



**UNIVERSIDAD ESTATAL PENÍNSULA DE SANTA ELENA
FACULTAD DE CIENCIAS SOCIALES Y DE LA SALUD
CARRERA DE ENFERMERÍA**

**FACTORES PSICOSOCIALES ASOCIADOS A LA ADHERENCIA TERAPÉUTICA
DE ENFERMEDADES CARDIOVASCULARES DEL ADULTO. CENTRO DE SALUD
JOSÉ LUIS TAMAYO. 2018-2019.**

**PROYECTO DE INVESTIGACIÓN PREVIO A LA OBTENCIÓN DEL TÍTULO DE
LICENCIADO EN ENFERMERÍA.**

AUTOR(ES)

**BAZÁN POZO RONALD SAÚL
COCHEA TOMALÁ ROGER BRYAN**

TUTOR

JEFFRY JOHN PAVAJEAU HERNÁNDEZ, MD. MSc

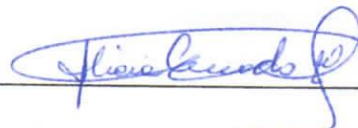
PERÍODO ACADÉMICO

2019-1

TRIBUNAL DE GRADO



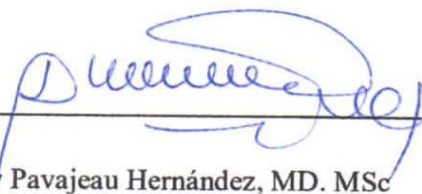
Econ. Sáenz Ozaeta Carlos. Mgt
**DECANO DE LA FACULTAD
DE CIENCIAS SOCIALES Y DE LA SALUD**



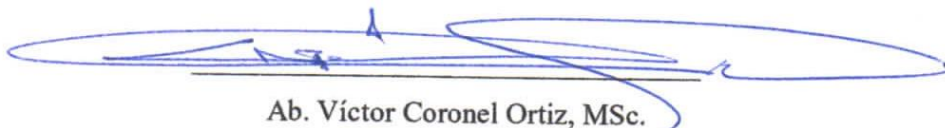
Lic. Alicia Cercado Mancera, MSc.
**DIRECTORA DE LA CARRERA
DE ENFERMERÍA**



Lic. Yanetsy Díaz Amador. MSc
PROFESOR/A DE ÁREA



Jeffry Pavajeau Hernández, MD. MSc
DOCENTE-TUTOR



Ab. Víctor Coronel Ortiz, MSc.
SECRETARIO GENERAL

La Libertad, 07 de Mayo del 2018

APROBACIÓN DEL TUTOR

En mi calidad de tutor del proyecto de investigación, titulado: Factores Psicosociales Asociados a la Adherencia Terapéutica de Enfermedades Cardiovasculares del Adulto. Centro de Salud José Luis Tamayo. 2018-2019, elaborado por los Sr. BAZÁN POZO RONALD SAÚL y Sr. COCHEA TOMALÁ ROGER BRYAN, estudiantes de la Carrera de Enfermería, Facultad de Ciencias Sociales y de la Salud, perteneciente a la Universidad Estatal Península de Santa Elena, previo a la obtención del Título de LICENCIADO EN ENFERMERÍA, me permito declarar que luego de haber orientado, estudiado y revisado, APRUEBO en todas sus partes.

Atentamente.

Jeffrey Pavajeau Hernández, MD. MSc

TUTOR

AGRADECIMIENTO

La enfermería, considerada una profesión solo para mujeres, con el pasar del tiempo esta ideología ha ido cambiando, demostrando así que los hombres también son capaces de brindar cuidados con la dedicación, amor y paciencia que caracteriza a esta digna labor, de una manera holística sin importar raza, género, clase social e incluso orientación sexual, es así como expresamos nuestros más sinceros agradecimientos a aquellas personas que nos apoyaron en esta larga etapa.

A Dios por habernos brindado salud, sabiduría y perseverancia, logrando de esta manera vencer cada obstáculo que se presentaba en nuestra formación académica, por permitirnos llegar hasta estas instancias y lograr cumplir esta gran meta, iluminando nuestro camino para ser mejores personas y por ende mejores profesionales.

A nuestros familiares por el apoyo incondicional brindado en este arduo y largo camino, depositando toda su confianza en nosotros proporcionando los estudios, apoyo económico y anímico para lograr así salir adelante.

Al Dr. Jeffrey John Pavajeau Hernández, MSc. Tutor designado para guiarnos en la realización de este proyecto de investigación, impartiéndonos todos los conocimientos científicos para la culminación del mismo, por la paciencia, consideración y consejos que serán de gran ayuda en nuestra vida profesional.

Al Centro de Salud José Luis Tamayo, por abrirnos las puertas para poder realizar este proyecto en tan prestigiosa institución, brindándonos la información necesaria y requerida de forma desinteresada. De igual manera a los adultos que asisten a este centro de salud por haber colaborado y dedicado su tiempo en cada una de las actividades realizadas.

Bazán Pozo Ronald Saúl

Cochea Tomalá Roger Bryan

DECLARACIÓN

El contenido del presente estudio de graduación es de nuestra responsabilidad, el Patrimonio intelectual del mismo pertenece a la Universidad Estatal Península de Santa Elena.

Bazán Pozo Ronald Saúl

CI: 0927264069

Cochea Tomalá Roger Bryan

CI: 2450336058

ÍNDICE GENERAL

TRIBUNAL DE GRADO	i
APROBACIÓN DEL TUTOR	ii
AGRADECIMIENTO	iii
DECLARACIÓN	iv
ÍNDICE GENERAL	v
RESUMEN	1
ABSTRACT	2
INTRODUCCIÓN	3
CAPÍTULO I	5
1. Planteamiento del problema.....	5
1.1. Descripción del problema	5
1.2 Enunciado del problema	6
1.3 Justificación	6
1.4. Objetivos	7
1.4.1. Objetivo general.....	7
1.4.2. Objetivos Específicos.....	7
1.5. Viabilidad y factibilidad	7
CAPÍTULO II.....	9
2. Marco teórico	9
2.1. Marco institucional	9
2.1.1 Marco Legal	10
2.1.1.1. Constitución de la República del Ecuador 2008	10
2.1.1.2. Modelo de Atención Integral en Salud (MAIS).....	10
2.1.1.3 Ley Orgánica de Salud.....	10
2.1.2 Organigrama	11
2.2. Marco contextual	12
2.2.1. Antecedentes investigativos.....	12
2.2.2 Fundamentación Científica	13
2.2.3. Fundamentación de enfermería.....	19

2.2.3.1. Modelo de Hildegart Peplau	19
2.2.3.2. Teoría de Dorothea Orem.	19
2.2.3. Definición de términos utilizados en el desarrollo de la investigación.....	20
2.3. Hipótesis, variable y Operacionalización	21
2.3.1. Hipótesis	21
2.3.2. Asociación empírica de variables	21
2.3.3. Operacionalización de variables	21
CAPÍTULO III.....	23
3. Diseño metodológico	23
3.1. Tipo Estudio.....	23
3.2. Universo y Muestra.....	23
3.3. Técnicas e instrumentos.....	24
3.3.1. Técnicas	24
3.3.1.1. Observación	24
3.3.1.2. Encuesta	24
3.3.1.3. Entrevista	24
3.3.2. Instrumentos.....	25
3.4 Procesamiento de información.....	25
CAPÍTULO IV.....	26
4.1 Análisis e interpretación de resultados	26
4.2. Conclusiones	31
4.3. Recomendaciones	32
BIBLIOGRAFÍA	33
APÉNDICES Y ANEXOS	
GLOSARIO	

RESUMEN

Los factores psicosociales son condiciones que se manifiestan frente a distintas situaciones relacionadas con agentes, personales, cognitivos, familiares y sociales, afectando el desarrollo integral del individuo en cuanto a la adherencia terapéutica. La presente investigación tiene como propósito identificar los factores psicosociales asociados a la adherencia terapéutica en enfermedades cardiovasculares del adulto que acuden al centro de salud José Luis Tamayo, teniendo a la adherencia terapéutica ineficaz como una problemática de gran relevancia en salud, manifestada por múltiples factores psicosociales como ansiedad, depresión, disfunción social y familiar. Se aplica la metodología descriptiva e investigación transversal que permite obtener datos exactos mediante encuestas certificadas y avaladas internacionalmente, la muestra aplicada es aleatoria simple dirigida para poblaciones finitas que cuenta con un 95% de confiabilidad y un 5% de margen de error, se logró realizar la recolección y procesamiento de datos a 81 usuarios que acuden al Centro de Salud. Se identificó mediante del test de Morisky-Green, donde el 72% de usuarios no cumplen de manera correcta la pauta terapéutica prescrita; con relación a los factores psicológicos mediante el test de Goldberg se evidenció que el 64% de usuarios padecen de ansiedad y el 56% depresión; Mediante la escala de valoración socio-familiar de Gijón que permite identificar los factores sociales, se evidenció que un 89% de la población poseen un problema y/o riesgo social, teniendo como problemática principal a un 86% de usuarios que no tienen ingresos o son inferiores al salario mínimo los cuales repercuten de manera significativa e imposibilita que cumplan una pauta terapéutica eficaz.

PALABRA CLAVE: Psicosociología; Cumplimiento y adherencia al tratamiento; Enfermedades cardiovasculares; Adulto.

ABSTRACT

Psychosocial factors are conditions that manifest themselves in different situations related to agents, personal, cognitive, family and social, affecting the integral development of the individual in terms of therapeutic adherence. The present investigation has the purpose of identifying the psychosocial factors associated with the therapeutic adherence in cardiovascular diseases of adults who come to the health center José Luis Tamayo, having ineffective therapeutic adherence as a problem of great relevance in health, manifested by multiple psychosocial factors such as anxiety, depression, social and family dysfunction. The descriptive methodology and cross-sectional research is applied to obtain exact data through certified and internationally endorsed surveys, the applied sample is simple randomly directed for finite populations that has a 95% reliability and a 5% margin of error. the collection and processing of data to 81 users who come to the Health Center. It was identified through the Morisky-Green test, where 72% of users do not correctly comply with the prescribed therapeutic regimen; in relation to psychological factors, the Goldberg test showed that 64% of users suffer from anxiety and 56% depression; Using the scale of socio-family valuation of Gijón that allows identifying social factors, it was evidenced that 89% of the population have a problem and / or social risk, having as a main problem 86% of users who do not have income or they are lower than the minimum wage, which have a significant impact and make it impossible for them to comply with an effective therapeutic regimen.

KEY WORD: Psychosociology; Compliance and adherence to treatment; Cardiovascular diseases; Adult.

INTRODUCCIÓN

Las enfermedades cardiovasculares hacen referencia a un conjunto de patologías que afectan al corazón y a los vasos sanguíneos, por consiguiente, la Asociación Americana del Corazón incluye en este grupo la cardiopatía coronaria (arteriopatía coronaria y cardiopatía isquémica), el ictus o accidente vascular cerebral, la hipertensión arterial, entre otras. Se trata, por tanto, de un grupo de enfermedades diversas que tienen causas, síntomas y tratamientos diferenciados. (Segura & Marrugat, 2009)

Una de las principales causas de muertes en todo el mundo son las enfermedades cardiovasculares, alrededor de los años se han estado presentando más muertes por esta causa que por cualquier otra, por lo tanto, es esencial la detección temprana y la aplicación del tratamiento médico correspondiente, mediante los distintos servicios de consejería y la aplicación de fármacos que existen.

Autores a nivel mundial manifiestan que la falta de la adherencia en los tratamientos crónicos es un problema universal y real que afecta a la efectividad de estos y se traduce en unos resultados peores en salud con un impacto negativo en el gasto sanitario. (Ibarra & Morillo, 2017), demostrando así que actualmente, en los países desarrollados o en vías de desarrollo como es el caso de Ecuador, existen distintos factores sociales y psicológicos que se presentan en diferentes usuarios y que influyen de manera positiva o negativa en la adherencia al tratamiento.

Los factores psicosociales representan un riesgo significativo en la aparición y evolución de las enfermedades cardiovasculares, teniendo como una de las principales causas, el estrés psicosocial que es un proceso de interacción que se manifiesta entre el individuo y el entorno que lo rodea, tomando distintas situaciones que se producen en el mismo como amenazantes poniendo así en riesgo su bienestar. (Larrinaga & Hernández, 2016)

De la misma manera el estrés incontrolado es un factor desencadenante de afecciones de mayor gravedad como la ansiedad y a largo plazo puede ocasionar depresión en el individuo; por consiguiente, se tiene que los factores psicológicos como son el estrés, la ansiedad y la depresión junto con las ECV interactúan como causa y efecto, debido a que estos tres factores pueden favorecer al desarrollo de las enfermedades cardiovasculares. (Larrinaga & Hernández, 2016)

Es así como en el Centro de Salud José Luis Tamayo, la hipertensión arterial es la principal enfermedad cardiovascular que afecta a los usuarios que asisten a este centro de atención primaria, seguido de la insuficiencia cardiaca y la hipertensión portal, pero con una menor cantidad de casos existentes, de los cuales todos tienen una pauta terapéutica establecida presentándose como problemática principal la adherencia terapéutica ineficaz.

El primer nivel de atención al instituirse como el principal escalón en el sistema de salud pública, el cual centra sus estrategias en la promoción de la salud y prevención de enfermedades, debe integrar la educación de la salud cardiovascular con otras propuestas de promoción para obtener así menores índices de mortalidad y morbilidad sobre las enfermedades cardiovasculares, ya que estas enfermedades son consideradas unas de las principales problemáticas en la salud pública.

La provincia de Santa Elena tiene una gran incidencia de usuarios con enfermedades cardiovasculares que afectan notablemente a la calidad de vida de esta población debido a que hay una problemática latente, la cual es la adherencia terapéutica ineficaz afectando de manera directa o indirecta, la morbilidad, mortalidad, pérdida de calidad de vida y generando altos costos sanitarios, teniendo así que aplicar técnicas de educación sanitaria para evitar el abandono del tratamiento.

CAPÍTULO I

1. Planteamiento del problema

1.1. Descripción del problema

Se afirma que “Las enfermedades crónicas son de larga duración y por lo general de progresión lenta. Las enfermedades cardíacas, las enfermedades respiratorias y la diabetes, constituyen las principales causas de mortalidad en el mundo y son responsables del 60% de muertes.” (Bertoldo, y otros, 2013); Todo esto se respalda con investigaciones globales, las cuales demuestran que en realidad las enfermedades cardiovasculares provocan una alta tasa de morbi-mortalidad.

La falta de adherencia terapéutica es una problemática latente que repercute de manera significativa en la calidad de vida de los pacientes que padecen distintas enfermedades crónicas, y se evidencia en la aparición de complicaciones severas que en ocasiones llevan a estados incapacitantes afectando no solo a la persona sino a todo su entorno familiar y social. (Bertoldo, y otros, 2013)

Autores manifiestan que “Las emociones negativas constituyen un riesgo para la salud y una gran evidencia experimental, confirma la relación entre determinadas emociones, como la ira y la hostilidad y las enfermedades cardiovasculares”. (Plumed, Mansilla, Nieto, & Poves, 2015), evidenciándose así, como los distintos factores psicológicos influyen de una manera directa o indirecta en las enfermedades cardiovasculares, causando de esta manera la mala adherencia al tratamiento.

Se calcula que, en el 2015, murieron por esta causa 17,7 millones de personas, lo cual representa un 31% de todas las muertes registradas en el mundo. De estas muertes, 7,4 millones se debieron a la cardiopatía coronaria, y 6,7 millones, a los ACV. De los 17 millones de muertes de personas menores de 70 años atribuibles a enfermedades no transmisibles, un 82% corresponden a los países de ingresos bajos y medios y un 37% se deben a las ECV. (OMS, 2017)

El Centro de Salud José Luis Tamayo, considera a la hipertensión arterial como una de las enfermedades cardiovasculares principales, con un número de 100 casos que cuentan con un diagnóstico confirmado de la patología y además de ello en menor proporción otras enfermedades cardiovasculares como son: 1 caso de insuficiencia cardíaca, 1 caso de hipertensión portal, los cuales aunque teniendo una pauta terapéutica establecida por el equipo multidisciplinario de salud, no cumplen correctamente con su tratamiento.

En el centro de salud se manifiestan múltiples casos de adherencia terapéutica ineficaz, por esta razón es una problemática que interviene con el trabajo que realizan el personal de salud que labora en esta institución, reflejándose en los múltiples esfuerzos que se ejecutan con el fin de conservar un estado de óptimo bienestar en el usuario, estableciéndose como una de las principales problemáticas en salud, la cual requiere de intervenciones eficaces por parte de los sectores involucrados.

1.2 Enunciado del problema

¿Cuáles son los factores psicosociales asociados en la adherencia al tratamiento de enfermedades cardiovasculares del adulto que asiste al Centro de Salud José Luis Tamayo?

1.3 Justificación

Las enfermedades cardiovasculares engloban un conjunto de patologías que influyen en el correcto funcionamiento del corazón y de los vasos sanguíneos, siendo estas unas de las principales problemáticas existentes dentro de la salud pública debido al alto número de morbilidad y mortalidad en el mundo tanto en países en procesos de desarrollo, como también en países desarrollados. (Pérez & Soto, 2017)

Durante décadas las enfermedades cardiovasculares han sido una de las principales causas de morbilidad y mortalidad en el Ecuador, constituyéndose en una de las problemáticas en salud pública de gran relevancia en el Ecuador y a nivel mundial, debido a distintos factores que inciden de manera negativa a que el usuario cumpla correctamente con el tratamiento médico establecido y por tal motivo afectando a su bienestar.

La no adherencia al tratamiento médico generalmente se presenta por dos factores importantes que son psicológicos y sociales, desconociéndose a ciencia cierta el grado de asociación que poseen y que a menudo generan la falta de adherencia en los tratamientos administrados de acuerdo a la patología de cada individuo. Este proyecto ampliará el conocimiento de la adherencia al tratamiento en pacientes con enfermedades cardiovasculares.

Por esta razón la realización de esta investigación, contribuirá con el aprendizaje y adquisición de conocimientos de los factores psicosociales que están asociados a que los usuarios que asisten a este centro de salud no tengan una adecuada adherencia terapéutica, debido a que se desconoce a ciencia cierta los factores que intervienen de manera directa a que el usuario logre seguir correctamente su tratamiento prescrito.

Con este proyecto de investigación, se puede lograr de una manera indirecta la disminución de la presencia de distintas complicaciones propias de las enfermedades cardiovasculares que afecten el bienestar del usuario, producto de la adherencia terapéutica ineficaz, ya que en este estudio se evidencia cuáles son los principales factores psicosociales que se encuentran asociados al mismo.

Metodológicamente la investigación planteada en este entorno, se constituirá en una guía útil que podrá ser replicada en diversas instituciones de primer nivel de salud, interviniendo como insumo o línea de base para realizar futuras investigaciones con el fin de disminuir el índice de morbi-mortalidad vinculado con la falta de adherencia terapéutica en las ECV y a diversos aspectos del manejo de la salud y la gestión del cuidado en sujetos de cuidado con patologías cardiovasculares.

1.4. Objetivos

1.4.1. Objetivo general

Identificar los factores psicosociales asociados a la adherencia al tratamiento de Enfermedades Cardiovasculares del adulto. Centro de Salud José Luis Tamayo.

1.4.2. Objetivos Específicos

- Caracterizar la población de pacientes con diagnóstico de enfermedades cardiovascular atendidos en el Centro de Salud José Luis Tamayo.
- Estimar el grado de adherencia terapéutica de los sujetos de cuidado con enfermedades cardiovasculares.
- Determinar los factores psicosociales presentes en la población objeto de estudio.

1.5. Viabilidad y factibilidad

El proyecto de investigación es viable debido a que posterior a la emisión de los oficios solicitados, se obtuvo la respectiva autorización por parte de la Universidad Estatal Península de Santa Elena, Distrito 24D01 y la Unidad Operativa José Luis Tamayo, demostrándose el apoyo por parte de las instituciones antes mencionadas, del tutor asignado y la predisposición que muestran los usuarios por participar de manera activa en el estudio, derivándose de esta forma una viabilidad financiera, técnica, temporal y ética que favorece al desarrollo de este proyecto investigativo.

Este proyecto se factibiliza financieramente debido a que no genera costo alguno para las instituciones participantes y los mínimos costos serán solventados por el equipo de investigadores; quienes cuentan con la disponibilidad de tiempo para realizar el estudio y de manera técnica se aplicará instrumentos que están validados científicamente a nivel internacional, y en este sentido se pueda obtener resultados consistentes que constituyan un aporte para este trabajo investigativo.

CAPÍTULO II

2. Marco teórico

2.1. Marco institucional

Antecedente histórico:

El Centro de Salud José Luis Tamayo se encuentra ubicado en el Cantón Salinas de la Provincia de Santa Elena en la Parroquia de José Luis Tamayo, barrio Centenario, a una cuadra de la iglesia San Miguel Arcángel, en todo el centro de la parroquia. Fue creado a mediados de septiembre del año 2011 y actualmente cuenta con más de 20.000 historias clínicas, y atiende a una población de 29.020 habitantes, según la Planificación territorial la población a cubrir se encuentra en el Circuito 24D02C07.

Se brinda el servicio de Salud en un establecimiento que pertenece al GAD Parroquial del Cantón Salinas, contando con una Sala de espera, 3 consultorios médicos, un área para atención a pacientes embarazadas, un consultorio odontológico, un consultorio de psicología, un área de vacunación, baño para personal y usuarios, un área de preparación, un área para estadística y un área para farmacia. (Alvarado, 2018)

Área de influencia:

El Centro de Salud José Luis Tamayo ubicado en el Cantón Salinas, en la Coordinación Zonal 5, Distrito 24D02, código 002094, el Centro de Salud beneficia habitantes del sector y sus alrededores, barrios como: 6 de Junio, Centenario, Arena y Sol, Jardín Botánico, Vinicio Yagual I, Vinicio Yagual II, Caída del Sol, San Raymundo, Santa Paula, Nicolás Lapentti, 9 de Octubre, Paraíso, León Febres Cordero, Brisas del Mar, Vicente Rocafuerte, 24 de Septiembre, Salida del Sol.

Cartera de servicios:

El centro de salud cuenta con la siguiente cartera de servicios: Medicina General, Medicina Familiar, Odontología General, Enfermería, Obstetricia, Psicología, Farmacia, Servicio de admisión al usuario. Servicios de Promoción de la salud: Información, Educación y consejería a todos los ciclos de vida, a través de acciones de promoción como: Ferias de la salud, conformación de clubes de diabéticos, hipertensos, embarazadas. Servicios de prevención de problemas y enfermedades: Atención integral al individuo, familia y comunidad.

2.1.1 Marco Legal

2.1.1.1. Constitución de la República del Ecuador 2008

La Constitución del Ecuador del 2008 prescribe algunos artículos que favorecen al cuidado de la salud y del bienestar biopsicosocial del adulto, así tenemos en el capítulo Cap. II Sección 7 Art. 32 II menciona, sobre los derechos del buen vivir de las personas.

Art. 32.- La salud es un derecho que garantiza el Estado, cuya realización se vincula al ejercicio de otros derechos, entre ellos el derecho al agua, la alimentación, la educación, la cultura física, el trabajo, la seguridad social, los ambientes sanos y otros que sustentan el buen vivir. El Estado garantizará este derecho mediante políticas económicas, sociales, culturales, educativas y ambientales; y el acceso permanente, oportuno y sin exclusión a programas, acciones y servicios de promoción y atención integral de salud, salud sexual y salud reproductiva. La prestación de los servicios de salud se regirá por los principios de equidad, universalidad, solidaridad, interculturalidad, calidad, eficiencia, eficacia, precaución y bioética, con enfoque de género y generacional.

2.1.1.2. Modelo de Atención Integral en Salud (MAIS)

En el artículo 361 del Sistema Nacional de Salud establece que los servicios públicos de salud serán universales y gratuitos.

El Art. 361 Señala que el Estado ejercerá la rectoría del sistema a través de la autoridad sanitaria nacional, será responsable de formular la política nacional de salud, y normará, regulará y controlará todas las actividades relacionadas con la salud, así como el funcionamiento de las entidades del sector y en el Art. 363 las responsabilidades del Estado para garantizar el ejercicio del derecho a la salud.

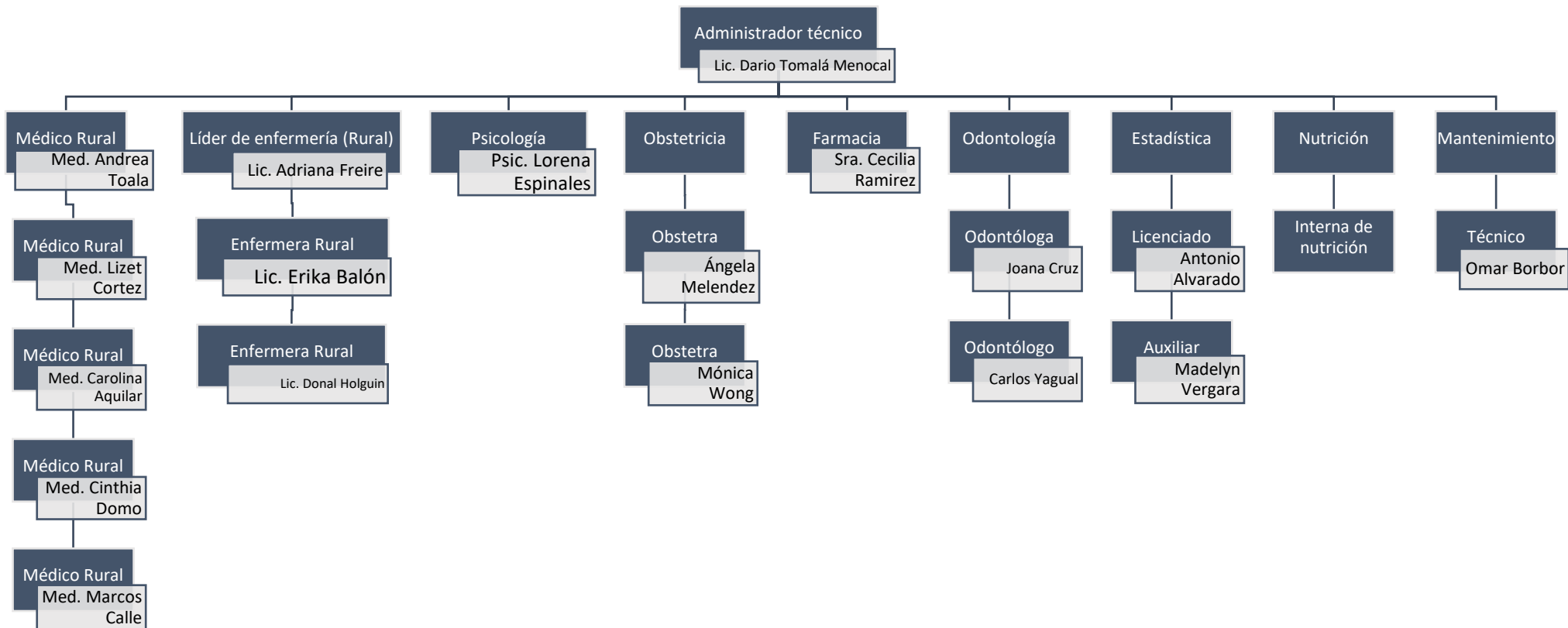
2.1.1.3 Ley Orgánica de Salud

En la Ley Orgánica de Salud menciona que:

Art. 6.- Es responsabilidad del Ministerio de Salud Pública: Diseñar e implementar programas de atención integral y de calidad a las personas durante todas las etapas de la vida y de acuerdo con sus condiciones particulares.”

Art. 69.- La atención integral y el control de enfermedades no transmisibles, crónico-degenerativas, congénitas, hereditarias y de los problemas declarados prioritarios para la salud pública, se realizará mediante la acción coordinada de todos los integrantes del Sistema Nacional de Salud y de la participación de la población en su conjunto.

2.1.2 Organigrama



Fuente: ASIS-Centro de Salud José Luis Tamayo, 2018.
Elaborado por: Bazán Pozo Ronald Saúl y Cochea Tomalá Roger Bryan

2.2. Marco contextual

2.2.1. Antecedentes investigativos

En el Hospital Divino niño de Buga Valle, Colombia, se realizó un estudio de investigación para evaluar la adherencia al tratamiento farmacológico y no farmacológico en pacientes con factores de riesgo cardiovasculares, utilizando la cuarta versión del instrumento diseñado por Bonilla y de Reales “Para evaluar los factores que influyen en la adherencia a tratamientos farmacológicos y no farmacológicos en pacientes con factores de riesgo de enfermedad cardiovascular”, obteniendo como resultado que de los 335 pacientes inscritos, el 52.2% tienen una ventaja para la adherencia al tratamiento, un 39.7% tienen un riesgo de no adherencia y un 8.1% no tienen ninguna adherencia al tratamiento. (Fontal, 2014)

Al realizar el análisis de las dimensiones de los factores socioeconómicos del riesgo cardiovascular se obtuvo que al valorar este punto, la ocupación, nivel educativo y socioeconómico fueron elementos diferenciadores; el nivel educativo evidenció de manera tangencial que a un mayor grado de escolaridad tienen una mayor adherencia al tratamiento.

Mediante el estudio de investigación realizado en el centro de salud N° 2 de Ambato en el área de consulta externa, utilizando como instrumento el test de Morisky-Green Levine junto con el test de Haynes Sackett, se analizaron los factores que influyen en la adherencia al tratamiento farmacológico en pacientes con riesgo cardiovascular de 40 a 60 años teniendo como resultado que el 50% manifiesta que no toma la medicación porque se olvida, el 14% afirmó que no toma la medicación debido a que en ese horario se encuentra trabajando o realizando otras actividades, el 12% no toma su medicación manifestando que no siente ningún efecto y el 7% porque no tienen sus fármacos. (Yépez, 2018)

Posterior a la revisión bibliográfica en las que se establecen múltiples definiciones y clasificaciones sobre la adherencia terapéutica en usuarios con enfermedades cardiovasculares, se concluye que en Ecuador e investigaciones realizadas en otras partes de Latinoamérica se obtuvieron estudios con gran similitud entre los resultados, evidenciando que la falta de adherencia al tratamiento médico se debe a múltiples factores.

La principal causa de que los usuarios no tengan una adherencia al tratamiento médico es, que muchos de ellos tienden a olvidarse de tomar la medicación, como consecuencia de la posible presencia de distintos factores psicológicos o sociales que interceden de manera significativa en esta problemática latente en la salud pública.

2.2.2 Fundamentación Científica

2.2.2.1. Enfermedades cardiovasculares

Las enfermedades cardiovasculares son un término amplio, que incluye distintas patologías, constituyéndose en las principales causas de defunción en todo el mundo al no seguir las pautas terapéuticas. Los adultos que se encuentran físicamente activos son quienes poseen un menor riesgo de padecer enfermedades cardiovasculares como las coronarias, cerebrovasculares y la hipertensión arterial. Este efecto se puede observar en aquellas personas que mínimo realizan 75 minutos de actividades físicas de una intensidad vigorosa o en su defecto las personas que realizan 150 minutos de actividad física a nivel moderado en la semana. (Freire, y otros, 2012)

2.2.2.1.1. Hipertensión arterial

La hipertensión arterial es un cuadro clínico en que la tensión del usuario se encuentra elevada, esto se suscita debido a distintas causas, al momento de realizar la toma de la presión arterial se obtienen dos valores; la presión sistólica que se correlaciona con la contracción ventricular y con la presión diastólica que se correlaciona con la relajación ventricular, siendo sus valores normales en el adulto de 120/80 mmHg, es necesario recalcar que la prevalencia es mayor en personas adultas y de raza negra. (Espinoza, 2018)

2.2.2.1.1.2. Tratamiento farmacológico

Todos los antihipertensivos existentes, tienden a producir efectos por interferencia con los mecanismos que se encargan de la regulación de la presión arterial, debido a estos mecanismos los fármacos tienden a producir una variedad igual de toxicidades, incluyendo en sus categorías los siguientes: Diuréticos (Disminuyen la presión sanguínea), agentes simpaticolíticos (que producen una reducción de la resistencia vascular periférica), vasodilatadores directos (Reducen la presión sanguínea a causa de la relajación del músculo liso vascular) y los fármacos que suprimen la producción o la acción de la angiotensina (Disminuyendo la resistencia vascular periférica y el volumen sanguíneo. (Katzung, Masters, & Trevor, 2013)

2.2.2.1.2. Hipertensión arterial portal

Es definida como el aumento de la presión del Sistema Porta teniendo que la fisiopatogenia se presentada por un incremento de la resistencia vascular y el volumen de

sangre al nivel esplánico, de esta manera se tiene que resultados mayores a 12 mmHg son indicadores de la presencia de esta patología en el individuo debido a que la presión portal normal es de 5 a 10 mmHg, teniendo causas pre hepáticas, intra hepáticas y alteraciones pos sinusoidales. (Ibarrola, Núñez, Rodríguez, & Ordóñez, 2011)

2.2.2.1.3. Insuficiencia cardiaca

Es una enfermedad de nivel grave, definida como alteración de la función ventricular sistólica o diastólica, en la cual la cantidad de sangre bombeada por el corazón por cada minuto (gasto cardiaco) no es suficiente para satisfacer las necesidades requeridas por el organismo, la insuficiencia cardiaca puede presentarse por distintas causas entre estas tenemos; sobrecarga del ventrículo izquierdo, hipoxia del miocardio, necrosis miocárdica, arritmias cardiacas, entre otros. (Pereira, Rincón, & Niño, 2015)

2.2.2.1.3.1. Clasificación

Existen distintas categorizaciones de acuerdo con la función ventricular sistólica, teniendo de esta manera: La insuficiencia cardiaca con fracción de eyección del ventrículo izquierdo reducida con un FEVI menor del 40% y la insuficiencia cardiaca con FEVI preservada, mayor al 50 %, por otra parte tenemos a la insuficiencia cardiaca descompensada la cual es la incapacidad que tiene el corazón para expulsar la cantidad de sangre adecuada para la oxigenación de tejidos, y la IC compensada en la cual la función cardiaca se encuentra deprimida. (Anguita & Ojeda, 2014)

2.2.2.1.3.2. Sintomatología

La principal sintomatología en la insuficiencia cardiaca son: El aumento de la presión en la aurícula derecha causando la ingurgitación de las venas yugulares, presencia de descenso en la reserva cardiaca, elevación de la frecuencia cardiaca, diaforesis, náuseas, disnea, fatiga, ortopnea, disnea paroxística nocturna que se refiere a episodios agudos de dificultad respiratoria y tos, aumento del peso en consecuencia de la acumulación de líquidos por consiguiente también se puede presentar la llamada respiración de Cheyne-Stokes cuyo término se refiere a la respiración episódica o cíclica. (Hall, 2016)

2.2.2.1.3. Infarto agudo al miocardio

Es una emergencia médica en la cual la irrigación sanguínea que llega al corazón se reduce o interrumpe de una manera brusca, produciendo de ésta manera una atrofia del músculo

cardiaco por la falta de oxígeno que existe en estos casos, comprometiendo de esta manera a una o más zonas del miocardio, por esta razón si el corazón se expone a un sobreesfuerzo pueden desencadenar trastornos que favorecen a la formación de coágulos que obstruyen a la arteria y como consecuencia las fibras mueren por falta de suministro de sangre. (Muñoz, Valladares, & González, 2016)

2.2.2.1.3.1 Clasificación clínica

La clasificación clínica de la insuficiencia cardiaca son las siguientes; Tipo 1 o también conocido como infarto agudo miocardio espontáneo el cual se encuentra relacionado a la isquemia debido a un evento coronario primario. Tipo 2 o También conocido como infarto agudo miocardio secundario producido por el aumento de la demanda de oxígeno o disminución del mismo por diferentes causas. Tipo 3 o También conocido como muerte súbita inesperada la cual va a incluir la parada cardiaca. (Burguez, 2017)

2.2.2.1.3.2. Sintomatología

Los principales síntomas de la insuficiencia cardiaca es la disnea, ortopnea, disnea paroxística nocturna. Reducción de la tolerancia al ejercicio, fatiga, cansancio y edema de tobillos, por otro lado, los principales signos que se presentan en esta enfermedad son la presión venosa yugular aumentada, el reflujo hepatoyugular, ritmo de galope, impulso apical desplazado lateralmente y el soplo cardiaco. (Burguez, 2017)

2.2.2.1.3.3. Tratamiento

Se recomiendan rutinariamente la utilización para pacientes con dolor precordial, por esta razón se utiliza mundialmente una nemotecnia conocida como “M.O.N.A saluda a todos los pacientes” la cual significa; Morfina, Oxígeno, Nitroglicerina, Ácido acetil salicílico, por otro lado para evitar futuros episodios se recomienda modificar determinados hábitos de vida tales como realizar una dieta baja en grasas, reducir el peso, abandonar el consumo de tabaco y realizar actividad física de acuerdo a las posibilidades de cada paciente. (De Elorza Martínez, 2011)

2.2.2.2. Adherencia terapéutica

Se define la adherencia terapéutica como el proceso a través del cual el usuario sigue correctamente las instrucciones médicas establecidas para llegar a cabo un tratamiento específico, incluyendo también cumplir con la dieta establecida y cumplir un estilo de vida saludable e indicaciones recomendadas por el médico. Por el contrario, la no adherencia

terapéutica o incumplimiento es la causante de que no se obtengan todos los beneficios que los medicamentos proporcionen a los usuarios, la falta de adherencia es la herramienta por la cual se puede considerar la magnitud si el usuario sigue un correcto tratamiento o no. (Salinas & Nava, 2010)

En este sentido se manifiesta que la adherencia terapéutica es la capacidad del usuario para poder seguir correctamente los lineamientos establecidos por el médico tratante, variando los mismos según a la enfermedad que padece, de esta manera los patrones conductuales que el usuario puede adoptar hacia la correcta adherencia terapéutica, conllevarán al control de la enfermedad y el mejoramiento de la calidad de vida.

2.2.2.2.1. Comunicación terapéutica

Se la puede definir como un tipo de comunicación específica sobre la relación que existirá entre la persona que va a desempeñar el papel de cuidador a otra, de esta manera se constituye como un enfoque de los cuidados enfermeros que se encuentran centrados directamente al usuario, manifestando un interés real a las experiencias que le pueda expresar el usuario, ya que manteniendo una relación terapéutica correcta será la base para la realización de las demás intervenciones enfermeras. (Valverde, 2007)

2.2.2.3. Factores Psicosociales vinculados al nivel de salud

Cuevas (2013) citado por (Varela & Osorio, 2014), “Los factores psicosociales pueden entenderse como todas aquellas condiciones presentes en situaciones directamente relacionadas con factores personales, cognitivos, familiares y sociales, se presentan con capacidad para afectar el desarrollo integral individuo y el bienestar físico y psicológico de una comunidad”.

De acuerdo a este concepto se logra definir a los factores psicosociales como aquellos agentes que puede afectar el bienestar del usuario, pudiendo repercutir de manera negativa en la salud e incluso en las acciones de la vida diaria en el individuo, por tal motivo la detección de los factores psicosociales de cualquier problemática se está volviendo parte esencial en el contexto de la salud, debido a que esto permite la generación de diversas estrategias que permitan ayudar al usuario y a su entorno.

2.2.2.4. Factores sociales

Los factores sociales expresan todos los ámbitos y dimensiones de la sociedad, incluyendo de esta manera portadores individuales como también colectivos dados en

individuos en forma de líderes, masa y pueblo, y en grupo sociales como familias, clases sociales, naciones e incluso estados, por lo tanto, los factores sociales son aspectos específicos de una sociedad sea este en el ámbito político, la religión, el trabajo, la comunicación, la educación, el medio ambiente, la economía, entre otros. (Guzmán & Caballero, 2012)

2.2.2.4.1. Estatus socioeconómico

El estatus socioeconómico se considera como una medida total que combina tanto la parte económica como la sociológica de una persona, incluyendo también la preparación laboral que tienen las personas en relación a otras, donde el factor principal está dado por la posición económica, social, familiar e individual, por otro lado, los estudios recientes muestran una gran relación con el estado de salud, nutrición y el rendimiento estudiantil, asimismo el estatus económico engloba 3 tipos de nivel económicos; clase baja, clase media y clase alta. (Vera & Vera, 2013)

2.2.2.4.2. Escolaridad

El sistema nacional de educación está conformado por los siguientes niveles: Inicial, Básico, Bachillerato y Universitario. El nivel inicial se divide en inicial uno e inicial dos que comprende a infantes de 3 a 5 años de edad, en cuanto el nivel general básico se divide en preparatoria, básica elemental, básica media y básica superior que corresponde a estudiantes de 5 a 14 años de edad, por otro lado el nivel de bachillerato consta de tres cursos que comprende a estudiantes de 15 a 17 años y el nivel universitario que se regula por semestres dependiendo de las diferentes carreras universitarias. (Ministerio de Educación, 2016)

2.2.2.4.2.1 Analfabetismo

Se define como la incapacidad que posee la persona para poder realizar distintas operaciones básicas como leer y escribir, manifestando que la repercusión con mayor presencia en estas personas son los ingresos bajos, puesto a que los puestos de trabajo que obtienen una remuneración monetaria más alta requieren de distintas habilidades destinadas a la lectura y a la escritura. (Antamba, 2015)

2.2.2.5. Aislamiento social

Se define como la situación voluntaria o involuntaria por la cual el usuario no posee la capacidad o posibilidad de relacionarse con otras personas así como también de recibir apoyo para cubrir sus necesidades, incluyendo variadas situaciones como la imposibilidad de salir del domicilio por: Enfermedades crónicas, trastornos mentales y conductas socio patológicas,

ausencia de relaciones familiares y sociales, incapacidad de los allegados para cumplir con sus necesidades, negativa de la persona a recibir ayuda. (Castanedo & García, 2004)

2.2.2.6. Aislamiento familiar

La familia es la unidad integral y generalmente se la considera como una organización social primaria la cual se caracteriza por la existencia de vínculos y una relación afectiva brindada por cada miembro de la misma, que cumplen roles y funciones que permiten relacionarse con otros sistemas externos, por esta razón el abandono y aislamiento de los familiares al usuario puede cambiar su proceso de vida, generando de esta manera depresión, desmotivación, problemas psicológicos entre otros que afectan directamente en su comportamiento y repercuten en la salud del usuario. (Delgado, 2012)

2.2.2.6. Factores psicológicos

Son todas aquellas disposiciones manifestadas a través de los pensamientos, actitudes o emociones que afectan directamente el comportamiento racional y cognitivo del individuo por lo tanto los factores psicológicos generan un impacto relativamente negativo en la mente de los individuos causando de esta manera un deterioro en la salud y el bienestar de la persona en consecuencia también afecta su vínculo social y familiar. (El Sahili, 2012)

2.2.2.6.1. Depresión

La depresión es conocida como uno de los trastornos psiquiátricos más antiguos, describiendo la alteración o presencia de un trastorno en el estado de ánimo del individuo el cual puede ser transitorio o permanente, se caracteriza por la presencia de sentimientos de abatimiento, infelicidad y culpabilidad, provocando de esta manera una incapacidad total o parcial para lograr disfrutar con plenitud las actividades diarias, asimismo se tiene que los trastornos depresivos pueden presentarse en mayor o menor grado y de la misma manera estar acompañados de ansiedad. (Chávez & Tena, 2018)

2.2.2.6.2. Ansiedad

Es una emoción que se manifiesta cuando el usuario se enfrenta en situaciones amenazantes denominadas fuentes externas, así como también existen conflictos intrapsíquicos fuentes internas. Los trastornos de ansiedad son aquellas sensaciones que superan ese estado fisiológico y se transforman en expresiones que no corresponden a un estado fisiológico normal, manifestándose como una sensación desagradable y de inquietud. (Herrera, 2009)

2.2.2.9. Calidad de los servicios de salud

La calidad de atención en los servicios en salud consiste en ejecutar un óptimo desempeño cumpliendo así con todas las normas establecidas, además de utilizar la ciencia y tecnología médica para brindar una respuesta eficaz y conveniente a las problemáticas sanitarias que inciden sobre la población, al mismo tiempo de implicar la satisfacción de los pacientes, familia y comunidad para con estos servicios. (Forrellat, 2014)

2.2.3. Fundamentación de enfermería

2.2.3.1. Modelo de Hildegart Peplau

El modelo de relaciones interpersonales de Hildegard Peplau, realiza una relación terapéutica existente entre el enfermero/a y el usuario, mencionando que la relación se inicia cuando el usuario posee una necesidad y de esta manera se presentan las siguientes cuatro fases: orientación, identificación, explotación y resolución, obteniendo de esta manera que este modelo es usado de forma continua en distintos individuos que padecen de distintos problemas psicológicos que puedan llegar a afectar la relación entre enfermero-paciente. (Berman, Snyder, Kozier, & Lea, 2008)

Teniendo de esta forma una estrecha relación con el proyecto de investigación, debido a que este modelo hace referencia a la relación que debe existir entre el personal de enfermería y el usuario, para que el usuario logre una correcta adherencia terapéutica mediante las cuatro fases que se pueden aplicar con este modelo, cabe recalcar que es un modelo que no tan solo se podría usar en la relación enfermero-paciente, si no que de la misma manera se podría moldear para la relación que tenga el paciente con su círculo social, con el objetivo de lograr una adherencia terapéutica eficaz.

2.2.3.2. Teoría de Dorothea Orem

La teoría del autocuidado por Dorothea Orem, la cual incorpora cuatro conceptos; autocuidados, tratamiento de los autocuidados, los requisitos de autocuidado y la demanda de los cuidados terapéuticos, destacando de esta teoría que no solo implica el momento cuando se requiere de la enfermería, si no que demuestra la forma en que se puede brindar un apoyo a las personas mediante cinco métodos que se abarcan en el mismo, las cuales son; actuación, orientación, enseñanza, apoyo y favorecimiento de un entorno que ayude a las aptitudes del usuario. (Navarro & Castro, 2010)

Demostrando así que la teoría de Dorothea Orem nos expone las principales pautas para ayudar al individuo a llevar a cabo acciones encaminadas al autocuidado terapéutico,

fomentando principalmente la enseñanza y apoyo del individuo, al cómo actuar ante la patología que padece, de manera que pueda promover las actitudes correctas que se deben practicar frente al autocuidado, conservando así la salud y mejorando la calidad de vida generando un bienestar biopsicosocial en el individuo.

2.2.3. Definición de términos utilizados en el desarrollo de la investigación

Adherencia terapéutica: se define como el grado en que la conducta del paciente, en cuanto la toma de la medicación, seguimiento, dieta y la modificación de los hábitos de vida. (Ibarra & Morrillo, 2017)

Enfermedades cardiovasculares: las enfermedades cardiovasculares son un conjunto de trastornos del corazón y de los vasos sanguíneos. (Martínez, 2018)

Factores psicosociales: son aquellas condiciones presentes en diferentes situaciones tales como el medio social, laboral, familiar y personal que afectan al bienestar y a la salud del individuo. (Aldrete, Navarro, González, Contreras, & Pérez, 2015)

Patología: se define como el estudio de la enfermedad, tratándose de esta manera como la causa expresada en los distintos cambios que se pueden presentar, teniendo que la patología o el proceso patológico está formado por cuatro aspectos los cuales son: Etiología, patogenia, cambios morfológicos y manifestaciones clínicas. (Barmaimon, 2016)

Calidad de vida: se define como la sensación de bienestar que puede ser experimentado por las personas y representa la suma de sensaciones subjetivas y personales del sentirse bien. (Robles, Rubio, De La Rosa, & Nava, 2016)

Salud: se define como el estado de completo bienestar físico, mental y social, y no solamente la ausencia de afecciones o enfermedades. (OMS, 2018)

Enfermedades crónicas: se define como todas aquellas enfermedades que son de larga duración y generalmente de progresión lenta. (Limia, Rivera, & Rodríguez, 2018)

Morbilidad: se define como el número de personas que enferman en una población y período determinados. (Fajardo, 2017)

Mortalidad: los datos de mortalidad indican el número de defunciones por lugar, intervalo de tiempo y causa. (Fajardo, 2017)

Servicios de salud: son todas aquellas prestaciones que brindan asistencia sanitaria a nivel nacional. (Lucio, Villacrés, & Henríquez, 2011)

2.3. Hipótesis, variable y Operacionalización

2.3.1. Hipótesis

Los factores Psicosociales repercuten en la adherencia terapéutica en adultos con enfermedades cardiovasculares que asisten al Centro de Salud José Luis Tamayo, Muey.

2.3.2. Asociación empírica de variables

Variable dependiente	Variable independiente	Variables intervinientes
✓ Adherencia al tratamiento	Factores Psicosociales	✓ Creencias y valores
	✓ Factores Psicológicos	✓ Déficit de conocimientos en el autocuidado terapéutico.
	• Ansiedad	
	• Depresión	
	✓ Factores Sociales.	✓ Complicaciones de la enfermedad.
	• Relaciones Sociales	
	• Nivel económico	✓ Aspectos sociodemográficos
	• Escolaridad	

Elaborado por: Bazán Pozo Ronald Saúl y Cochea Tomalá Roger Bryan

2.3.3. Operacionalización de variables

2.3.3.1. Variable Independiente: Factores Psicosociales

Dimensiones	Indicadores	Escala
Factores Psicológicos	Depresión	No
	Ansiedad	Si
		No
	Relaciones Sociales	✓ Problema Social
		✓ Riesgo Social
		Aceptable situación social

Factores sociales	Nivel económico	✓ Más del 1.5 veces el salario mínimo
		✓ Desde 1.5 el salario mínimo hasta el salario mínimo exclusive
		✓ Pensión con contributaria
		✓ Sin ingresos o inferiores al salario mínimo
Escolaridad	✓ Primaria	
	✓ Secundaria	
	✓ Bachillerato	
	✓ Tercer Nivel	
	✓ Cuarto Nivel	

Elaborado por: Bazán Pozo Ronald Saúl y Cochea Tomalá Roger Bryan

2.3.3.2. Variable Dependiente: Enfermedades Crónicas no transmisibles

Dimensiones	Indicadores	Escala
Adherencia Terapéutica	Olvidar de tomar la pastilla	Si No
	Tomar medicación en hora indicada	Si No
	Si se siente bien, deja de tomar la medicación.	Si No
	Si se siente mal, deja de tomar medicación	Si No

Elaborado por: Bazán Pozo Ronald Saúl y Cochea Tomalá Roger Bryan

CAPÍTULO III

3. Diseño metodológico

3.1. Tipo Estudio

Es un **estudio descriptivo**, ya que va a permitir identificar los distintos fenómenos y variables que se presentarán en la investigación, incluyendo la observación sistemática de fenómenos, sus características y aquello que las relaciona. (Pimienta & De La Orden, 2012); Ayudando de esta manera a determinar los distintos factores psicosociales que se encuentran estrechamente relacionados a la adherencia terapéutica en los adultos, sobre todo aquellos sujetos de cuidado que adolecen enfermedades cardiovasculares como patología de base.

Se considera una investigación **transversal** ya que tiene como objetivo principal la recolección de datos en una oportunidad y en un periodo de tiempo determinado, con el fin de descubrir distintas variables analizando su incidencia y su relación que tenga con el problema a investigación. (Hernández, Fernández, & Baptista, 2010). Esta metodología fue aplicada en el presente proyecto de investigación, ya que el mismo es realizado en un periodo de tiempo específico y empleando el instrumento de evaluación en una sola oportunidad, con el objetivo de encontrar factores psicosociales que se encuentran asociados a la adherencia terapéutica del adulto mediante una encuesta dirigida a los mismos, obteniendo datos fidedignos para futuras investigaciones.

3.2. Universo y Muestra

El proyecto de investigación cuenta con un universo de 102 personas que asisten regularmente al Centro de Salud José Luis Tamayo para recibir tratamiento farmacológico y no farmacológico por padecer de algún tipo de enfermedad cardiovascular, los cuales firmaron el consentimiento informado; para la obtención de la muestra se aplicó técnicas de muestreo probabilístico mediante la fórmula de muestreo aleatorio simple para poblaciones finitas, la cual es la siguiente:

$$n = \frac{N}{e^2(N - 1) + 1}$$
$$n = \frac{102}{0.05^2(102 - 1) + 1}$$
$$n = \frac{102}{(0.0025)(101) + 1}$$

$$n = \frac{102}{1.2525}$$

$$n = 81$$

Tomando en cuenta un nivel de confianza del 95% con un margen de error del 5%, dando como resultado una muestra de 81 adultos con patologías cardiovasculares, los cuales se convierten en la unidad de estudio.

3.3. Técnicas e instrumentos

3.3.1. Técnicas

3.3.1.1. Observación

La observación es una técnica utilizada en la investigación, que tiene como característica principal, permitir estar en contacto con la realidad de la problemática de estudio, y de esta forma recoger aquella información o datos complementarios que no se pueda indagar por otros tipos de técnicas o instrumentos, logrando así obtener información adicional que sea de relevancia para la investigación seleccionada. (Castillo & Reyes, 2015)

3.3.1.2. Encuesta

La encuesta es una de las técnicas o herramientas cuantitativas utilizada generalmente en investigaciones sociales, siendo realizado por un investigador o personas capacitadas, obteniendo información esencial de las personas que se encuentran a objeto de estudio, por su poca inversión económica es una de las técnicas más utilizadas para obtener información relevante del objeto a estudio. (Castillo & Reyes, 2015); Para el presente estudio se empleó una baraja de instrumentos considerados encuestas estructuradas con reactivos bajo la modalidad de preguntas dicotómicas y en algunos casos escalas de Likert bien definidas, facilitando la recolección de la información.

3.3.1.3. Entrevista

La entrevista es una de las herramientas de recolección de datos que más se utiliza en una investigación cualitativa, ya que permite la obtención de distinta información del sujeto a estudio mediante una interacción directa con el mismo de manera oral, de esta forma es más fácil para el entrevistador tener en claro lo vivido por el sujeto de estudio (Troncoso & Amaya, 2017). Es así como en la investigación se utilizó este instrumento para poder entender y comprender la problemática de los usuarios.

3.3.2. Instrumentos

En la presente investigación se utilizaron instrumentos validados científica e internacionalmente como son la escala de adherencia a la medicación de Morisky-Green, el test de Goldberg (GHQ-12) y la escala de valoración sociofamiliar de Gijón, destinados a la evaluación de los factores psicológicos y sociales y a la adherencia terapéutica que tiene el usuario con enfermedades cardiovasculares.

3.4 Procesamiento de información

Subsiguiente a la recolección de datos, estos fueron procesados en la aplicación informática de hojas de cálculo Microsoft Excel 2017, generando de esta manera una tabulación mediante tablas e histogramas, lo que mejoró de forma significativa en la presentación de los resultados obtenidos de la investigación y producto de ello facilitó en el análisis de la información recolectada para su presentación en el informe final.

CAPÍTULO IV

4.1 Análisis e interpretación de resultados

En el presente capítulo se da a conocer los resultados obtenidos mediante el instrumento de investigación aplicado a 81 usuarios adultos con enfermedades cardiovasculares que asisten al Centro de Salud José Luis Tamayo, presentados en los siguientes gráficos estadísticos en función a los objetivos planteados:

En cumplimiento del primer objetivo específico: Caracterizar la población de pacientes con diagnóstico de enfermedades cardiovasculares atendidos en el centro de salud José Luis Tamayo. Se evidenció en la figura 1, que el 60% de usuarios con enfermedades cardiovasculares que asisten al centro de salud son mujeres, lo que evidencia una preponderancia de patologías cardiovasculares tratadas en este grupo específico, convirtiéndose en un análisis fundamental para la asociación de factores relacionados con este grupo de enfermedades.

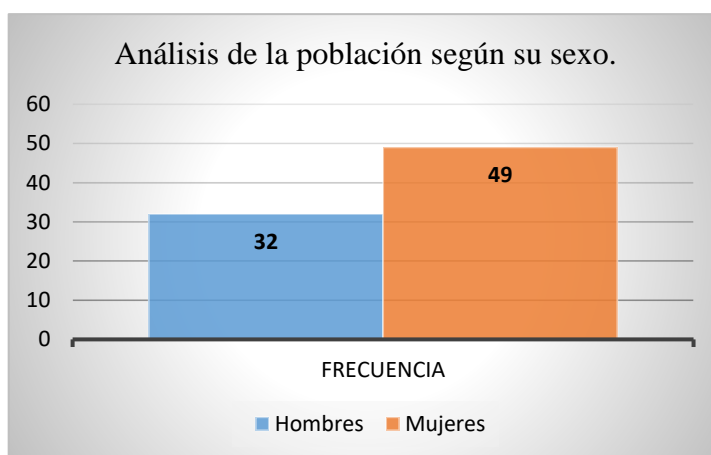


Gráfico 1. Análisis de la población según su sexo.
Fuente: Ficha sociodemográfica prediseñada.
Elaborado por: Bazán Pozo Ronald Saúl y Cochea Tomalá Roger Bryan

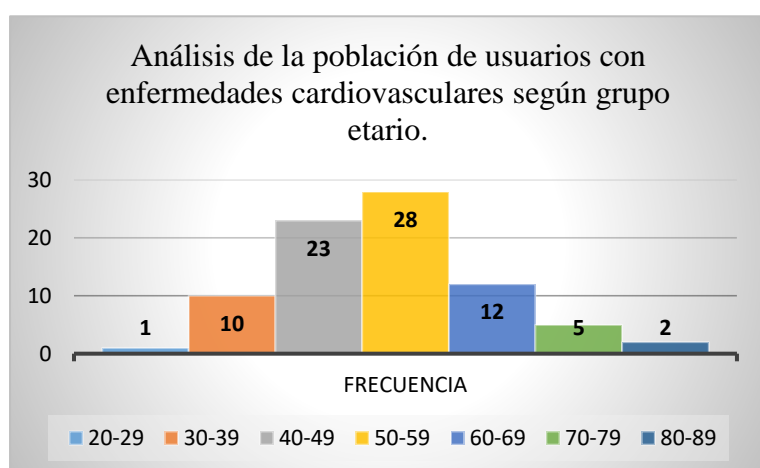


Gráfico 2. Análisis de la población de usuarios con enfermedades cardiovasculares según grupo etario.
Fuente: Ficha sociodemográfica prediseñada.
Elaborado por: Bazán Pozo Ronald Saúl y Cochea Tomalá Roger Bryan

En la Figura 2, se pudo evidenciar que según el rango de edad, los usuarios con enfermedades cardiovasculares que asisten al centro de salud con mayor regularidad son los que oscilan entre los 50 a 59 años constituyendo un 35 % de la población analizada, mientras quienes poseen una menor asistencia al Centro de Salud con

un 2% son los usuarios entre los 80 y 89 años de edad, evidenciando que los grandes longevos son un grupo minoritario en demanda de los servicios de salud en torno a esta patología.

Analizando el segundo objetivo específico del presente proyecto de investigación el cual fue, estimar el grado de adherencia terapéutica de los sujetos de cuidado con enfermedades cardiovasculares, se evidenciaron los siguientes resultados:

En la figura número 3, al analizar el grado de adherencia terapéutica mediante el test de Morisky-Green se puede evidenciar que un 72% de los usuarios no cumplen correctamente con el tratamiento prescrito y que solamente un 28% de los usuarios que asisten a la Unidad operativa cumplen teniendo una adherencia terapéutica alta.

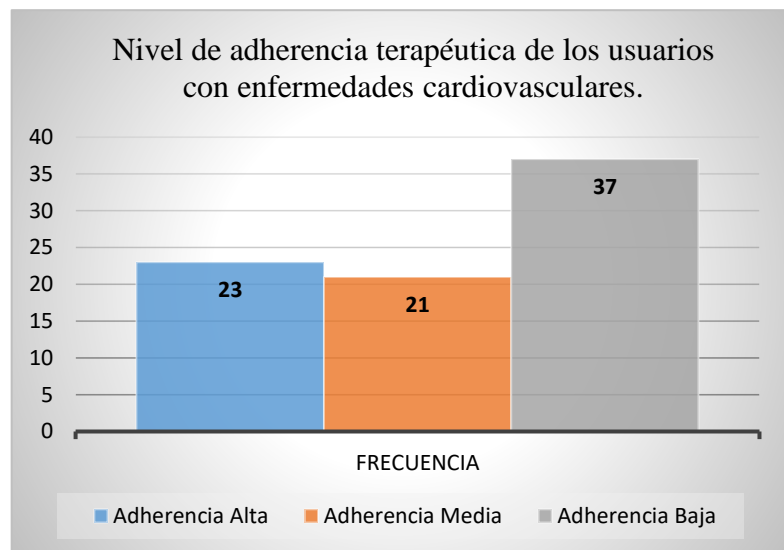


Gráfico 3. Nivel de adherencia terapéutica de los usuarios con enfermedades cardiovasculares.
Fuente: Test de Morisky-Green.
Elaborado por: Bazán Pozo Ronald Saúl y Cochea Tomalá Roger Bryan

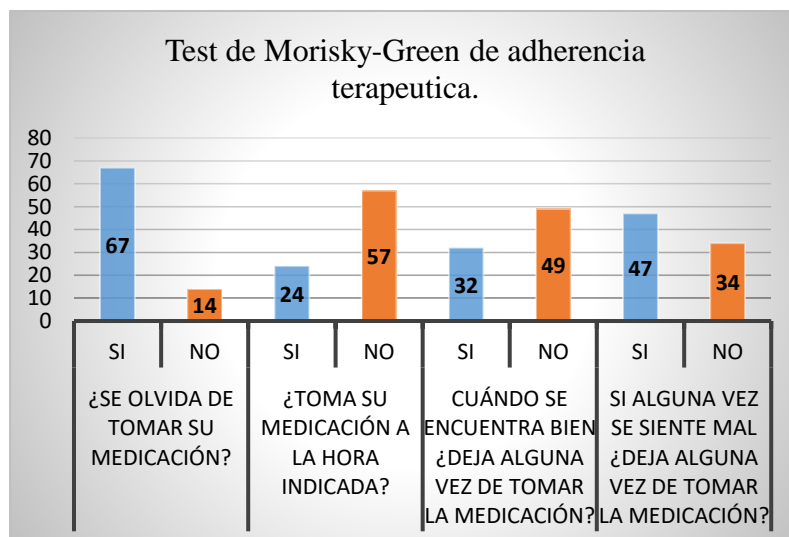


Gráfico 4. Test de Morisky-Green de adherencia terapéutica.
Fuente: Test de Morisky-Green.
Elaborado por: Bazán Pozo Ronald Saúl y Cochea Tomalá Roger Bryan

En la figura número 4, se observó que adicional a ello dentro de los ítems evaluados por esta escala se logró determinar que en su gran mayoría el aspecto que más repercute en la adherencia terapéutica es el relacionado con el olvido al tomar la medicación prescrita, en el cual se evidenció una afectación cerca del 83% de

los participantes.

De esta manera podemos demostrar, que los usuarios que asisten al Centro de Salud José Luis Tamayo, presentan un problema significativo debido a que casi la mitad de la población objeto de estudio, posee baja adherencia terapéutica, destacando que muchos de ellos

manifestaron de manera verbal que en varias ocasiones se olvidaban de tomar el medicamento a causa de múltiples problemáticas que acontecían en su vida diaria.

Analizando el tercer y último objetivo de este proyecto de investigación el cual es: Determinar los factores psicosociales presentes en la población objeto de estudio, se utilizaron dos escalas validadas denominadas test de Goldberg y escala de Gijón, obteniendo de esta manera los siguientes resultados:

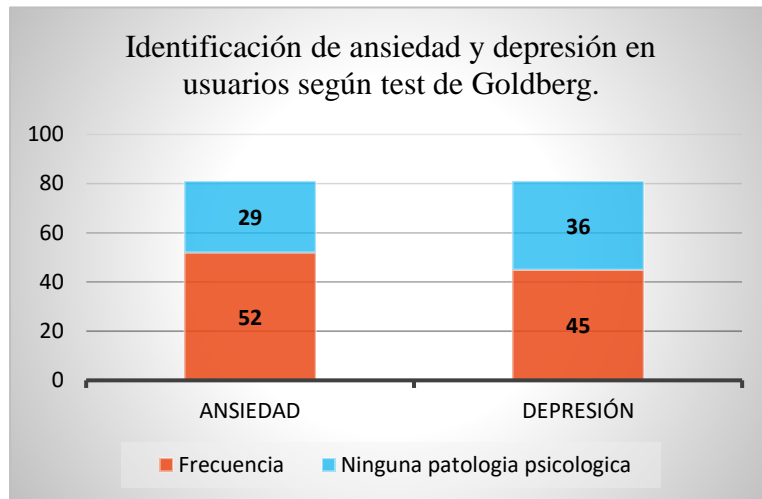


Gráfico 5. Identificación de ansiedad y depresión en usuarios según test de Goldberg.
Fuente: Test de Goldberg.
Elaborado por: Bazán Pozo Ronald Saúl y Cochea Tomalá Roger Bryan

Mediante la figura 5, se logró analizar la presencia de patologías psicológicas como la ansiedad y depresión halladas por la aplicación del test de Goldberg se obtiene que dentro de los factores psicológicos presentes en la población de pacientes con patologías cardiovasculares del Centro de Salud José Luis Tamayo, la ansiedad incide en el 64% de

personas. Al realizar un análisis de la depresión se logró determinar esta patología está presente en el 56% de los participantes, evidenciando que en muchos de los casos existe una patología dual.

De esta manera se logró evidenciar como los aspectos psicológicos se vinculan como determinantes de la salud cardiovascular en que los usuarios asisten a este Centro de Salud y de manera directa en el cumplimiento a la adherencia terapéutica.

En cuanto a los factores sociales, la escala de Gijón nos permitió evaluar de manera general si existe o no una problemática social y de igual manera interna nos permitió evaluar el nivel económico de los usuarios que realizaron la encuesta obteniendo los siguientes resultados.

Analizando la figura 6, acerca de las relaciones sociales vinculados a los usuarios según los ítems evaluados por el test antes mencionado, se obtuvo que un 89% de la población no poseen un problema y/o riesgo social y únicamente 11% tiene una aceptable situación social.

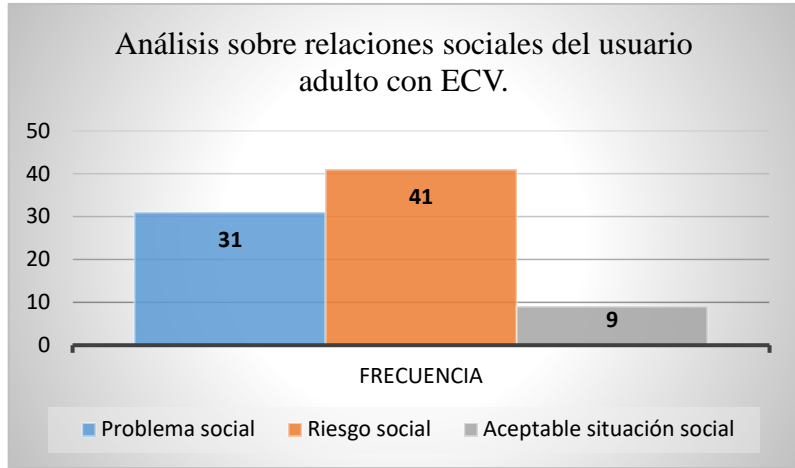


Gráfico 6. Análisis sobre relaciones sociales del usuario adulto con ECV. Obtenida de. Escala de Gijón. Elaborado por: Bazán Pozo Ronald Saúl y Cochea Tomalá Roger Bryan

Con dicho análisis se pudo evidenciar la relación implícita de los factores sociales como predisponentes al cumplimiento de la adherencia terapéutica, con preponderancia del apoyo familiar.

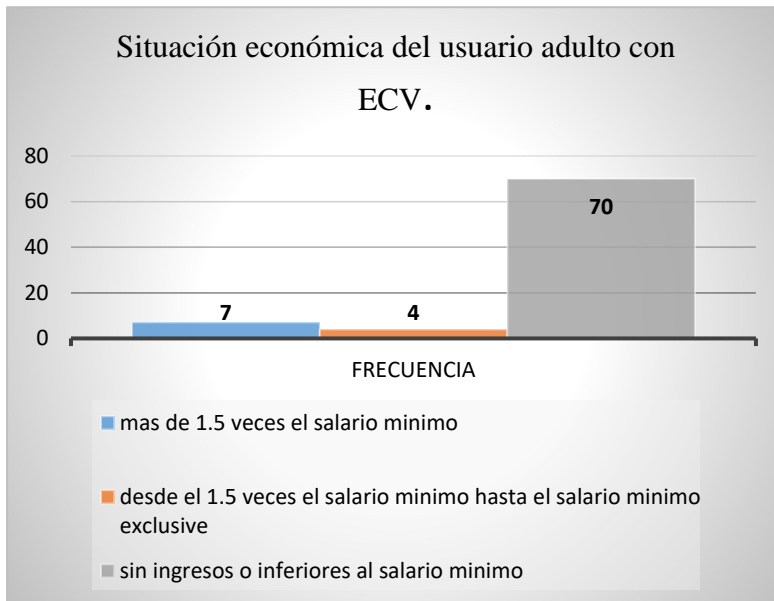


Gráfico 7. Situación económica del usuario adulto con ECV. Fuente: Escala de Gijón. Elaborado por: Bazán Pozo Ronald Saúl y Cochea Tomalá Roger Bryan

Se corroboró en la figura 7, que otro factor social trabajado en la variable relacionada con la situación económica se obtuvo que 86% de la población no tienen ingresos o son inferiores al salario mínimo y solo el 9% tiene ingresos mayores al salario mínimo, manifestando los usuarios que muchas veces no tienen los ingresos necesarios para poder asistir al

centro de salud e incluso para seguir las recomendaciones médicas.

El último factor social estudiado es el nivel de escolaridad, el cual demostró en la figura 8, que cerca del 48% de la población posee un nivel de estudios que va desde un nivel de educación básica y en contraste solo un 5% posee un nivel universitario de formación; de esta manera se pudo vincular de

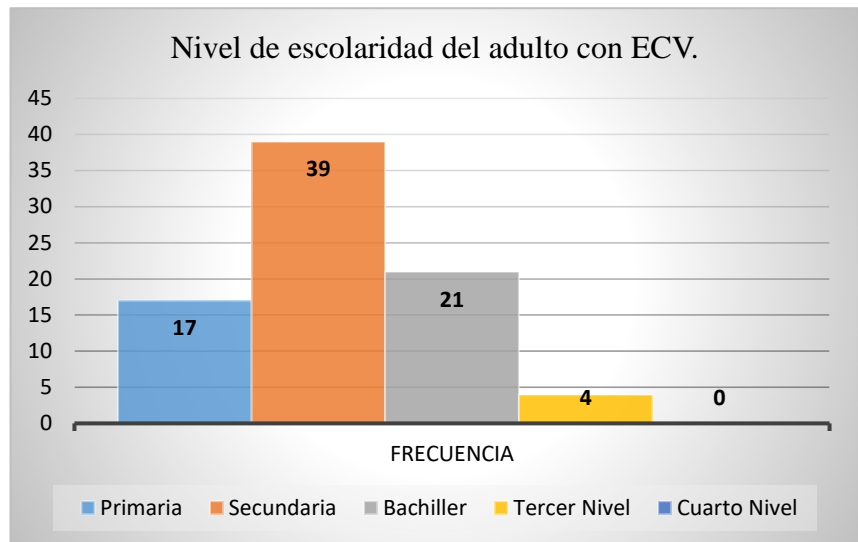


Gráfico 8. Nivel de escolaridad del adulto con ECV.
Obtenida de. Ficha sociodemográfica.
Elaborado por: Bazán Pozo Ronald Saúl y Cochea Tomalá Roger Bryan

forma sinérgica una relación entre este factor social con el cumplimiento en la adherencia terapéutica en este grupo poblacional objeto de estudio.

4.2. Conclusiones

Se evidenció que gran parte de la población objeto de estudio no poseen una adherencia terapéutica eficaz, demostrando claramente que existe una relación con los diferentes factores psicosociales que repercuten de manera significativa y negativa a la calidad de vida de las personas que acuden al Centro de Salud.

Se comprobó que la mayoría de los usuarios que acuden al Centro de Salud José Luis Tamayo con patologías cardiovasculares de base, son de sexo femenino, con un rango de edad que oscila en su mayoría de los 50 a 59 años.

Se verificó que tres de cada cuatro pacientes estudiados poseen una adherencia terapéutica deficiente, atribuido al olvido incidental a la hora de ingerir sus pautas farmacológicas.

Se determinó la existencia de factores psicosociales que afectan directamente la población objeto de estudio, siendo los de mayor preponderancia en el aspecto psicológico la ansiedad, seguida de la depresión y en relación a los factores sociales los riesgos sociales, familiares y problemas socioeconómicos.

4.3. Recomendaciones

Se recomienda un abordaje holístico para el control de la terapéutica en pacientes con afectaciones cardiológicas no solo desde el aspecto físico sino incluir aspectos sociales y psicológicos mediante la realización de investigaciones multisectoriales de diseños longitudinales, todo en pos del fortalecimiento del equipo multidisciplinario en salud.

Se recomienda la captación temprana y oportuna de la población más longeva y de sexo masculino que padecen enfermedades cardiovasculares para que acudan de manera regular a sus controles respectivos al Centro de Salud, logrando tener un seguimiento eficaz de la enfermedad.

Se recomienda que el equipo multidisciplinario en salud mantenga un control sobre la pauta terapéutica establecida, logrando brindar un seguimiento con un enfoque multidimensional a través de la participación social del modelo de atención integral de salud, fomentando estrategias para el mantenimiento de la salud.

Se recomienda que los Centros de Atención Primaria en Salud fomenten acciones encaminadas al bienestar psicosocial del usuario, mediante la realización de actividades lúdicas que ayuden a promover el bienestar y la recuperación de la población que padece enfermedades cardiovasculares o algún otro tipo de enfermedades, logrando así evitar la adherencia terapéutica ineficaz por parte de los mismos.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

Texto:

- Barmaimon, E. (2016). *Historia, patología, clínica y Terapéutica ciencias cognitivas*. (Vol. I). Montevideo, Uruguay: Virtual S.A.
- Berman, A., Snyder, S., Kozier, B., & Lea, G. (2008). *Fundamentos de enfermería* (Vol. Volumen I). Madrid, España: Gráficas Rógar.
- Castanedo, C., & García, M. (2004). *Guía de intervención rápida en enfermería geriátrica* (Primera ed.). Madrid: DAE.
- Castillo, C., & Reyes, B. (2015). *Guía metodológica de proyectos de investigación social*. Santa Elena, Ecuador: Editorial UPSE.
- Chávez, K., & Tena, E. (2018). *Depresión: Manual de intervención grupal en habilidades sociales*. Ciudad de México, México: El Manual Moderno, S.A.
- De Elorza Martínez, G. (2011). *Manual De Enfermería*. Bogotá, Colombia: Zamora Editores.
- El Sahili, L. (2012). *Psicología Social* (Segunda ed.). Jalisco, México: Helénica S.A.
- Freire, W., Ramírez, M., Belmont, P., Mendieta, M., Silva, K., Romero, N., . . . Monge, R. (2012). *Encuesta Nacional de Salud y Nutrición*. Quito: El telégrafo.
- Hall, J. (2016). *Compendio de fisiología médica* (Decimotercera ed.). Barcelona, España: Elsevier.
- Hernández, R., Fernández, C., & Baptista, P. (2010). *Metodología de la investigación*. Ciudad de México, México: Interamericana editores, S.A.
- Herrera, J. (2009). *Psiconeuroinmunología Para La Práctica Clínica* (Primera ed.). Cali, Colombia: Impresora Feriva S.A.
- Katzung, B., Masters, S., & Trevor, A. (2013). *Farmacología básica y clínica* (12° edición ed.). (J. León, Ed.) Ciudad de México, México: The McGraw-Hill.
- Limia, A., Rivera, S., & Rodríguez, I. (2018). *Vacunación en grupos de riesgo de todas las edades y en determinadas situaciones*. Madrid, España: Comisión de Salud Pública.
- Martínez, L. (2018). *Enfermedades Cardiovasculares: lo que el profesional de la salud debe de saber*. Bayamon: Universidad Metropolitana.
- Muñoz, Y., Valladares, F., & González, C. (2016). Infarto agudo de miocardio. Actualización de la Guía de Práctica. *Finlay*, 6(2), 170-190.
- Navarro, Y., & Castro, M. (2010). Modelo de Dorothea Orem aplicado a un grupo comunitario a través del proceso de enfermería. *Enfermería global*, 1(19), 1-14.
- Palmero, F., Diez, J., Diago, J., Moreno, J., & Oblitas, L. (2007). Hostilidad, Psicofisiología y Salud Cardiovascular. *Suma Psicológica*, 25(14), 22-43.

- Pereira, J., Rincón, G., & Niño, D. (2015). Insuficiencia cardíaca: Aspectos básicos de una epidemia en aumento. *Corsalud Sociedad Cubana de Cardiología*, 8(1), 58-70.
- Pimienta, J., & De La Orden, A. (2012). *Metodología de la investigación* (Primera ed.). Naucalpan de Juárez, México: Pearson.
- Plumed, C., Mansilla, M., Nieto, P., & Poves, A. (2015). *Psicología General* (PRIMERA ed.). Madrid, España: Ediciones DAE.
- Segura, A., & Marrugat, J. (2009). Epidemiología Cardiovascular. En A. López, & C. Macaya, *Libro de salud cardiovascular del Hospital Clínico San Carlos y la fundación BBVA* (Primera ed.). Bilbao, España: Editorial Nerea, S.A.
- Uribe, M., Morales, J., Rosas, R., Campos, R., & L., J. (2012). Epidemiología, fisiopatología y diagnóstico de la hipertensión arterial pulmonar en el cirrótico. *Gaceta Medica*, 148(2), 153-161.
- Valverde, C. (2007). *Comunicación terapéutica en enfermería* (Primera ed.). Madrid, España: DAE.

Web

- Aldrete, M., Navarro, C., González, R., Contreras, M., & Pérez, J. (2015). Factores psicosociales y síndrome de burnout en el personal de enfermería de una unidad de tercer nivel de atención a la salud. *Ciencia & Trabajo*, 17(52), 32-36.
- Alvarado, A. (2018). *Análisis situacional integral de salud*. La Libertad: Ministerio de Salud Pública.
- Anguita, M., & Ojeda, S. (2014). Diagnóstico y tratamiento de la insuficiencia cardíaca diastólica. *Revista española de cardiología*, 57(6), 62-75.
- Antamba, L. (2015). *Estadística educativa*. Quito: Ministerio de educación del Ecuador.
- Arauza, A., & Ruiz, A. (2012). Enfermedad vascular cerebral. *Revista de la facultad de medicina de la UNAM*, 55(3), 11-21.
- Bayes De La Luna, A., & Roberto, E. (2012). Muerte súbita. *Revista española de Cardiología*, 65(11), 1039–1052.
- Bertoldo, P., Ascar, G., Campana, Y., Martín, T., Moretti, M., & Tiscornia, L. (2013). Cumplimiento terapéutico en pacientes con enfermedades crónicas. *Revista Cubana de Farmacia*, 47(4), 468-474.
- Burguez, S. (2017). Insuficiencia cardíaca aguda. *Revista Uruguaya de Cardiología*, 32(3), 372-392.
- Cisneros, L., & Carrazana, E. (2013). Factores de Riesgo de la Cardiopatía Isquémica. *Revista Cubana de Medicina General Integral*, 29(3), 369-378.

- Delgado, J. (Febrero de 6 de 2012). *Abandono familiar y conductas sociales en adultos*. Tesis pregrado, Guayaquil. Obtenido de Repositorio UG: http://repositorio.ug.edu.ec/bitstream/redug/6456/2/TESIS_COMPLETA_JESSICA.pdf
- Espinoza, A. (2018). Hipertensión arterial: cifras para definirla al comenzar 2018. *Revista Finlay*, 8(1), 66-74.
- Fajardo, A. (2017). Medición en epidemiología: prevalencia, incidencia, riesgo, medidas de impacto. *Revista alergia México*, 64(1), 109-120.
- Fontal, P. (2014). *Adherencia al tratamiento farmacológico y no farmacológico en pacientes con factores de riesgo cardiovascular del Hospital Divino Niño de Buga Valle*. Tesis de maestría en enfermería, Universidad Nacional de Colombia, Buga Valle. Obtenido de <http://www.bdigital.unal.edu.co/47146/1/539561.2014.pdf>.
- Forrellat, M. (2014). Calidad en los servicios de salud: un reto ineludible. *Revista Cubana de Hematología, Inmunología y Hemoterapia*, 30(2), 179-183.
- Guzmán, O., & Caballero, T. (2012). La definición de los factores sociales en el marco de las investigaciones actuales. *Revista Santiago*, 128(2), 336-350.
- Ibarra, O., & Morillo, R. (2017). *Lo que debes saber sobre la adherencia al tratamiento*. Badalona, España: Euromedice Vivactics.
- Ibarra, O., & Morrillo, R. (2017). *Lo que debes de saber sobre la adherencia al tratamiento*. Badalina: Boehringer Ingelheim.
- Ibarrola, J., Núñez, F., Rodríguez, M., & Ordóñez, J. (2011). Hipertensión portal. *Acta Médica Grupo Ángeles*, 9(2), 83-91.
- Lado, M., Soto, F., & Piñeiro, M. (2011). Insuficiencia cardiaca en Urgencias de Atención Primaria. *Cadernos de atención primaria*, 18(1), 56-58.
- Larrinaga, V., & Hernández, E. (2016). Factores psicosociales relacionados con las enfermedades cardiovasculares. *Revista Cubana de Cardiología y Cirugía Cardiovascular*, XXII (3), 152-156.
- Lucio, R., Villacrés, N., & Henríquez, R. (2011). Sistema de salud de Ecuador. *Salud Pública de México*, 53(2), 177-187.
- Ministerio de Educación. (2016). *Reglamento general de la ley orgánica de educación intercultural*. Quito.
- Moreno, P., & Del Portillo, J. (2016). Isquemia Miocárdica: conceptos básicos, diagnóstico e implicaciones clínicas. *Revista Colombiana de Cardiología*, 23(6), 13-18.
- OMS. (2014). *Informe sobre La situación mundial de las enfermedades no transmisibles*. Ginebra: Bookorders. Obtenido de https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/149296/WHO_NMH_NVI_15.1_spa.pdf?jsessionid=59AB64E057A5BA6FFB13AAEE007FAD2?sequence=1

- OMS. (2017). *Enfermedades cardiovasculares*. Madrid: Bookorders. Obtenido de [https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/cardiovascular-diseases-\(cvds\)](https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/cardiovascular-diseases-(cvds)).
- OMS. (2018). *La OMS mantiene su firme compromiso con los principios establecidos en el preámbulo de la Constitución*. Ginebra. Obtenido de <https://www.who.int/es/about/who-we-are/constitution>
- Pacheco, E., & Grant, S. (2016). Insuficiencia Cardíaca con fracción de eyección conservada. *Revista Clínica de la Escuela de Medicina UCR*, 1(1), 93-98.
- Pérez, Y., & Soto, A. (2017). Enfermedad cardiovascular: primera causa de morbilidad en un hospital de tercer nivel. *Revista Mexicana de Cardiología*, 27(3), 98-102. Recuperado el 2016.
- Robles, A., Rubio, B., De La Rosa, E., & Nava, A. (2016). Generalidades y conceptos de calidad de vida en relación con los cuidados de salud. *Medigraphic*, 11(3), 120-125.
- Salinas, E., & Nava, M. (2010). Adherencia terapéutica. *Enfermería neurológica*, 11(2), 102-104.
- Tamariz, R. (2016). Auscultación Cardíaca. *Pediatría integral*, 10(8), 560-565.
- Troncoso, C., & Amaya, A. (2017). Entrevista: guía práctica para la recolección de datos cualitativos en investigación de salud. *Revista de la facultad de medicina de la universidad nacional de Colombia*, 65(2), 329-332.
- Varela, A., & Osorio, Y. (2014). *Identificación de factores psicosociales en la institución educativa los Andes Valencia*. Tesis de pregrado, UNAD, Florencia, Colombia. Obtenido de <https://stadium.unad.edu.co/preview/UNAD.php?url=/bitstream/10596/2744/3/1117506714.pdf>
- Vera, O., & Vera, F. (2013). Evaluación del nivel socioeconómico: presentación de una escala adaptada en una población de Lambayeque. *Cuerpo Médico del hospital nacional Almazor Aguinaza Asenjo*, 6(1), 41-45.
- Yépez, G. (2018). *Factores que influyen en la adherencia al tratamiento*. Tesis de pregrado, Universidad Regional Autónoma de los Andes, Ambato. Obtenido de <http://dspace.uniandes.edu.ec/bitstream/123456789/8805/1/PIUAMED010-2018.pdf>

APÉNDICES Y ANEXOS

ANEXO 1. PRESUPUESTO.

Rubro	Valor unitario	Cantidad	Valor total
	Material		
Resma de Hojas A4	\$3.80	4	\$15.20
Bolígrafos	\$0.35	12	\$4.20
Lápiz	\$0.20	5	\$1.00
Borrador blanco	\$0.45	2	\$0.90
Marcadores	\$0.60	2	\$1.20
Anillados	\$2.00	3	\$6.00
Tinta para impresora	\$7.00	1	\$7.00
Empastados	\$10.00	3	\$30.00
Certificación gramatical y ortográfica	\$60.00	1	\$60.00
	Equipos		
Laptop	\$400.00	2	\$800.00
Impresora	\$80.00	2	\$160.00
Flash drive	\$12.00	2	\$24.00
Internet	\$35.00	3	\$105.00
	Transporte		
Bus	\$0.30	50	\$15.00
Taxi	\$2.00	12	\$24.00
Total	\$613.70		\$1253.50

Elaborado por: Bazán Pozo Ronald Saúl y Cochea Tomalá Roger Bryan

utilización de un instrumento validado internacionalmente																			
Planteamiento del Problema																			
Justificación																			
Objetivos																			
Estructuración del Marco Teórico y Elaboración del Sumario																			
Control del capítulo I e indicaciones sobre el capítulo II- Inducción sobre Componentes y subcomponentes.																			
Correcciones del capítulo I																			
Marco contextual																			
Hipótesis, variables y Operacionalización																			
Control Capítulo II (Objetivos: general y específicos). - Componentes y subcomponentes II:																			
Correcciones del capítulo I y II																			
Diseño metodológico																			
Universo y muestra																			

ANEXO 3. Autorización de la institución.

MINISTERIO DE SALUD PÚBLICA



**Coordinación Zonal 5 – Salud
Dirección Distrital 24D02 La Libertad – Salinas Salud**

Memorando Nro. MSP-CZS5-SE-24D02-2018-8013-M

Salinas, 03 de diciembre de 2018

PARA: Sr. Dr. Jose Alberto Zambrano Moreno
Especialista Distrital de Calidad de Servicios de Salud 2

Sra. Mgs. Tatiana Lissete Palacios Cando
Responsable Distrital de Provisión de Servicios de Salud

Sra. Mgs. Veronica Gissela Naranjo Viejo
Especialista Distrital de Calidad de Servicios 1

ASUNTO: Solicitar su autorización para que los estudiantes que han culminado el plan curricular de estudios puedan realizar actividades relacionados con los proyectos de investigación previa a la obtención del título de licenciado en enfermería.

De mi consideración:

Adjunto al presente sírvase encontrar documento suscrito por la licenciada Alicia Cercado Mancero - DIRECTORA DE LA CARRERA DE ENFERMERÍA UPSE, mediante el cual solicita autorización para que los estudiantes que han culminado el plan curricular de estudios puedan realizar actividades relacionados con los proyectos de investigación previa a la obtención del título de licenciado en enfermería.

Particular que comunico para su revisión, análisis acorde a normativas establecidas e informe respectivo en plazo no mayor a 72 horas para informar a entidad al respecto.

Con sentimientos de distinguida consideración.

Atentamente,

Dra. Katty de Lourdes Calva Sarango
DIRECTORA DISTRITAL 24D02 LA LIBERTAD - SALINAS - SALUD (E)

Referencias:
- MSP-CZS5-SE-24D02-VUAU-2018-0948-E



Coordinación Zonal 5 – Salud
Dirección Distrital 24D02 La Libertad – Salinas Salud

Memorando Nro. MSP-CZ5-SE-24D02-2018-8013-M

Salinas, 03 de diciembre de 2018

Anexos:
- 0948-e_upse_-_actividades_con_proyectos_de_investigación_2018-12-02_001.pdf

Copia:
Lic. Mgs. Alicia Gabriela Cercado Mancero

ANEXO 4. Consentimiento informado



CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA PARTICIPANTES DE INVESTIGACIÓN “FACTORES PSICOSOCIALES ASOCIADOS A LA ADHERENCIA TERAPÉUTICA EN ENFERMEDADES CARDIOVASCULARES DEL ADULTO. CENTRO DE SALUD JOSE LUIS TAMAYO. 2018--2019”



El propósito de esta ficha de consentimiento es proveer a los participantes en esta investigación con una clara explicación de la naturaleza de la misma, así como de su rol en ella como participantes.

La presente investigación se efectuará como parte del proceso de titulación de la carrera de enfermería - Facultad de Ciencias Sociales y de la Salud - Universidad Estatal Península de Santa Elena elaborado por los estudiantes Bazán Pozo Ronald Saúl y Cochea Tomalá Roger Bryan, bajo la tutoría del MSc. Jeffry John Pavajeau Hernández. La meta de este estudio determinará cuáles son los factores psicosociales asociados a la adherencia terapéutica en enfermedades cardiovasculares del adulto. Centro de salud José Luis Tamayo. 2018-2019.

Si usted accede a participar en este estudio, se le pedirá responder preguntas y completar una encuesta con 21 preguntas. Esto tomará aproximadamente 5 a 10 minutos de su tiempo. La investigación no generará ningún riesgo en su integridad física ni psicológica.

La participación en este estudio es estrictamente voluntaria. La información que se recoja será confidencial y no se usará para ningún otro propósito fuera de los de esta investigación. Sus respuestas al cuestionario serán codificadas usando un número de identificación y por lo tanto, serán anónimas.

Si tiene alguna duda sobre este proyecto, puede hacer preguntas en cualquier momento durante su participación en él. Igualmente, puede retirarse del proyecto en cualquier momento sin que eso lo perjudique en ninguna forma. Si alguna de las preguntas durante la entrevista le parecen incómodas, tiene usted el derecho de hacérselo saber al investigador o de no responderlas.

Desde ya le agradecemos su participación.

La Libertad, 11 de marzo del 2019

Yo, _____, con número de cédula _____, acepto participar voluntariamente en esta investigación, conducido por el grupo de investigación de la Carrera de Enfermería- Facultad de Ciencias Sociales y de la Salud - Universidad Estatal Península de Santa Elena elaborado por los estudiantes Bazán Pozo Ronald Saúl y Cochea Tomalá Roger Bryan, bajo la tutoría del MSc. Jeffry John Pavajeau Hernández.

Me han indicado también que tendré que responder cuestionarios y preguntas en una entrevista, lo cual tomará aproximadamente 5 a 10 minutos.

Reconozco que la información que yo provea en el curso de esta investigación es estrictamente confidencial y no será usada para ningún otro propósito fuera de los de este estudio sin mi consentimiento. He sido informado de que puedo hacer preguntas sobre el proyecto en cualquier momento y que puedo retirarme del mismo cuando así lo decida, sin que esto acarree perjuicio alguno para mi persona. De tener preguntas sobre mi participación en este estudio, puedo contactar a los ejecutores de esta investigación.

Entiendo que una copia de esta ficha de consentimiento me será entregada, y que puedo pedir información sobre los resultados de este estudio cuando éste haya concluido.

Nombre del Participante

Firma del Participante

(En letras de imprenta)

ANEXO 5. Encuesta



UNIVERSIDAD ESTATAL PENÍNSULA DE SANTA ELENA.
FACULTAD DE CIENCIAS SOCIALES Y DE LA SALUD.
CARRERA DE ENFERMERÍA.



ENCUESTA:

Estudiantes:

- BAZÁN POZO RONALD SAÚLL
- COCHEA TOMALÁ ROGER BRYAN

Objetivo: Identificar los factores psicosociales que influyen en las complicaciones cardiovasculares del adulto que asisten al centro de salud José Luis Tamayo 2018-2019.

INSTRUCTIVO

En cada pregunta encierre en un círculo a su criterio:

Fecha: _____

Nº Encuesta: _____

DATOS DE IDENTIFICACION:

1. Sexo:

- *Masculino
- *femenino

2. Edad:

- *20 a 29
- *30 a 39
- *40 a 49
- *50 a 59
- *60 a 69
- *70 a 79
- *80 a 89

3. Estado civil:

- *Soltero
- *Casado
- * Divorciado
- *Unión libre

4. Ocupación:

- *Estudiante
- *Empleado
- *Trabajador Independiente
- *Desempleado
- *Otro _____

5. Nivel de escolaridad:

- *Primaria
- *Secundaria
- *Bachiller
- *Tercer Nivel
- *Cuarto Nivel

6. Religión

*Católica

*Testigo de Jehová

*Evangélico

*Mormón

*Otro _____

ESCALA DE ADHERENCIA A LA MEDICACIÓN DE MORISKY

Este método, que está validado para diversas enfermedades crónicas, fue desarrollado originalmente por Morisky, Green y Levine para valorar el cumplimiento de la medicación en pacientes con hipertensión arterial (HTA). Desde que el test fue introducido se ha usado en la valoración del cumplimiento terapéutico en diferentes enfermedades.

Consiste en una serie de 4 preguntas de contraste con respuesta dicotómica sí/no, que refleja la conducta del enfermo respecto al cumplimiento. Se pretenden valorar si el enfermo adopta actitudes correctas con relación con el tratamiento para su enfermedad⁴; se asume que si las actitudes son incorrectas el paciente es incumplidor.

1.- ¿Se olvida alguna vez de tomar la medicación?

Sí

No

2.- ¿Toma su medicación a la hora indicada?

Sí

No

3.- Cuando se encuentra bien, ¿deja alguna vez de tomar la medicación?

Sí

No

4.- Si alguna vez se siente mal, ¿deja de tomar la medicación?

Sí

No

TEST DE GOLDBERG (GHQ-12)

Es un instrumento de cribado que tiene por objetivo detectar morbilidad psicológica y posibles casos de trastornos psiquiátricos en contextos como la atención primaria o en población general.

SUBESCALA DE ANSIEDAD

1.- ¿Se ha sentido muy excitado, nervioso o en tensión?

Sí

No

2.- ¿Ha estado muy preocupado por algo?

Sí

No

3.- ¿Se ha sentido muy irritable?

Sí No

4.- ¿Ha tenido dificultad para relajarse?

Sí No

(Si hay 2 o más respuestas afirmativas, continuar preguntando)

5.- ¿Ha dormido mal, ha tenido dificultades para dormir?

Sí No

6.- ¿Ha tenido dolores de cabeza o nuca?

Sí No

7.- ¿Ha tenido alguno de los siguientes síntomas: temblores, hormigueos, mareos, sudores, diarrea?

Sí No

8.- ¿Ha estado preocupado por su salud?

Sí No

9.- ¿Ha tenido alguna dificultad para conciliar el sueño, para quedarse dormido?

Sí No

SUBESCALA DE DEPRESIÓN

1.- ¿Se ha sentido con poca energía?

Sí No

2.- ¿Ha perdido usted su interés por las cosas?

Sí No

3.- ¿Ha perdido la confianza en sí mismo?

Sí No

4.- ¿Se ha sentido usted desesperanzado, sin esperanzas?

Sí No

(Si hay respuestas afirmativas a cualquiera de las preguntas anteriores, continuar preguntando)

5.- ¿Ha tenido dificultades para concentrarse?

Sí No

6.- ¿Ha perdido peso? (a causa de su falta de apetito)

Sí No

7.- ¿Se ha estado despertando demasiado temprano?

Sí No

8.- ¿Se ha sentido usted enlentecido?

Sí No

9.- ¿Cree usted que ha tenido tendencia a encontrarse peor por las mañanas?

Sí No

ESCALA DE VALORACIÓN SOCIOFAMILIAR DE GIJÓN

La Escala de valoración sociofamiliar permite la detección de situaciones de riesgo o problemática social, siendo útil como un instrumento específico de medición de la situación social, para su incorporación en la práctica asistencial de los profesionales que trabajan en la atención social o sanitaria. Se trata de una escala hetero administrada de valoración de riesgo sociofamiliar que consta de 5 ítems.

Características de recogida: La escala consta de 5 ítems o variables (situación familiar, económica, vivienda, relaciones y apoyo social), con 5 posibles categorías en cada una de ellos, estableciendo un gradiente desde la situación social ideal, o ausencia de problemática a la objetivación de alguna circunstancia o problema social, obteniéndose una puntuación global.

SITUACIÓN FAMILIAR

- a) Vive con familia sin dependencia físico/psíquica
- b) Vive con cónyuge de similar edad
- c) Vive con familia y/o cónyuge y presenta algún grado de dependencia
- d) Vive solo y tiene hijos próximos
- e) Vive solo y carece de hijos o viven alejados

SITUACIÓN ECONÓMICA

- a) Más de 1.5 veces el salario mínimo
- b) Desde 1.5 veces el salario mínimo hasta el salario mínimo exclusive
- c) Sin ingresos o inferiores al salario mínimo

VIVIENDA

- a) Adecuada a necesidades
- b) Barreras arquitectónicas en la vivienda o portal de la casa (peldaños, puertas estrechas, baños,...)
- c) Humedades, mala higiene, equipamiento inadecuado (sin baño completo, agua caliente, calefacción,...)
- d) Ausencia de ascensor, teléfono

- e) Vivienda inadecuada (chabolas, vivienda declarada en ruina, ausencia de equipamientos mínimos)

RELACIONES SOCIALES

- a) Relaciones sociales con todos
- b) Relación social sólo con familia y vecinos
- c) Relación social sólo con familia o vecinos
- d) No sale del domicilio, recibe visitas
- e) No sale y no recibe visitas

APOYO DE LA RED SOCIAL

- a) Con apoyo familiar y vecinal
- b) Voluntariado social, ayuda domiciliaria
- c) No tiene apoyo
- d) Pendiente del ingreso en residencia geriátrica
- e) Tiene cuidados permanentes

ANEXO 6. Tablas y gráficos estadísticos.

Tabla 1.
Estado civil de los usuarios adultos con ECV que asisten al Centro de Salud.

Detalle/Estado civil	Frecuencia	%
Soltero	8	10%
Casado	37	46%
Divorciado	9	11%
Unión Libre	22	27%
Viudo	5	6%
Total	81	100%

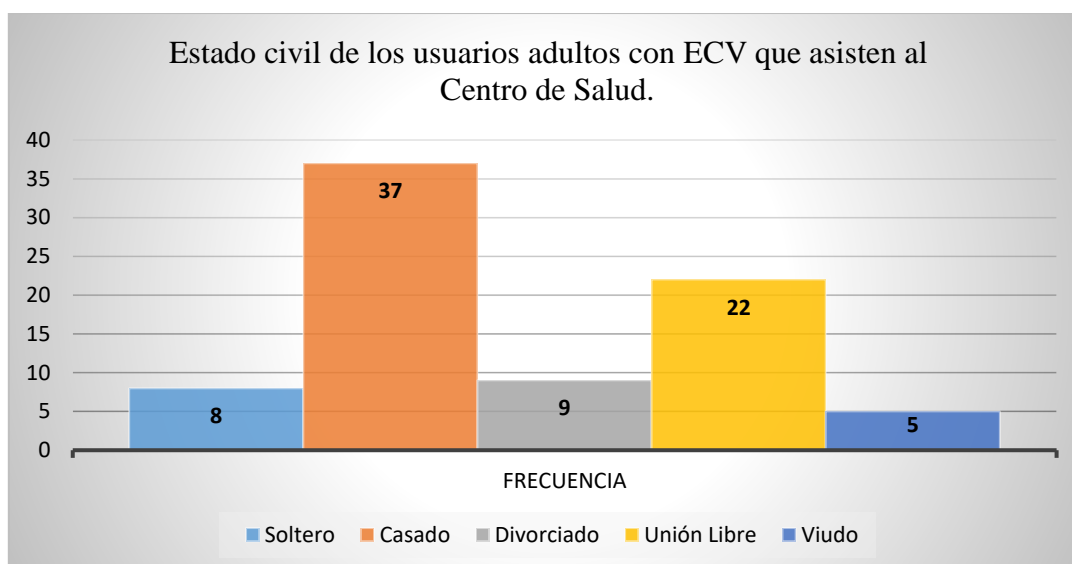


Gráfico 1. Estado civil de los usuarios adultos con ECV que asisten al Centro de Salud.

Fuente: Ficha sociodemográfica.

Elaborado por: Bazán Pozo Ronald Saúl y Cochea Tomalá Roger Bryan

Análisis:

En el histograma se puede evidenciar que el 46% de los usuarios que asisten al Centro de Salud, por padecer enfermedades cardiovasculares son casados y el 27% de los usuarios se encuentran en unión libre.

Tabla 2.
Ocupación de los usuarios adultos con ECV que asisten al Centro de Salud.

Detalle/Ocupación	Frecuencia	%
Estudiante	3	4%
Empleado	11	14%
Trabajador Independiente	25	31%
Desempleado	28	35%
Otro	14	17%
Total	81	100%

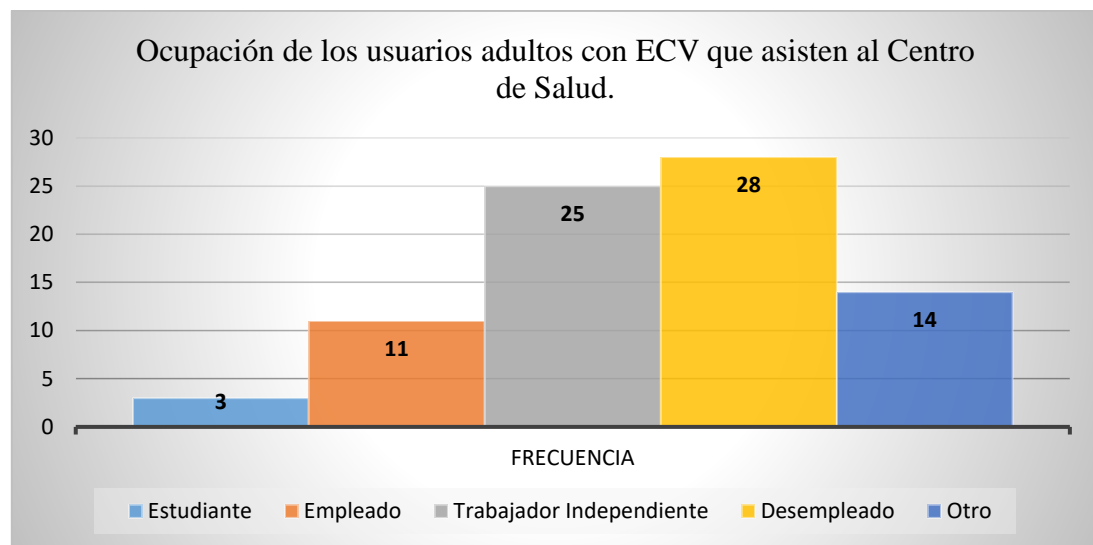


Gráfico 2. Ocupación de los usuarios adultos con ECV que asisten al Centro de Salud.
Fuente: Ficha sociodemográfica.
Elaborado por: Bazán Pozo Ronald Saúl y Cochea Tomalá Roger Bryan

Análisis:

En el histograma se puede evidenciar que el 35% de los usuarios son desempleados y el 31% son trabajadores independientes, lo que puede influir a que los usuarios tengan un ingreso estable y afectar a la toma de su medicamento.

Tabla 3.

Adherencia terapéutica de los usuarios adultos que asisten al Centro de Salud.

Detalle/Adherencia terapéutica	Frecuencia	%
Cumplidor	23	28%
No cumplidor	58	72%
Total	81	100%

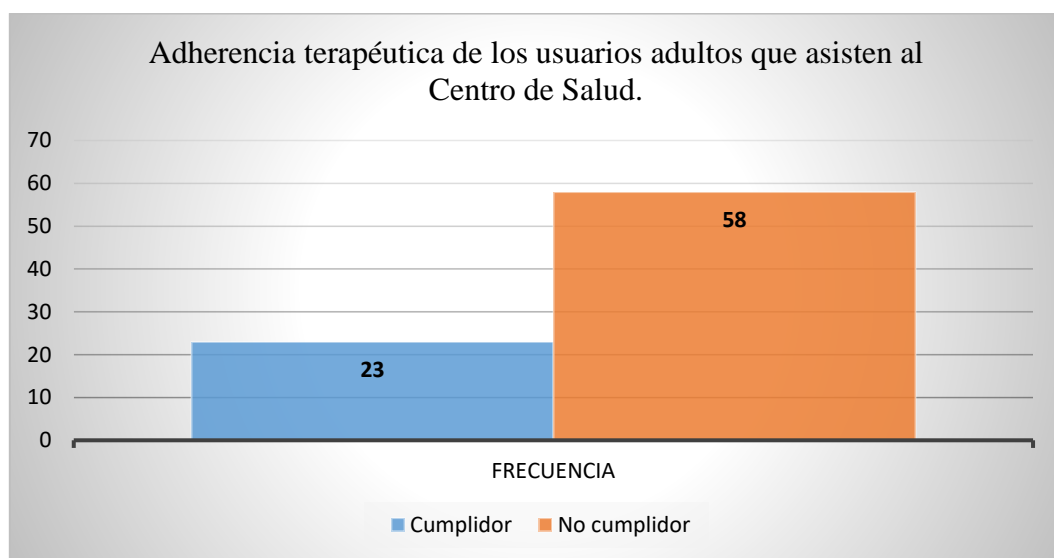


Gráfico 3. Adherencia terapéutica de los usuarios adultos que asisten al Centro de Salud.

Fuente: Test Morisky-Green.

Elaborado por: Bazán Pozo Ronald Saúl y Cochea Tomalá Roger Bryan

Análisis:

En el histograma se puede evidenciar que de los participantes con algún tipo de enfermedad cardiovascular, el 78% no cumple correctamente con las pautas terapéuticas mientras el 28% sí cumple correctamente, evidenciándose una problemática en la adherencia terapéutica de los usuarios.

Tabla 4.
Análisis sobre el olvido al tomar la medicación indicada para tratar la ECV.

¿Se olvida alguna vez de tomar la medicación?	Frecuencia	%
Si	67	83%
No	14	17%
Total		100%

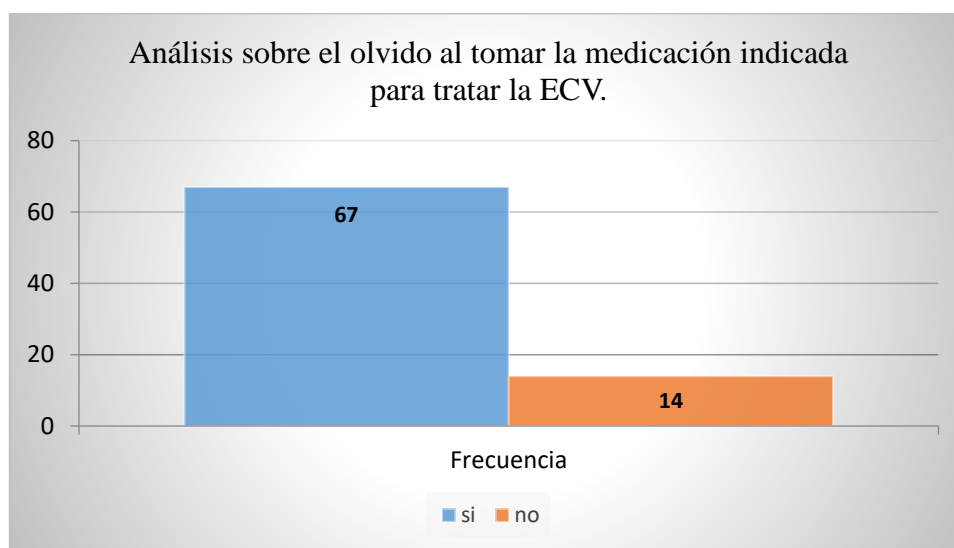


Gráfico 4. Análisis sobre el olvido al tomar la medicación indicada para tratar la ECV.
Fuente: Test Morisky-Green.
Elaborado por: Bazán Pozo Ronald Saúl y Cochea Tomalá Roger Bryan

Análisis:

Por ende se puede evidenciar que el 83% si ha olvidado alguna vez de tomar su medicación y un 17% no se ha olvidado, demostrando que muchos de los usuarios no siguen correctamente las instrucciones médicas.

Tabla 5.
Análisis acerca de la toma de medicación según la hora indicada.

¿Toma su medicación a la hora indicada?	Frecuencia	%
Si	24	30%
No	57	70%
Total		100%

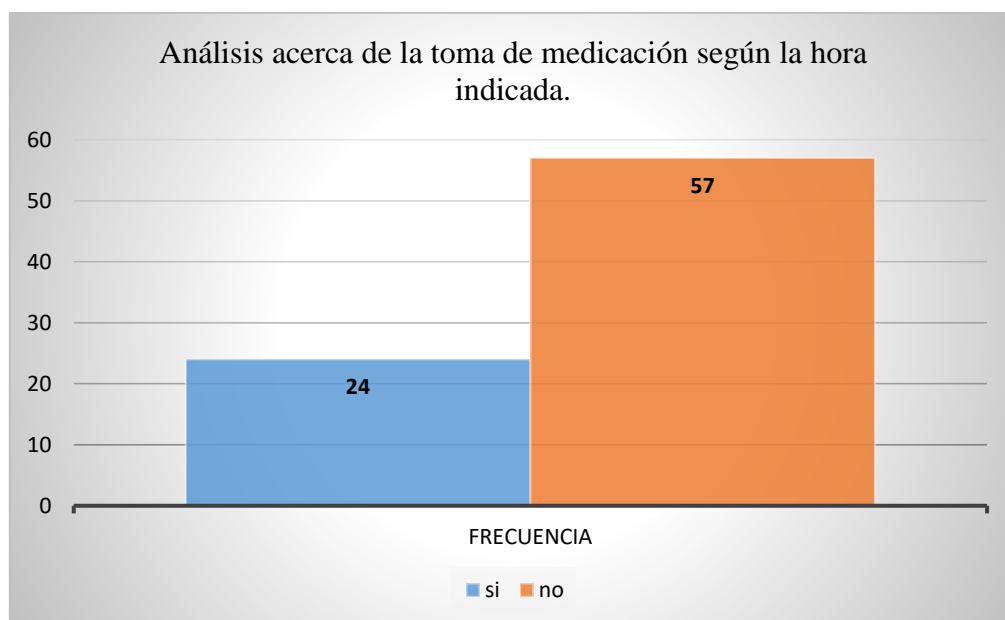


Gráfico 5. Análisis acerca de la toma de medicación según la hora indicada.
Fuente: Test Morisky-Green.
Elaborado por: Bazán Pozo Ronald Saúl y Cochea Tomalá Roger Bryan

Análisis:

Por lo tanto se puede demostrar mediante la tabla y el histograma que el 70% de los usuarios no toma la medicación a la hora indicada, mientras que el 30% si lo hace, evidenciándose una problemática en el seguimiento de las indicaciones médicas.

Tabla 6.
Análisis sobre si el adulto con ECV al momento de sentirse bien deja de tomar la medicación.

Cuándo se encuentra bien ¿Deja alguna vez de tomar la medicación?	Frecuencia	%
Si	32	40%
No	49	60%
Total	100	100%

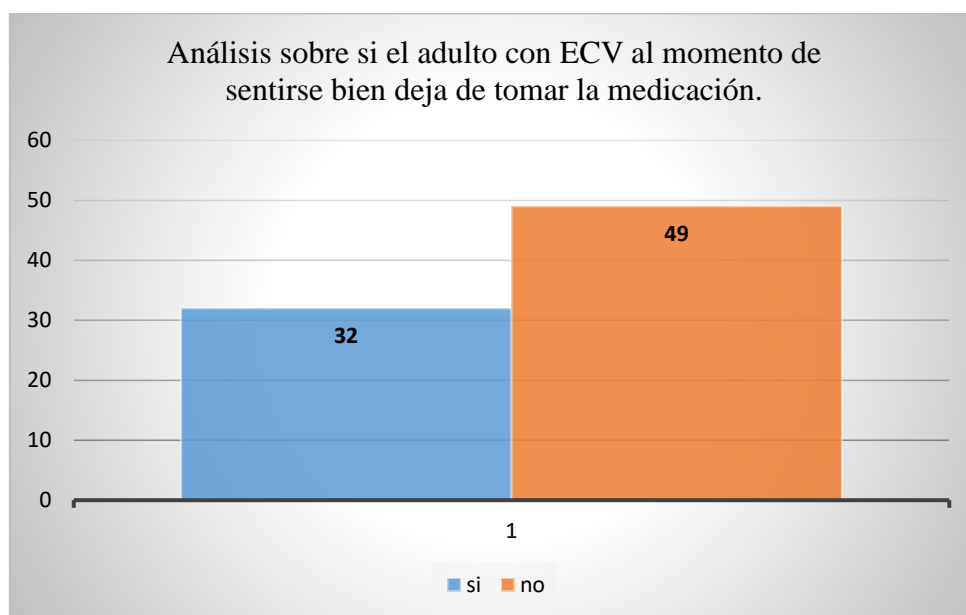


Gráfico 6. Análisis sobre si el adulto con ECV al momento de sentirse bien deja de tomar la medicación.
Fuente: Test Morisky-Green.
Elaborado por: Bazán Pozo Ronald Saúl y Cochea Tomalá Roger Bryan

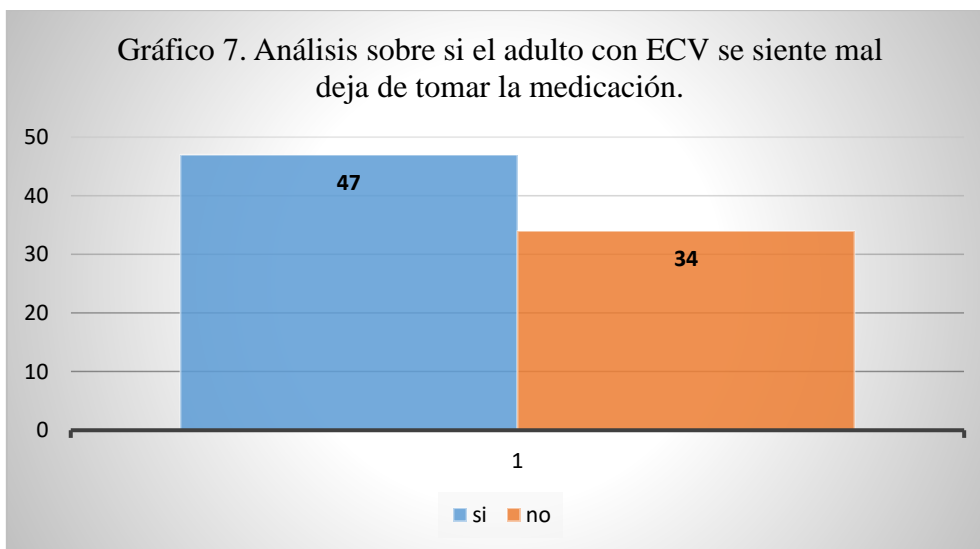
Análisis:

Por ende se puede demostrar que el 60% de los usuarios no deja de tomar la medicación si se siente bien, mientras que el 40% si la deja de tomar, demostrando que existe una problemática latente en la toma adecuada de la pauta terapéutica.

Tabla 7.

Análisis sobre si el adulto con ECV se siente mal deja de tomar la medicación.

Si alguna vez se siente mal ¿Deja alguna vez de tomar la medicación?	Frecuencia	%
Si	47	58%
No	34	42%
Total		100%



Gráfica 7. Análisis sobre si el adulto con ECV se siente mal deja de tomar la medicación.

Fuente: Test Morisky-Green.

Elaborado por: Bazán Pozo Ronald Saúl y Cochea Tomalá Roger Bryan

Análisis:

Por lo tanto el 58% de los usuarios si deja de tomar la medicación cuando se siente mal, mientras que el 42% no la deja de tomar a pesar de que se sienta mal, demostrando que existe un rango alto de personas que no cumple correctamente el tratamiento.

Tabla 8.
El adulto con ECV presenta dificultad para dormir.

¿Ha dormido mal, ha tenido dificultad para dormir?	Frecuencia	%
Si	45	56%
No	36	44%
Total	81	100%

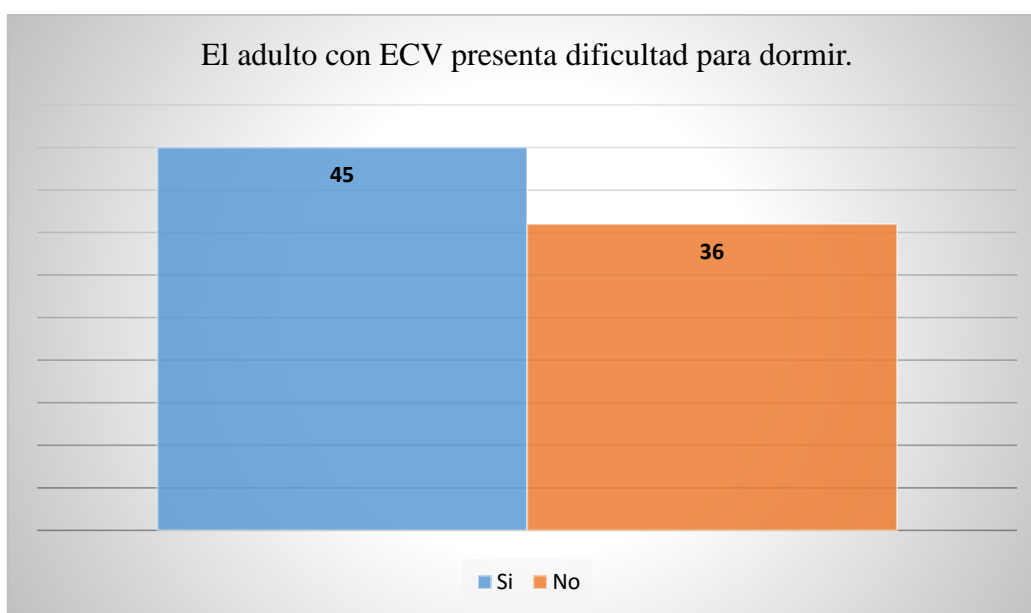


Gráfico 8. El adulto con ECV presenta dificultad para dormir.
Fuente: Test de Goldberg.
Elaborado por: Bazán Pozo Ronald Saúl y Cochea Tomalá Roger Bryan

Análisis:

Como resultado, el 56% si ha tenido dificultades para dormir, mientras que el 44% no ha presentado ningún inconveniente a la hora de poder conciliar el sueño.

Tabla 9.
El usuario adulto con ECV ha estado preocupado por su salud.

¿Ha estado preocupado por su salud?	Frecuencia	%
Si	39	48%
No	42	52%
Total	81	100%

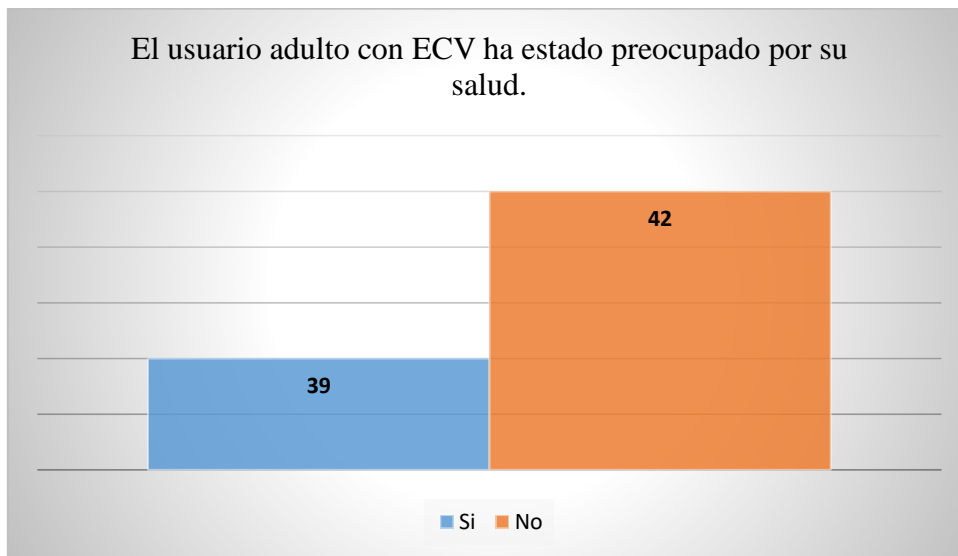


Gráfico 9. El usuario adulto con ECV ha estado preocupado por su salud.
Fuente: Test de Goldberg.
Elaborado por: Bazán Pozo Ronald Saúl y Cochea Tomalá Roger Bryan

Análisis:

Como resultante se puede constatar que el 52% de los usuarios no se preocupa por su salud debido a que manifiestan tener otros problemas, mientras que el 48% si se preocupa ya que quiere mejor su calidad de vida.

Tabla 10.

El usuario adulto con ECV se ha sentido con poca energía.

¿Se ha sentido con poca energía?	Frecuencia	%
Si	49	60%
No	32	40%
Total	81	100%

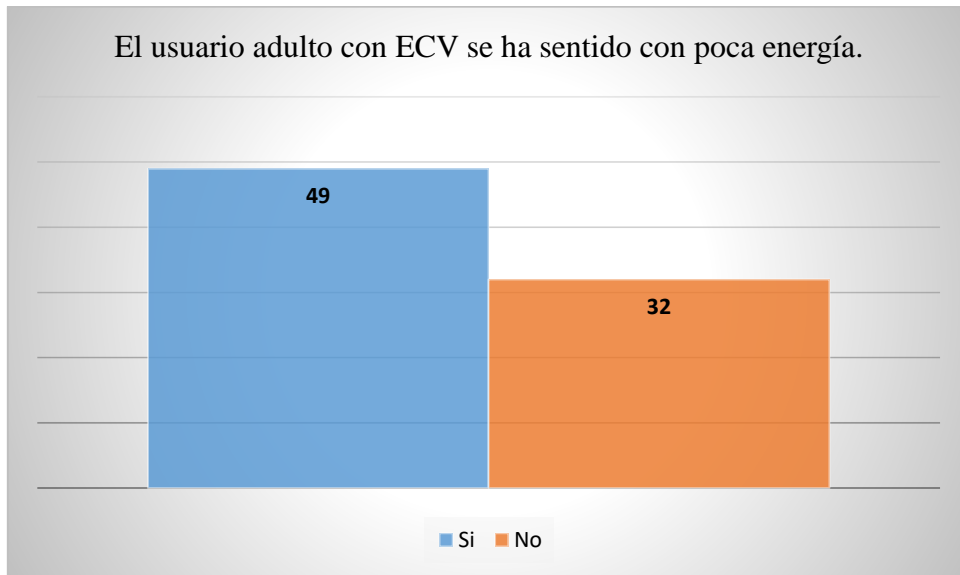


Gráfico 10. El usuario adulto con ECV se ha sentido con poca energía.

Fuente: Test de Goldberg.

Elaborado por: Bazán Pozo Ronald Saúl y Cochea Tomalá Roger Bryan

Análisis:

Por lo tanto se logra demostrar que el 60% de los usuarios si se ha sentido con poca energía, mientras que el otro 40% no ha sentido esto, lo que puede influir a la presencia de distintas patologías psicológicas.

Tabla 11.
El adulto con ECV ha presentado pérdida de la autoconfianza.

¿Ha perdido la confianza en sí mismo?	Frecuencia	%
Si	42	52%
No	39	48%
Total		100%

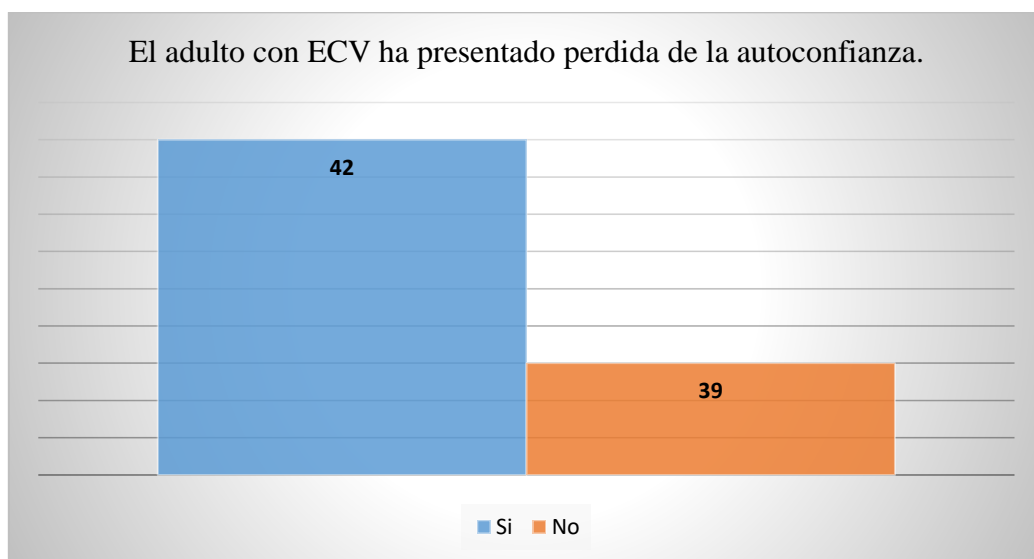


Gráfico 11. El adulto con ECV ha presentado pérdida de la autoconfianza.
Fuente: Test de Goldberg.
Elaborado por: Bazán Pozo Ronald Saúl y Cochea Tomalá Roger Bryan

Análisis:

En el histograma se puede verificar que el 52% de los usuarios si ha tenido una pérdida en la autoconfianza debido a los distintos problemas que se le presentan, mientras que el 48% no la ha perdido.

Tabla 12.
Situación familiar de los usuarios adultos que presentan ECV

SITUACION FAMILIAR	Frecuencia	%
Vive con familia sin dependencia físico/psíquica	22	27%
Vive con cónyuge de similar edad	16	20%
Vive con familia y/o cónyuge y presenta algún grado de dependencia	16	20%
Vive solo y tiene hijos próximos	10	12%
Vive solo y carece de hijos o viven alejados	17	21%
Total	81	100%

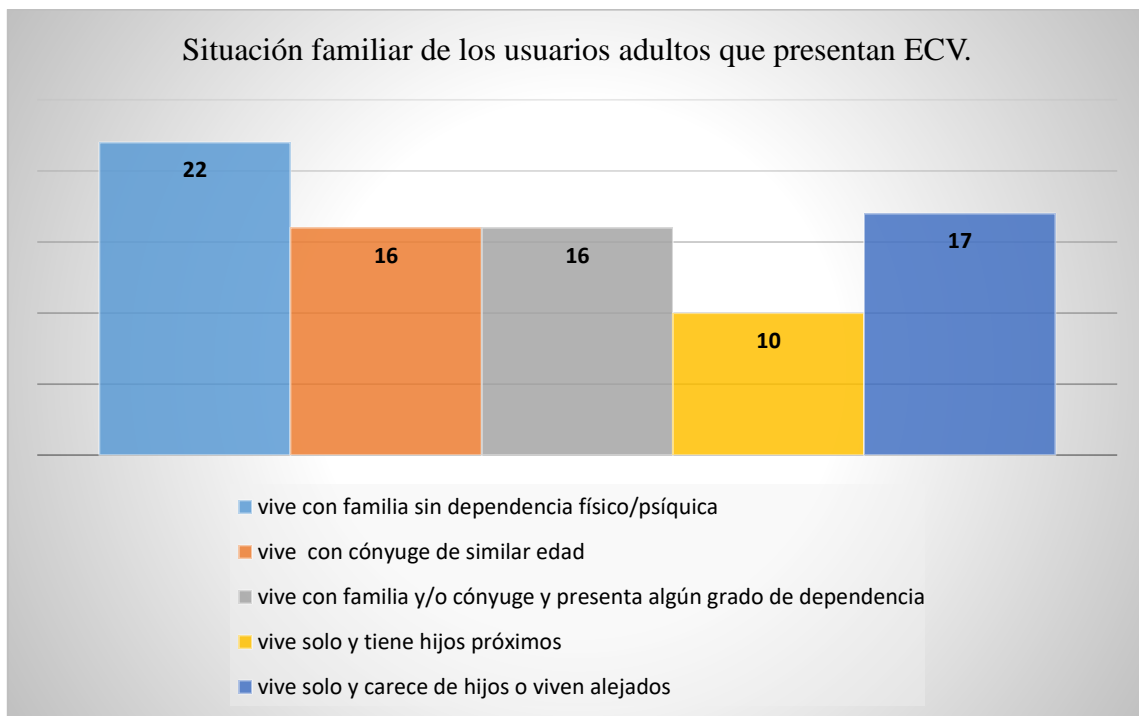


Gráfico 12. Situación familiar de los usuarios adultos que presentan ECV.
Fuente: Escala de valoración socio-familiar de Gijón.
Elaborado por: Bazán Pozo Ronald Saúl y Cochea Tomalá Roger Bryan

Análisis:

Como resultado, el 27% vive con su familia y el 20% vive con su cónyuge de similar edad y vive con familia y/o conyugue presentando algún grado de dependencia, lo que se convierte en un factor social que interviene en la adherencia terapéutica.

Tabla 13.
Vivienda de los usuarios adultos que padecen ECV.

VIVIENDA	Frecuencia	%
Adecuada a las necesidades	60	74%
Barreras arquitectónicas en la vivienda o portal de la casa (peldaño, puertas)	1	1%
Humedades, mala higiene, equipamiento inadecuado (sin baño completo, agua caliente, calefacción)	15	19%
Ausencia de ascensor, teléfono	2	2%
Vivienda inadecuada (chabolas, vivienda declarada en ruina, ausencia de equipamientos mínimos)	3	4%
Total	81	100%

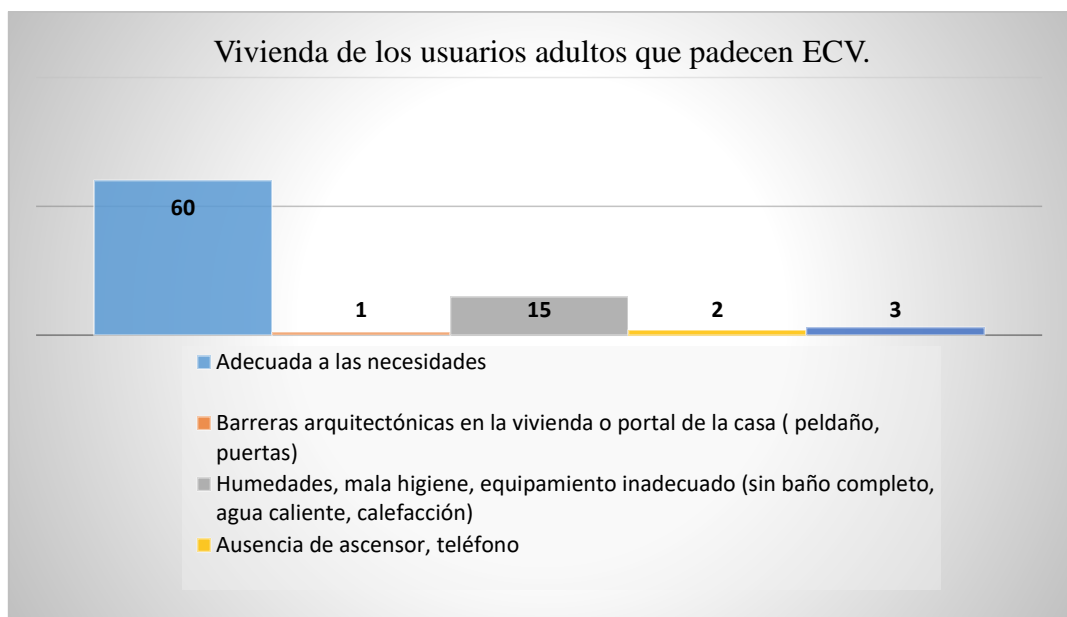


Gráfico 13. Vivienda de los usuarios adultos que padecen ECV.
Fuente: Escala de valoración socio-familiar de Gijón.
Elaborado por: Bazán Pozo Ronald Saúl y Cochea Tomalá Roger Bryan

Análisis:

Por lo tanto, se determinó que el 74% vive adecuado a sus necesidades y el 19% en malas condiciones, lo que muestra que un mayor porcentaje vive en condiciones óptimas lo que no puede convertirse en un factor social que afecte la adherencia terapéutica del usuario.

Tabla 14.
Relaciones sociales de los usuarios adultos con ECV.

RELACIONES SOCIALES	Frecuencia	%
Relaciones sociales con todos	24	30%
Relaciones sociales solo con familia y vecinos	5	6%
Relaciones sociales solo con familia o vecinos	32	40%
No sale del domicilio, recibe visitas	14	17%
No sale y no recibe visitas	6	7%
Total	81	100%

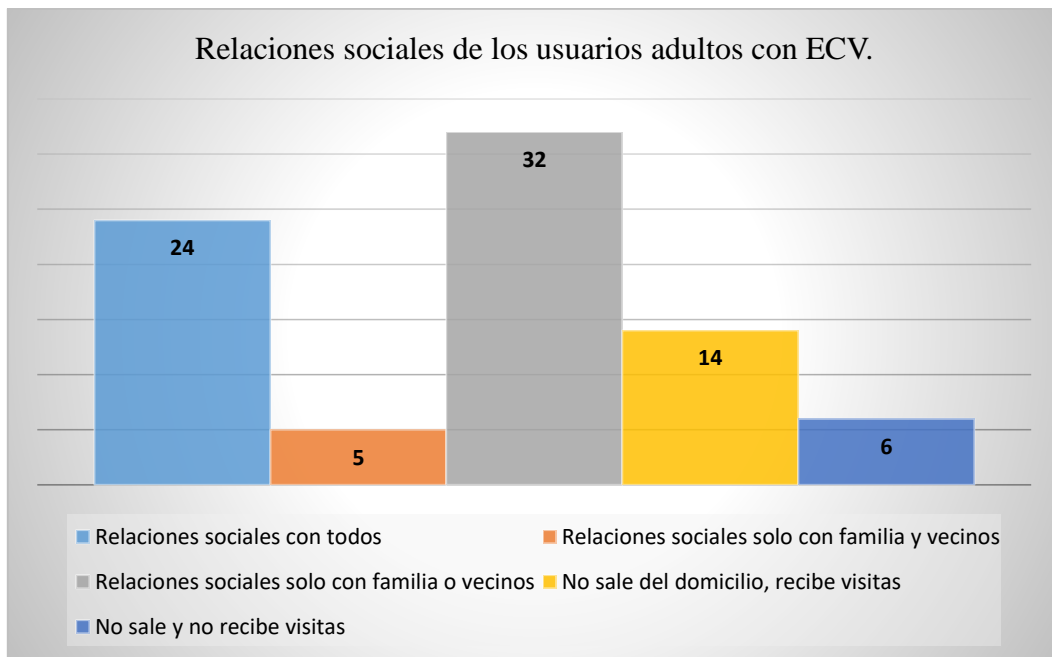


Gráfico 14. Relaciones sociales de los usuarios adultos con ECV.
Fuente: Escala de valoración socio-familiar de Gijón.
Elaborado por: Bazán Pozo Ronald Saúl y Cochea Tomalá Roger Bryan

Análisis:

Por ende en el histograma se puede constatar que el 40% tiene relaciones solo con familia o vecinos y el 30% tiene relaciones con todos.

Tabla 15.
Apoyo de la red social en el adulto con ECV.

APOYO DE LA RED SOCIAL	Frecuencia	%
Con apoyo familiar y vecinal	28	35%
Voluntariado social, ayuda domiciliaria	2	2%
No tiene apoyo	44	54%
Pendiente del ingreso en residencia geriátrica	0	0%
Tiene cuidados permanentes	7	9%
Total	81	100%

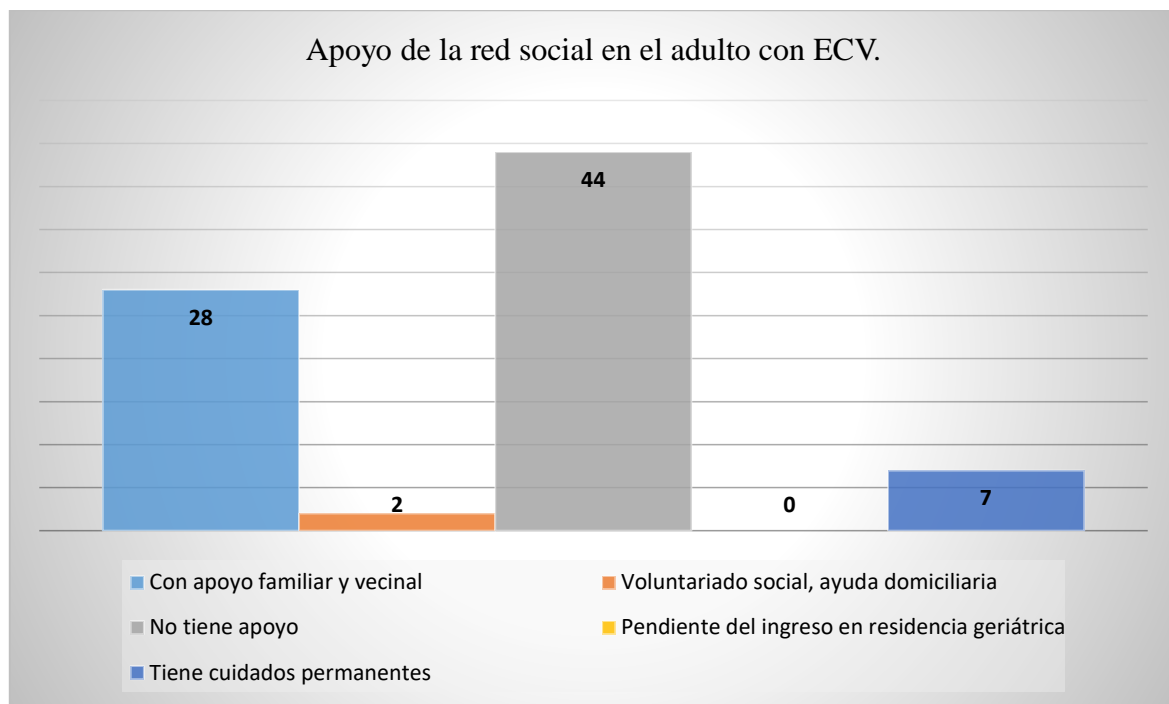


Gráfico 15. Apoyo de la red social en el adulto con ECV.
Fuente: Escala de valoración socio-familiar de Gijón.
Elaborado por: Bazán Pozo Ronald Saúl y Cochea Tomalá Roger Bryan

Análisis:

Como resultado se pudo comprobar que el 54% no tiene apoyo y el 35% si lo tiene, mostrando así que existe una problemática en el apoyo de la red social de los usuarios, lo que influiría de manera negativa en la adherencia terapéutica eficaz.

ANEXO 7. Evidencias fotográficas.



Foto 1. Reunión con los usuarios que padecen enfermedades cardiovasculares que asisten al Centro de Salud José Luis Tamayo.



Foto 2. Socialización del consentimiento informado a usuarios del Centro de Salud José Luis Tamayo.



Foto 3. Socialización del tema de investigación a los usuarios del Centro de Salud José Luis Tamayo.



Foto 4. Aplicación de la encuesta a los usuarios del Centro de Salud José Luis Tamayo.



Foto 5. Aplicación de la encuesta a los usuarios del Centro de Salud José Luis Tamayo.

GLOSARIO

Cardiopatía isquémica: es una entidad que agrupa a un conjunto de enfermedades relacionadas y consecutivas a isquemia producidas por la progresión o ruptura de una placa de ateroma en las arterias coronarias. (Cisneros & Carrazana, 2013)

ECV: es un síndrome clínico caracterizado por el rápido desarrollo de signos neurológicos focales que pueden ser isquémicos o hemorrágicos. (Arauz & Ruiz, 2012)

FEVI: se denomina a la fracción de eyección ventricular izquierda. (Pacheco & Grant, 2016)

Hipertensión arterial portal: se define como el aumento de la resistencia intra hepática a nivel asplánico asociado a un aumento del flujo venoso portal. (Uribe, Morales, Rosas, Campos, & L., 2012)

Hipoxia del miocardio: También llamada isquemia del miocardio se define como la falta de balance entre el aporte y la demanda de oxígeno, y esta puede ser variable, dinámica y reversible. (Moreno & Del Portillo, 2016)

Hostilidad: se define como una actitud negativa hacia las demás personas y hacia la misma persona que consiste en enemistad y rencor. (Palmero, Diez, Diago, Moreno, & Oblitas, 2007)

Insuficiencia cardiaca: se define como la disfunción de los mecanismos de compensación ante la dificultad del corazón para llenarse o bien para bombear sangre con el objetivo de mantener un gasto cardiaco acorde a los requisitos metabólicos y termina por afectar otros sistemas corporales. (Lado, Soto, & Piñeiro, 2011)

Muerte súbita: se define muerte subita aquella que ocurre de manera inesperada dentro de la primera hora desde el inicio de los síntomas o si se produce en ausencia de testigos cuando el fallecido ha sido visto en buenas condiciones menos de las 24 horas antes de hallarlo muerto. (Bayés De La Luna & Roberto, 2012)

Ritmo de galope: se caracteriza por la audición de un R3 y R4 acompañados de taquicardia y otros signos de insuficiencia cardiaca producida por el llenado brusco de un ventrículo insuficiente. (Tamariz, 2016)

ANEXO N° 8 CERTIFICADO ANTIPLAGIO



Universidad Estatal
Península de Santa Elena



Biblioteca General

La Libertad, 2 de Mayo del 2019

CERTIFICADO ANTIPLAGIO

001-TUTOR JPH-2019

En calidad de tutor del trabajo de titulación denominado FACTORES PSICOSOCIALES ASOCIADOS A LA ADHERENCIA TERAPEUTICA DE ENFERMEDADES CARDIOVASCULARES DEL ADULTO, CENTRO DE SALUD JOSE LUIS TAMAYO. 2018-2019, elaborado por lo(s) estudiantes BAZÁN POZO RONALD SAÚL Y COCHEA TOMALÁ ROGER BRYAN, egresado(a) de la Carrera de Enfermería, de la Facultad de Ciencias Sociales y de la Salud perteneciente a la Universidad Estatal Península de Santa Elena, previo a la obtención del título de Licenciado en Enfermería, me permito declarar que una vez analizado en el sistema antiplagio URKUND, luego de haber cumplido los requerimientos exigidos de valoración, el presente proyecto de investigación ejecutado, se encuentra con el 2% de la valoración permitida, por consiguiente, se procede a emitir el presente informe.

Adjunto reporte de similitud.

Atentamente,

Dr. Jeffrey Pavajeau Hernández

C.I.: 0930810650

DOCENTE TUTOR

Biblioteca General

Vía La Libertad - Santa Elena
Correo: biblioteca@upse.edu.ec
Teléfono: 042781738 ext. 136



Reporte Urkund.

URKUND

Documento: [Avance de tesis 02-05-2019 revision urkund.docx](#) (D51430413)
Presentado: 2019-05-02 15:26 (-05:00)
Presentado por: JEFFRY PAVAJEAU (jpavajEAU@upse.edu.ec)
Recibido: jpavajEAU.upse@analysis.orkund.com

2% de estas 17 páginas, se componen de texto presente en 4 fuentes.

PDF viewer controls: pdf, zoom, search, print, back, forward.

Fuentes de similitud

Lista de fuentes Bloques ★ PROBAR LA NUEVA BETA DE URKUND JEFFRY PAVAJEAU (jpavajEAU)

+	Categoría	Enlace/nombre de archivo	-
+	PDF	TESIS DR JORGE GUNSHA POSGRADO MFC.docx	-
+	PDF	TESIS.docx	-
+	PDF	https://revistas.unal.edu.co/index.php/avenferm/article/view/15656/18159	-
+	PDF	https://revistas.unal.edu.co/index.php/avenferm/article/view/37352/39713	-
+	PDF	https://www.sefn.es/bibliotecavirtual/Adherencia2017/libro_ADHERENCIA.pdf	-
+	PDF	YURI- PROYECTO INVESTIGATIVO COMPLETO.docx	-
+	PDF	https://repository.udca.edu.co/bitstream/11158/776/1/Factores%20asociados%20a%20la%20adherencia%20	-
+	PDF	TESIS.docx	-
+	Fuentes alternativas		