016/S0149-2918(02)80103-5)
96. Cisneros Sánchez N. Adherencia terapéutica en hipertensión arterial. *Revista Mexicana de enfermería cardiológica*. 2006 Septiembre-Diciembre; 14(3): p. 98-101. Disponible en: <https://www.medigraphic.com/pdfs/enfe/en-2006/en063d.pdf>
97. d'Almeida Machado K, Santim Barilli S, Corrêa Souza G, Rabelo-Silva ER. Cut-Point for Satisfactory Adherence of the Dietary Sodium Restriction Questionnaire for Patients with Heart Failure. *Arq Bras Cardiol* [online]. 2019 [citado 05 Junio 2020]; 112(2). Doi: <https://doi.org/10.5935/abc.20190011>
98. Val Jiménez A, Amorós Ballesteros G, Martínez Visa P, Fernández Ferré ML, León Sanromà M. Estudio descriptivo del cumplimiento del paciente en el tratamiento farmacológico antihipertensivo y validación de la prueba de Morisky y Green. *Atención Primaria*. 1992; 10(5): p. 767-770.
99. Masson W, Calderón G, Zeballos C, Lobo M, de Francesca S, Rostan M, et al. Adaptación para la Argentina y evaluación de las propiedades psicométricas del Cuestionario sobre la Dieta Restrictiva de Sodio en pacientes con insuficiencia cardíaca. *Revista Argentina de*

Cardiología. 2015 Febrero; 83(1): p. 21-27. Disponible en:
<https://www.redalyc.org/articulo.oa?id=305336837007>

100. Lolas F. Aspectos éticos de la investigación biomédica. Conceptos frecuentes en las normas escritas. Revista Médica de Chile. 2001 Junio; 129(6).
101. The World Medical Association (WMA). Declaración de Helsinki de la AMM. Principios éticos para las investigaciones médicas en humanos. [Online].; 2015 [citado 27 noviembre 2020] Página 88 . Available from:
http://www.anmat.gov.ar/comunicados/HELSINSKI_2013.pdf
102. de Luis Romána D, Allerb R, Bustamantec J. Aspectos terapéuticos de la dieta en la hipertensión arterial. NefroPlus. 2008 Febrero; 1(1): p. 1-55.

ANEXOS

ANEXO 1

Cuestionario conocimientos hipertensión

1. Hipertensión

1.1 ¿Cuántos años hace que usted es hipertenso? 0-5 6-10 Más de 10

1.2 A partir de qué valor se considera una persona hipertenso 140/90 160/95 130/85

1.3 ¿Es la hipertensión una enfermedad para toda la vida? Sí No No lo sé

1.4 Habitualmente ¿Quién le hace la visita de seguimiento de la hipertensión?
El personal médico El personal de enfermería No lo sé

1.5 ¿Le han explicado que es la hipertensión? Si No No recuerdo

2. Riesgo de la hipertensión	Sí	No	No lo sé
2.1 ¿Tener la presión elevada puede producir problemas a los ojos?			
2.2 ¿Tener la presión elevada puede producir problemas al corazón?			
2.3 ¿Tener la presión elevada puede producir problemas de artrosis?			
2.4 ¿Tener la presión elevada puede producir problemas al cerebro?			
2.5 ¿Tener la presión elevada puede producir problemas a los riñones?			

3. Factores de riesgo asociado a la hipertensión	Sí	No	No lo sé
3.1 Un/a hipertenso/a con diabetes ¿tiene más riesgo de sufrir una enfermedad del corazón?			
3.2 Un/a hipertenso/a con obesidad ¿tiene más riesgo de sufrir una enfermedad del corazón?			
3.3 Un/a hipertenso/a fumador ¿tiene más riesgo de sufrir una enfermedad del corazón?			
3.4 Un/a hipertenso/a con colesterol alto ¿tiene más riesgo de sufrir una enfermedad del corazón?			

4. Dieta	Sí	No	No lo sé
4.1 ¿Crees que es importante la dieta en el hipertenso?			
4.2 Una dieta pobre en grasas, abundante en frutas y verduras ¿Es importante para disminuir la presión arterial?			
4.3 Es aconsejable reducir el consumo de sal			

5. Medicación	Sí	No	No lo sé
5.1 ¿Cree que la presión se puede controlar solo con medicación?			
5.2 ¿Toma medicación para la hipertensión?			
5.3 ¿Cree que usted puede aumentar o disminuir la dosis de la medicación si le sube o le baja la presión arterial?			
5.4 ¿Cree usted que puede dejar el tratamiento cuando tiene la presión arterial controlada?			

6. Modificaciones de estilos de vida	Sí	No	No lo sé
6.1 ¿Cree que perder peso en personas obesas puede ayudar a bajar la presión arterial?			
6.2 ¿Cree que caminar ½-1 hora puede reducir el riesgo de sufrir una enfermedad del corazón?			
6.3 ¿Cree que si toma la vida con tranquilidad puede favorecer el control de la hipertensión?			

7. Percepción de la enfermedad	Sí	No	No lo sé
7.1 ¿Piensa que el apoyo de familia/amigos puede ayudarle?			
7.2 ¿Piensa que el médico/a enfermero/a farmacéutico/a puede ayudarle?			

8. Situación laboral actual	Señale con una X la opción correcta	9. Estudios Cursados	Señale con una X la opción correcta
Trabajo/a		Sin estudios	
Parado/a		Estudios primarios	
Incapacidad/invalidez		Estudios primarios incompletos	
Jubilado/a		Estudios secundarios	
Ama de casa		Estudios universitarios (diplomatura)	
Estudiante		Estudios universitarios (grado/doctorado)	

ANEXO 2

Test adherencia al tratamiento farmacológico

	Si	No
1. ¿Alguna vez olvidó tomar sus medicamentos para su Hipertensión?		
2. ¿Toma el medicamento en horas diferentes a lo indicado?		
3. Cuando se siente bien, ¿deja de tomar el medicamento?		
4. Si alguna vez el medicamento le cae mal, ¿deja de tomarlo?		

ANEXO 3

Cuestionario adherencia a la restricción de sodio en la dieta

	No estoy de acuerdo	Estoy un poco de acuerdo	Estoy de acuerdo	Estoy bastante de acuerdo	Estoy muy de acuerdo
1. Es importante para mí seguir una dieta con poca sal					
2. Consumir una dieta con poca sal evitará que se acumule liquido en mi					
3. Consumir una dieta con poca sal disminuirá mi hinchazón					
4. Consumir una dieta con poca sal me ayuda a respirar mejor					
5. Cuando sigo una dieta con poca sal, me siento mejor					
6. Consumir una dieta con poca sal mantendrá mi corazón saludable					
7. Mi pareja u otros miembros de mi familia creen que debería comer con poca sal					
8. Generalmente, yo quiero hacer lo que mi médico piensa que debería hacer					
9. Generalmente quiero hacer lo que mi pareja u otros miembros de la familia creen que debería hacer					

	No me impide en nada	No me impide casi nada	Me impide un poco	Me impide bastante	Me impide mucho
10. No sé cómo cumplir una dieta con poca sal y/o no entiendo cómo hacerlo					
11. El menor sabor de los alimentos con poca sal					
12. No puedo elegir alimentos con poca sal en los restaurantes					
13. Los restaurantes de mi agrado no sirven comida con poca sal					
14. Se me hace difícil elegir alimentos con poca sal en el supermercado					
15. Los alimentos que me gustan no tienen poca sal					
16. No tengo la fuerza de voluntad para cambiar mi alimentación					

ANEXO 4

Cuestionario calidad de vida

En los últimos 7 días usted...	No, en absoluto	Sí, algo	Sí, bastante	Sí, mucho
1. ¿Ha tenido dificultades para conciliar el sueño?				
2. ¿Ha tenido dificultades para continuar con sus relaciones sociales habituales?				
3. ¿Le ha resultado difícil entenderse con la gente?				
4. ¿Siente que no está jugando un papel útil en su vida?				
5. ¿Se siente incapaz de tomar decisiones y empezar nuevas cosas?				
6. ¿Se ha notado constantemente agobiado y en tensión?				
7. ¿Tiene la sensación de que la vida es una lucha continua?				
8. ¿Se siente incapaz de disfrutar sus actividades habituales cada día?				
9. ¿Se ha sentido agobiado y sin fuerzas?				
10. ¿Ha tenido la sensación de que estaba enfermo?				
11. ¿Ha notado dificultades al respirar o sensación de falta de aire sin causa aparente?				
12. ¿Se le han hinchado los tobillos?				
13. ¿Ha notado que orina más a menudo?				
14. ¿Ha notado sequedad en la boca?				
15. ¿Ha notado dolor en el pecho sin hacer ningún esfuerzo?				
16. ¿Ha notado una sensación de entumecimiento u hormigueo en alguna parte del cuerpo?				

ANEXO 5

Consentimiento informado

CONSENTIMIENTO INFORMADO DEL RESPONDENTE

Estimada/o Adulto Joven

Mi nombre es Stephanie Giselle Amed Bonetti en virtud que me encuentro realizando mi trabajo final integrador (TFI) de la Licenciatura en Nutrición, cuyo objetivo es describir los conocimientos sobre hipertensión, adherencia al tratamientos farmacológico y dietoterápico y su asociación con la calidad de vida en adultos jóvenes durante Septiembre-Octubre de 2020 necesitare realizar una encuesta para medir conocimientos sobre hipertensión, adherencia al tratamiento farmacológico, adherencia a la restricción de sodio en la dieta y calidad de vida. Por esta razón, solicito su autorización para participar en este instrumento, que consiste en responder las preguntas que se encuentran en el formulario de Google.

Resguardaré la identidad de las personas incluidas en instrumento.

En cumplimiento de la Ley N° 17622/68 (y su decreto reglamentario N° 3110/70), se le informa que los datos que usted proporcione serán utilizados sólo con fines estadísticos, quedando garantizado entonces la absoluta y total confidencialidad de los mismos.

La decisión de participar en esta encuesta es voluntaria y desde ya agradezco su colaboración.

Le solicitamos que de estar de acuerdo, luego de haber leído detenidamente lo anterior y habiéndolo comprendido, firmar al pie:

Yo....., en mi carácter de respondente encuestado, habiendo sido informado y entendiendo el objetivo de la encuesta, acepto participar en la misma.

Fecha:.....

Firma:.....

Lugar de la encuesta:.....

Alumna encuestadora:.....

.....

(Firma)

Universidad ISALUD