

UNIVERSIDAD NACIONAL DEL SANTA
FACULTAD DE CIENCIAS
ESCUELA PROFESIONAL DE ENFERMERÍA



Adherencia terapéutica y calidad de vida en pacientes con hipertensión arterial en una institución de salud, Nuevo Chimbote 2025.

TESIS PARA OBTENER EL TÍTULO PROFESIONAL DE LICENCIADO EN
ENFERMERÍA

Autores:

Alcantara Díaz, Franz Adonis
Código ORCID: 0009-0008-0829-3166
Chávez Villegas, Anapaula
Código ORCID: 0009-0001-5793-6999

Asesora:

Dra. Rosas Guzmán, Ines Concepción
DNI: 17867221
Código ORCID: 0000-0002-3543-1279

Coasesora:

Ms. Moran Silva, Rosa María
DNI: 43515961
Código ORCID: 0000-0003-4674-0007

NUEVO CHIMBOTE – PERÚ
2025

UNIVERSIDAD NACIONAL DEL SANTA
FACULTAD DE CIENCIAS
ESCUELA PROFESIONAL DE ENFERMERÍA



UNS
UNIVERSIDAD
NACIONAL DEL SANTA

Revisado y V.º B.º de:

Dra. Rosas Guzmán, Ines Concepción

DNI: 17867221

Código ORCID: 0000-0002-3543-1279

ASESORA

UNIVERSIDAD NACIONAL DEL SANTA
FACULTAD DE CIENCIAS
ESCUELA PROFESIONAL DE ENFERMERÍA



Revisado y V.º B.º de:

Dra. Morgan de Chancafe, Isabel Matilde

DNI: 32799966

ORCID: 0009-0008-2934-6255

PRESIDENTA

Dra. Huañap Guzman, Margarita

DNI: 32955197

ORCID: 0000-0002-8474-3797

SECRETARIA

Dra. Rosas Guzman, Inés Concepción

DNI: 17867221

ORCID: 0000-0002-3543-1279

INTEGRANTE

ACTA DE CALIFICACIÓN DE LA SUSTENTACIÓN DE LA TESIS

En el Distrito de Nuevo Chimbote, en la Universidad Nacional de Santa, en el
Aula E3 de la EPE....., siendo las 13 horas del
dia 17 Diciembre 2025....., dando cumplimiento a la Resolución N°
286-2025-UNIVERSITARIA se reunió el Jurado Evaluador presidido por Dra. Isabel
Morgan de Blanchef....., teniendo como miembros a Dra. Margarita Huauip
Guzmán..... (secretario) (a), y Dra. Inés Rosas Gueymar (integrante),
para la sustentación de tesis a fin de optar el título de Licenciado en enfermería
realizado por el (la), (los) tesista (as) Franz Adonis Alcántara Díaz
Ana Paula Bláquez Villegas.....
....., quien (es) sustentó (aron) la tesis intitulada:
Adherencia terapéutica y calidad de vida en
pacientes con hipertensión arterial en una
institución de salud, Nuevo Chimbote 2025

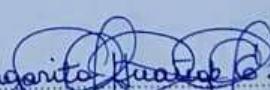
Terminada la sustentación, el (la), (los) tesista (as)s respondió (ieron) a las preguntas formuladas
por los miembros del jurado.

El Jurado después de deliberar sobre aspectos relacionados con el trabajo, contenido y
sustentación del mismo y con las sugerencias pertinentes, declara la sustentación como
Excelente....., asignándole un calificativo de 2.0..... puntos, según
artículo 111º del Reglamento General de Grados y Títulos de la Universidad Nacional del Santa,
vigente (Resolución N° 337-2024-CU-R-UNS)

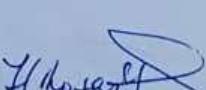
Siendo las 14..... horas del mismo dia se dio por terminado el acto de sustentación firmando
los miembros del Jurado en señal de conformidad


Nombre: Dra. Isabel Morgan de Blh.

Presidente


Nombre: Dra. Margarita Huauip G.

Secretario


Nombre: Dra. Inés Rosas G.

Integrante

Distribución: Integrantes J.E (), tesistas () y archivo (02).



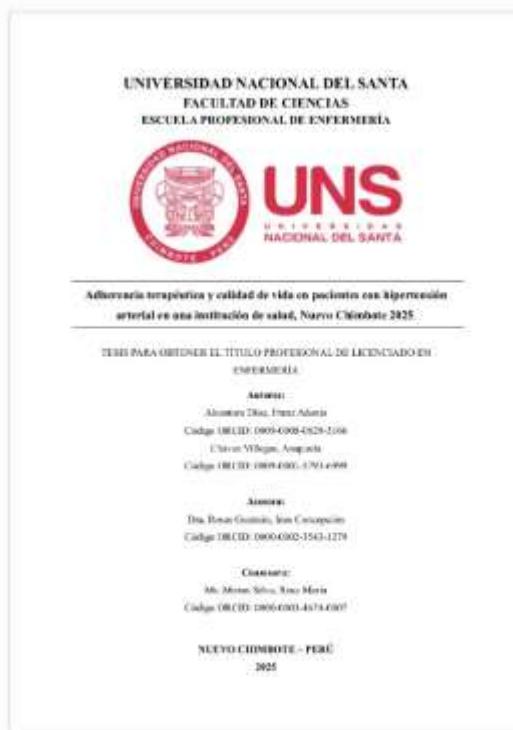


Recibo digital

Este recibo confirma que su trabajo ha sido recibido por Turnitin. A continuación podrá ver la información del recibo con respecto a su entrega.

La primera página de tus entregas se muestra abajo.

Autor de la entrega: Franz Adonis ALCANTARA DIAZ
Título del ejercicio: Adherencia terapéutica y calidad de vida en pacientes con hip...
Título de la entrega: INFORME FINAL-Adherencia terapéutica y calidad de vida en p...
Nombre del archivo: INFORME_FINAL-Adherencia_terapéutica_y_calidad_de_vida_e...
Tamaño del archivo: 805.11K
Total páginas: 69
Total de palabras: 12,782
Total de caracteres: 73,552
Fecha de entrega: 18-dic-2025 12:28a.m. (UTC-0500)
Identificador de la entrega: 2848310852



INFORME FINAL-Adherencia terapéutica y calidad de vida en pacientes con hipertensión arterial en una institución de salud, Nuevo Chimbote 2025-..docx

INFORME DE ORIGINALIDAD



FUENTES PRIMARIAS

1	hdl.handle.net	4%
	Fuente de Internet	
2	repositorio.uns.edu.pe	2%
	Fuente de Internet	
3	Submitted to Universidad Privada San Juan Bautista	1%
	Trabajo del estudiante	
4	repositorio.upla.edu.pe	1%
	Fuente de Internet	
5	repositorio.uwiener.edu.pe	1%
	Fuente de Internet	
6	cybertesis.unmsm.edu.pe	1%
	Fuente de Internet	
7	repositorio.uladech.edu.pe	1%
	Fuente de Internet	
8	repositorio.usanpedro.edu.pe	1%
	Fuente de Internet	
9	dspace.unitru.edu.pe	<1%
	Fuente de Internet	
10	repositorio.uss.edu.pe	<1%
	Fuente de Internet	

DEDICATORIA

A mis amados padres, Dora y Frank, por su amor incondicional, apoyo inquebrantable y por ser el pilar de mi vida, con sus lecciones de vida y su ejemplo a seguir puedo abrirmme paso a través de la vida siendo mejor persona cada día.

A mis queridas hermanas, Isis y Gabriela, por su complicidad, apoyo incondicional, por demostrarme siempre su cariño y estar en todo momento para mí.

A mis papitos, María y Antero, por su amor, apoyo incondicional, estar siempre presentes, transmitirme sus valiosos consejos de vida y a mi mamita por endulzar mi vida con su incomparable cocina.

A mi asesora de tesis Inés, la Dra. Inés, por su invaluable guía, apoyo constante y sabios consejos que hicieron posible este logro, mi más profundo agradecimiento.

Alcantara Diaz, Franz Adonis

A mis amados padres, Ana y Eduardo,
por ser mi sustento y fortaleza. Este logro
no sería posible sin su guía, ejemplo y
aliento, que me permitió seguir adelante,
con valor y perseverancia, a pesar de las
vicisitudes de la vida.

A mis queridas hermanas, Dayana y Yulissa, por ser mi refugio y alegría en días
de cansancio y desazón. Su cariño y apoyo
hicieron más llevadero este proceso.

A mi docente y asesora de tesis, la Dra. Inés, por su compromiso y paciencia
durante el desarrollo de esta investigación.
Su guía ha sido fundamental para mi
formación profesional y logro de objetivos
académicos.

A mis amigas de la carrera, Jarumi, Melissa y Larissa, por compartir estos años
de aprendizaje con solidaridad, ánimo y
compañerismo. Su amistad, ha sido un pilar
en el cual sostenerme para crecer y
superarme.

Chávez Villegas, Anapaula

AGRADECIMIENTO

A Dios, que con su presencia constante nos brindó serenidad en los momentos de dificultad y esperanza para continuar con determinación cada día de este proceso académico.

A la Universidad Nacional del Santa, principalmente a la Escuela Profesional de Enfermería, que nos brindó las herramientas necesarias para nuestro desarrollo personal y académico. A nuestros docentes, por su entrega y dedicación en la enseñanza brindada, y quienes con su ejemplo y vocación nos inspiraron.

A nuestra asesora de tesis, la Dra. Inés Rosas Guzmán, por su orientación constante y paciencia.

A nuestra coasesora, la Ms. Rosa Morán Silva, su acompañamiento fue esencial para culminar este trabajo de investigación, con rigor científico y ética profesional.

A nuestro jurado de tesis, la Dra. Isabel Morgan de Chancafe y la Dra. Margarita Huañap Guzmán, por sus valiosas sugerencias durante la elaboración de este trabajo de investigación.

Asimismo, extendemos nuestro agradecimiento a las Lic. Yajayra Salinas y Lic. Flor Hidalgo, quienes nos apoyaron con la coordinación para la aplicación de nuestros instrumentos. A los pacientes hipertensos del Centro de Salud Yugoslavia, quienes participaron voluntariamente en la aplicación de los instrumentos de esta investigación. Su colaboración y disposición hicieron posible la recolección de información necesaria para el desarrollo de este estudio.

Franz y Anapaula

ÍNDICE

RESUMEN	xiv
ABSTRACT.....	xv
I. INTRODUCCIÓN	16
II. MARCO TEÓRICO	23
III. MATERIALES Y MÉTODOS.....	37
IV. RESULTADOS Y DISCUSIÓN	43
V. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.....	56
VI. REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS	58
VII. ANEXOS	65

ÍNDICE DE TABLAS

	Pág.
Tabla 1	43
Adherencia terapéutica en pacientes con Hipertensión Arterial en una institución de salud de Nuevo Chimbote, 2025.	
Tabla 2	45
Calidad de vida en pacientes con Hipertensión Arterial en una institución de salud de Nuevo Chimbote, 2025.	
Tabla 3	47
Relación entre la adherencia terapéutica y la calidad de vida en pacientes con Hipertensión Arterial en una institución de salud de Nuevo Chimbote, 2025.	

ÍNDICE DE FIGURAS

	Pág.	
Figura 1	Adherencia terapéutica en pacientes con Hipertensión Arterial en una institución de salud de Nuevo Chimbote, 2025.	44
Figura 2	Calidad de vida en pacientes con Hipertensión Arterial en una institución de salud de Nuevo Chimbote, 2025.	46
Figura 3	Relación entre la adherencia terapéutica y la calidad de vida en pacientes con Hipertensión Arterial en una institución de salud de Nuevo Chimbote, 2025.	48

ÍNDICE DE ANEXOS

	Pág.
Anexo 1	Consentimiento informado. 65
Anexo 2	Cuestionario de Adherencia al Tratamiento en Hipertensión (CATH). 66
Anexo 3	Test MINICHAL adaptado. Versión corta del cuestionario de Calidad de vida en Hipertensión Arterial. 68
Anexo 4	Estadísticos descriptivos. Confiabilidad de los instrumentos. 70
Anexo 5	Autorización para aplicación del instrumento 73

RESUMEN

El estudio de tipo descriptivo correlacional y corte transversal tuvo como objetivo determinar la relación entre la adherencia terapéutica y la calidad de vida en pacientes con hipertensión arterial atendidos en una institución de salud de Nuevo Chimbote. Se aplicó el Cuestionario de Adherencia al Tratamiento en Hipertensión (CATH) y la versión corta del cuestionario de Calidad de vida en Hipertensión Arterial (MINICHAL) a 126 pacientes hipertensos seleccionados aleatoriamente de la estrategia de Enfermedades No Transmisibles del Centro de Salud Yugoslavia. Los datos se procesaron mediante el programa SPSS-27 y para el análisis estadístico se utilizó la prueba de Chi-Cuadrado. Los resultados fueron que el 50% presentan adherencia total al tratamiento y una calidad de vida alta, también el 39.7% presenta adherencia parcial y una calidad de vida alta, y tan solo el 0.8% no es adherente y mantienen una calidad de vida baja. En conclusión, existe una relación significativa entre ambas variables de estudio.

Palabras clave: Adherencia terapéutica, calidad de vida, hipertensión arterial.

ABSTRACT

This descriptive, correlational, cross-sectional study aimed to determine the relationship between therapeutic adherence and quality of life in patients with hypertension treated at a health institution in Nuevo Chimbote. The Hypertension Treatment Adherence Questionnaire (CATH) and the short version of the Hypertension Quality of Life Questionnaire (MINICHAL) were administered to 126 hypertensive patients randomly selected from the Non-Communicable Diseases strategy of the Yugoslavia Health Center. Data were processed using SPSS-27 software, and the Chi-square test was used for statistical analysis. The results showed that 50% had full adherence to treatment and a high quality of life, 39.7% had partial adherence and a high quality of life, and only 0.8% were non-adherent and had a low quality of life. In conclusion, a significant relationship exists between the two variables studied.

Keywords: Therapeutic adherence, quality of life, hypertension.

I. INTRODUCCIÓN

1.1. Descripción y formulación del problema

Actualmente, el 74% de las muertes a nivel global se deben a Enfermedades No Transmisibles (ENT), siendo las enfermedades cardiovasculares las que registran los mayores índices de mortalidad prematura y morbilidad. En este contexto, la hipertensión arterial representa el principal factor de riesgo metabólico, incrementando significativamente la probabilidad de desarrollar una enfermedad no transmisible (OMS, 2023).

Un tercio de la población mundial adulta (1280 millones) sufre de hipertensión arterial y más de 10 millones de personas mueren por la misma causa; así mismo, en América, entre el 20 y 40% padecen la enfermedad, siendo más común en países sudamericanos y el Caribe (WHO, 2023.) (OPS, 2019).

En el contexto peruano, en 2024, cerca del 14.2% de personas de 15 años a más presentaron presión arterial alta, con una mayor incidencia en zonas urbanas y en la población masculina. Además, los datos indican que la prevalencia aumenta con la edad, concentrándose aproximadamente la mitad de los casos en el grupo de adultos mayores. En Áncash, cerca del 11% de las personas de 15 años a más presentaron hipertensión arterial (INEI, 2025).

En el Centro de Salud Yugoslavia hasta el sexto mes del 2025 la estrategia de enfermedades no transmisibles contó con 572 pacientes de los cuales 379 son personas con hipertensión arterial, siendo este el 66%, un porcentaje significativo en una enfermedad muy presente en la actualidad.

Estos datos subrayan la relevancia de abordar de manera efectiva y temprana la hipertensión arterial, especialmente en adultos mayores, para promover la salud cardiovascular y evitar complicaciones, como: cardiopatías, accidentes cerebrovasculares, insuficiencia renal, discapacidad, dependencia física, o incluso la muerte (Garcés Ortega y otros, 2020).

Para ello, la World Health Organization (2023) recomienda un conjunto de medidas tanto farmacológicas como no farmacológicas, orientado a mantener los niveles de presión arterial dentro de rangos aceptables para prevenir complicaciones.

Las medidas farmacológicas incluyen medicamentos que presentan altos índices de seguridad y eficacia, que suelen encontrarse disponibles en los programas ofrecidos por los servicios de salud y son, en su mayoría, accesibles económicoamente. En cuanto a las medidas no farmacológicas se sugiere modificaciones en el estilo de vida como: reducir el consumo de sal en los alimentos, controlar el peso corporal, realizar actividad física de manera regular, mantener una dieta equilibrada, evitar el tabaquismo y restringir o eliminar el consumo de bebidas alcohólicas (Abad y otros, 2022).

A pesar de las directrices para el manejo de la hipertensión, solo la mitad de los pacientes logra controlar la enfermedad. La principal causa de dicho fracaso es el incumplimiento del tratamiento, siendo clave la adherencia a la medicación y al cuidado general para un manejo adecuado. Sin embargo, la falta de compromiso de los pacientes y la ineficacia de los programas en los servicios de salud precarios, siguen siendo un obstáculo significativo para mejorar los resultados clínicos (Cordeanu y otros, 2019).

En el Perú, durante el 2024 solo el 65.5% de las personas con diagnóstico de HTA recibieron tratamiento o tuvieron acceso a medicamentos para dicha enfermedad. La mayor proporción de hipertensos con tratamientos se concentró en la costa (INEI, 2025).

Aquellos que logran un manejo adecuado de la HTA experimentan una reducción en los síntomas, menor incidencia de complicaciones y una mejora en su bienestar general. No obstante, múltiples barreras, como el acceso limitado a medicamentos, la educación insuficiente sobre la enfermedad, factores económicos y sociales, y estilos de vida inadecuados, dificultan esta adherencia en el contexto peruano (OPS, 2023) (Asma y otros, 2017).

En muchos casos se reporta el incremento del riesgo de complicaciones cardiovasculares, renales y cerebrovasculares, lo que limita en gran medida la capacidad funcional de las personas, generando mayor dependencia, frustración por la cronicidad y disminución de la percepción de bienestar (Botero de Mejía & Pico Merchán, 2007).

En dicho contexto, la calidad de vida es un aspecto fundamental porque no solo considera la condición física, psicológica y social de una persona, sino también cómo ella misma percibe el impacto de su enfermedad y su tratamiento en la vida diaria. En los pacientes con patologías crónicas como la hipertensión, esta percepción es importante, ya que las limitaciones en la vida diaria que genera y la sensación de riesgo a complicaciones, puede influir tanto en su estado de salud como en la forma en que valoran y enfrentan su vida cotidiana (Botero de Mejía & Pico Merchán, 2007).

Se debe tener en cuenta que, en las enfermedades crónicas, cada persona vive su condición de manera única: experimenta emociones, actitudes y opiniones sobre estar enfermo, enfrenta cambios y limitaciones que la enfermedad le impone, y debe adaptarse a los tratamientos y exámenes médicos. Además, cada individuo interpreta su pronóstico de forma personal y siente el impacto que la enfermedad tiene en su vida presente y futura. De ahí surge la necesidad de ofrecer un enfoque biopsicosocial para evaluar el impacto de la enfermedad en la calidad de vida de los pacientes (García-Viniegras & Rodríguez López, 2007).

Las estimaciones de la calidad de vida en paciente con enfermedades crónicas varían mucho, ya que en los estudios que se han realizado, depende mucho de los instrumentos que han usado para su medición, así como de factores como edad, sexo, control de la enfermedad, pronóstico y condiciones del tratamiento (García-Viniegras & Rodríguez López, 2007).

Es por lo expuesto, que en el presente estudio se plantea la interrogante:

¿Existe relación entre la adherencia terapéutica y la calidad de vida en pacientes con hipertensión arterial en una institución de salud de Nuevo Chimbote?

1.2. Objetivos

Objetivo general:

Conocer la relación entre la adherencia terapéutica y la calidad de vida en pacientes con Hipertensión Arterial en una institución de salud de Nuevo Chimbote.

Objetivos específicos:

1. Identificar la adherencia terapéutica en pacientes con Hipertensión Arterial en una institución de salud de Nuevo Chimbote.
2. Identificar la calidad de vida en pacientes con Hipertensión Arterial en una institución de salud de Nuevo Chimbote.
3. Especificar la relación entre la adherencia terapéutica y la calidad de vida en pacientes con Hipertensión Arterial en una institución de salud de Nuevo Chimbote.

1.3. Formulación de hipótesis

H(i): Existe una relación significativa entre la adherencia terapéutica y la calidad de vida en pacientes con Hipertensión Arterial en una institución de salud de Nuevo Chimbote.

H(o): No existe relación significativa entre la adherencia terapéutica y la calidad de vida en pacientes con Hipertensión Arterial en una institución de salud de Nuevo Chimbote.

1.4. Justificación e importancia

La hipertensión arterial es una patología de alta prevalencia y relevancia en el ámbito de la salud pública debido a su relación con complicaciones cardiovasculares graves, como el infarto de miocardio, la insuficiencia cardíaca y el accidente cerebrovascular. Sin embargo, aún con los avances en el tratamiento, la falta de adherencia terapéutica sigue siendo un obstáculo para el control de la enfermedad, que aumenta el riesgo de complicaciones (OPS, 2019).

Esta problemática adquiere especial relevancia en la ciudad de Nuevo Chimbote debido a la escasez de estudios que analicen de manera específica el impacto de la adherencia terapéutica en la calidad de vida de los pacientes hipertensos. La adherencia al tratamiento no solo se relaciona con el control de la presión arterial, sino también con el bienestar físico, emocional y social de los pacientes. La falta de seguimiento adecuado y el incumplimiento del tratamiento pueden generar estrés, ansiedad y disminución en la percepción de salud, afectando la calidad de vida de quienes padecen esta enfermedad (Garcés Ortega y otros, 2020) (Hirschberg y otros, 2014).

Además, conocer la calidad de vida de los pacientes permitirá proponer y utilizar un modelo de atención que integre aspectos físicos, psicológicos y sociales puede mejorar el bienestar general de los pacientes, más allá del control clínico de la enfermedad (Kalliopi, 2013).

En este contexto, la presente investigación tiene como objetivo analizar la relación entre la adherencia terapéutica y la calidad de vida en pacientes con hipertensión arterial que acuden a una institución de salud en Nuevo Chimbote. Dado que, en la región Áncash esta enfermedad representa un desafío adicional para los servicios de salud, no solo por la creciente demanda asistencial, sino también por la necesidad de garantizar un control adecuado de la presión arterial en contextos donde los recursos son limitados y la continuidad del tratamiento puede verse interrumpida (Barrientos Beltrán & De la Cruz Barrientos, 2022).

Desde el punto de vista académico, este estudio contribuirá a ampliar el conocimiento sobre la relación entre la adherencia terapéutica y la calidad de vida en pacientes hipertensos. Los resultados obtenidos podrán servir como referencia para futuras investigaciones en poblaciones similares, permitiendo la comparación de hallazgos y el desarrollo de nuevas estrategias para mejorar la adherencia.

En el ámbito práctico, los hallazgos de esta investigación pueden ser utilizados por profesionales de la salud para optimizar las estrategias de tratamiento y seguimiento de

pacientes hipertensos. Comprender los determinantes de la adherencia terapéutica no solo permitirá reducir la carga de complicaciones asociadas a la hipertensión, sino también mejorar significativamente la calidad de vida de los pacientes, favoreciendo su bienestar integral.

El estudio contribuye directamente al cumplimiento de las metas nacionales e internacionales orientadas al control de enfermedades crónicas no transmisibles, al develar las deficiencias del sistema en la promoción de la adherencia terapéutica y la identificación de barreras, se sienta la base para la modificación de protocolos de atención y el desarrollo de programas de seguimientos más rigurosos y centrados en el paciente, fortaleciendo el modelo de atención primaria de salud.

La falta de adherencia conduce a un aumento de costos sanitarios debido a hospitalizaciones recurrentes, visitas a urgencias y el manejo de comorbilidades avanzadas, que afectan la calidad de vida de los pacientes. Al identificar las áreas que dificultan la correcta adherencia, la investigación ofrece una guía estratégica para que los gestores reorienten los recursos para evitar comorbilidades referentes a la hipertensión arterial.

Asimismo, los resultados de este estudio pueden servir como base para el desarrollo de programas de educación en salud y campañas de sensibilización dirigidas tanto a la población general como a los pacientes con hipertensión arterial. La promoción de la adherencia terapéutica a través de la educación y el acompañamiento adecuado contribuirá a la prevención de complicaciones y a una mejor calidad de vida para los pacientes hipertensos, además de generar un impacto positivo en la planificación de políticas públicas locales orientadas al control de esta enfermedad.

Para el Centro de Salud Yugoslavia, el presente estudio permitirá identificar las barreras locales que limitan la adherencia terapéutica, aportando así, evidencia para diseñar estrategias de intervención adaptadas a la realidad de la población nuevo chimbotana, Además, comprender

los factores que influyen en la adherencia permitirá desarrollar estrategias que fomenten el autocuidado, la toma de la medicación y el seguimiento continuo de los pacientes.

II. MARCO TEÓRICO

2.1. Antecedentes

A nivel Internacional

En Grecia, Chantzaras & Yfantopoulos, 2023 en su investigación “Asociación entre la adherencia a la medicación y la calidad de vida relacionada con la salud de los pacientes con hipertensión y dislipidemia”, en un estudio multicéntrico, transversal y no intervencionista realizado durante la pandemia de COVID-19 en Grecia, se reclutaron consecutivamente 721 pacientes ambulatorios con hipertensión y 463 con dislipidemia para evaluar la asociación entre la adherencia a la medicación y la calidad de vida relacionada con la salud por su título en inglés Health-Related Quality of Life (HRQoL); para ello, se empleó el instrumento EQ-5D-5L para medir la HRQoL y el cuestionario Adherence Starts with Knowledge 20 para determinar la adherencia, analizando los datos mediante regresiones lineales múltiples con errores estándar robustos. Los resultados mostraron que aproximadamente el 28% de los pacientes hipertensos y el 16% de los dislipidémicos no fueron completamente adherentes durante la semana previa, elevándose estas cifras al 49% y 34%, respectivamente, cuando se consideró el mes anterior; además, se identificó que el dominio de ansiedad/depresión fue el más afectado, seguido de problemas en la movilidad y en las actividades cotidianas, siendo la HRQoL inferior en los pacientes dislipidémicos. Se observó asimismo que la mayor no adherencia se asoció de forma independiente con una menor valoración visual de la salud (EQ-VAS) en hipertensos y con un índice EQ-5D inferior en dislipidémicos, mientras que la falta de ejercicio, la mayor duración de la enfermedad y la multimorbilidad resultaron ser factores de riesgo significativos, a la par que se evidenció un efecto curvilíneo del IMC y la edad; en contrapartida, factores como el género femenino, el empleo y el estado marital protegieron a los pacientes hipertensos, y la educación lo hizo en los dislipidémicos. En conclusión, la

adherencia a la medicación se encuentra subóptima en pacientes con hipertensión y, de manera más marcada, en aquellos con dislipidemia, lo cual tiene un impacto perjudicial en la HRQoL. En Teherán, Irán, Niknam y otros (2024) en su investigación “Estado de la presión arterial, calidad de vida y estados emocionales en adultos con diferentes niveles de concienciación sobre la enfermedad y adherencia al tratamiento”, se llevó a cabo de forma transversal para evaluar la asociación entre la presión arterial, la calidad de vida relacionada con la salud y los estados emocionales, poniendo especial énfasis en la adherencia al tratamiento en pacientes hipertensos. Se seleccionó al azar, mediante muestreo por grupos de centros de salud del Distrito No 13 de Teherán, una muestra inicial de 15.005 participantes, de los cuales se obtuvieron datos completos sobre HRQoL en 7.257 adultos y sobre estados emocionales en 2.499 individuos, utilizando cuestionarios aplicados bajo un diseño doble ciego para minimizar sesgos. El análisis se realizó a través de modelos de regresión lineal y logística, incorporando variables antropométricas, sociodemográficas, de comportamiento y antecedentes de enfermedades crónicas. Los hallazgos revelaron que, pese a que la mayoría de los participantes se encontraba normotensa, la hipertensión era más prevalente en mujeres, quienes además mostraban diferencias significativas en la calidad de vida mental y el funcionamiento social en relación con la adherencia al tratamiento, mientras que en los hombres se observó una menor adherencia y una mayor prevalencia de hipertensión no diagnosticada. En conclusión, la investigación evidenció que tanto la falta de diagnóstico adecuado como las deficiencias en el compromiso terapéutico se asocian con deterioros en la calidad de vida física y mental, resaltando que la conciencia de la enfermedad y la adherencia al tratamiento son determinantes clave en la gestión de la hipertensión.

En Reino Unido, Peng y otros (2025) en su investigación “Relación entre la adherencia a los medicamentos antihipertensivos y las tasas de mortalidad en pacientes con hipertensión”, se realizó una revisión sistemática y metaanálisis con el fin de evaluar cómo influye la adherencia

a la terapia antihipertensiva en las tasas de mortalidad en pacientes con hipertensión, utilizando estudios de cohortes para sustentar la investigación. En la metodología, se efectuó una búsqueda exhaustiva en las bases de datos PubMed, Scopus y Web of Science hasta julio de 2024, empleando términos clave relacionados con la hipertensión, adherencia y mortalidad, seleccionando únicamente estudios de cohortes que abordaran esta asociación, y evaluando el riesgo de sesgo mediante la Escala de Newcastle-Ottawa; posteriormente, se realizaron análisis cuantitativos utilizando coeficientes de riesgo (HR) e intervalos de confianza (IC), considerando un umbral de adherencia del 80%, y se aplicaron análisis de subgrupos y meta-regresividad con STATA-17 para explorar factores de influencia. Los resultados, obtenidos de 12 estudios que incluyeron a 2.198.311 pacientes, indicaron que la baja adherencia se asocia significativamente con un incremento de la mortalidad por todas las causas (HR: 1,32) y, en un análisis de cuatro estudios con 1.695.872 pacientes, con un aumento en la mortalidad cardiovascular (HR: 1,61), a pesar de presentarse heterogeneidad alta y moderada, respectivamente. En conclusión, la evidencia respalda que la insuficiente adherencia al tratamiento antihipertensivo incrementa de manera considerable el riesgo de mortalidad total y cardiovascular, subrayando la necesidad de implementar estrategias de seguimiento más efectivas.

A nivel Nacional

En Lima, Purizaga y Susaya (2023) en su investigación “Adherencia farmacológica y su relación con la calidad de vida en pacientes con hipertensión arterial atendidos en la farmacia Novafarma del distrito de San Juan de Miraflores, Lima, 2023”, se empleó un enfoque cuantitativo con un diseño no experimental, transversal y correlacional, aplicando dos cuestionarios a una muestra de 336 pacientes. Los resultados evidenciaron una relación significativa entre la adherencia farmacológica y la calidad de vida ($p=0.000$; $r=0.307$), así como asociaciones específicas con dimensiones clave, como el control sobre la ingesta de

medicamentos y alimentos ($p=0.000$; $r=0.154$), el seguimiento médico conductual ($p=0.000$; $r=0.325$) y la autoeficacia ($p=0.000$; $r=0.336$). Además, se encontró una relación significativa entre la adherencia farmacológica y la salud psicológica ($p=0.000$; $r=0.339$) y física ($p=0.000$; $r=0.204$). En conclusión, el estudio confirma que una mayor adherencia farmacológica se asocia con una mejor calidad de vida en pacientes hipertensos.

En Lima, Anchivilca (2023) en su investigación “Seguimiento farmacoterapéutico y calidad de vida relacionada a la salud en pacientes con hipertensión arterial de la botica Ortiz, febrero – julio 2021” se realizó un estudio cuasiexperimental, longitudinal y cuantitativo con 24 pacientes, aplicando un seguimiento farmacoterapéutico mediante entrevistas personales, contacto telefónico e interacción en línea. La calidad de vida fue evaluada con el cuestionario MINICHAL, y se empleó la prueba de Wilcoxon para analizar la asociación entre las variables. Los resultados evidenciaron que el ácido acetilsalicílico fue el fármaco más utilizado (26.9%), seguido de propanolol (12.8%) y losartán (12.8%). Se identificaron problemas relacionados con medicamentos, siendo los más frecuentes el incumplimiento (36%), actitudes negativas (25%) y administración errónea (21%). La adherencia al tratamiento mostró un aumento del 39.4% al 60.6%, mientras que la calidad de vida relacionada con la salud (CVRS) mejoró significativamente, reflejándose en el estado anímico (de 36.4% a 63.6%) y en la reducción de manifestaciones somáticas (de 44.2% a 55.8%). El análisis estadístico reveló una asociación significativa entre el seguimiento farmacoterapéutico y la mejora de la calidad de vida ($p < 0.001$). En conclusión, este estudio respalda la importancia del seguimiento farmacoterapéutico en pacientes hipertensos.

En Lima, Hilario y Llanos (2023) en su investigación “Adherencia terapéutica y calidad de vida en personas con hipertensión arterial que acuden al Centro de Salud Puerto Bermúdez, 2021”, se adoptó un diseño correlacional, transversal, prospectivo y cuantitativo basado en el método científico, reclutándose 80 pacientes hipertensos a quienes se les aplicó el “Cuestionario para

medir la adherencia terapéutica” y el “Cuestionario para medir la calidad de vida” mediante la técnica de encuesta; la hipótesis se evaluó inicialmente con la prueba chi cuadrado y, posteriormente, se utilizó el Rho de Spearman, el cual evidenció una correlación positiva y muy alta (0.935, $p < 0.05$, con un nivel de confianza del 95%) entre la adherencia terapéutica y la calidad de vida, hallándose asimismo asociaciones significativas en dimensiones específicas como la comunicación terapéutica (0.834), la asistencia a controles médicos (0.829), el cumplimiento terapéutico (0.795) y el abandono definitivo del tratamiento (0.774); en conclusión, estos resultados demuestran que existe una interrelación directa y significativa entre la adherencia al tratamiento y la calidad de vida en personas con hipertensión.

A nivel Local

En Chimbote, Ancash, Milla (2022) en su investigación “Grado de adherencia terapéutica de pacientes hipertensos atendidos en la farmacia "FARUFARMA" - Chimbote 2022” de enfoque cuantitativo, con un diseño no experimental y nivel descriptivo. La muestra estuvo conformada por 30 pacientes seleccionados mediante un muestreo no probabilístico, a quienes se les aplicó una encuesta como técnica de recolección de datos. Los resultados evidenciaron que el 55.2% de los pacientes no tenía un grado óptimo de adherencia terapéutica, mientras que solo el 44.8% presentaba un nivel adecuado de cumplimiento del tratamiento. Asimismo, se encontró que el 93% de los encuestados no seguía de manera adecuada las indicaciones sobre el uso de los medicamentos prescritos, y apenas el 6.9% mostraba un grado de cumplimiento óptimo. En relación con la adherencia a hábitos saludables, el 62.2% reportó seguir una dieta balanceada, pero el 62.1% no realizaba cambios adecuados en su estilo de vida. Finalmente, se observó que el 58.6% de los pacientes no cumplía con las recomendaciones médicas generales. Este estudio subraya la existencia de barreras significativas para la adherencia terapéutica en pacientes hipertensos, lo que impacta directamente en su calidad de vida y en el control de la enfermedad.

En Moro, Ancash, Barrientos y De la Cruz (2022), en su investigación “Factores asociados a la adherencia al tratamiento farmacológico en pacientes con hipertensión arterial que asisten a las campañas médicas en el distrito de Moro – Ancash, abril – mayo 2021” realizó un estudio transversal con una muestra aleatoria de 201 pacientes, utilizando el formulario de información personal y la escala de adherencia a la medicación de Martín-Bayarre-Grau (MBG). Los resultados indicaron que el 90.5% de los pacientes presentaba una adherencia parcial al tratamiento, el 6% una adherencia total y el 3.5% no estaba adherido al régimen farmacológico. El estudio concluyó que diversos factores influyen en la adherencia al tratamiento antihipertensivo. Los factores socioeconómicos, como la capacidad de costear los medicamentos y el nivel de conocimiento sobre la enfermedad, mostraron una relación significativa con la adherencia. En cuanto al proveedor de salud, el 71.6% de los pacientes resaltó la importancia de la relación médico-paciente en el cumplimiento del tratamiento. Además, el 95.5% de los pacientes consideraba que el tratamiento era beneficioso, aunque el 100% mencionó que la distancia a los centros de atención representaba una barrera para su cumplimiento.

En Chimbote, Orbegoso (2023) en su investigación “Factores asociados a la adherencia del tratamiento con hipertensión arterial en los adultos del Puesto de Salud Santa Ana Costa-Chimbote, 2023”, de tipo cuantitativa, descriptiva correlacional y transversal, con una muestra de 58 adultos, a quienes aplicaron el instrumento de Morisky, Green y Levine. Los resultados indicaron que la mayoría no se adhiere al tratamiento y existe un porcentaje considerable que si lo hace. Se encontró que no existe relación estadísticamente significativa en ninguno de los factores socioeconómico, factor relacionado con el paciente, factor relacionado con el proveedor, sistema, equipo de salud y el factor relacionado con la terapia.

2.2.Marco conceptual

Hipertensión arterial

Según la Asociación Europea de Cardiología, la hipertensión arterial (HTA) es una enfermedad crónica, manifestada principalmente por el aumento mantenido de la presión arterial sistólica (≥ 140 mmHg) y/o diastólica (≥ 90 mmHg), que representa un factor de riesgo modificable para todas las enfermedades cardiovasculares, cerebrovasculares y renales (Jones y otros, 2025) (Abad y otros, 2022).

De acuerdo con la Guía de Práctica Clínica para la Prevención, Diagnóstico y Tratamiento de la HTA, la clasificación de la presión arterial medida en consultorio se divide en: Presión arterial normal (PAS < 120 mmHg y PAD < 70 mmHg), Presión arterial elevada (PAS 120-139 mmHg o PAD 70-89 mmHg) e Hipertensión (PAS ≥ 140 mmHg o PAD ≥ 90 mmHg) (Jones y otros, 2025).

Para el diagnóstico seguro de la enfermedad, no basta con una medición en consultorio, ya que lo recomendable es confirmar con mediciones fuera de este, a través del monitoreo ambulatorio; especialmente cuando es una hipertensión primaria, es decir, sin causa identificable, la cual es común en el 90-95 % de los casos. El porcentaje restante pertenece a la hipertensión secundaria, aquella en las que hay enfermedades renales, endocrinas o vasculares preexistentes (Abad y otros, 2022).

Un aumento de la presión arterial de forma sostenida impacta en el organismo negativamente, órganos como el corazón, el cerebro, los riñones, los ojos y los vasos sanguíneos experimentan cambios estructurales y funcionales, lo cual conlleva a una sintomatología que puede afectar el modo de vida de las personas hipertensas (Jones y otros, 2025).

Según las guías más recientes (ESC 2024 y AHA/ACC 2025) el plan terapéutico para pacientes hipertensos engloba modificaciones en el estilo de vida, tratamiento farmacológico, metas de

presión arterial, monitoreo y seguimiento; mediante un enfoque integral y multidisciplinario (Jones y otros, 2025).

El primer paso en la mayoría de los casos es proponer modificaciones en el estilo de vida, en el que se fomente una dieta saludable baja en sodio y rica en fibra, ejercicio regular y moderado de al menos 150 minutos semanales, descanso adecuado y abstinencia de alcohol y tabaco.

Dentro del tratamiento farmacológico, el médico puede optar por recomendar uno o más fármacos según el perfil de cada paciente, siendo más comunes aquellos que pertenecen a los grupos IECA (Enalapril, Captopril), ARA II (Losartán, Irbesartán), calcioantagonistas (Amlodipino, Nifedipino) o diuréticos tiazídicos (Hidroclorotiazida). Estas medidas deben ser evaluadas mediante un monitoreo y seguimiento ambulatorio constante (Abad y otros, 2022) (Jones y otros, 2025).

Calidad de vida

Es un término amplio que ha sido definido en múltiples ocasiones, que surgió por primera vez en la década del 30 en Europa como un constructo social para evaluar el bienestar económico, sin embargo, con el tiempo, este término se ha contemplado como un concepto multidimensional, que requiere una evaluación y aporte de diferencias ciencias o disciplinas, que puede adaptarse a grupos poblacionales, y que es medible mediante instrumentos. Es por ello, que se utiliza más a menudo este término, especialmente en la evaluación de la salud (Ramírez Coronel y otros, 2020).

La Organización Mundial de la Salud define la Calidad de Vida como un “concepto extenso y complejo que engloba la salud física, el estado psicológico, el nivel de independencia, las relaciones sociales, las creencias personales y la relación con las características sobresalientes del entorno”, de lo cual, se desprende que se trata de un término valorativo, que puede llegar a ser subjetivo, ya que depende de que tanto la persona puede percibir que están satisfechas las necesidades ya mencionadas (Organización Mundial de la Salud [OMS], 1998)

En el campo de la salud, debido a la prevalencia de enfermedades no transmisibles y el aumento de la esperanza de vida, se vio la necesidad de mayores innovaciones en la evaluación de la calidad de vida. Es así que, se entiende como “el grado de satisfacción que tiene la persona con su situación física, su estado emocional, su vida familiar, amorosa, social, así como el sentido que le atribuye a su vida, entre otras cosas” (Botero de Mejía & Pico Merchán, 2007).

Se debe tener en cuenta la percepción de la satisfacción de dichos factores va a estar influenciada por el estado de salud de la persona (salud física, emocional y social), dando énfasis, a como esta afecta la capacidad de vivir plenamente (Botero de Mejía & Pico Merchán, 2007).

Es así como la calidad de vida es una medida importante para evaluar el impacto de una enfermedad, especialmente si esta es crónica (cáncer, diabetes, enfermedades renales, enfermedades neurodegenerativas, etc.). En las enfermedades cardiovasculares, los pacientes suelen presentar un deterioro significativo en todos los aspectos de la calidad de vida, ya sea en la función física, en su rol social o su bienestar psicológico y emocional. Estas se manifiestan comúnmente a través de insomnio, síntomas depresivos y dolor corporal (Kalliopi, 2013).

En pacientes con hipertensión arterial, la calidad de vida puede verse afectada también, por la presencia de síntomas persistentes, la polifarmacia, las restricciones dietéticas, el estrés emocional y la incertidumbre ante posibles complicaciones. Por lo cual es importante una valoración global, en la que se incluya la capacidad para llevar a cabo actividades diarias, la autonomía, la estabilidad emocional, el disfrute de la vida, entre otras (OMS, 2023).

Adherencia terapéutica

Es el grado en que una persona cumple con las recomendaciones dadas por el profesional de salud, ya sea el régimen farmacológico, dieta y cambios en el estilo de vida; justificado en el compromiso del usuario y su autonomía para tomar decisiones que afectan a su propia salud (Herrero Jaén, 2019).

La Organización Mundial de la Salud define la adherencia terapéutica como el grado en que el comportamiento de una persona (incluyendo la toma de medicamentos, el seguimiento de un plan alimentario y la implementación de cambios en el estilo de vida) se ajusta a las recomendaciones previamente acordadas con un profesional de la salud (Ramos Morales, 2015).

Esta definición se diferencia del uso del término “instrucciones”, ya que este último podría interpretarse como una relación unidireccional y autoritaria, donde el paciente solo cumple órdenes. En cambio, se enfatiza que la adherencia implica una relación colaborativa y participativa entre el paciente y el prestador de servicios de salud, donde ambos aportan activamente a la toma de decisiones y al proceso de cuidado (Ramos Morales, 2015).

Se reconoce que la adherencia terapéutica comprende un conjunto amplio de conductas relacionadas con la salud, la adherencia implica no solo la toma adecuada de medicamentos, sino también la participación activa del paciente en otras conductas terapéuticas como la asistencia a controles médicos, la adopción de una dieta saludable, la práctica regular de actividad física y la modificación del estilo de vida (López Romero y otros, 2016).

2.3. Base teórica

El Modelo de Adaptación de Sor Callista Roy sostiene que el ser humano, concebido como un sistema biopsicosocial, holístico, complejo y adaptable, posee la capacidad de responder de manera adaptativa frente a diversas situaciones, entre ellas el padecimiento de enfermedades crónicas como la hipertensión arterial. Dicho modelo plantea que las personas, mediante mecanismos de afrontamiento, buscan dar respuesta a los estímulos o cambios del entorno, con el propósito de minimizar el impacto que estas condiciones puedan generar en su estilo y calidad de vida (González Romero, 2016) (Raile Alligood & Marriner Tomey, 2011).

Según Roy, el individuo es un sistema adaptativo compuesto por dos subsistemas que interactúan dinámicamente para crear un mecanismo de control o afrontamiento: el subsistema

regulador, mediado por respuestas fisiológicas automáticas como las del sistema neuronal o endocrino, y el subsistema cognitivo, encargados de los procesos de percepción y toma de decisiones, mediado por los canales cognitivos y emotivos, es decir: el canal perceptivo de procesamiento de información, el aprendizaje, el juicio personal y las emociones (Raile Alligood & Marriner Tomey, 2011)

En el caso de los pacientes hipertensos, ambos subsistemas son fundamentales para lograr la adherencia terapéutica, ya que implican tanto la respuesta fisiológica al tratamiento como la comprensión, valoración y compromiso con las recomendaciones profesionales (González Romero, 2016).

Sin embargo, la adaptación también va a depender de la entrada de estímulos a los que está expuesta la persona, los cuales, Roy los clasifica en tres grupos. Los estímulos focales son los más inmediatos (internos o externos) y directamente relacionados con la situación actual, por ejemplos, los síntomas de la HTA. Estímulos contextuales se refieren a todas aquellas condiciones que influyen en la respuesta al estímulo focal pero que no ocupan el centro de atención de la persona, como el entorno familiar, el apoyo social, el régimen terapéutico, entre otros. Los estímulos residuales, por otra parte, son los factores cuya influencia es menos evidente y sus efectos no son muy definidos, como creencias culturales o actitudes hacia una enfermedad (Raile Alligood & Marriner Tomey, 2011).

El modelo de Roy también nos habla de cuatro modos de adaptación, los cuales son fundamentales para comprender la experiencia de la persona y ante esto plantear las metas de cuidado. El modo fisiológico-físico abarca las respuestas biológicas del organismo en relación con las necesidades básicas de oxigenación, nutrición, actividad-reposo y eliminación, así como otros procesos complejos. El modo de autoconcepto del grupo se relaciona con la percepción que el individuo tiene de sí mismo, centrándose en aspectos psicológicos y espirituales, como la adaptación de la autoestima o de la apreciación de la existencia misma. El

modo de función del rol hace referencia al cumplimiento de las expectativas que se tiene del comportamiento de una persona en determinada posición, es decir, la necesidad de adoptar roles sociales y familiares, y como estos pueden verse afectados. Por último, el modo de interdependencia se centra en las relaciones afectivas y sociales (Álvarez Watson, 2012) (Raile Alligood & Marriner Tomey, 2011).

En la Hipertensión Arterial, la adaptación fisiológica va a influir en la presencia de síntomas, la tolerancia al tratamiento y los efectos adversos de los fármacos. La adaptación de autoconcepto puede afectar la motivación para adherirse al tratamiento o la respuesta ante el diagnóstico. La adaptación de función de rol va a ser necesaria para no comprometer el desempeño laboral, familiar o social, de la persona enferma, y así evitar el impacto negativo en su calidad de vida. Así mismo, el modo de interdependencia va a ser crucial en el apoyo que percibe la persona y que puede facilitar el afrontamiento ante la enfermedad (Álvarez Watson, 2012).

Es así, que Roy afirma que se efectúa una reacción antes los estímulos, que pueden ser eficaces o no. La teórica sostiene que “las respuestas de adaptación eficaces son las que fomentan la integridad y ayudan a la persona a conseguir el objetivo de adaptarse [...] las respuestas ineficaces son las que no consiguen o amenazan los objetivos de adaptación”. En este sentido, una persona que alcanza un adecuado nivel de adaptación presentará una respuesta positiva frente a los estímulos (entorno), lo que favorece un óptimo estado de salud. Para Roy, la salud se concibe como un estado y un proceso de integración y adaptación con el entorno. (Raile Alligood & Marriner Tomey, 2011).

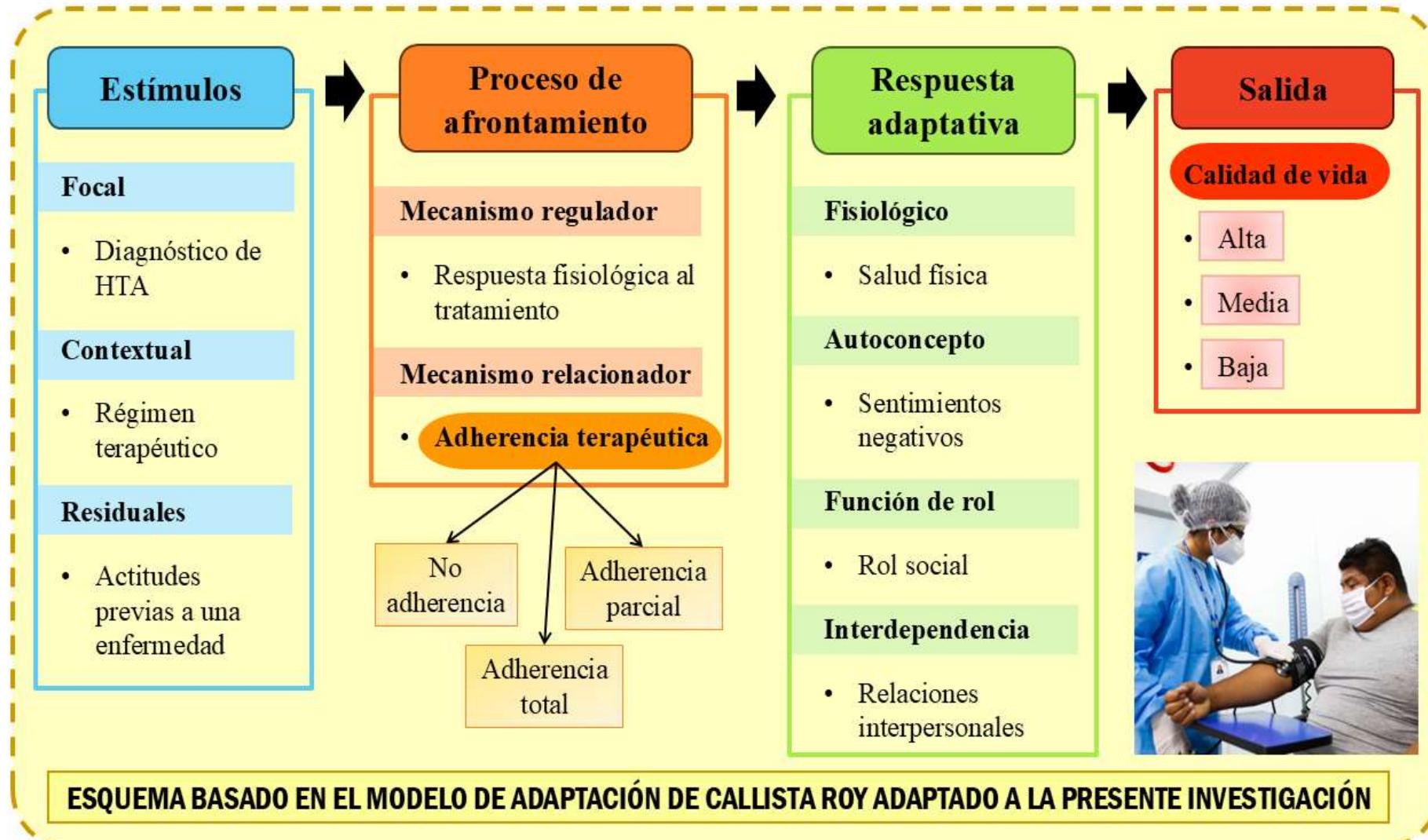
Ante ello, la meta del cuidado de enfermería es promover respuestas adaptativas en los cuatro modos, ayudando al paciente a alcanzar un grado óptimo de adaptación que le permita mantener o mejorar su calidad de vida. Esto se logra a través de una valoración integral, intervenciones

específicas y el fomento de la capacidad de adecuación y autonomía del paciente (Álvarez Watson, 2012) (Raile Alligood & Marriner Tomey, 2011).

Esta teorista sostiene que la enfermería es una profesión dedicada al cuidado de la salud que se enfoca en los procesos vitales humanos y en promover el bienestar de individuos, familias, grupos y comunidades. En la práctica, enfermería aplica el conocimiento para ayudar a las personas a mejorar su capacidad de adaptación y transformar su entorno. Esto a través del análisis del comportamiento y los estímulos que lo afectan (Raile Alligood & Marriner Tomey, 2011).

Estos estímulos pueden provenir del entorno, el cual Roy define como “todas las condiciones, circunstancias e influencias del desarrollo y de conducta de las personas y grupos”, es decir, el conjunto de estímulos internos y externos que desafían a la persona a adaptarse, ya que estos, no son estáticos, sino se encuentran en constante cambio. El entorno puede tener efectos positivos o negativos, y su influencia depende de cómo la persona lo perciba y lo enfrente (Raile Alligood & Marriner Tomey, 2011).

Es así como, para Roy, la salud es “proceso de ser y de convertirse la persona en un ser integrado y completo”, es decir, el resultado de la adaptación; que a su vez contribuye a mantener y mejorar la salud, la calidad de vida, y a morir con dignidad (Díaz de Flores y otros, 2002).



III. MATERIALES Y MÉTODOS

3.1. Método de estudio

Es una investigación de enfoque cuantitativo, de tipo descriptivo, correlacional, no experimental y de corte transversal.

Cuantitativo, porque se utilizaron mediciones numéricas y análisis estadísticos para analizar los datos recolectados y probar las hipótesis.

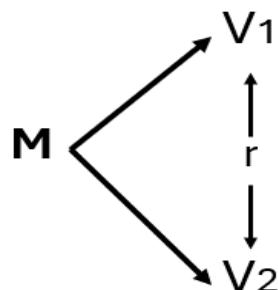
Descriptivo, porque la recolección de datos estuvo enfocada en identificar características de la muestra, para luego analizarlos en base a hechos de la realidad.

Correlacional, porque se determinó el tipo de relación existente entre las variables de estudio.

De corte transversal, porque la recolección de datos se realizó en un determinado momento.

3.2. Diseño de investigación

El diseño es el siguiente:



Donde:

M = Población de estudio: Pacientes con Hipertensión Arterial

V1 = Variable 1: Adherencia terapéutica

V2 = Variable 2: Calidad de vida

r = Relación

3.3. Población

Constituida por los pacientes hipertensos que conforman la estrategia de Enfermedades no transmisible del Centro de Salud Yugoslavia. (N=187)

3.4.Muestra

Conformado por los pacientes hipertensos de la estrategia de Enfermedades no transmisible del Centro de Salud Yugoslavia que reunieron los criterios de inclusión y según la formula muestreo aleatorio simple de una población finita. (n=126)

Criterios de inclusión

- Personas que desean participar voluntariamente en la investigación.
- Personas con pleno uso de sus facultades mentales.
- Personas con diagnóstico médico confirmado de Hipertensión arterial
- Personas que hayan asistido al Programa de Enfermedades no transmisibles del Centro de Salud Yugoslavia durante 3 meses consecutivos durante el año 2025.

Unidad de análisis

Paciente hipertenso que conforma la estrategia de Enfermedades no transmisible del Centro de Salud Yugoslavia.

Marco muestral

Conformado por el registro de paciente hipertensos que forman parte del padrón de la estrategia de Enfermedades no transmisibles del Centro de Salud Yugoslavia.

3.5.Operacionalización o categorización de variables de estudio

Variable N°1: Adherencia Terapéutica

Definición conceptual: Se refiere al grado en que una persona cumple estrictamente con el régimen farmacológico, de dieta y estilo de vida, indicado por el médico, justificado en el

compromiso del usuario y su autonomía para tomar decisiones que afectan a su propia salud (Herrero Jaén, 2019).

Definición operacional: Valoración del cumplimiento del tratamiento e indicaciones médicas de personas hipertensos, mediante el Test CATH, de 11 preguntas.

- Adherencia total: 22-16 puntos
- Adherencia parcial: 15-9 puntos
- No adherencia: 8-0 puntos

Variable N°2: Calidad De Vida

Definición conceptual: Es un concepto amplio que abarca múltiples dimensiones del ser humano y se determina por el grado de satisfacción personal con su estado de salud, en la medida en que este le permite llevar una vida plena (Botero de Mejía & Pico Merchán, 2007).

Definición operacional: Valoración de la calidad de vida de personas hipertensas mediante el Cuestionario MINICHAL, de 16 preguntas.

- Alta: Entre 48-25 puntos
- Media: Entre 24-11 puntos
- Baja: Entre 10-0 puntos

3.6.Técnica e instrumento de recolección de datos

Los datos fueron obtenidos mediante encuesta, donde se aplicaron 2 instrumentos:

Instrumento 1: Cuestionario CATH

El Cuestionario de Adherencia al Tratamiento en Hipertensión es una herramienta breve y estructurada que evalúa el compromiso del paciente con las recomendaciones médicas y cambios en el estilo de vida necesarios para el control de la hipertensión, incluyendo la

adherencia al uso de medicamentos, modificación de hábitos alimenticios, consumo de sustancias nocivas, práctica de actividad física y manejo del estrés.

Está inspirado en los instrumentos de medición de Adherencia al tratamiento de Morisky, Green & Levine (1986); y Chunhua, Shaoxian, Limándote, Zhimin & Caixia (2010), siendo modificados por los autores de la presente investigación.

Contiene 11 preguntas que evalúa 2 dimensiones: cumplimiento de la medicación y conductas relacionadas con la salud. Con opciones de respuesta de: Siempre (2 puntos), A veces (1 punto), y Nunca (0 puntos).

Instrumento 2: Test MINICHAL

El test MINICHAL (Minicuestionario de Calidad de Vida en la Hipertensión Arterial) es una versión abreviada del cuestionario Arterial Hypertension Quality of Life Questionnaire – CHAL, que fue desarrollado inicialmente en España, por Badia X., Roca-Cusachs À., & Dalfó A. en el 2002.

Se trata de una herramienta de evaluación diseñada para medir la calidad de vida relacionada con la salud en pacientes con enfermedad crónica, especialmente de aquellas patologías relacionadas a insuficiencia cardiaca crónica o con daño cardiovascular. Cuenta con un valor de validez y confiabilidad tal, que ha sido utilizado en múltiples estudios y adaptado en más de 2 idiomas (Badia y otros, 2002).

La versión MINICHAL-16 es una versión más corta del cuestionario original, pero conserva su capacidad para obtener información relevante sobre la calidad de vida de los pacientes con problemas cardiovasculares. Contiene 16 preguntas que evalúan 3 dimensiones: bienestar social, mental y físico. Cada pregunta presenta una escala tipo Likert con las posibles respuestas: “No, nunca”, de 3 puntos, “1 o 2 veces”, de 2 puntos, “Más de 3 veces”, de 1 punto, “Siempre” de 0 puntos.

3.7. Procedimiento para la recolección de datos

Se gestionó el permiso para la aplicación de los instrumentos, a través de la Escuela de Enfermería de la Universidad Nacional del Santa, ante la Red de salud Pacífico Sur, y luego ante la dirección del Centro de Salud Yugoslavia.

Después se coordinó la disponibilidad de los días y horarios (lunes, miércoles y sábado, por la mañana a las 7am y por la tarde a las 12:30pm) para la ejecución de los instrumentos, ante las licenciadas a cargo de la estrategia de Enfermedades no transmisibles.

Se informó personalmente a los participantes, el objetivo de la investigación y las características de la ejecución de los instrumentos (anonimato y confidencialidad).

Los instrumentos fueron aplicados en aproximadamente en 10 minutos. Al término se les agradeció por su tiempo y participación.

3.8. Validez y confiabilidad de los instrumentos

Prueba piloto

Se realizó una prueba piloto dirigida a 15 pacientes hipertensos de una institución de salud de Nuevo Chimbote, con el propósito de evaluar que los instrumentos usados sean claros, entendibles y precisos para la población objetivo.

Validez

Ambos instrumentos fueron validados mediante juicio de expertos, integrados por: un médico cardiólogo, un médico de familia, una licenciada en enfermería que labora en una estrategia de Enfermedades no transmisibles, una licenciada en enfermería integrante de ESAM (Red de Enfermería en Salud del Adulto Mayor), y una licenciada química farmacéutica. Se tuvo en cuenta las observaciones y sugerencias de los cinco profesionales para la adaptación de ambos instrumentos.

Se analizó también, a través del coeficiente de Pearson, obteniendo como resultados:

- Cuestionario de Adherencia al Tratamiento en Hipertensión: Pearson = 0,4518; lo que indica correlación moderada positiva.
- Minicuestionario de Calidad de Vida en la Hipertensión Arterial: Pearson = 0,4335; lo que indica correlación moderada positiva.

Confiabilidad

Se analizó la validez a través del coeficiente Alfa de Cronbach, obteniendo como resultados:

- Cuestionario de Adherencia al Tratamiento en Hipertensión: Alfa de Cronbach = 0,776; que indica una consistencia interna buena o aceptable.
- Minicuestionario de Calidad de Vida en la Hipertensión Arterial: Alfa de Cronbach = 0,806; que indica una consistencia interna buena o aceptable.

3.9.Técnicas de análisis de resultados

Al finalizar la ejecución de los instrumentos, se verificó el llenado de estos de forma correcta y se vaciaron los resultados en el software Microsoft Office Excel 2016, de forma ordenada y codificando según los puntajes previamente establecidos.

Luego, los datos codificados se vaciaron en el programa SPSS-27, y se realizó el análisis descriptivo a través de figuras, así como tablas estadísticas con los resultados en forma numérica y porcentual.

Para el análisis estadístico se usó la prueba de Chi Cuadrado, obteniendo como resultado una asociación estadísticamente significativa entre ambas variables.

IV. RESULTADOS Y DISCUSIÓN

4.1. Resultados

Tabla 1.

Adherencia terapéutica en pacientes con Hipertensión Arterial en una institución de salud de Nuevo Chimbote, 2025.

ADHERENCIA	Nº	%
ADHERENCIA TOTAL	68	54,0
ADHERENCIA PARCIAL	57	45,2
NO ADHERENCIA	1	0,8
Total	126	100,0

Fuente: Cuestionario de adherencia al tratamiento en hipertensión (CATH)

Figura 1:

Adherencia terapéutica en pacientes con Hipertensión Arterial en una institución de salud de Nuevo Chimbote, 2025

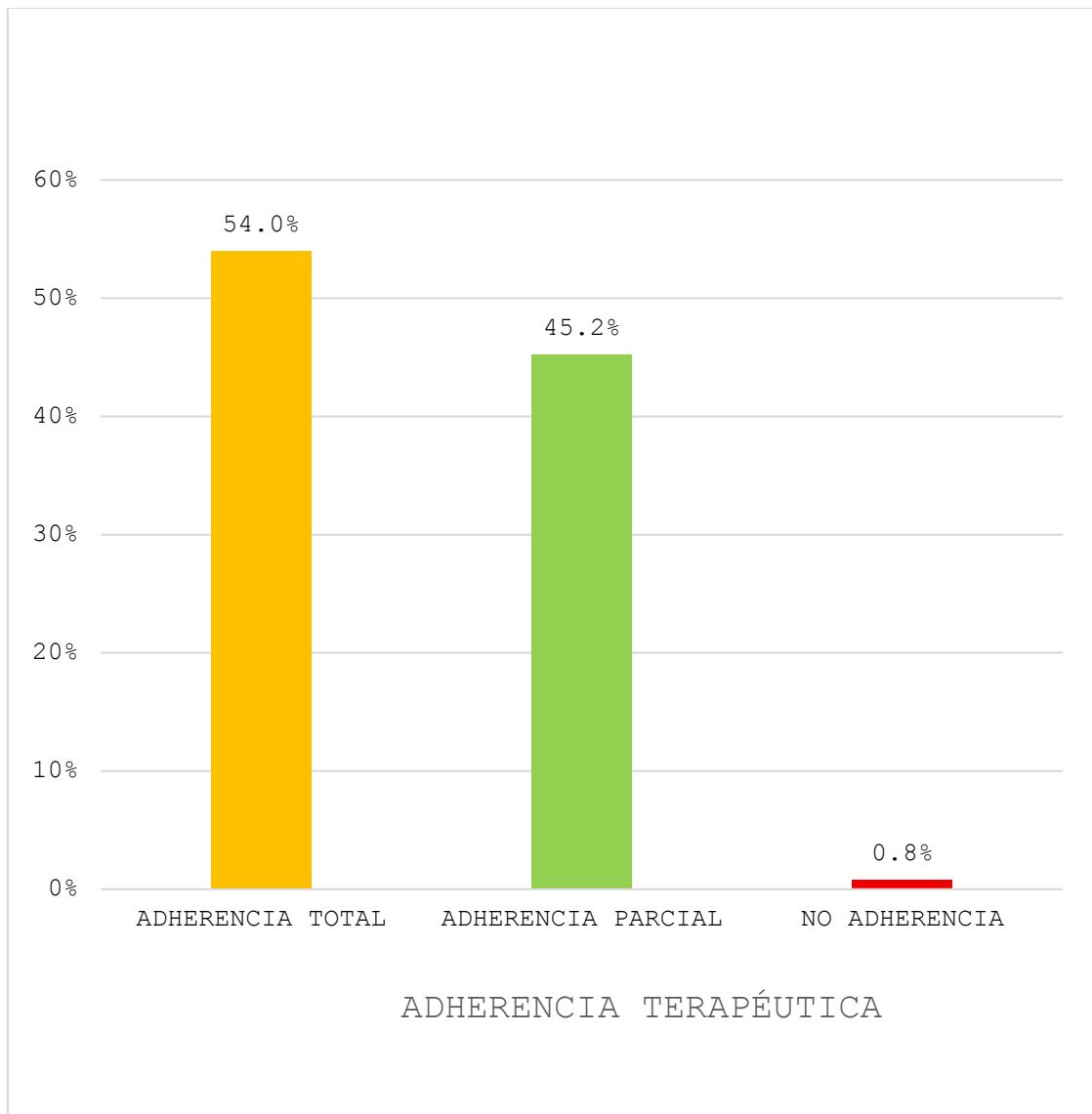


Tabla 2.

Calidad de vida en pacientes con Hipertensión Arterial en una institución de salud de Nuevo Chimbote, 2025.

CALIDAD DE VIDA	Nº	%
ALTA	113	89,7
MEDIA	12	9,5
BAJA	1	0,8
Total	126	100,0

Fuente: Test MINICHAL adaptado

Figura 2.

Calidad de vida en pacientes con Hipertensión Arterial en una institución de salud de Nuevo Chimbote, 2025.

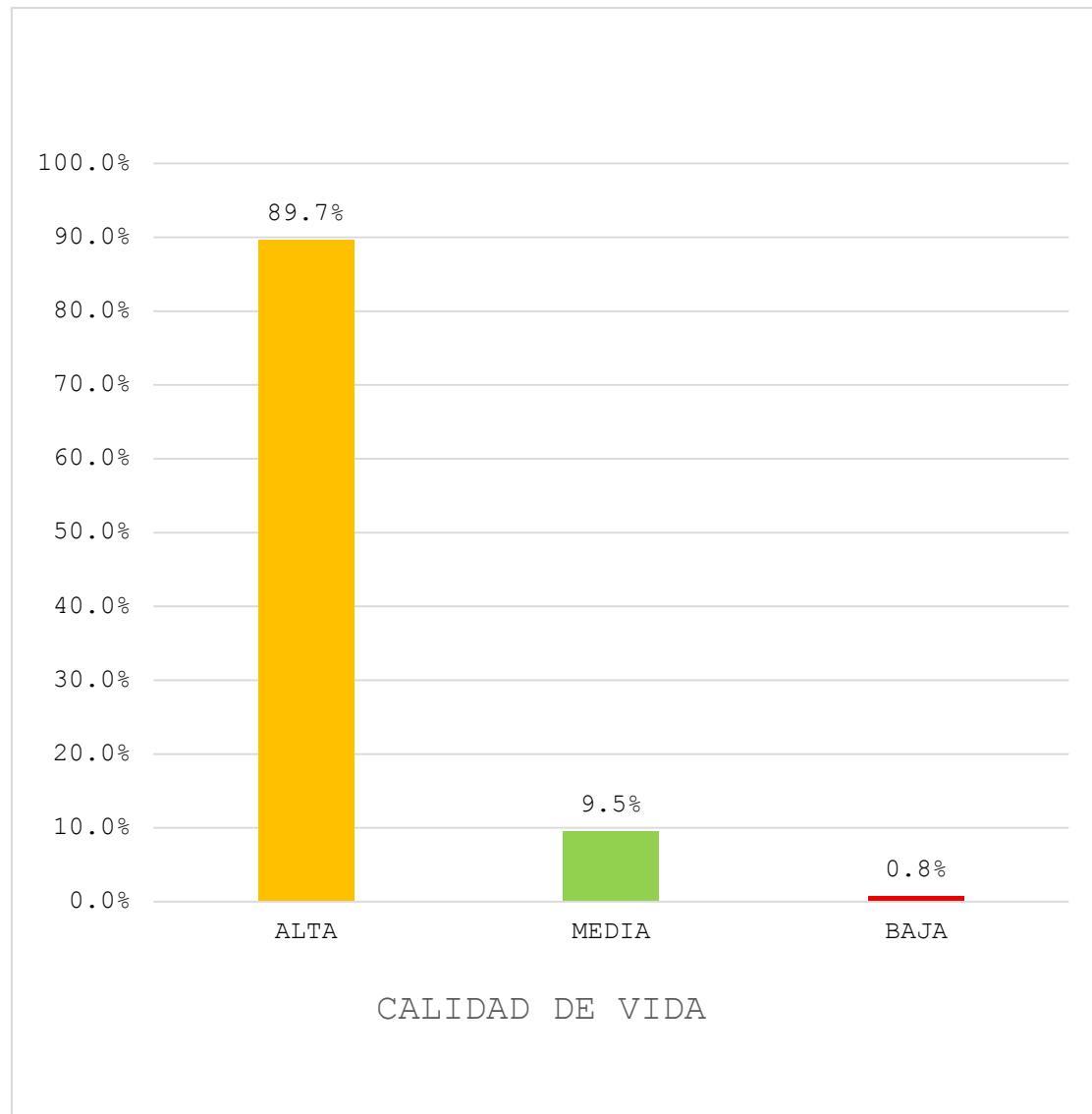


Tabla 3.

Relación entre la adherencia terapéutica y la calidad de vida en pacientes con Hipertensión Arterial en una institución de salud de Nuevo Chimbote, 2025.

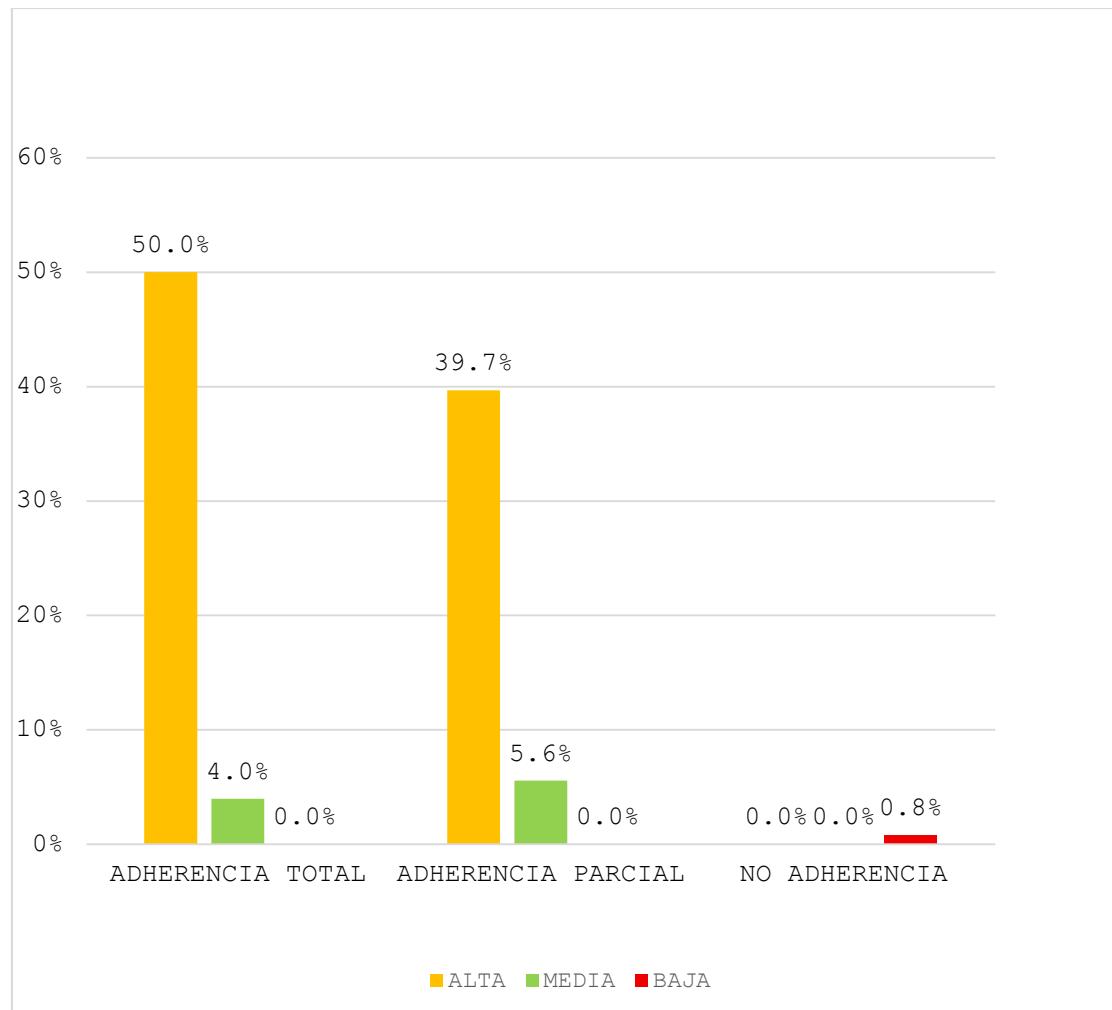
ADHERENCIA TERAPÉUTICA	CALIDAD DE VIDA						TOTAL	
	ALTA		MEDIA		BAJA		Nº	%
	Nº	%	Nº	%	Nº	%		
ADHERENCIA TOTAL	63	50,0	5	4,0	0	0,0	68	54,0
ADHERENCIA PARCIAL	50	39,7	7	5,6	0	0,0	57	45,2
NO ADHERENCIA	0	0,0	0	0,0	1	0,8	1	0,8
TOTAL	113	89,7	12	9,5	1	0,8	126	100,0

χ^2 126,875 gl=4 p=0,000 <0,05 significativo

Fuente: Cuestionario de adherencia al tratamiento en hipertensión (CATH) y Test MINICHAL adaptado

Figura 3

Relación entre la adherencia terapéutica y la calidad de vida en pacientes con Hipertensión Arterial en una institución de salud de Nuevo Chimbote, 2025.



4.2.Discusión

En la tabla 1. Los resultados muestran que la mayoría de los pacientes con hipertensión arterial en la institución de salud de Nuevo Chimbote presentan algún tipo de adherencia, la adherencia total es la más común, abarcando un 54% de los casos, a su vez, se observa que la adherencia parcial está presente en el 45,2% de los pacientes, mientras la no adherencia es la menos frecuente, con tan solo un 0,8%.

Al analizar nuestros hallazgos en conjunto, se observa que el 46% (suma de adherencia parcial y no adherencia) de los pacientes no cumple de manera óptima con su tratamiento. Esto presenta una notable similitud con el estudio de Chantzaras e Yfantopoulos, 2023, dicho estudio reportó que la adherencia a la medicación en pacientes con hipertensión era "subóptima", estimando que el 49% de los pacientes hipertensos no habían sido completamente adherentes al tratamiento durante el mes anterior.

Esta coincidencia de cifra del 46% de adherencia no completa (parcial y nula) encontrada en Nuevo Chimbote es casi idéntica al 49% de no adherencia completa reportada en el estudio griego. Esta similitud sugiere que, a pesar de las diferencias geográficas y de sistemas de salud, la dificultad para mantener una adherencia total al tratamiento antihipertensivo es un desafío persistente y de magnitud comparable.

El estudio de Anchivilca (2023), aunque utilizó una clasificación binaria de Adherente y No Adherente basada en el test de Morisky-Green, reportó que el 54.2% son adherentes y 45.8% no son adherentes, con estos valores existe una fuerte similitud con nuestro estudio presentando cifras similares, si bien el test de Morisky-Green se encarga de ver la adherencia a la medicación, este viene a ser parte de la adherencia terapéutica que engloba nuestro estudio.

La similitud entre resultados de adherencia nos sugiere la existencia de factores comunes, estructurales y sistémicos que limitan el cumplimiento terapéutico de la población con

hipertensión arterial, en distintas poblaciones indica que las barreras socioeconómicas, la complejidad de la polifarmacia y la limitada continuidad en el seguimiento farmacoterapéutico son obstáculos generalizados que impiden a casi la mitad de los pacientes alcanzar la adherencia completa.

Dentro de los hallazgos que difieren se encuentra el de Purizaga y Susaya (2023), siendo considerablemente más optimistas, encontrando que un 72,78% de su población alcanzó un nivel "Alto" de adherencia farmacológica, mientras que solo un 27,22% se ubicó en el nivel "Medio".

Mientras que en el estudio de Lima la adherencia alta era la norma clara (casi 3 de cada 4 pacientes), nuestros hallazgos en Nuevo Chimbote muestran una división casi equitativa entre el cumplimiento total y el cumplimiento parcial. Esto sugiere que las barreras para la adherencia al tratamiento podrían ser más pronunciadas en nuestra población de estudio en comparación con la muestra de Lima.

Milla Nieto (2022), quien investigó el grado de adherencia en pacientes hipertensos en la Farmacia "FARUFARMA" de Chimbote. En dicho estudio, se utilizó una categorización binaria óptimo y no óptimo, encontrando que la mayoría de los pacientes, un 55.2%, presentaba un grado de cumplimiento no óptimo y solo el 44.8% de su muestra alcanzó un cumplimiento óptimo.

La diferencia radica en la categoría predominante, mientras que en el estudio de Milla Nieto (2022) la mayoría de los pacientes no cumplía adecuadamente con el tratamiento, en nuestro estudio la tendencia se invierte, ya que la adherencia total (54%) es el grupo mayoritario.

Barrientos y De la Cruz (2022), quienes evaluaron la adherencia en pacientes hipertensos durante campañas médicas en el distrito de Moro, Ancash. En dicho estudio, la categoría predominante fue la adherencia parcial, que representó a la gran mayoría de su población con un 90.5%, la diferencia está en la adherencia optima, mientras que en nuestro estudio

(Nuevo Chimbote) la adherencia total fue del 54%, en el estudio de Moro la adherencia total fue de apenas un 6%.

Orbegoso Lima (2023) en su tesis realizada con adultos hipertensos en el Puesto de Salud Santa Ana Costa, Chimbote, empleó el test de Morisky, Green y Levine para definir la adherencia, se encontró una realidad opuesta, la gran mayoría de los pacientes, un 82.8%, fue clasificada como "No adherente" al tratamiento. Solo un 17.2% de esa población sí presentó adherencia.

Mientras que en nuestra población de Nuevo Chimbote la no adherencia es mínima (0.8%), en el estudio antecedente de Santa Ana Costa la no adherencia (82.8%) representa el problema principal. Inversamente, nuestro nivel de adherencia total (54%) supera el porcentaje total de adherencia (17.2%) encontrado en la población del estudio de Orbegoso Lima (2023).

La diferencia de resultados se puede explicar por metodología de medición, ya que algunos estudios utilizan cuestionarios enfocados únicamente a lo farmacológico como el test de Morisky-Green, que arrojará adherencias más altas si lo comparamos a nuestro estudio, el cual mide aparte de la adherencia farmacológica, dieto terapia, consumo de sustancias nocivas, actividad física y sueño.

En la tabla 2. Los resultados muestran que la mayoría de los pacientes con hipertensión arterial en la institución de salud de Nuevo Chimbote presentan una calidad de vida alta, siendo un 89.7% de los casos, así mismo, aquellos que tienen una calidad de vida media conforman el 9.5% de los casos, mientras que es menos frecuente que los pacientes mantengan una calidad de vida baja, siendo estos tan solo el 0.8%.

Estos hallazgos difieren con los resultados del estudio de Purizaga & Susaya (2023), en el cual la distribución de la calidad de vida fue mucho más equilibrada, mostrando que el 49.44% de los pacientes tenía un nivel "Alto", seguido muy de cerca por un 46.11% con

nivel "Medio". Así mismo, Anchivilca (2023), resporta que solo el 59.0% de los pacientes hipertensos manifestaron una calidad de vida en nivel bueno. La diferencia sugiere una mejor percepción o un impacto menos severo de la enfermedad en la población de Nuevo Chimbote. Esta diferencia podría deberse a factores contextuales específicos, ya que, mientras que la investigación de Anchivilca y Purizaga & Susaya, se realizaron en una botica y una farmacia respectivamente; el presente estudio se llevó a cabo en una institución de salud pública de Nuevo Chimbote, lo que podría implicar un mejor acceso a programas de soporte de manera continua y seguimiento clínico más integral.

La diversidad de resultados en cuanto a calidad de vida en estudios anteriores demuestra que existe variabilidad según las condiciones clínicas, etapas de enfermedad, contexto sociocultura y complejidad de los casos, por lo cual, se hace indispensable el uso de un enfoque biopsicosocial para atender a los pacientes (Kalliopi, 2013).

Por otra parte, con la obtención de estos resultados, y teniendo en cuenta la perspectiva del Modelo de Adaptación de Callista Roy, se puede inferir que el alto porcentaje de pacientes con calidad de vida alta (89.7%) en Nuevo Chimbote no es un hallazgo casual, sino la manifestación de una adaptación sostenida de los pacientes frente al estímulo que representa la Hipertensión Arterial (HTA), siendo esta una enfermedad crónica que debe requiere de tratamiento permanente. La calidad de vida es, por lo tanto, la meta final de la enfermería, ya que una adaptación lograda contribuye directamente a promover, mantener y mejorar la salud y la dignidad de la persona (Díaz de Flores y otros, 2002).

Mantener una alta calidad de vida es fundamental para que el paciente viva con dignidad, salud y bienestar. Las personas que padecen de enfermedades crónicas como la hipertensión se enfrentan a diversas circunstancias propias de la enfermedad y su entorno, por lo que la conocer su calidad de vida va a permitir tomar decisiones e implementar acciones efectivas que ayuden a fomentar un nivel óptimo (Parra y otros, 2021).

En la tabla 3. Los resultados muestran de los pacientes con hipertensión arterial en la institución de salud de Nuevo Chimbote, el 50% presentan adherencia total al tratamiento y una calidad de vida alta, también el 39.7% presenta adherencia parcial y una calidad de vida alta, y tan solo el 0.8% no es adherente y mantienen una calidad de vida baja, confirmando la presencia de una relación significativa. Así mismo, al aplicar la prueba estadística Chi Cuadrado, se verificó que existe una asociación significativa entre ambas variables ($p = 0.000$).

Los resultados coinciden con algunos estudios internacionales, como el de Niknam et al. (2024) que analizó la asociación entre conductas de autocuidado (un componente clave de la adherencia) y la calidad de vida en pacientes hipertensos, reportó una correlación positiva y estadísticamente significativa ($r = 0.466$, $p < 0.001$).

De forma similar, el estudio de Peng et al. (2025) concluyó que los pacientes con buena adherencia tenían 5.4 veces más probabilidades de reportar una buena calidad de vida ($p < 0.001$). Asimismo, la investigación de Chantzaras & Yfantopoulos (2023) reafirmó esta asociación positiva significativa ($p < 0.001$) en pacientes ambulatorios. La confirmación de la hipótesis ($p = 0.000$) en el presente estudio, por tanto, se alinea con la tendencia global validada.

En cuanto a las investigaciones nacionales tenemos que se obtuvieron resultados similares a los de Purizaga y Susaya (2023) que confirmaron una relación directa y significativa ($r=0.307$). Así mismo, Hilario y Llanos (2023) demostraron mediante correlación significativa ($r=0.935$) que, a mejor adherencia, mejor calidad de vida.

Un dato para resaltar en nuestros resultados es que, la calidad de vida alta no se limita a los pacientes con adherencia total (50%), sino que también es la realidad predominante para aquellos con adherencia parcial (39.7%). Esto sugiere que la relación no es simplemente lineal. Ante ello, se observa que en el estudio de Hilario y Llanos (2023) se encontró que la

calidad de vida no solo se correlaciona con el "cumplimiento terapéutico" ($r=0.795$), sino que lo hace de forma aún más fuerte con la "comunicación terapéutica" ($r=0.834$) y la "asistencia a controles médicos" ($r=0.829$). Por lo que se desliza que el enfoque y forma de atención de las instituciones de salud pueden funcionar como un factor protector si es que existe una comunicación efectiva entre personal de salud y pacientes, y si la asistencia a los controles es constante.

De manera contraria, un factor de riesgo en la adherencia terapéutica es el incumplimiento por problemas con la atención de salud, que se ve reflejado cuando hay incomprendimiento de las recomendaciones dadas, barreras de acceso a la medicación, complejidad innecesaria del régimen terapéutico, fallas en la comunicación y desconfianza en el personal sanitario (Ortega Cerdá y otros, 2018).

Finalmente, el hecho de que la calidad de vida baja (0.8%) sea casi inexistente y se restrinja solo al grupo no adherente, refuerza la conclusión principal: la adherencia terapéutica, en cualquiera de sus niveles (total o parcial), en conjunto con un seguimiento institucional, es un determinante fundamental para casi erradicar la percepción de una baja calidad de vida en pacientes con hipertensión arterial en esta población (Peng et al., 2025).

Desde el Modelo de Adaptación de Callista Roy, la alta calidad de vida no es un factor aislado, sino la meta principal de la enfermería y la consecuencia directa de una respuesta adaptativa exitosa, por lo que, la relación estadísticamente significativa con una adherencia terapéutica total demuestra que la persona ha activado sus mecanismos de enfrentamiento, especialmente el subsistema cognitivo, pues basado en las recomendaciones médicas, su plan terapéutico y experiencias propias, ha cumplido de forma adecuada con su tratamiento. Es decir, el subsistema cognitivo de la persona hipertensa ha procesado exitosamente los estímulos, comprendiendo la necesidad del tratamiento y ejecutando las acciones

correspondientes para apoyar a su subsistema regulador, y así llegar a una respuesta adaptativa ideal (Raile Alligood & Marriner Tomey, 2011) (Díaz de Flores y otros, 2002).

Se observa también a aquellos que representaron una respuesta ineficaz a los estímulos, es decir, al porcentaje que presenta adherencia parcial y especialmente no adherente, en los que el subsistema cognitivo no pudo efectuar acciones pertinentes de cuidado y resultando en una falta de adaptación (Díaz de Flores y otros, 2002).

Garantizar la adherencia terapéutica es fundamental para evitar el fracaso terapéutico o la hipertensión no controlada, y por ende, complicaciones que reflejen una baja calidad de vida o incluso la aparición de enfermedades concomitantes (Barrientos Beltrán & De la Cruz Barrientos, 2022).

En definitiva, la adherencia, vista como una conducta adaptativa activa, es un determinante fundamental para que el paciente su integración y el bienestar, tal cual como lo han confirmado los hallazgos de interrelación directa y altamente significativa entre la adherencia terapéutica y la calidad de vida.

V. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES

5.1. Conclusiones

1. El 54% de pacientes con hipertensión arterial de una institución de salud de Nuevo Chimbote presentaron una adherencia terapéutica total, un 45,2% una adherencia parcial y un 0,8% presentó no adherencia.
2. El 89.7% de los pacientes con hipertensión arterial en una institución de salud de Nuevo Chimbote presentaron una calidad de vida alta, el 9.5% una calidad de vida media, y el 0.8% presentó una baja calidad de vida.
3. Se demostró la existencia de la relación estadísticamente significativa entre la adherencia terapéutica y la calidad de vida en pacientes con hipertensión arterial de una institución de salud de Nuevo Chimbote ($p=0.000$).

5.2.Recomendaciones

- Los profesionales de enfermería deben implementar el seguimiento terapéutico en pacientes hipertensos con adherencia parcial, dado que esta afecta casi a la mitad de los pacientes y que existe una relación significativa con la calidad de vida. Este programa debe enfocarse principalmente en los grupos no adherentes, para mejorar su cumplimiento del tratamiento, con la finalidad de prevenir complicaciones y mantener una buena calidad de vida.
- El programa debe desarrollar estrategias educativas personalizadas que expliquen la relación demostrada entre la adherencia y la calidad de vida. La educación debe ir más allá de la dosis, enfocándose en cómo el cumplimiento óptimo del tratamiento es una conducta adaptativa activa que garantiza el bienestar.
- Proponer la implementación de un test de tamizaje rutinario en el programa (CATH) como parte obligatoria de la consulta de control de pacientes hipertensos, permitiendo clasificar y derivar a los pacientes parcial o no adherentes a un protocolo de intervención específico.
- Incentivar el desarrollo de estudios longitudinales que permitan analizar la evolución de la adherencia terapéutica y la calidad de vida en pacientes hipertensos a lo largo del tiempo, con el fin de establecer relaciones de causalidad y evaluar cómo las variaciones en el cumplimiento del tratamiento influyen progresivamente en el bienestar físico, psicológico y social del paciente.
- Incorporar variables psicosociales y contextuales, tales como apoyo familiar, nivel de alfabetización, percepción de la enfermedad, creencias culturales y estado emocional, que permitan profundizar en los factores determinantes de la adherencia terapéutica y su impacto sobre la calidad de vida, ampliando el abordaje más allá de lo clínico.

VI. REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Abad, M., Abellán, J., Armario, P., Banegas, J., Camfort, M., Catalina, C., . . . Vinyoles, E. (2022). Guía práctica sobre el diagnóstico y tratamiento de la hipertensión arterial en España, 2022. Sociedad Española de Hipertensión - Liga Española para la Lucha contra la Hipertensión Arterial (SEH-LELHA). *Hipertensión y Riesgo Vascular*, 39(4), 174-194. <https://www.elsevier.es/es-revista-hipertension-riesgo-vascular-67-articulo-guia-practica-sobre-el-diagnostico-S1889183722000666>
- Álvarez Watson, J. L. (2012). Valoración de enfermería al paciente en la unidad de cuidados intensivos cardiovascular, según el Modelo de Adaptación de Callista Roy. *Revista Científica de Enfermería*, 12(7), 38-53. <https://doi.org/https://up-rid.up.ac.pa/478/1/VALORACION%20DE%20ENFERMERIA.pdf>
- Anchivilca Pumayaulli, J. S. (2023). *Seguimiento farmacoterapéutico y calidad de vida relacionada a la salud en pacientes con hipertensión arterial de la botica Ortiz, febrero-julio 2021*. Tesis para optar el grado académico de magíster en atención farmacéutica, Universidad Mayor de San Marcos, Lima.
<https://hdl.handle.net/20.500.12672/20816>
- Asma, S., Angell, S., DiPette, D., Escobar, M., Hassell, T., Hennis, A., . . . Wyss, F. (2017). Mejor control de la presión arterial para reducir la morbilidad y mortalidad por enfermedades cardiovasculares: Proyecto de Prevención y Tratamiento Estandarizado de la Hipertensión Arterial. *Revista Panamericana de Salud Pública*, 41(8). <https://doi.org/https://www.scielosp.org/article/rpsp/2017.v41/1#>
- Barrientos Beltrán, L. A., & De la Cruz Barrientos, B. Y. (2022). *Factores asociados a la adherencia al tratamiento farmacológico en pacientes con hipertensión arterial que asisten a las campañas médicas en el distrito de Moro-Ancash, abril-mayo 2021*.

Tesis para optar el título profesional de químico farmacéutico, Universidad María Auxiliadora, Moro. <https://hdl.handle.net/20.500.12970/924>

Botero de Mejía, B. E., & Pico Merchán, M. E. (2007). Calidad de Vida Relacionada con la Salud (CVRS) en adultos mayores de 60 años: una aproximación teórica. *Hacia la Promoción de la Salud*, 12(1), 11-24.

https://doi.org/http://www.scielo.org.co/scielo.php?pid=S0121-75772007000100002&script=sci_arttext

Chantzaras, A., & Yfantopoulos, J. (2023). Association between medication adherence and health-related quality of life of patients with hypertension and dyslipidemia. *Hormones*, 22(1), 665-676. <https://doi.org/https://doi.org/10.1007/s42000-023-00471-5>

Cordeanu, E., Woehl, B., Mirea, C., Faller, A., Di Cesare, J., Heitz, M., . . . Esteban, D. (2019). Monitoreo terapéutico de medicamentos para evaluar la adherencia del terapéutico antihipertensivo. *Journal of Hypertension*, 37(1).

<https://doi.org/https://doi.org/10.1097/01.hjh.0000571592.85670.9d>

Díaz de Flores, L., Durán Villalobos, M., Gallego de Pardo, P., Gómez de Obando, E., González de Acuña, Y., Gutierrez de Giraldo, M., . . . Londoño Maya, J. (2002). Análisis de los conceptos del modelo de adaptación de Callista Roy. *Aquichan*, 2(1), 19-23.

https://doi.org/http://www.scielo.org.co/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1657-59972002000100004

Garcés Ortega, J., Quillupangui Ramón, S., Delgado Astudillo, E., Sarmiento Ávila, S., Samaniego Vásquez, X., García Solórzano, G., . . . & Pañi Panamá, J. (2020). Adherencia al tratamiento de la hipertensión arterial en adultos mayores. *Revista*

Latinoamericana de Hipertensión, 15(5).

<https://doi.org/http://doi.org/10.5281/zenodo.4484355>

Garcés Ortega, J., Quillupangui Ramón, S., Delgado Astudillo, E., Sarmiento Ávila,

S., Samaniego Vásquez, X., García Solórzano, G., . . . & Pañi Panamá, J.

(2020). Adherencia al tratamiento de la hipertensión arterial en adultos mayores.

Revista Latinoamericana de Hipertensión., 15(5), 322-328.

<https://doi.org/https://doi.org/10.5281/zenodo.4484355>

García-Viniegras, C., & Rodríguez López, G. (2007). Calidad de vida en enfermos crónicos.

Revista Habanera de Ciencias Médicas, 6(4). https://doi.org/http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1729-

http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1729-519X2007000400002&lng=es&tlang=es.

González Romero, E. (2016). *Relación entre el nivel de adaptación y estilo de vida (ansiedad*

y depresión) del paciente adulto joven con hipertensión arterial. Universidad de

Guanajuato.

http://repositorio.ugto.mx/bitstream/20.500.12059/3650/1/NUA%20903687_ESTHER%20BERENICE%20GONZ%c3%81LEZ%20ROMERO_24.pdf

Herrero Jaén, S. (2019). La Farmacología del Cuidado: Una aproximación deductiva

cuidadológica desde el paradigma de la salud y el modelo de Avedis Donabedian. *Ene,*

13(4), 1348.

https://doi.org/http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1988-348X2019000400007&lng=es&tlang=es.

Hilario Fuertes, R. A., & Llanos Canchuaja, G. J. (2023). *Adherencia Terapéutica y Calidad*

de Vida en Personas con Hipertensión Arterial que Acuden al Centro de Salud Puerto

Bermúdez, 2021. Tesis para optar el título de licenciado en enfermería, Universidad Peruana Los Andes, Lima. <https://hdl.handle.net/20.500.12848/7730>

Hirschberg, S., Donatti, S., Rijana, I., & Selan, V. (2014). La relación entre adherencia terapéutica y calidad de vida en la hipertensión arterial. *PSIENCIA. Revista Latinoamericana de Ciencia Psicológica*, 6(2), 64-70.
<https://www.redalyc.org/pdf/3331/333133045002.pdf>

INEI. (2025). *Perú: Enfermedades No Transmisibles y Transmisibles 2024*. Instituto Nacional de Estadística e Informática.

Jones, D. W., Ferdinand, K. C., Taler, S. J., Johnson, H. M., Shimbo, D., Abdalla, M., . . . Lloyd-Jones. (7 de Octubre de 2025). 2025 Guideline for the Prevention, Detection, Evaluation and Management of High Blood Pressure in Adults: A Report of the American College of Cardiology/American Heart Association Joint Committee on Clinical Practice Guidelines. *Circulation*, 152.
<https://doi.org/https://www.ahajournals.org/doi/pdf/10.1161/CIR.0000000000001356>

Kalliopi, M. (2013). Quality of Life in Chronic Disease Patients. *Health Psychology Research*, 1(27), 141-148.
https://doi.org/https://www.researchgate.net/publication/268278697_Quality_of_Life_in_Chronic_Disease_Patients

López Romero, L. A., Romero Guevara, S. L., Inés Parra, D., & Rojas Sánchez, L. (2016). ADHERENCIA AL TRATAMIENTO: CONCEPTO Y MEDICIÓN. *Hacia la Promoción de la Salud*, 21(1), 117-137.
<https://doi.org/http://dx.doi.org/10.17151/hpsal.2016.21.1.10>

Milla Nieto, F. F. (2022). *Grado de adherencia terapéutica de pacientes hipertensos atendidos en la farmacia FARUFARMA"- Chimbote 2022*. Tesis para optar el título

profesional de químico farmacéutico, Universidad San Pedro, Chimbote.

<http://repositorio.usanpedro.edu.pe/handle/20.500.129076/23820>

Nikman, M., Zolfagharypoor, A., Cheraghi, L., Izadi, N., Azizi, F., & Amiri, P. (4 de Noviembre de 2024). Blood pressure status, quality of life, and emotional states in adults with different disease awareness and treatment adherence. *Scientific Reports*, 14(1). <https://doi.org/10.1038/s41598-024-77857-x>

OMS. (16 de Septiembre de 2023). *Organización Mundial de la Salud*. Retrieved 26 de Octubre de 2024, from <https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/noncommunicable-diseases>

OPS. (2019). *Portal de Datos sobre Enfermedades No Transmisibles, Salud Mental, y Causas Externas*. Retrieved 26 de Octubre de 2024, from Hipertension.:

<https://www.paho.org/es/enlace/hipertension>

OPS. (19 de Septiembre de 2023). *Organización Panamericana de la Salud*. <https://www.paho.org/es/noticias/19-9-2023-oms-detalla-primer-informe-sobre-hipertension-arterial-devastadores-efectos-esta>

Orbegoso Lima, L. N. (2023). *Factores asociados a la adherencia del tratamiento con hipertensión arterial en los adultos del puesto de salud Santa Ana Costa, Chimbote, 2023*. ULADECH CATÓLICA, Chimbote. <https://hdl.handle.net/20.500.13032/35430>

Organización Mundial de la Salud [OMS]. (Enero de 1998). *Promoción de la Salud: Glosario*. Organización Mundial de la Salud:

https://iris.who.int/bitstream/handle/10665/67246/WHO_HPR_HEP_98.1_spa.pdf

Ortega Cerda, J., Sánchez Herrera, D., Rodríguez Miranda, O., & Ortega Legaspi, J. (2018). Adherencia terapéutica: un problema de atención médica. *Acta médica Grupo*

Ángeles, 16(3), 226-232.

https://doi.org/http://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1870-72032018000300226&lng=es&tlang=es.

Parra, D., López Romero, L., & Vera Cala, L. (2021). Calidad de vida relacionada con la salud en personas con hipertensión y diabetes mellitus. *Enfermería Global*, 20(62), 316-344. <https://doi.org/https://dx.doi.org/10.6018/eglobal.423431>

Peng, X., Wan, L., Yu, B., & Zhang, J. (2025). The link between adherence to antihypertensive medications and mortality rates in patients with hypertension: a systematic review and meta-analysis of cohort studies. *BMC Cardiovasc Disord*, 25(25), 145. <https://doi.org/https://doi.org/10.1186/s12872-025-04538-6>

Purizaga Gómez, V. R., & Susaya Alvarado, A. S. (2023). *Adherencia farmacológica y su relación con la calidad de vida en pacientes con hipertensión arterial atendidos en la farmacia Novafarma del distrito de San Juan de Miraflores, Lima, 2023*. Tesis para optar el título profesional de químico farmacéutico, Universidad Nobert Wiener, Lima. <https://hdl.handle.net/20.500.13053/10428>

Raile Alligood, M., & Marriner Tomey, A. (2011). Modelo de Adaptación. En M. Raile Alligood, & A. Marriner Tomey, *Modelos y teorías en enfermería* (págs. 335-365). Elsevier.

Ramírez Coronel, A., Malo Larrea, A., Martínez Suarez, P., Montánchez Torres, M., Torracchi Carrasco, E., & González León, F. (2020). Origen, evolución e investigaciones sobre la Calidad de Vida: Revisión Sistemática. *Archivos Venecolanos de Farmacología y Terapéutica*, 39(8), 954-962. <https://doi.org/https://doi.org/10.5281/zenodo.4543649>

Ramos Morales, L. E. (2015). La adherencia al tratamiento en las enfermedades crónicas. *Revista Cubana de Angiología y Cirugía Vascular*, 16(2), 175-189.

https://doi.org/http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1682-00372015000200006&lng=es&tlng=es.

WHO. (2023.). *Global report on hypertension: The race against a silent killer*. Enfermedades no transmisibles. Ginebra.: World Health Organization.

VII. ANEXOS

ANEXO 1

CONSENTIMIENTO INFORMADO



UNIVERSIDAD NACIONAL DEL SANTA
FACULTAD DE CIENCIAS
ESCUELA PROFESIONAL DE ENFERMERÍA

Fecha: ____/10/2025

Yo, _____, identificado(a) con Documento Nacional de Identidad (DNI) N.º _____, declaro haber sido debidamente informado(a) acerca de la naturaleza, objetivos y procedimientos del estudio titulado: **“Adherencia terapéutica y calidad de vida en pacientes con hipertensión arterial en una institución de salud, Nuevo Chimbote 2025”**, a cargo de los investigadores Franz Adonis Alcántara Díaz (DNI. 71401678) y Anapaula Chávez Villegas (DNI. 77073601).

Se me ha explicado que este estudio tiene por finalidad evaluar el grado de adherencia terapéutica y su relación con la calidad de vida en personas con diagnóstico de hipertensión arterial. He comprendido que mi participación consiste en responder dos cuestionarios anónimos y confidenciales, los cuales no implican ningún riesgo físico, psicológico ni social.

Asimismo, se me ha informado que mi participación es completamente voluntaria, y que tengo el derecho a retirarme en cualquier momento del estudio sin que esto afecte mi atención médica ni mis derechos como paciente. También se me ha indicado que puedo formular preguntas, solicitar aclaraciones antes, durante o después del estudio, así como solicitar una copia de este consentimiento y de los resultados una vez finalizada la investigación.

Autorizo el uso de la información proporcionada exclusivamente con fines académicos y científicos. Dicha información será tratada conforme a los principios de confidencialidad, anonimato y respeto por la dignidad del participante.

Declaro haber comprendido la información proporcionada, y firmo el presente documento como constancia de mi consentimiento libre, previo, expreso e informado para participar en esta investigación.

Firma del participante: _____

ANEXO 2



CUESTIONARIO DE ADHERENCIA AL TRATAMIENTO EN HIPERTENSIÓN (CATH)

Autores:

Morisky, Green & Levine (1986); Chunhua Ma, Shaonian Chen, Limándote, Zhimin Luo & Caixia Xing (2010) modificado por Alcantara; Chávez y Morán (2024).

Instrucciones:

El presente test es personal y anónimo, tiene como propósito identificar la adherencia terapéutica en personas con hipertensión arterial. Por favor responda marcando (X), según sea su caso.

Datos generales:

Edad: _____

Sexo: Masculino () Femenino ()

PREGUNTAS		OPCIONES		
En los últimos 3 meses, usted:		Nunca	A veces	Siempre
1. ¿Toma diariamente los medicamentos que le indica el médico?				
2. ¿Toma la cantidad de pastillas según indicación médica?				
3. Cuando se siente bien ¿continúa tomando sus medicamentos?				
4. Si el medicamento le produce efectos secundarios como: somnolencia, acidez, dolor de cabeza, mareos u otros ¿consultaría a su médico antes de dejar de tomarlo?				
5. ¿Ha disminuido el consumo de sal en sus comidas, a menos de una cucharadita por día?				
6. ¿Ha disminuido el consumo de alimentos, tales como: frituras, grasas, embutidos, dulces y gaseosas?				
7. ¿Evita tomar bebidas alcohólicas?				

8. ¿Evita fumar cigarrillos?			
9. ¿Realiza actividades físicas por más de 4 días a la semana? Ejemplo: Caminar, correr, montar bicicleta, etc.			
10. ¿La actividad física que realiza dura más de 30 min. al día?			
11. ¿Duerme 8 o más horas diarias por la noche?			

ANEXO 3



TEST MINICHAL ADAPTADO

(Versión corta del cuestionario de Calidad de vida en Hipertensión Arterial)

Autores:

Badia X., Roca-Cusachs À., Dalfó A., Gascón G., Abellán J., Lahoz R., Varela C., & Velasco O. (2022); modificado por Alcantara A.; Chávez A. & Morán R. (2024).

Instrucciones:

El presente test es personal y anónimo, tiene como propósito identificar la calidad de vida de personas con hipertensión arterial. Por favor, responda marcando (X) según su caso.

En los últimos 3 meses, usted...	OPCIONES			
	No, nunca	1 o 2 veces	Más de 3 veces	Siempre
1. Ha tenido dificultades para continuar con su vida social habitual.				
2. Ha experimentado dificultades para mantener conversaciones agradables con las personas cercanas.				
3. Siente que no está satisfecho con su vida.				
4. Se siente incapaz de tomar decisiones y empezar nuevas cosas.				
5. Se ha notado constantemente angustiado, molesto y en tensión				
6. Se siente incapaz de disfrutar sus actividades habituales cada día.				
7. Se ha sentido agotado y sin fuerzas.				
8. Ha tenido dificultades para conciliar el sueño				
9. Ha tenido la sensación de que estaba enfermo.				
10. Ha notado dificultades al respirar o sensación de falta de aire sin causa aparente.				

11. Se le han hinchado los tobillos o las piernas.				
12. Ha notado que orina más a menudo.				
13. Ha notado que se marea				
14. Ha sentido dolor de cabeza				
15. Ha sentido dolor en el pecho sin hacer ningún esfuerzo.				
16. Ha percibido un zumbido o pitido en los oídos.				

ANEXO 4

ESTADÍSTICOS DESCRIPTIVOS

CONFIABILIDAD DE LOS INSTRUMENTOS

1. Cuestionario de Adherencia al Tratamiento en Hipertensión (CATH)

Resumen de procesamiento de casos

		N	%
Casos	Válido	15	100,0
	Excluido ^a	0	,0
	Total	15	100,0

Estadísticas de fiabilidad

Alfa de Cronbach	N de elementos
,776	11

2. Test MINICHAL

Resumen de procesamiento de casos

		N	%
Casos	Válido	15	100,0
	Excluido ^a	0	,0
	Total	15	100,0

Estadísticas de fiabilidad

Alfa de Cronbach	N de elementos
,806	16

VALIDEZ DE LOS INSTRUMENTOS

1. Cuestionario de Adherencia al Tratamiento en Hipertensión (CATH)

	Media de escala si el elemento se ha suprimido	Varianza de escala si el elemento se ha suprimido	Correlación total de elementos corregida	Alfa de Cronbach si el elemento se ha suprimido
V1	13,60	16,400	,471	,757
V2	13,47	16,124	,416	,760
V3	13,53	15,695	,500	,751
V4	13,33	15,667	,557	,746
V5	13,87	16,981	,215	,781
V6	13,87	17,838	,060	,797
V7	13,33	16,095	,460	,756
V8	13,27	16,210	,468	,756
V9	14,13	14,124	,562	,740
V10	14,13	13,552	,588	,736
V11	14,13	14,552	,490	,751

Mediante Pearson

$$(0.471+0.416+0.500+0.557+0.215+0.060+0.460+0.468+0.562+0.588+0.490)/11=0.4518$$

2. Test MINICHAL

	Media de escala si el elemento se ha suprimido	Varianza de escala si el elemento se ha suprimido	Correlación total de elementos corregida	Alta de Cronbach si el elemento se ha suprimido
V1	30,00	49,143	,611	,783
V2	30,20	49,886	,529	,788
V3	30,00	54,000	,268	,804
V4	30,40	51,400	,325	,801
V5	31,00	51,143	,428	,795
V6	29,67	50,381	,690	,784
V7	30,60	49,543	,521	,788
V8	30,47	45,981	,489	,791
V9	29,93	48,638	,578	,784
V10	29,60	53,114	,386	,799
V11	31,13	47,981	,413	,797
V12	30,60	56,400	-,048	,831
V13	30,53	49,838	,349	,801
V14	30,13	48,267	,738	,777
V15	30,00	53,000	,312	,802
V16	30,73	50,495	,347	,801

Mediante Pearson

$$(0.611+0.529+0.268+0.325+0.428+0.690+0.521+0.489+0.578+0.386+0.413-$$

$$0.048+0.349+0.738+0.312+0.347)/16=0.4335$$

ANEXO 5

AUTORIZACIÓN PARA APLICACIÓN DEL INSTRUMENTO

	GOBIERNO REGIONAL DE ANCASH	GERENCIA DE DESARROLLO SOCIAL	DIRECCION REGIONAL DE ANCASH	RED DE SALUD PACIFICO SUR
"AÑO DE LA RECUPERACION Y CONSOLIDACION DE LA ECONOMIA PERUANA"				
MEMORANDO N° 2446 2022-GRA-DIRESA-RSP-S/D				
A : MC. SHIRLEY INVANIA GUANILLO IPARRAGUIRRE JEFE DEL CENTRO DE SALUD YUGOSLAVIA				
ASUNTO : PRESENTACION DE ALUMNO DE ENFERMERIA DE LA UNIVERSIDAD NACIONAL DEL SANTA NUEVO CHIMBOTE PARA REALIZAR TRABAJO DE INVESTIGACION				
FECHA : Nuevo Chimbote, 6 de Octubre 2025				
V.Bº Mediante el presente comunico a Usted brindar las facilidades al alumno de Enfermería de la universidad del Santa de Nuevo Chimbote, quien realizará su Trabajo de Investigación, Titulado: ADHERENCIA TERAPEUTICA Y CALIDAD DE VIDA EN PACIENTES CON HIPERTENSION ARTERIAL 2025 EN EL CENTRO DE SALUD YUGOSLAVIA. Desde el 8 de octubre al 8 de noviembre del presente.				
Que a continuación se detalla.:				
Nº	NOMBRE Y APELLIDOS			
01	ALCANTARA DIAZ FRANZ ADONIS			
Atentamente				
NGMA/LELD/YDM/TWGS/MRC MC. Miguel A. Viamillas Gonzales C.c. Archivo DIRECTOR EJECUTIVO				

11	Submitted to Universidad Nacional del Santa Trabajo del estudiante	<1 %
12	Submitted to Universidad Europea de Madrid Trabajo del estudiante	<1 %
13	Submitted to Universidad Tecnologica de los Andes Trabajo del estudiante	<1 %
14	Submitted to Universidad Catolica San Antonio de Murcia Trabajo del estudiante	<1 %
15	bdigital.unal.edu.co Fuente de Internet	<1 %
16	repositorio.ucv.edu.pe Fuente de Internet	<1 %
17	Submitted to Universidad Cesar Vallejo Trabajo del estudiante	<1 %
18	Submitted to Universidad Nacional Federico Villarreal Trabajo del estudiante	<1 %
19	idoc.pub Fuente de Internet	<1 %
20	dspace.ups.edu.ec Fuente de Internet	<1 %
21	fdocuments.es Fuente de Internet	<1 %
22	Submitted to Submitted on 1686015522267 Trabajo del estudiante	<1 %
23	assets.zyrosite.com Fuente de Internet	

			<1 %
24	es.scribd.com Fuente de Internet		<1 %
25	1library.co Fuente de Internet		<1 %
26	ri-ng.uaq.mx Fuente de Internet		<1 %
27	alicia.concytec.gob.pe Fuente de Internet		<1 %
28	core.ac.uk Fuente de Internet		<1 %
29	intra.uigv.edu.pe Fuente de Internet		<1 %
30	repositorio.unsch.edu.pe Fuente de Internet		<1 %
31	Submitted to Universidad Inca Garcilaso de la Vega Trabajo del estudiante		<1 %
32	Submitted to Unviersidad de Granada Trabajo del estudiante		<1 %
33	dspace.esepoch.edu.ec Fuente de Internet		<1 %
34	renati.sunedu.gob.pe Fuente de Internet		<1 %
35	repositorio.unica.edu.pe Fuente de Internet		<1 %
36	salazarvirtual.sistemaeducativosalazar.mx Fuente de Internet		

		<1 %
37	Submitted to Universidad Nacional de Cajamarca	<1 %
	Trabajo del estudiante	
38	repositorio.unemi.edu.ec	<1 %
	Fuente de Internet	
39	Submitted to ITESM: Instituto Tecnologico y de Estudios Superiores de Monterrey	<1 %
	Trabajo del estudiante	
40	docplayer.es	<1 %
	Fuente de Internet	

Excluir citas

Activo

Excluir coincidencias

< 15 words

Excluir bibliografía

Activo