UNIVERSIDAD NACIONAL DANIEL ALCIDES CARRIÓN

FACULTAD DE MEDICINA HUMANA

ESCUELA DE FORMACIÓN PROFESIONAL DE MEDICINA HUMANA

T E S I S

Relación entre la adherencia al tratamiento y la calidad de vida en los pacientes con hipertensión arterial en el Hospital Daniel Alcides Carrión durante el período 2024-2025

Para optar el título profesional de:

Médico Cirujano

Autor:

Bach. Yeraldine Drilsen ALANIA GOMEZ

Asesor:

Dra. Sonia ROBLES CHAMORRO

Cerro de Pasco – Perú – 2026

UNIVERSIDAD NACIONAL DANIEL ALCIDES CARRIÓN

FACULTAD DE MEDICINA HUMANA

ESCUELA DE FORMACIÓN PROFESIONAL DE MEDICINA HUMANA

T E S I S

Relación entre la adherencia al tratamiento y la calidad de vida en los pacientes con hipertensión arterial en el Hospital Daniel Alcides Carrión durante el período 2024-2025

Sustentada y aprobada ante los miembros del jurado:

Dr. Carlos Armando ORTIZ MATOS **PRESIDENTE**	Dr. Samuel Eusebio ROJAS CHIPANA **MIEMBRO**

Mg. Sandra Lizbeth ROJAS UBALDO
MIEMBRO

Universidad Nacional Daniel Alcides Carrion
Facultad de Medicina Humana
Unidad de Investigacion

INFORME DE ORIGINALIDAD N° 016-2026-UNDAC-UI-FMH

La Unidad de Investigación de la Facultad de Medicina Humana de la Universidad Nacional Daniel Alcides Carrión ha realizado el análisis con el software antiplagio Turnitin Similarity, que a continuación se detalla:

Presentado por
ALANIA GOMEZ Yeraldine Drilsen

Escuela de Formación Profesional
Medicina Humana

Tipo de trabajo
Tesis

Titulado
"Relación entre la adherencia al tratamiento y la calidad de vida en los pacientes con hipertensión arterial en el Hospital Daniel Alcides Carrión durante el período 2024-2025"

Asesor
Dra. ROBLES CHAMORRO Sonia

Indice de similitud
10%

Calificativo
APROBADO

Se adjunta al presente el reporte de evaluación del software antiplagio

Cerro de Pasco,23 de Septiembre del 2026

1990103034-1

Firma Digital UNIVERSIDAD NACIONAL DANIEL ALCIDES CARRIÓN [AVANZADA]
Firmado digitalmente por NAPA SANCHEZ Cesar Martin FAU 20154605046 soft
Motivo: Soy el autor del documento
Fecha: 23.09.2026 09:54:29 -05:00

DEDICATORIA

Dedico esta tesis a mis padres que han sabido formarme con buenos hábitos y valores, por su sacrificio y esfuerzo, por darme una carrera para mi futuro, por creer en mi capacidad y motivarme constantemente para alcanzar mis objetivos, todo esto es gracias a ustedes.

AGRADECIMIENTO

Doy gracias a Dios por haberme permitido lograr este objetivo.

A mi Padre Edilberto Alania por ser un gran ejemplo de perseverancia y constancia, por haberme siempre impulsado a salir adelante y ser mi guía.

A mi Madre Elvira Gomez por poner toda su fe en mí, por darme todo el apoyo emocional en todos estos años y ser mi fortaleza para nunca rendirme.

A mi hermano Joseph Alania por haberme brindado su cariño, guiarme en mi tesis y ser un gran hermano.

A mi hermana Tamy Alania, gracias por siempre estar presente, fuiste un amuleto de suerte desde que naciste.

RESUMEN

Introducción: La hipertensión arterial es un problema de salud pública global asociado a alta morbimortalidad. La adherencia al tratamiento constituye un factor clave en el control de la enfermedad y podría influir en la calidad de vida de los pacientes. Métodos: Estudio cuantitativo, de diseño no experimental, transversal y correlacional. Se incluyeron 87 pacientes seleccionados mediante muestreo no probabilístico por conveniencia. Se evaluó las variables mediante instrumentos validados.

Empleando estadística descriptiva, correlación de Spearman. Resultados: El 27,59% presentó adherencia baja, el 36,78% adherencia media y el 35,63% adherencia alta. Asimismo, el 50,57% evidenció mala calidad de vida, el 26,44% regular y el 22,99% buena. El coeficiente de correlación de Spearman evidenció una correlación positiva muy fuerte entre ambas variables (rho = 0,8629; $p < 0,001$). Conclusiones: Los pacientes con mayor adherencia al tratamiento antihipertensivo presentaron mejores niveles de calidad de vida. Estos hallazgos evidencian la importancia de fortalecer estrategias orientadas al cumplimiento terapéutico como parte del manejo integral de la hipertensión arterial, con la finalidad de mejorar el bienestar y pronóstico de los pacientes.

Palabras clave: Hipertensión arterial, Adherencia al tratamiento, Calidad de vida, Enfermedad crónica, Salud pública.

ABSTRACT

Introduction: Arterial hypertension is a global public health problem associated with high morbidity and mortality. Treatment adherence represents a key factor in disease control and may influence patients' quality of life. Methods: A quantitative study with a non-experimental, cross-sectional, and correlational design was conducted. The study included 87 patients selected through non-probabilistic convenience sampling. Variables were assessed using validated instruments.

Descriptive statistics, Spearman's correlation coefficient were used for data analysis. Results: A total of 27.59% of patients presented low treatment adherence, 36.78% showed moderate adherence, and 35.63% demonstrated high adherence. Regarding quality of life, 50.57% reported poor quality of life, 26.44% regular quality of life, and 22.99% good quality of life.**.** Spearman's correlation coefficient showed a very strong positive correlation between both variables (rho = 0.8629; $p < 0.001$). Conclusions: Patients with higher adherence to antihypertensive treatment presented better levels of quality of life. These findings demonstrate the importance of strengthening strategies aimed at improving therapeutic adherence as part of the comprehensive management of arterial hypertension, with the purpose of enhancing patients' well-being and prognosis.

Keywords: Hypertension, Treatment adherence, Quality of life, Chronic disease, Public healt

INTRODUCCIÓN

La hipertensión arterial constituye uno de los principales problemas de salud pública a nivel mundial, debido a su alta prevalencia y su estrecha relación con enfermedades cardiovasculares, cerebrovasculares y renales. Según organismos internacionales, millones de personas viven con esta condición, muchas de ellas sin un adecuado control, lo que incrementa el riesgo de complicaciones graves y mortalidad prematura. En países de ingresos medios como Perú, esta problemática se ve agravada por limitaciones en el acceso a servicios de salud, diagnóstico tardío y deficiencias en el seguimiento clínico.

El manejo de la hipertensión arterial se basa en intervenciones farmacológicas y no farmacológicas, siendo la adherencia al tratamiento un componente fundamental para lograr un adecuado control de la presión arterial. Sin embargo, diversos estudios han evidenciado que una proporción significativa de pacientes no cumple adecuadamente con las indicaciones terapéuticas, lo que se traduce en un control ineficaz de la enfermedad. Factores como el olvido, la falta de conocimiento, los efectos adversos y las barreras socioeconómicas influyen negativamente en la adherencia.

Por otro lado, la calidad de vida es un indicador integral que refleja el bienestar físico, psicológico y social del individuo. En pacientes con enfermedades crónicas como la hipertensión arterial, la calidad de vida puede verse afectada por la carga de la enfermedad, la presencia de síntomas, las complicaciones y las limitaciones en las actividades diarias. En este contexto, la adherencia al tratamiento no solo impacta en el control clínico, sino también en la percepción de bienestar del paciente.

En este sentido, resulta fundamental analizar la relación entre la adherencia al tratamiento y la calidad de vida en pacientes con hipertensión arterial.

El presente estudio tiene como objetivo determinar dicha relación en una población específica, con el fin de generar evidencia que contribuya al diseño de estrategias orientadas a

mejorar el manejo integral de la enfermedad y, en consecuencia, la calidad de vida de los pacientes.

La autora

ÍNDICE

Página

DEDICATORIA

AGRADECIMIENTO

RESUMEN

ABSTRACT

INTRODUCCIÓN

ÍNDICE

ÍNDICE DE TABLAS

ÍNDICE DE FIGURAS

CAPÍTULO I

PROBLEMA DE INVESTIGACIÓN

1.1. Identificación y determinación del problema....1

1.2. Delimitación de la investigación....2

1.3. Formulación del problema....3

1.3.1. Problema general....3

1.3.2. Problemas específicos....3

1.4. Formulación de objetivos....3

1.4.1. Objetivo general....3

1.4.2. Objetivos específicos....3

1.5. Justificación de la investigación....4

1.6. Limitaciones de la investigación....5

CAPÍTULO II

MARCO TEÓRICO

2.1. Antecedentes de estudio....6

2.2. Bases teóricas – científicas 11
2.3. Definición de términos básicos 20
2.4. Formulación de hipótesis 21
2.4.1. Hipótesis general 21
2.5. Identificación de variables 22
2.6. Definición operacional de variables e indicadores 23

CAPÍTULO III

METODOLOGÍA Y TÉCNICAS DE INVESTIGACIÓN

3.1. Tipo de investigación 24
3.2. Nivel de investigación 24
3.3. Métodos de investigación 24
3.4. Diseño de investigación 25
3.5. Población y muestra 25
3.6. Técnicas e instrumentos de recolección de datos 28
3.7. Técnicas de procesamiento y análisis de datos 33
3.8. Tratamiento estadístico 34
3.9. Orientación ética filosófica y epistémica 34

CAPITULO IV

RESULTADOS Y DISCUSIÓN

4.1. Descripción del trabajo de campo 35
4.2. Presentación, análisis e interpretación de resultados 37
4.3. Prueba de hipótesis 43
4.4. Discusión de resultados 45

CONCLUSIONES

RECOMENDACIONES

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

ANEXOS

ÍNDICE DE TABLAS

Página

Tabla 1. Comparación de métodos de medición del cumplimiento terapéutico 17

Tabla 2. Operacionalización de variables 23

Tabla 3. Nivel de adherencia al tratamiento 39

Tabla 4. Calidad de vida en los pacientes 40

Tabla 5. Dimensión de Calidad de Vida (Estado de ánimo) 41

Tabla 6. Dimensión de Calidad de Vida (Manifestaciones Somáticas) 42

Tabla 7. Prueba de normalidad de Adherencia al tratamiento y calidad de vida 43

Tabla 8. Correlación entre puntajes de adherencia y calidad de vida 43

ÍNDICE DE FIGURAS

Página

Figura 1. Clasificación de la Presión Arterial 12

Figura 2 . Flujograma de selección de participantes. 36

Figura 3. Distribución por edad 38

Figura 4. Distribución por sexo 38

Figura 5. Nivel de adherencia al tratamiento. 39

Figura 6 . Distribución de la calidad de vida de los pacientes 40

Figura 7 . Distribución de la dimensión de Calidad de Vida (Estado de Ánimo) 41

Figura 8. Distribución de la dimensión de Calidad de Vida (Manifestaciones somáticas) 42

Figura 9. Distribución de la calidad de vida en relación a la adherencia al tratamiento de los pacientes. 44

CAPÍTULO I

PROBLEMA DE INVESTIGACIÓN

1.1. Identificación y determinación del problema

La Hipertensión Arterial (HTA) es una afección crónica en la que la presión sanguínea en las arterias se encuentra elevada, alcanzando o superando los 140/90 mmHg. Esta condición provoca un daño gradual en varios órganos del cuerpo, lo que incrementa el riesgo de sufrir un infarto al corazón, un accidente cerebrovascular o insuficiencia renal crónica (1). Por lo cual la adherencia al tratamiento es fundamental para que el paciente mantenga y continúe con su terapia, lo que le permite lograr modificaciones importantes en su comportamiento que mejoren su calidad de vida. En los últimos años, se ha reconocido que el compromiso del paciente con hipertensión arterial en seguir su tratamiento es clave para el control eficaz de la enfermedad (2).

La prevalencia de la hipertensión arterial ha mostrado un aumento continuo a nivel global, alcanzando aproximadamente a 1,500 millones de personas en los últimos años. Según la Organización Mundial de la Salud, millones de personas viven con hipertensión arterial, y una proporción importante no logra un adecuado control de la enfermedad debido, entre otros factores, a la baja adherencia terapéutica. (3).

La adherencia inadecuada a los tratamientos a largo plazo afecta gravemente la efectividad de los mismos, convirtiéndose en un tema crucial para la salud de la población, tanto desde el punto de vista de la calidad de vida como de la economía en salud. Sin un sistema que aborde los factores que influyen en la adherencia terapéutica, los avances en la tecnología biomédica no podrán cumplir su objetivo de reducir la carga de las enfermedades crónicas. El acceso a los medicamentos es esencial, pero por sí solo no es suficiente para tratar de manera efectiva las enfermedades (4).

La Organización Mundial de la Salud define la adherencia como "el grado en que el comportamiento de una persona (tomar medicamentos y hacer cambios en el estilo de vida) coincide con las recomendaciones de un proveedor de atención médica". La mala adherencia es un fenómeno común entre los pacientes tratados para la hipertensión.

Como resultado, muchos pacientes no logran obtener los beneficios del tratamiento, lo que lleva a peores resultados de salud y una menor calidad de vida. Es esencial destacar el papel crucial de la adherencia en la mejora de los resultados de los tratamientos antihipertensivos.(5).

1.2. Delimitación de la investigación

Delimitación espacial: El presente estudio se desarrolló en la provincia de Pasco, región Pasco, ubicado a 4380 msnm.

Delimitación temporal: El estudio comprendió el período 2024-2025, considerando a los pacientes con diagnóstico de hipertensión arterial atendidos durante dicho intervalo en el Hospital Daniel Alcides Carrión. La recolección de datos se realizó entre los meses de noviembre de 2024 y noviembre de 2025.

Delimitación del universo: La investigación se realizó en pacientes adultos con diagnóstico de hipertensión arterial atendidos en los consultorios externos de

Cardiología, Medicina Interna y Geriatría del Hospital Regional Daniel Alcides Carrión durante el periodo de estudio.

Delimitación de contenido: Se incluyeron a pacientes con hipertensión arterial atendidos en el Hospital Daniel Alcides Carrión.

1.3. Formulación del problema

1.3.1. Problema general

¿Cuál es la relación entre la adherencia al tratamiento y la calidad de vida en pacientes adultos con hipertensión arterial en el Hospital Daniel Alcides Carrión durante el período 2024-2025?

1.3.2. Problemas específicos

a) ¿Cuál es el nivel de adherencia al tratamiento en los pacientes adultos con hipertensión arterial en el Hospital Daniel Alcides Carrión durante el período 2024-2025?

b) ¿Cuál es el nivel de calidad de vida de los pacientes adultos con hipertensión arterial en el Hospital Daniel Alcides Carrión durante el período 2024-2025?

1.4. Formulación de objetivos

1.4.1. Objetivo general

Determinar la relación entre la adherencia de tratamiento y la calidad de vida en los pacientes adultos con hipertensión arterial atendidos en el Hospital Daniel Alcides Carrión durante el período 2024-2025.

1.4.2. Objetivos específicos

a) Identificar el nivel de adherencia al tratamiento en los pacientes adultos con hipertensión arterial en el Hospital Daniel Alcides Carrión durante el período 2024-2025.

b) Analizar el nivel de calidad de vida de los pacientes adultos con hipertensión arterial en el Hospital Daniel Alcides Carrión durante el período 2024-2025.

1.5. Justificación de la investigación

La presente investigación se realizó debido a que la hipertensión arterial constituye una de las principales enfermedades crónicas no transmisibles y representa un importante problema de salud pública por su elevada morbimortalidad y las complicaciones cardiovasculares asociadas. En este contexto, la adherencia al tratamiento antihipertensivo desempeña un papel fundamental en el control de la enfermedad y en la mejora de la calidad de vida de los pacientes.

El estudio fue importante porque permitió analizar la relación entre la adherencia al tratamiento y la calidad de vida en pacientes hipertensos atendidos en el Hospital Daniel Alcides Carrión de Pasco, generando evidencia científica en una población poco estudiada a nivel local y regional. Asimismo, los resultados obtenidos contribuyen al conocimiento sobre los factores relacionados con el manejo integral de la hipertensión arterial en establecimientos hospitalarios de altura. Desde el punto de vista práctico, la investigación permitió orientar estrategias dirigidas a fortalecer el cumplimiento terapéutico, promover estilos de vida saludables y mejorar la atención integral de los pacientes con hipertensión arterial. Además, los hallazgos podrán servir como referencia para futuras investigaciones relacionadas con enfermedades crónicas y adherencia terapéutica.

Finalmente, el estudio posee relevancia social debido a que una adecuada adherencia al tratamiento puede contribuir a disminuir complicaciones cardiovasculares, hospitalizaciones y deterioro de la calidad de vida, favoreciendo así el bienestar de los pacientes y la optimización de los servicios de salud.

1.6. Limitaciones de la investigación

El presente estudio presenta algunas limitaciones que deben ser consideradas al momento de interpretar los resultados. En primer lugar, el diseño transversal no permite establecer relaciones de causalidad entre la adherencia al tratamiento y la calidad de vida, sino únicamente asociaciones en un momento determinado. En segundo lugar, se empleó un muestreo no probabilístico por conveniencia, lo que limita la generalización de los resultados a otras poblaciones con características diferentes. No obstante, esta estrategia permitió acceder de manera oportuna a la población de estudio.

Asimismo, la información fue recolectada mediante instrumentos de autorreporte, lo que podría introducir sesgos de información, como el sesgo de memoria o el sesgo de deseabilidad social, en el que los participantes podrían sobreestimar su nivel de adherencia al tratamiento. Finalmente, si bien el cálculo del tamaño de muestra para población finita estimó un mínimo de 113 participantes, durante el período de recolección de datos fue posible incluir únicamente a 87 pacientes que cumplieron los criterios de selección y aceptaron participar voluntariamente en la investigación. Esta situación obedeció a las características del muestreo no probabilístico por conveniencia y a las condiciones reales de acceso a la población de estudio. En consecuencia, los resultados deben interpretarse considerando esta limitación, ya que podría reducir la precisión de las estimaciones y limitar la generalización de los hallazgos a otras poblaciones con características diferentes.

CAPÍTULO II

MARCO TEÓRICO

2.1. Antecedentes de estudio

Internacionales

Tamang, Bhandari, (Honduras, 2024), llevaron a cabo una investigación titulado: Adherencia al tratamiento y calidad de vida relacionada con la salud de pacientes con hipertensión en un centro de atención terciario de Lalitpur, Nepal. El objetivo de estudio fue explorar la adherencia, identificar los factores influyentes y medir la calidad de vida. La metodología empleada en esta investigación fue de diseño trasversal e incluyo 380 pacientes con diagnostico de hipertensión, utilizaron el dos instrumentos La escala de Cumplimiento de Hill – Bone (HBCTS) y escala visual análoga EQ-VAS. Los resultados de la investigación demostraron que existe una correlación directa donde una mayor adherencia terapéutica se asocia con una mejor calidad de vida y un control efecto de las presiones arteriales. A su vez este estudio concluye que la baja adherencia al tratamiento limita la calidad de vida de los pacientes hipertensos.(6).

Sahury S, Castellanos (Honduras-2024) ejecutaron el trabajo: Cuyo objetivo fue establecer la relación que existe entre la adherencia al tratamiento y calidad de vida en pacientes adultos hipertensos en instituciones de segundo nivel de atención. Este estudio tuvo un diseño observacional, descriptivo, analítico de asociación que incluyo 206 pacientes. Utilizaron el test de Morisky Green y el cuestionario de Minichal como instrumento de evaluacion. Los resultados mostraron que el 71,4% presento adherencia al tratamiento y el 80,1% presento una calidad de vida media-alta. Concluyeron que la adherencia al tratamiento fue alta en pacientes estudiados, pero no se encontró una asociación significativa entre la adherencia al tratamiento y la calidad de vida. Se identifico factores sociodemográficos, como la escolaridad, el nivel socioeconómico, polifarmacia que influyeron en la adherencia al tratamiento. El estudio presentó como limitaciones la selección no aleatoria de los participantes, la falta de diferenciación entre los pacientes de las dos instituciones estudiadas y la recolección de información mediante llamadas telefónicas, lo que pudo limitar la profundidad de la información obtenida. (7).

Dhakal et al., (Nepal,2022|) ejecutaron un trabajo, cuyo objetivo fue “Conocer la adherencia a las modificaciones del estilo de vida y sus factores asociados en pacientes hipertensos. Este estudio tuvo un diseño analítico transversal e incluyó a 264 pacientes. Utilizaron la escala de adherencia a las modificaciones del estilo de vida como instrumento de evaluación. Los resultados mostraron que el 20,8% de los pacientes tenían una adherencia muy baja. Además, encontraron que el 52,5% tenía conocimientos moderados sobre el manejo de la hipertensión y el 95,1% reportó un consumo moderado de alcohol. Concluyeron que la adherencia a las modificaciones del estilo de vida entre los pacientes hipertensos es baja, y que factores como el nivel

educativo, el estatus ocupacional, los antecedentes familiares y los ingresos del hogar están significativamente asociados con esta variable (8).

Conte et al., (Panamá, 2020). Se realizó un estudio en Panamá para caracterizar la adherencia al tratamiento farmacológico en adultos, especialmente en pacientes hipertensos. Se encuestaron 1.200 personas en cuatro ciudades y 176 pacientes hipertensos en centros de atención primaria entre septiembre y octubre de 2016. Los resultados mostraron que el 91% de los participantes tenía alguna enfermedad y tomaba varios medicamentos, y el 55% olvidaba tomar su medicación. En los pacientes hipertensos, el 80% recibía tratamiento con múltiples medicamentos, pero el 40% admitió haber dejado de tomar su medicación en algún momento, indicando falta de adherencia. Este estudio destaca la necesidad de concienciar a los pacientes sobre la importancia de seguir el tratamiento y los riesgos de no hacerlo. La principal limitación fue que, aunque los pacientes reconocían su enfermedad, no seguían el tratamiento debido a la falta de conocimiento sobre las complicaciones (9).

Alsaqabi Y. et al., (Arabia Saudita, 2020). Se realizó un estudio transversal con el objetivo de evaluar la adherencia a la medicación y su relación con la calidad de vida en 299 pacientes hipertensos. Los resultados mostraron que el 38,8% de los pacientes presentaron una adherencia deficiente. En cuanto a la calidad de vida, las puntuaciones fueron bajas en diversas dimensiones: salud física (2,85%), salud psicológica (4,17%), relación social (10,07%), ambiente (6,42%) y salud general (0,57%). No se encontró una asociación significativa entre adherencia y calidad de vida, pero se observó que la presencia de comorbilidades y la duración de la enfermedad se asociaron con una mejor adherencia. El estudio concluyó que la hipertensión no controlada, las comorbilidades y la duración de la enfermedad influyen negativamente en la adherencia y, por lo tanto, en la calidad de vida. Las limitaciones incluyeron la falta de variables como la actividad

física y marcadores bioquímicos, el uso de autodeclaraciones para medir la adherencia (lo que puede generar sesgos) y la imposibilidad de verificar el cumplimiento mediante el conteo de pastillas debido a limitaciones de tiempo y recursos. Además, al ser un estudio transversal, no se puede establecer una relación causal (10).

Nacionales

Intimayta-Escalante (2025). Investigaron: Las Desigualdades Socioeconómicas en la No adherencia al tratamiento farmacológico en Perú. Evidenciaron que el incumplimiento al tratamiento antihipertensivo en pacientes diagnosticados con Hipertensión Arterial en el Perú está muy relacionado con diversos factores socioeconómicos, con alta relevancia en provincias y zonas rurales del Perú. Concluyendo indirectamente, que una mala adherencia al tratamiento conlleva a un peor control en la presión arterial y esto a su vez en una mala calidad de vida (11).

Díaz-Lazo, A., et al. (2025). Investigaron: Hipertensión en la Altitud en Perú: Encuesta demográfica y Salud Familiar 2016-2019. Este estudio mostro que la altitud influye en el tipo de hipertensión, a mayor altitud existe mayor prevalencia de hipertensión diastólica aislada. Concluyendo que las regiones altoandinas tienen menor cantidad de centros de salud dificultando las citas de control y recolección de medicamentos, conllevando así a la mal adherencia al tratamiento (12).

Quispe Flores FR. (2025) Investigaron: La Adherencia al tratamiento farmacológico asociado a la calidad de vida en pacientes con hipertensión arterial en el Centro de Salud José Antonio Encinas, Puno. Estudio realizado en la localidad de Puno con una población estudiada de 102 pacientes hipertensos. Evidenciaron que más del 50% de los pacientes presentaba una baja adherencia al tratamiento farmacológico y esto estaba relacionado con una menor calidad de vida en todas las dimensiones evaluadas mediante el WHOQOL-BREF. Concluyendo que la baja adherencia es un

factor muy determinante en el bienestar de la población altoandina de pacientes hipertensos (13).

Pari Chambi, B (2025). Investigaron: Adherencia terapéutica y calidad de vida en pacientes con hipertensión atendidos en un hospital de Juliaca. Publicado por la Revista Científica de Ciencias de la Salud. Investigación realizada en la población de Juliaca con una población de 150 pacientes. Donde evidenciaron que el 76% presentaba adherencia parcial y más del 50% de pacientes presentaba una mala calidad de vida debido a su mala adherencia al tratamiento. Encontrándose una correlación significativa entre la adherencia terapéutica y calidad de vida. Siendo un antecedente importante en comparación a los diversos hospitales de gran altitud (14).

Vásquez et al. (Chiclayo, 2022). Se realizó un estudio transversal analítico en pacientes del programa para adultos con enfermedades crónicas del Hospital I Naylamp en Chiclayo, Perú, con el objetivo de identificar los factores asociados a la no adherencia al tratamiento antihipertensivo durante noviembre y diciembre de 2020. Se utilizó el cuestionario de Morisky-Green para evaluar la adherencia y el instrumento de Bonilla y Gutiérrez para identificar factores influyentes. De los 234 participantes, el 52,7% no adhería al tratamiento, siendo el 68,7% mujeres con una edad promedio de 71,82 ± 9,15 años. El análisis de regresión simple reveló que la duración de la enfermedad se asoció positivamente con la no adherencia (RP: 1.02, IC95%: 0,99 - 1,02). Además, factores socioeconómicos, relacionados con el proveedor de salud, la terapia y el paciente, fueron asociados con una menor no adherencia. En la regresión múltiple, se observó que los pacientes con factores socioeconómicos y relacionados con el proveedor de salud presentaron una menor frecuencia de no adherencia al tratamiento en comparación con aquellos que sí mantenían adherencia (15).

Pocohuanca et al. (layo, 2021) llevaron a cabo un estudio analítico y transversal con 270 participantes, quienes fueron pacientes con antecedentes de hipertensión esencial que acudieron a un consultorio externo de cardiología. Para evaluar la no adherencia al tratamiento antihipertensivo, se utilizó la escala de adherencia al medicamento de Morisky-Green (MMAS-4). De los 270 participantes, el 60% (n=122) presentó diagnóstico de hipertensión arterial, el 30% (n=80) padecía diabetes mellitus tipo II, y el 27% (n=73) mostró no adherencia al tratamiento. Los factores asociados con la no adherencia fueron el sexo masculino, el trabajo independiente y un índice de masa corporal (IMC) superior a 30 (16).

Locales

No se identificaron investigaciones realizadas en la región Pasco relacionadas con la adherencia al tratamiento y calidad de vida en pacientes con hipertensión arterial.

2.2. Bases teóricas – científicas

Hipertensión arterial

La hipertensión arterial (HTA) es una enfermedad vascular, arterial, sistémica, inflamatoria-crónica, caracterizada por una inflamación persistente y sin una causa definida en la mayoría de los casos.

Su principal manifestación clínica es la elevación anormal y constante de la presión arterial sistólica (PAS) o diastólica (PAD). La hipertensión se define como la elevación sostenida de la presión arterial sistémica, típicamente considerada cuando la presión arterial sistólica es igual o mayor a 140 mmHg y/o la presión arterial diastólica es igual o mayor a 90 mmHg. Esta definición se basa en evidencia de ensayos clínicos aleatorizados que han demostrado los beneficios del tratamiento farmacológico para reducir estos valores de presión arterial (17).

a) Clasificación de la presión arterial

La clasificación que se presenta en la Tabla 1 es para adultos de 18 años y más. Se basa en el promedio de dos o más lecturas de presión arterial medidas adecuadamente en dos o más visitas a consultorio.

Figura 1. Clasificación de la Presión Arterial

Clasificación de la PA de acuerdo con la medida casual o en consultorio en > 18 años			
Clasificación	***PAS (mmHg)***		***PAS (mmHg)***
PA óptima	< 120	y	< 80
PA normal	120-129	y/o	80-84
Pre-hipertensión	130-139	y/o	85-89
Hipertensión estadio 1	140-159	y/o	90-99
Hipertensión estadio 2	160-179	y/o	100-109
Hipertensión estadio 3	≥ 180	y/o	≥ 110
HAS sistólica aislada*	≥ 140	y	< 90
HAS diastólica aislada*	< 140	y	≥ 90

Fuente: Guía Brasileña de hipertensión Arterial, 2020

b) Patogénesis de la hipertensión

- Aumento en la actividad neural simpática, con una respuesta beta-adrenérgica aumentada.
- Aumento en la actividad de la angiotensina II y exceso de mineralocorticoides.
- Tiene una prevalencia aproximadamente dos veces mayor en individuos que tienen uno o ambos padres con hipertensión. Múltiples estudios epidemiológicos sugieren que factores genéticos contribuyen aproximadamente al 30% de la variación en la presión arterial en diversas poblaciones.
- La reducción en la masa de los nefrones en adultos puede predisponer a la hipertensión, lo cual puede estar relacionado con factores genéticos, alteraciones en el desarrollo intrauterino (como hipoxia, exposición a fármacos, deficiencia nutricional), y condiciones del ambiente postnatal (como malnutrición e infecciones).

c) Factores de riesgo

- Es más frecuente y más grave en individuos de ascendencia africana.
- Antecedentes familiares de hipertensión materna, paterna o de ambos progenitores.
- Consumo elevado de sodio, factor que aumenta el riesgo de hipertensión.
- Consumo excesivo de alcohol, asociado con la hipertensión.
- Obesidad y aumento de peso, factores principales de riesgo para la hipertensión que también contribuyen al incremento habitual de la presión arterial durante el envejecimiento.
- Falta de actividad física, factor que incrementa el riesgo de hipertensión.
- Dislipidemia, la cual, independientemente de la obesidad, está relacionada con la hipertensión.

d) Tratamiento farmacológico

- Monoterapia inicial en hipertensión no complicada: se utilizan principalmente tres clases de medicamentos: diuréticos tiazídicos, bloqueadores de los canales de calcio de acción prolongada (comúnmente dihidropiridinas como el amlodipino), e inhibidores de la enzima convertidora de angiotensina (IECA) o bloqueadores de los receptores de angiotensina II. Los beta-bloqueadores no suelen ser utilizados como monoterapia inicial a menos que haya una indicación específica (18).
- Terapia combinada: En casos donde la presión arterial está significativamente por encima del objetivo (más de 20/10 mmHg), la terapia con un solo agente puede ser insuficiente para controlarla. La combinación de medicamentos de diferentes clases tiene un efecto notablemente mayor en la reducción de la presión arterial comparado con duplicar la dosis de un solo agente (19).

e) Complicaciones

- La hipertensión es el factor de riesgo más significativo cuantitativamente para la enfermedad cardiovascular prematura.
- El riesgo de insuficiencia cardíaca aumenta conforme se eleva la presión arterial.
- La hipertrofia ventricular izquierda es frecuente en pacientes con hipertensión.
- La hipertensión es el factor de riesgo más prevalente y crucial para los accidentes cerebrovasculares isquémicos.
- La hipertensión es el principal factor de riesgo para el desarrollo de hemorragias intracerebrales.
- La hipertensión representa un riesgo para el desarrollo de enfermedad renal crónica y estadio terminal.
- La elevación marcada de la presión arterial puede constituir una emergencia aguda que amenaza la vida (20).

Las enfermedades cardiovasculares son la principal causa de morbilidad y mortalidad en más del 75% de los países a nivel mundial. Cada año, más de 17 millones de personas fallecen por enfermedades cardiovasculares en el mundo. Se estima que ocurre un evento coronario cada 4 segundos y un evento cerebrovascular cada 5 segundos a nivel mundial, siendo la hipertensión el factor de riesgo más frecuente asociado con estas condiciones (21).

Adherencia Terapéutica

Se define como una conducta compleja que incluye aspectos comportamentales, relacionales y volitivos que facilitan la colaboración del paciente con el profesional de salud para comprender y cumplir con el tratamiento. Esta colaboración implica una respuesta activa y consciente en la búsqueda de recursos para alcanzar los resultados

esperados (20). La adherencia terapéutica, según la definición clásica de Sackett y Haynes, se refiere al grado en que un paciente sigue las recomendaciones de los profesionales de la salud en cuanto a la toma de medicamentos, adherencia a una dieta o cambios en el estilo de vida necesarios.

a) Dimensiones de adherencia del paciente

Según la Sociedad Americana de Envejecimiento y la Sociedad Americana de la Fundación de Farmacéuticos Consultores (2006), hay "cinco dimensiones que afectan la adherencia terapéutica, que incluyen factores socioeconómicos, el sistema de atención médica, la enfermedad, el tratamiento y el paciente".

b) Condicionantes del abandono del tratamiento

- Factores relacionados con el paciente: La falta de información acerca de la enfermedad es uno de los factores más significativos. Cuando el paciente está bien informado sobre su enfermedad y su tratamiento, hay una mayor probabilidad de que cumpla adecuadamente con la terapia.
- Factores relacionados con el médico: Una buena relación y comunicación entre el médico y el paciente son necesarias, aunque no suficientes para lograr una adherencia terapéutica adecuada.
- Factores relacionados con el medicamento: Los factores relacionados con la medicación como condicionantes del abandono del tratamiento son aquellos aspectos del medicamento que dificultan su cumplimiento. Entre los principales se encuentran los efectos secundarios, la complejidad del tratamiento, la duración prolongada, el alto costo, la dificultad en su uso, la falta de información y la ausencia de resultados rápidos, los cuales pueden llevar al paciente a suspender el tratamiento antes de tiempo (7).

c) Detección de la falta de adherencia

- Test de Morisky-Green:

Este método, inicialmente desarrollado por Morisky, Green y Levine, está validado para evaluar el cumplimiento de la medicación en diversas enfermedades crónicas, especialmente en pacientes con hipertensión arterial. Consiste en cuatro preguntas de respuesta dicotómica (sí/no) que se realizan durante una conversación amigable e integrada:

1. ¿Alguna vez se olvida de tomar sus medicamentos?
2. ¿Toma los medicamentos a las horas indicadas?
3. Cuando se siente bien, ¿deja de tomar los medicamentos alguna vez?
4. Si alguna vez le sientan mal los medicamentos, ¿deja de tomarlos?

Un paciente se considera cumplidor si responde correctamente a las cuatro preguntas, es decir, No/Sí/No/No. Se considera un nivel adecuado de cumplimiento cuando se responden correctamente las cuatro preguntas, y un cumplimiento inadecuado si se responden incorrectamente menos de cuatro preguntas (22). El cuestionario más utilizado es el de Morisky-Green, validado en su versión española por Val Jiménez, Amorós, Martínez, Fernández y León (1992).

Tabla 1. Comparación de métodos de medición del cumplimiento terapéutico

TEST	VENTAJAS	DESVENTAJAS
Morisky-Green	Es un método breve y sencillo de aplicar, validado en diversas condiciones médicas. Ofrece insights sobre las razones del incumplimiento. Destaca por su alta especificidad, valor predictivo positivo y no requiere de un alto nivel sociocultural para ser comprendido. Además, es económico.	Tiene una tendencia a considerar que los pacientes cumplen menos de lo que realmente hacen y sobreestima la falta de cumplimiento. Tiene una sensibilidad reducida y un bajo valor predictivo negativo.
Batalla	Es un método breve, claro y económico, de fácil aplicación. Tiene una sensibilidad adecuada y ha sido validado para tratar diversas enfermedades.	Tiende a exagerar el nivel de cumplimiento. Tiene una especificidad baja y una precisión moderada.

Fuente. Datos tomados de Rodríguez Chamorro, García-Jiménez, Amariles & Faus

d) Adherencia terapéutica en hipertensos

Es crucial mejorar la relación entre el profesional de la salud y el paciente para optimizar la adherencia terapéutica en personas con hipertensión. La OMS sugiere que lograr una adherencia efectiva a los tratamientos a largo plazo, como en el caso de la hipertensión arterial, implica un cambio comportamental que incluye el aprendizaje, la adopción y el mantenimiento de un comportamiento asertivo en la toma de medicamentos y el seguimiento de las recomendaciones prescritas (23).

Calidad de vida

La calidad de vida constituye un constructo multidimensional que integra la percepción que tiene una persona sobre su propia situación y bienestar dentro del contexto social, cultural y ambiental en el que desarrolla su vida. La Organización Mundial de la Salud (OMS) la define como la percepción del individuo sobre su posición en la vida, en el contexto de la cultura y los sistemas de valores en los que vive, y en relación con sus objetivos, expectativas, estándares y preocupaciones (24). Esta definición resalta el carácter subjetivo y contextual de la calidad de vida, debido a que la valoración de bienestar no depende únicamente de las condiciones objetivas de

una persona, sino también de la manera en que estas son experimentadas e interpretadas de acuerdo con sus características individuales y socioculturales.

Desde esta perspectiva, la calidad de vida no debe entenderse exclusivamente como la ausencia de enfermedad o como un indicador del estado de salud. Se trata de un concepto amplio que comprende diferentes aspectos de la experiencia humana y que puede estar condicionado por factores físicos, psicológicos, sociales, económicos y ambientales. Por ello, dos personas con condiciones clínicas similares pueden presentar percepciones diferentes de su calidad de vida, dependiendo de sus recursos personales, relaciones sociales, entorno, expectativas y capacidad para desarrollar las actividades que consideran importantes.

La OMS desarrolló el proyecto WHOQOL con el propósito de disponer de un instrumento que permitiera evaluar la calidad de vida desde una perspectiva transcultural. Este enfoque reconoce que la percepción del bienestar está influenciada por el contexto cultural y los valores predominantes en cada sociedad, por lo que su evaluación requiere considerar tanto las características universales del bienestar como las particularidades del entorno en el que vive cada individuo (24).

La calidad de vida comprende diferentes dimensiones interrelacionadas. En el modelo WHOQOL-BREF se consideran cuatro dominios principales: salud física, salud psicológica, relaciones sociales y ambiente. El dominio físico comprende aspectos como las actividades de la vida diaria, movilidad, energía y fatiga, dolor y malestar, sueño y descanso, dependencia de medicamentos o ayudas médicas y capacidad para el trabajo. El dominio psicológico incluye la imagen corporal, autoestima, sentimientos positivos y negativos, espiritualidad, pensamiento, aprendizaje, memoria y concentración. Por su parte, el dominio de relaciones sociales considera las relaciones personales, el apoyo social y la actividad sexual. Finalmente,

el dominio ambiental comprende los recursos económicos, seguridad, acceso y calidad de los servicios de salud, condiciones del hogar, oportunidades de adquirir información y habilidades, actividades recreativas, características del entorno físico y transporte (25).

La naturaleza multidimensional de este constructo implica que una adecuada valoración de la calidad de vida no debe limitarse a una sola dimensión. De acuerdo con la documentación metodológica del WHOQOL-BREF, los cuatro dominios contribuyen a explicar la percepción global de calidad de vida y salud, por lo que deben ser considerados conjuntamente al realizar su evaluación. Asimismo, el instrumento fue diseñado como una versión abreviada del WHOQOL-100, permitiendo obtener perfiles de calidad de vida de manera más práctica sin perder la representación de los principales componentes del constructo (25).

Asimismo, la calidad de vida se encuentra influenciada por determinantes individuales y sociales. Entre ellos se encuentran la edad, sexo, nivel educativo, situación económica, condiciones de vivienda, relaciones familiares y sociales, acceso a los servicios de salud, presencia de enfermedades crónicas, limitaciones funcionales y características del entorno. Estos factores pueden interactuar entre sí y generar diferentes niveles de bienestar, incluso entre individuos pertenecientes a una misma población.

En este sentido, evaluar la calidad de vida en la población objeto de estudio resulta relevante porque permite identificar cómo las características sociodemográficas, clínicas y contextuales se relacionan con la percepción integral del bienestar. Su incorporación como variable de estudio permite superar una perspectiva exclusivamente biomédica y aproximarse a la experiencia de las personas frente a sus condiciones de vida y salud.

Por tanto, para la presente investigación, la calidad de vida se comprende como un constructo multidimensional y subjetivo que refleja la percepción del individuo respecto a su bienestar físico, psicológico, sus relaciones sociales y las condiciones de su entorno, considerando el contexto sociocultural en el que se desarrolla. Esta conceptualización proporciona el fundamento teórico para su evaluación mediante el instrumento seleccionado en la investigación y permite analizarla de manera integral en relación con las demás variables estudiadas.

2.3. Definición de términos básicos

Calidad de vida

La Organización Mundial de la Salud (OMS) define la calidad de vida como la percepción que tiene una persona sobre su posición en la vida, dentro del contexto cultural y del sistema de valores en el que vive, en relación con sus objetivos, expectativas, normas e intereses. En el ámbito sanitario, comprende la valoración que realiza el individuo sobre su bienestar físico, psicológico, nivel de independencia, relaciones sociales y entorno, constituyéndose en un indicador importante del estado general de salud.

Hipertensión arterial

La hipertensión arterial es una enfermedad crónica caracterizada por la elevación sostenida de la presión arterial sistólica igual o superior a 140 mmHg y/o de la presión arterial diastólica igual o superior a 90 mmHg, determinada mediante mediciones repetidas y realizadas de manera adecuada. Constituye uno de los principales factores de riesgo para el desarrollo de enfermedades cardiovasculares, cerebrovasculares y renales.

Adherencia al tratamiento

La adherencia al tratamiento se define como el grado de concordancia entre el comportamiento de una persona y las recomendaciones acordadas con el profesional de salud respecto al uso de medicamentos, modificaciones en el estilo de vida y seguimiento de las indicaciones terapéuticas. Este concepto implica la participación activa del paciente en el cuidado de su salud y está influenciado por factores personales, sociales, relacionados con la enfermedad, el tratamiento y el sistema de atención sanitaria.

De acuerdo con el modelo propuesto por Vrijens y Blaschke (26), la adherencia terapéutica comprende tres componentes fundamentales: la iniciación, que corresponde al momento en que el paciente toma la primera dosis del tratamiento prescrito; la implementación, referida al grado en que sigue correctamente las indicaciones terapéuticas durante el tiempo establecido; y la descontinuación, que ocurre cuando el paciente interrumpe el tratamiento o llega a su finalización. Estos componentes permiten comprender el comportamiento terapéutico del paciente y su influencia en los resultados clínicos y en la calidad de vida.

2.4. Formulación de hipótesis

2.4.1. Hipótesis general

Hipótesis alterna general (H_1):

Existe relación entre la adherencia al tratamiento de la hipertensión arterial y la calidad de vida percibida por los pacientes adultos atendidos en el Hospital Daniel Alcides Carrión durante el período 2024-2025.

Hipótesis nula general (H_0):

No existe relación entre la adherencia al tratamiento de la hipertensión arterial y la calidad de vida percibida por los pacientes adultos atendidos en el Hospital Daniel Alcides Carrión durante el período 2024-2025.

2.5. Identificación de variables

Variable 1:

Adherencia al tratamiento.

Variable 2:

Calidad de vida

Variable interviniente

Edad

Sexo

En el presente estudio, debido a su diseño observacional, transversal y correlacional, no se pretende establecer una relación de causa-efecto entre las variables estudiadas, sino únicamente determinar el grado de asociación existente entre ellas.

Por tal motivo, las variables son consideradas como variables de estudio o variables de investigación, evitando atribuir una relación causal entre ambas.

No obstante, desde el punto de vista teórico, la adherencia al tratamiento constituye una variable que podría influir en la calidad de vida de los pacientes con hipertensión arterial; sin embargo, dicha influencia no puede ser demostrada mediante el diseño metodológico empleado en la presente investigación.

2.6. Definición operacional de variables e indicadores

Tabla 2. Operacionalización de variables

Variable	Definición operacional	Dimensiones	Indicadores	Escala de medición
Adherencia al tratamiento	Grado en que el paciente cumple las indicaciones terapéuticas prescritas para el control de la hipertensión arterial, evaluado mediante el cuestionario de Morisky-Green.	Cumplimiento farmacológico	Olvido de medicación; cumplimiento de horarios; suspensión del tratamiento al sentirse bien; suspensión del tratamiento por efectos adversos.	Cualitativa ordinal (Alta, Media, Baja)
Calidad de vida	Percepción del paciente sobre su bienestar físico y emocional relacionada con su estado de salud, evaluada mediante el cuestionario MINICHAL.	Estado de ánimo	Sentimientos de preocupación, tensión, tristeza, agotamiento emocional y limitaciones psicológicas.	Cualitativa ordinal (Buena, Regular, Mala)
		Manifestaciones somáticas	Fatiga, dificultad para realizar actividades, síntomas físicos relacionados con la hipertensión arterial.	Cualitativa ordinal (Buena, Regular, Mala)
Edad	Número de años cumplidos al momento de la encuesta.	No aplica	Años cumplidos.	Cuantitativa discreta
Sexo	Condición biológica registrada en el participante.	No aplica	Masculino / Femenino.	Cualitativa nominal dicotómica

CAPÍTULO III

METODOLOGÍA Y TÉCNICAS DE INVESTIGACIÓN

3.1. Tipo de investigación

La investigación es de tipo básica, porque busca generar evidencia científica que contribuya a la comprensión de la relación entre la adherencia al tratamiento y la calidad de vida en pacientes con hipertensión arterial, con potencial utilidad para la toma de decisiones en salud (27).

3.2. Nivel de investigación

El estudio corresponde al nivel correlacional, ya que tiene como propósito determinar la relación existente entre la adherencia al tratamiento y la calidad de vida en pacientes con hipertensión arterial, sin pretender establecer relaciones de causalidad entre las variables (27).

3.3. Métodos de investigación

La presente investigación posee un enfoque cuantitativo, debido a que usó la recolección y análisis de datos numéricos para determinar la relación entre la adherencia al tratamiento y la calidad de vida en pacientes con hipertensión arterial. Los datos

obtenidos fueron procesados mediante procedimientos estadísticos que permitirán contrastar la hipótesis planteada (27).

3.4. Diseño de investigación

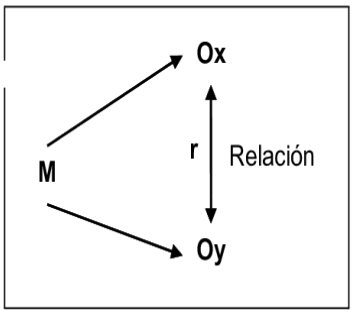
El diseño es observacional, no experimental, transversal.

a) Observacional, porque no se manipulan las variables de estudio.

b) No experimental, porque las variables se observan tal como ocurren en la realidad.

c) Transversal, porque la información fue recolectada en un único momento.

Esquema de diseño:



Donde:

M= Muestra

Ox= Observación de la variable 1 (Adherencia al tratamiento)

Oy= Observación de la variable 2 (Calidad de vida)

R= Correlación

3.5. Población y muestra

Población

La población objetivo estuvo constituida por (N°160) pacientes adultos con diagnóstico de hipertensión arterial atendidos en el Hospital Daniel Alcides Carrión durante el periodo comprendido entre el 1 de diciembre de 2024 y el 31 de diciembre de 2025.

La población accesible estuvo conformada por 160 pacientes con diagnóstico de hipertensión arterial registrados y atendidos en los servicios de Cardiología, Medicina Interna y Geriatría durante dicho periodo.

Se excluyeron 35 pacientes por no cumplir los criterios de inclusión, 20 por presentar criterios de exclusión y 18 por no aceptar participar en la investigación, obteniéndose una muestra final de 87 participantes.

Muestra

La muestra estuvo conformada por 87 pacientes con diagnóstico de hipertensión arterial atendidos en los servicios de Cardiología, Medicina Interna y Geriatría del Hospital Regional Daniel Alcides Carrión, quienes cumplieron los criterios de inclusión, no presentaron criterios de exclusión y aceptaron participar voluntariamente en el estudio mediante la firma del consentimiento informado.

Cálculo del tamaño de muestra

Se empleó la fórmula para poblaciones finitas:

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

Donde:

- **N** = 160 pacientes.
- **Z** = 1,96 (95% de confianza).
- **p** = 0,50.
- **q** = 0,50.
- **e** = 0,05 (error máximo permitido del 5%).

El tamaño mínimo de muestra se estimó mediante la fórmula para poblaciones finitas, considerando una población accesible de 160 pacientes con diagnóstico de hipertensión arterial, un nivel de confianza del 95% (Z = 1,96), una proporción esperada

de 50% (p = 0,50), una proporción complementaria de 50% (q = 0,50) y un error máximo permitido del 5% (e = 0,05). El cálculo determinó un tamaño mínimo de 113 participantes.

Aunque el cálculo muestral estimó un mínimo de 113 participantes, la muestra final estuvo conformada por 87 pacientes, debido a que la investigación empleó un muestreo no probabilístico por conveniencia, incluyendo únicamente a los pacientes que acudieron durante el periodo de recolección de datos, cumplieron los criterios de inclusión, no presentaron criterios de exclusión y aceptaron participar voluntariamente mediante la firma del consentimiento informado. En consecuencia, la diferencia entre el tamaño muestral estimado y el finalmente alcanzado obedeció a las condiciones reales de acceso a la población de estudio y a la disponibilidad de los participantes, aspecto que se reconoce como una limitación metodológica y que debe considerarse al interpretar y generalizar los resultados.

No obstante, el tamaño muestral finalmente obtenido permitió realizar los análisis estadísticos planteados y alcanzar una adecuada precisión para evaluar la relación entre la adherencia al tratamiento y la calidad de vida en la población estudiada.

Criterios de inclusión:

a) Pacientes adultos con diagnóstico de hipertensión arterial atendidos en los consultorios externos de Cardiología, Medicina Interna y Geriatría del Hospital Regional Daniel Alcides Carrión durante el periodo de estudio.
b) Pacientes que recibían tratamiento antihipertensivo al momento de la evaluación.
c) Pacientes que aceptaron participar voluntariamente mediante la firma del consentimiento informado.

Criterios de exclusión:

a) Pacientes menores de 18 años.

b) Pacientes con alteraciones neurológicas o trastornos psiquiátricos que dificultaran la comprensión o respuesta de los instrumentos de evaluación.

c) Pacientes con diagnóstico de hipertensión arterial que no recibían tratamiento antihipertensivo al momento de la evaluación.

d) Pacientes que no completaron adecuadamente los cuestionarios o que decidieron retirarse del estudio.

3.6. Técnicas e instrumentos de recolección de datos

La técnica empleada para la recolección de datos fue la encuesta, mediante la aplicación de un cuestionario estructurado a los participantes del estudio, previa explicación de los objetivos de la investigación y obtención del consentimiento informado. La aplicación del instrumento permitió recopilar información relacionada con las características generales de los participantes, la adherencia al tratamiento antihipertensivo y la calidad de vida relacionada con la salud.

El instrumento de recolección de datos estuvo conformado por tres partes:

Cuestionario de Morisky-Green-Levine

Para evaluar la adherencia al tratamiento antihipertensivo se utilizó el **cuestionario de Morisky-Green-Levine (MGL)**, instrumento de autorreporte compuesto por cuatro preguntas con respuestas dicotómicas (Sí/No), orientadas a identificar conductas relacionadas con el cumplimiento del tratamiento farmacológico.

El cuestionario permite identificar posibles dificultades en la adherencia al tratamiento mediante preguntas relacionadas con el olvido de la medicación, el descuido en la toma de los medicamentos y la suspensión del tratamiento ante determinadas circunstancias. Su aplicación se caracteriza por ser sencilla, breve y de

fácil comprensión, por lo que ha sido empleado ampliamente en pacientes con enfermedades crónicas, incluida la hipertensión arterial (28,29). En el presente estudio, la clasificación de la adherencia se realizó de acuerdo con el criterio establecido para la versión del instrumento empleada. Se consideró adherente al participante que presentó el patrón de respuestas establecido por el instrumento, mientras que las demás combinaciones fueron consideradas indicativas de incumplimiento o falta de adherencia terapéutica (28,29).

Validez y fiabilidad

El cuestionario de Morisky-Green-Levine ha sido ampliamente utilizado y validado en estudios sobre enfermedades crónicas, incluyendo hipertensión arterial. Su principal fortaleza radica en su simplicidad, facilidad de comprensión y aplicabilidad en contextos clínicos y epidemiológicos. Asimismo, presenta adecuada especificidad para identificar pacientes con baja adherencia al tratamiento farmacológico (30,31).

1. **Instrumento de calidad de vida:** El test de MINICHAL es el primer cuestionario de calidad de vida específicamente diseñado para la hipertensión arterial (HTA) en España. Los resultados del estudio indican que el MINICHAL es válido, confiable y capaz de detectar cambios en el tratamiento antihipertensivo, lo que lo hace adecuado tanto para la investigación como para su uso en la práctica clínica habitual.

   El MINICHAL constituye una versión abreviada del cuestionario de calidad de vida en hipertensión arterial (CHAL), desarrollada con el propósito de disponer de un instrumento específico, sencillo y de menor carga para el participante. Su contenido permite valorar principalmente las repercusiones de la hipertensión sobre el estado mental y las manifestaciones somáticas, dimensiones relacionadas con la percepción del bienestar y el impacto de la enfermedad sobre la vida cotidiana (32).

El instrumento evalúa los síntomas y percepciones experimentados por el paciente durante un periodo de referencia determinado. Sus ítems se responden mediante una escala de frecuencia o intensidad, permitiendo obtener puntuaciones para sus diferentes dimensiones y una valoración global de la calidad de vida relacionada con la salud. Una mayor puntuación representa una mayor afectación de la calidad de vida, de acuerdo con el sistema de puntuación establecido para el instrumento (32).

Validez: La validez convergente se analizó mediante la correlación entre las dimensiones del CHAL y el nivel de problemas en cada una de las dimensiones del EuroQol-5D (EQ-5D), así como con la puntuación de la Escala Visual Analógica (EVA), anticipando una mayor correlación entre las dimensiones comunes de ambos cuestionarios. Se eligió el EQ-5D para evaluar la validez convergente del CHAL debido a que es un instrumento genérico ampliamente validado en la población española, tanto en la población general como en diferentes grupos de pacientes, y cuenta con valores de referencia poblacionales para la comparación entre distintos grupos.

Fiabilidad: El MINICHAL ha mostrado una adecuada consistencia interna en estudios previos de validación. En particular, se han reportado coeficientes alfa de Cronbach de 0,81 para la dimensión de estado mental (StM) y 0,75 para la dimensión de manifestaciones somáticas (SM), valores que respaldan una consistencia interna aceptable de sus dimensiones y su utilidad para evaluar la calidad de vida relacionada con la salud en pacientes con hipertensión arterial (33).

Debido al diseño transversal de la presente investigación, la aplicación de los instrumentos se realizó en una única oportunidad. En consecuencia, no se efectuó una evaluación de estabilidad temporal mediante procedimientos de test-retest en la muestra

estudiada. La evaluación de la fiabilidad presentada corresponde a la evidencia psicométrica previamente reportada para el instrumento.

Finalmente, la aplicación conjunta del cuestionario de Morisky-Green-Levine y del MINICHAL permitió obtener información sobre dos aspectos relevantes en los pacientes con hipertensión arterial: la adherencia al tratamiento farmacológico y la calidad de vida relacionada con la salud, respectivamente, posibilitando posteriormente el análisis de la relación entre estas variables en la población estudiada (33).

Validación de los instrumentos de investigación

Los instrumentos empleados en la presente investigación cuentan con antecedentes de validez y fiabilidad reportados en la literatura científica. En particular, el cuestionario de Morisky-Green-Levine ha sido utilizado para evaluar la adherencia al tratamiento farmacológico en pacientes con enfermedades crónicas, mientras que el cuestionario MINICHAL fue desarrollado específicamente para evaluar la calidad de vida relacionada con la salud en pacientes con hipertensión arterial, habiéndose reportado propiedades psicométricas adecuadas para ambos instrumentos.

En la presente investigación no se realizó una nueva validación psicométrica de los instrumentos, debido a que se emplearon cuestionarios previamente desarrollados y validados en población con características similares a las del estudio. Por tanto, las evidencias de validez y fiabilidad reportadas en investigaciones previas constituyeron el sustento metodológico para su utilización.

Juicio de expertos

Como procedimiento complementario, y con la finalidad de verificar la pertinencia, claridad, coherencia y relevancia de los ítems en relación con los objetivos de la investigación y las características de la población estudiada, los instrumentos fueron sometidos a evaluación mediante juicio de expertos.

Participaron tres médicos especialistas con experiencia en el manejo de pacientes con hipertensión arterial y en investigación clínica, quienes revisaron el contenido de los instrumentos y realizaron observaciones relacionadas con la comprensión, redacción y aplicabilidad de los ítems. Las recomendaciones efectuadas fueron consideradas e incorporadas antes de la aplicación definitiva de los instrumentos.

El juicio de expertos realizado en el presente estudio tuvo como finalidad verificar la adecuación del contenido y la aplicabilidad de los instrumentos en el contexto específico de la investigación, sin constituir una nueva validación psicométrica de los cuestionarios. De esta manera, la utilización de los instrumentos se sustentó tanto en la evidencia previa de sus propiedades psicométricas como en la revisión de su pertinencia para la población estudiada.

Validez interna y externa del estudio

Validez interna

La validez interna del presente estudio estuvo sustentada en la utilización de instrumentos previamente validados para la evaluación de las variables de interés. La adherencia al tratamiento fue medida mediante el cuestionario de Morisky-Green y la calidad de vida mediante el cuestionario MINICHAL, ambos ampliamente utilizados y con adecuadas propiedades psicométricas reportadas en la literatura científica.

Asimismo, la recolección de datos se realizó mediante un procedimiento estandarizado, previa obtención del consentimiento informado de los participantes y bajo criterios de inclusión y exclusión previamente establecidos, con la finalidad de reducir posibles sesgos de selección e información.

Adicionalmente, los instrumentos fueron sometidos a juicio de expertos antes de su aplicación, lo que permitió fortalecer la validez de contenido y asegurar su pertinencia para la población estudiada.

No obstante, al tratarse de cuestionarios basados en autorreporte, existe la posibilidad de sesgo de información derivado de las respuestas proporcionadas por los participantes.

Validez externa

La validez externa del estudio se encuentra limitada debido al empleo de un muestreo no probabilístico por conveniencia. En consecuencia, los resultados obtenidos representan las características de los pacientes hipertensos incluidos en la investigación y deben extrapolarse con cautela a otras poblaciones o contextos asistenciales.

Sin embargo, la inclusión de pacientes procedentes de los servicios de Cardiología, Medicina Interna y Geriatría permitió evaluar una población clínicamente relevante dentro del contexto hospitalario estudiado, aportando evidencia útil para la comprensión de la relación entre la adherencia al tratamiento y la calidad de vida en pacientes con hipertensión arterial.

3.7. Técnicas de procesamiento y análisis de datos

Técnicas de procesamiento

Los datos recolectados mediante los instrumentos aplicados fueron registrados en una base de datos en el programa Microsoft Excel, donde se realizó la codificación y depuración de la información para garantizar su consistencia y calidad.

Posteriormente, la base de datos fue exportada al programa estadístico Stata versión 17 para su respectivo análisis. Se verificó la correcta digitación de los datos y se realizó el control de calidad correspondiente antes del procesamiento estadístico.

3.8. Tratamiento estadístico

Los datos recolectados fueron procesados mediante el programa estadístico STATA v.17. Inicialmente se realizó un análisis descriptivo de las variables de estudio, utilizando frecuencias absolutas y relativas para las variables categóricas.

Para la contrastación de la hipótesis general se empleó el coeficiente de correlación Rho de Spearman, debido a que las variables principales del estudio (adherencia al tratamiento y calidad de vida) fueron medidas en escala ordinal y categorizadas en niveles jerárquicos.

Esta prueba no paramétrica permite determinar la fuerza y dirección de la asociación entre dos variables ordinales sin requerir el cumplimiento del supuesto de normalidad. La significancia estadística fue evaluada con un nivel de confianza del 95% y un valor de $p < 0,05$.

3.9. Orientación ética filosófica y epistémica

La orientación ética en la elaboración de esta tesis se realizó siguiendo los principios establecidos en el Código de Ética de Helsinki y la Ley de Protección de Datos Personales del Perú (Ley N° 29733). Esta ley establece que ninguna información sobre los pacientes evaluados puede ser divulgada fuera del ámbito de la investigación para la que fue recopilada. Además, solo se incluyó a adultos que, al tener la capacidad de decidir, firmaron el consentimiento informado para participar en el estudio.

Es importante resaltar que toda la información recopilada con los instrumentos de investigación ha sido registrada en una hoja de Excel de manera honesta y precisa, sin ninguna manipulación que pudiera afectar el análisis. En la hoja de cálculo no se incluyó ningún dato personal de los participantes.

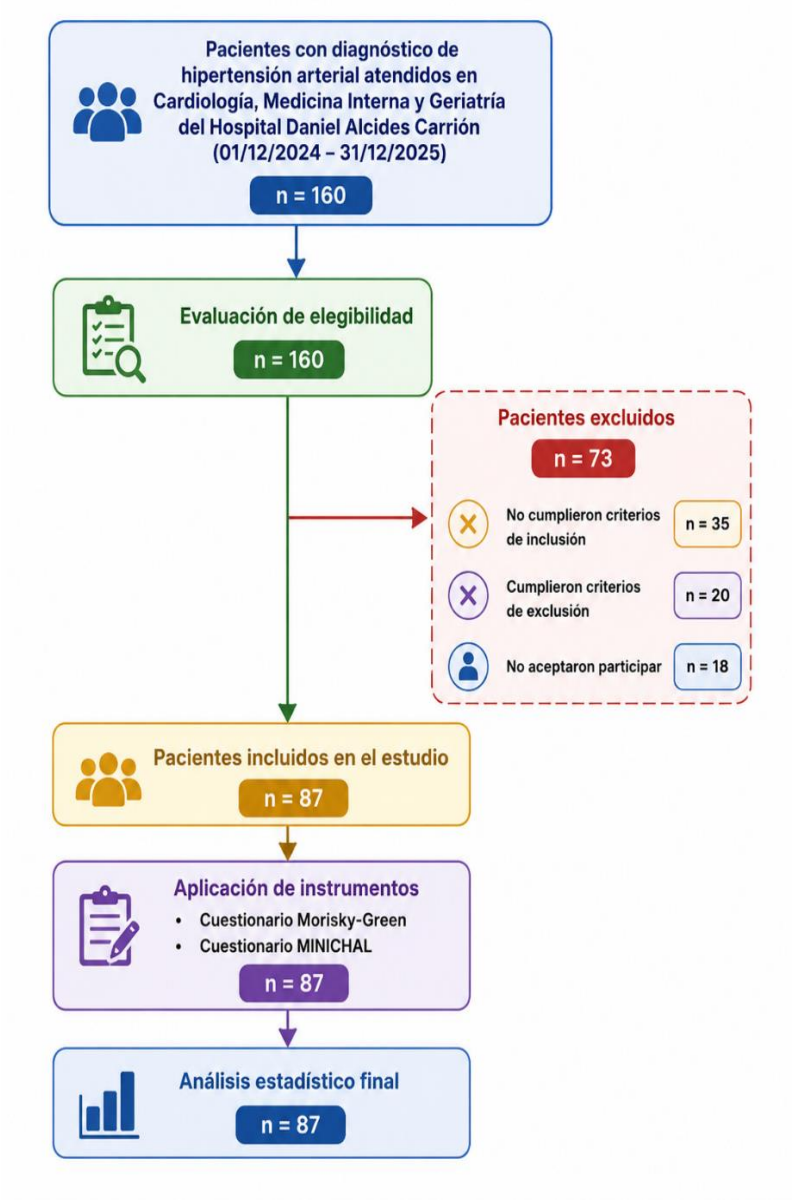
CAPITULO IV

RESULTADOS Y DISCUSIÓN

4.1. Descripción del trabajo de campo

La recolección de datos se llevó a cabo en pacientes con diagnóstico de hipertensión arterial atendidos en consultorio externo en los servicios de Cardiología, Medicina Interna y Geriatría del Hospital Daniel Alcides Carrión. Se incluyó un total de 87 pacientes, seleccionados mediante muestreo no probabilístico por conveniencia, considerando los criterios de inclusión y exclusión previamente establecidos.

Figura 2 . Flujograma de selección de participantes.



De un total de 160 pacientes con diagnóstico de hipertensión arterial atendidos en los servicios de Cardiología, Medicina Interna y Geriatría del Hospital Daniel Alcides Carrión durante el periodo de estudio, 73 fueron excluidos por no cumplir los criterios de selección o por no aceptar participar. Finalmente, 87 pacientes fueron incluidos en el análisis estadístico.

La información fue obtenida a través de la aplicación de los instrumentos de investigación, los cuales permitieron evaluar el nivel de adherencia al tratamiento y la calidad de vida de los participantes.

Asimismo, se recolectaron datos sociodemográficos como edad y sexo, los cuales fueron registrados en una ficha de recolección de datos diseñada para el estudio.

La aplicación de los instrumentos se realizó de manera directa a los pacientes, garantizando la confidencialidad de la información y el anonimato de los participantes. Previo a la recolección de datos, se obtuvo el consentimiento informado de los participantes

4.2. Presentación, análisis e interpretación de resultados

La muestra de estudio estuvo conformada por 87 pacientes con diagnóstico de hipertensión arterial. En relación con el sexo, predominó el sexo femenino con 64,37% (n=56), mientras que el sexo masculino representó el 35,63% (n=31). La edad de los participantes presentó una media de 63,15 ± 12,40 años, con una mediana de 64 años y un rango entre 24 y 87 años.

Figura 3. Distribución por edad

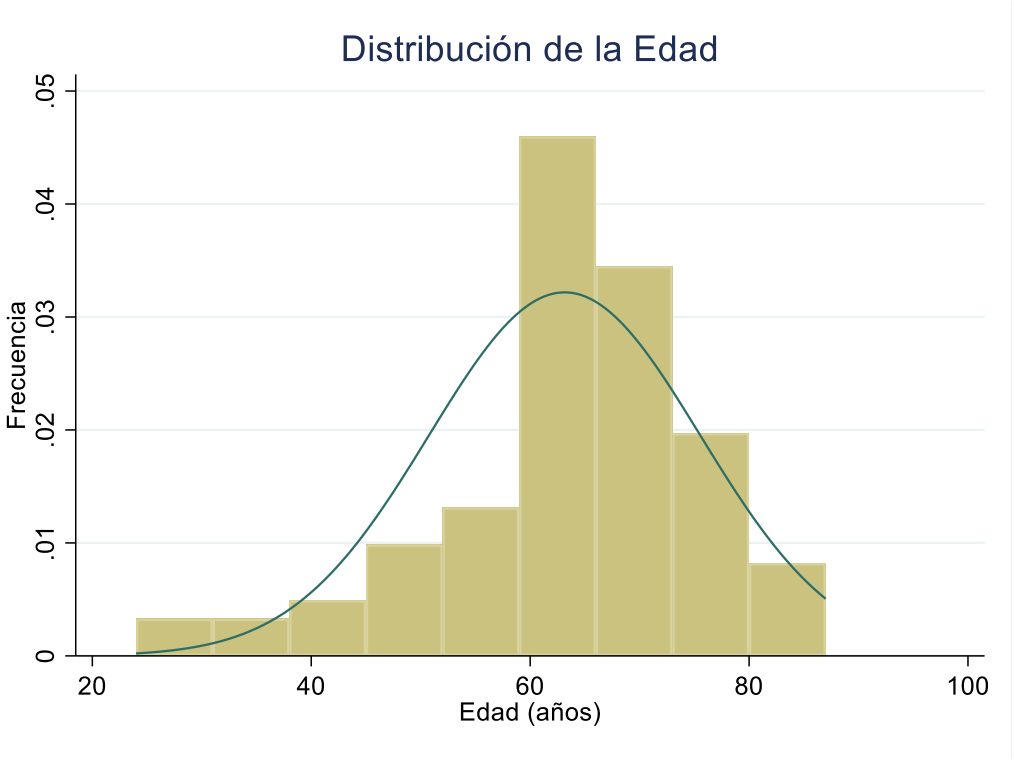


Figura 4. Distribución por sexo

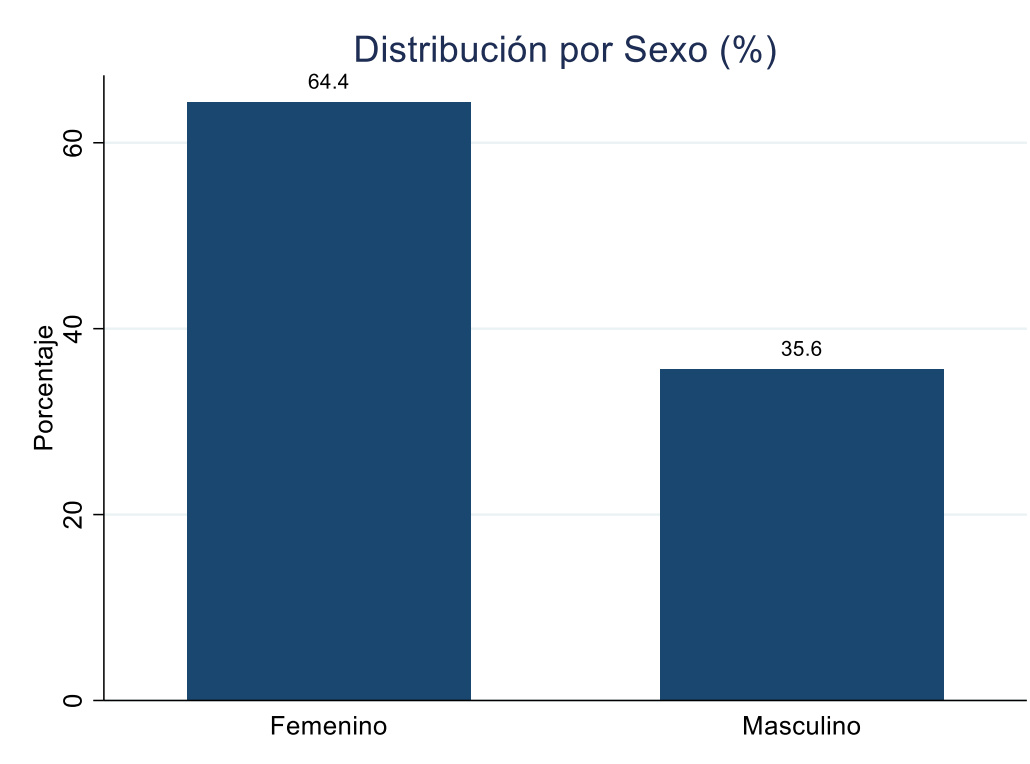
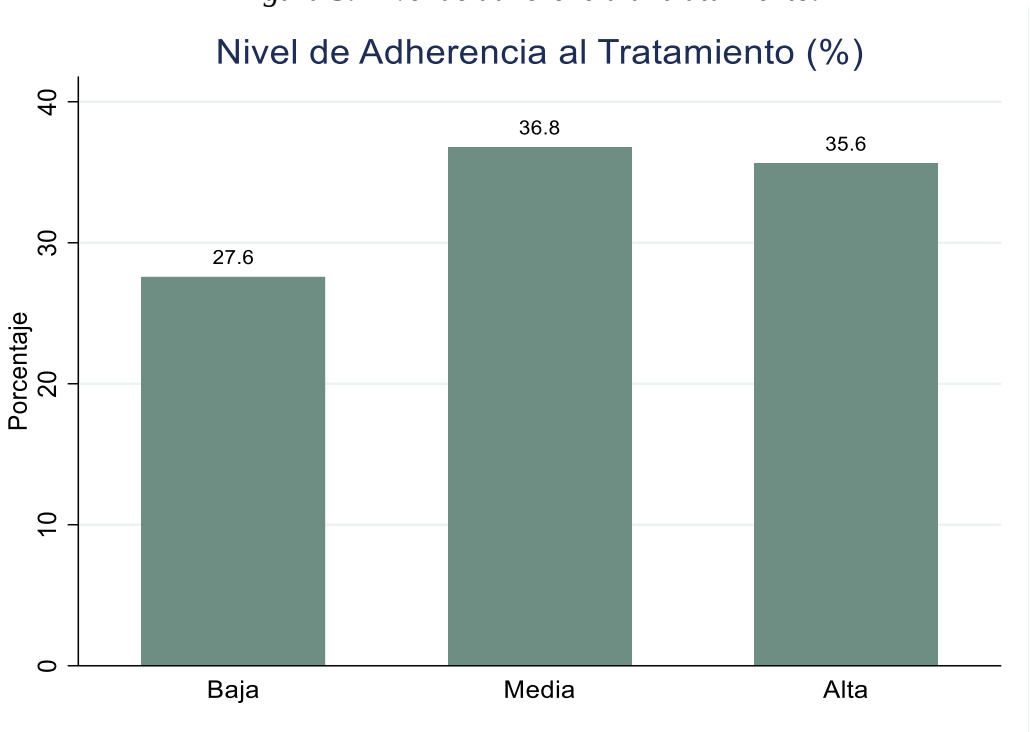


Tabla 3. Nivel de adherencia al tratamiento

Nivel de adherencia	n	%
Baja	24	27,59
Media	32	36,78
Alta	31	35,63
Total	87	100,00

Figura 5. Nivel de adherencia al tratamiento.

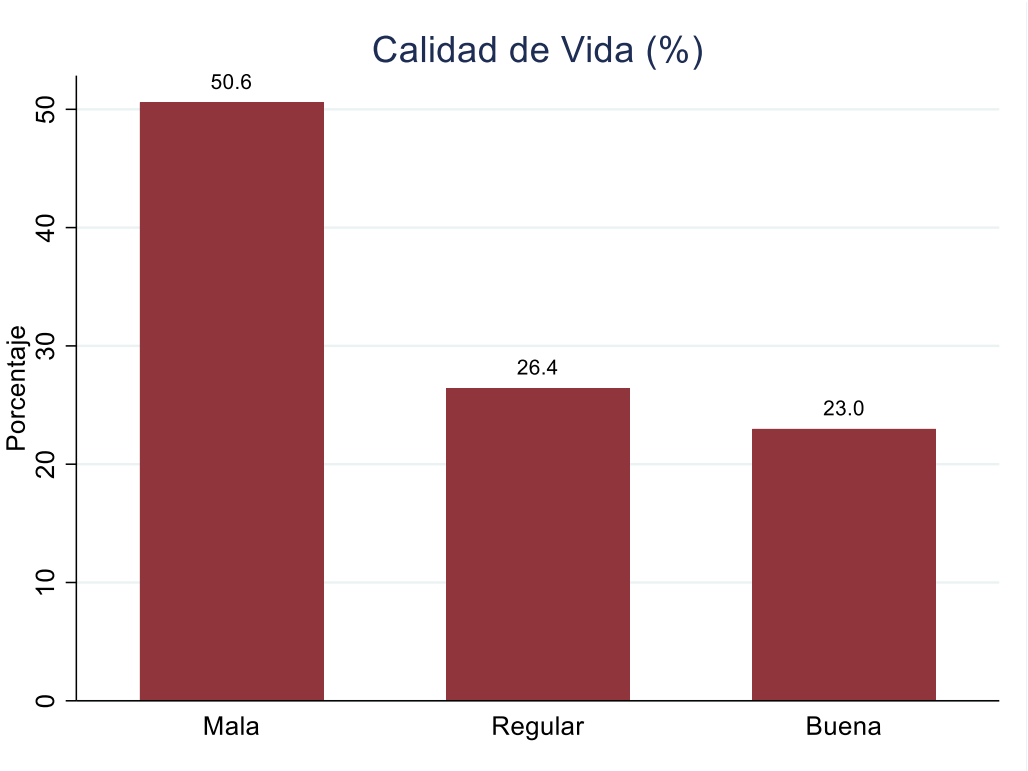


Interpretación: En cuanto al nivel de adherencia al tratamiento, el 27,59% (n=24) de los pacientes presentó adherencia baja, el 36,78% (n=32) adherencia media y el 35,63% (n=31) adherencia alta.

Tabla 4. Calidad de vida en los pacientes

CALIDAD DE VIDA	N	%
Mala	44	50,57
Regular	23	26,44
Buena	20	22,99
Total	87	100,00

Figura 6 . Distribución de la calidad de vida de los pacientes

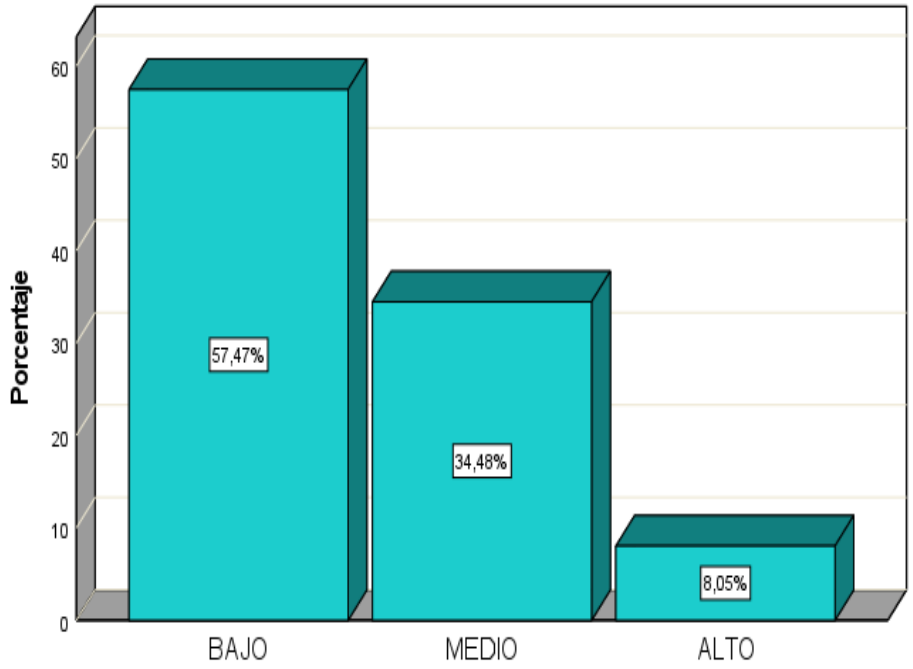


Interpretación: Respecto a la calidad de vida, el 50,57% (n=44) de los pacientes presentó mala calidad de vida, el 26,44% (n=23) calidad de vida regular y el 22,99% (n=20) buena calidad de vida.

Tabla 5. Dimensión de Calidad de Vida (Estado de ánimo)

		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válido	BAJO	50	57,5	57,5	57,5
	MEDIO	30	34,5	34,5	92,0
	ALTO	7	8,0	8,0	100,0
	Total	87	100,0	100,0	

Figura 7 . Distribución de la dimensión de Calidad de Vida (Estado de Ánimo)

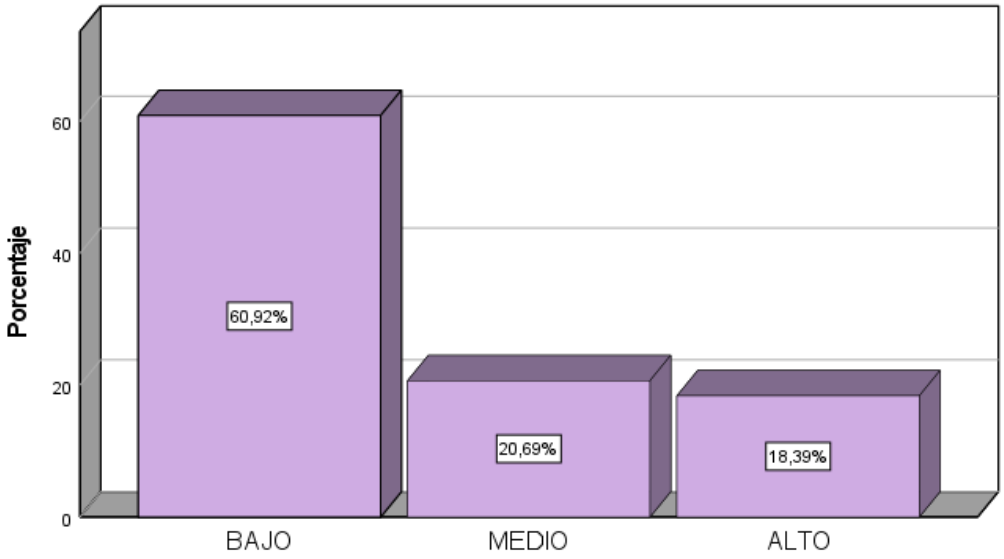


Interpretación: En la dimensión del Estado de Ánimo de la variable calidad de vida. Se observa que 50 participantes (57,5 %) presentan un nivel bajo, siendo la mayor proporción de pacientes, 30 participantes (34,5 %) presentan un nivel medio, mientras que solo 7 participantes (8,0 %) presentan un nivel alto.

Tabla 6. Dimensión de Calidad de Vida (Manifestaciones Somáticas)

		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válido	BAJO	53	60,9	60,9	60,9
	MEDIO	18	20,7	20,7	81,6
	ALTO	16	18,4	18,4	100,0
	Total	87	100,0	100,0	

Figura 8. Distribución de la dimensión de Calidad de Vida (Manifestaciones somáticas)



Interpretación: En la dimensión Manifestaciones somáticas de la variable calidad de vida, se observa que el 60,92 % de los participantes presenta un nivel bajo, constituyéndose en la categoría predominante. El 20,69 % presenta un nivel medio y el 18,39 % presenta un nivel alto. Estos resultados evidencian que la mayoría de los participantes presenta un nivel bajo de manifestaciones somáticas.

4.3. Prueba de hipótesis

Tabla 7. Prueba de normalidad de Adherencia al tratamiento y calidad de vida

	Kolmogorov-Smirnova		
	Estadístico	gl	Sig.
Calidad de Vida	,154	87	,001
Adherencia al tratamiento	,171	87	,001

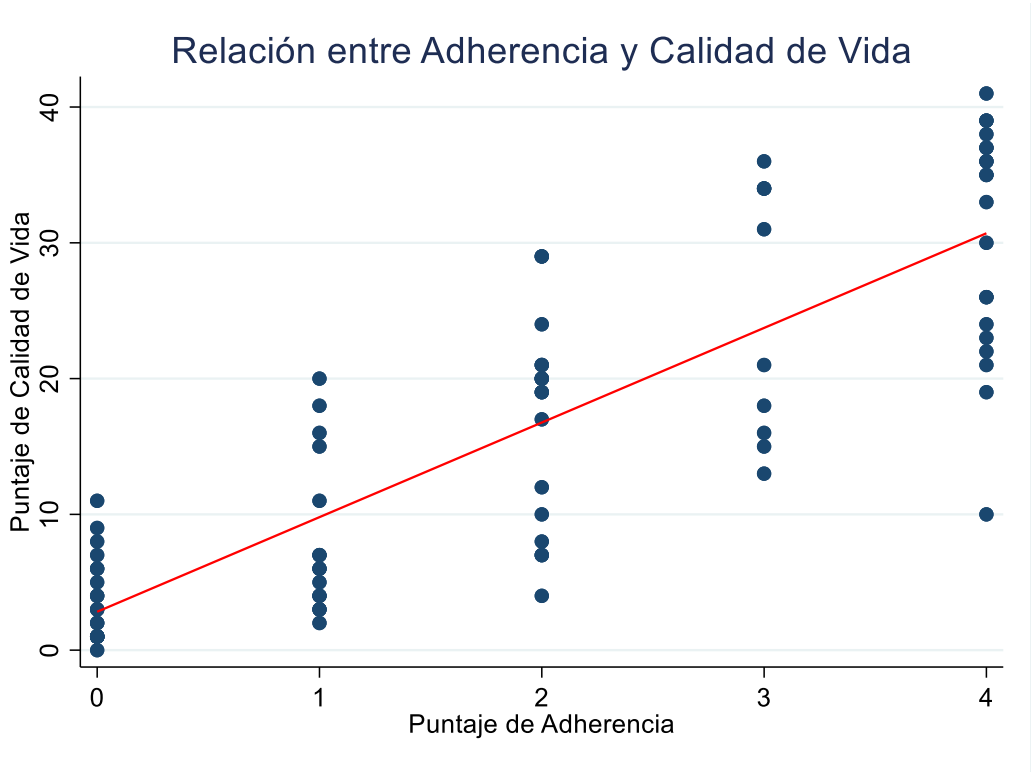
Interpretación: Se presentan los resultados de la prueba de normalidad de Kolmogorov-Smirnov (n > 50), donde las variables calidad de vida y adherencia al tratamiento obtuvieron una significancia de 0,001 (p < 0,05), evidenciando una distribución no normal de los datos. Por ello, se aplicó el coeficiente de correlación Rho de Spearman para la contrastación de hipótesis.

Tabla 8. Correlación entre puntajes de adherencia y calidad de vida

VARIABLES	RHO DE SPEARMAN	P
Puntaje de adherencia vs Puntaje de calidad de vida	0,8629	<0,001

Interpretación: Asimismo, se realizó un análisis de correlación de Spearman entre los puntajes de adherencia y calidad de vida, evidenciándose una correlación positiva muy fuerte y estadísticamente significativa (rho = 0,8629; p < 0,001).

Figura 9. Distribución de la calidad de vida en relación a la adherencia al tratamiento de los pacientes.



Interpretación: En el gráfico de dispersión se observa una asociación positiva entre los puntajes de adherencia al tratamiento y calidad de vida. La tendencia ascendente de la línea de regresión indica que los mayores valores del puntaje de adherencia se acompañan de mayores valores del puntaje obtenido en el instrumento de calidad de vida. Esta relación fue estadísticamente significativa y presentó una magnitud de correlación muy fuerte, de acuerdo con el coeficiente de correlación de Spearman (rho = 0,8629; p < 0,001).

Estos resultados evidencian una relación estadísticamente significativa entre la adherencia al tratamiento antihipertensivo y la calidad de vida en los pacientes evaluados. Sin embargo, la interpretación clínica de la dirección de esta asociación debe considerar el sistema de puntuación empleado para el MINICHAL, debido a que un

mayor puntaje del instrumento representa una mayor afectación de la calidad de vida relacionada con la salud.

4.4. Discusión de resultados

Relación entre adherencia al tratamiento y calidad de vida

Los resultados del presente estudio evidenciaron una asociación estadísticamente significativa entre la adherencia al tratamiento y la calidad de vida en pacientes con hipertensión arterial ($\chi^2 = 62,73$; $p < 0,001$), así como una correlación positiva muy fuerte entre los puntajes de ambas variables (rho = 0,8629; $p < 0,001$). Estos hallazgos indican que, a mayor adherencia terapéutica, mejor calidad de vida. La magnitud de la asociación observada en el presente estudio fue considerablemente alta, evidenciada por un coeficiente de correlación rho de Spearman de 0,8629. Este hallazgo sugiere que la adherencia terapéutica constituye uno de los factores estrechamente relacionados con la percepción de calidad de vida en los pacientes hipertensos evaluados. Aunque la naturaleza transversal del estudio no permite establecer causalidad, la intensidad de la asociación observada respalda la relevancia clínica de promover intervenciones orientadas a mejorar la adherencia al tratamiento.

Estos resultados son consistentes con múltiples estudios previos. En una revisión sistemática con metaanálisis que incluyó 20 estudios, se evidenció que la adherencia al tratamiento farmacológico se asocia con un incremento significativo en la calidad de vida, con una diferencia media de +9,24 puntos (IC95%: 8,16–10,33; $p < 0,00001$) (34). Asimismo, un estudio transversal en pacientes hipertensos demostró que una mejor adherencia al tratamiento se correlaciona positivamente con los dominios de calidad de vida ($p < 0,05$) (35).

De manera similar, un estudio realizado en población coreana con más de 6,000 pacientes encontró que la no adherencia al tratamiento antihipertensivo se asocia significativamente con peor calidad de vida relacionada con la salud (36).

En otro estudio en África, se reportó que los pacientes con baja adherencia presentaban puntuaciones notablemente menores en calidad de vida, especialmente en dominios físicos y de salud general (37). Además, investigaciones en población adulta mayor han demostrado que la calidad de vida también influye en la adherencia, evidenciando una relación bidireccional entre ambas variables ($p < 0,05$) (38). Esto refuerza la consistencia del hallazgo encontrado en el presente estudio.

La elevada asociación encontrada podría estar relacionada con las características de la población estudiada, compuesta principalmente por adultos mayores atendidos en servicios especializados de Cardiología, Medicina Interna y Geriatría. En este grupo poblacional, el adecuado cumplimiento terapéutico suele tener una repercusión directa sobre el control clínico de la enfermedad, la capacidad funcional y la percepción del bienestar general, aspectos estrechamente vinculados con la calidad de vida.

Plausibilidad biológica

Desde el punto de vista fisiopatológico, la relación entre adherencia terapéutica y calidad de vida es altamente plausible. La adecuada adherencia al tratamiento antihipertensivo permite un mejor control de la presión arterial, lo que reduce el riesgo de daño a órganos blanco como el corazón, cerebro y riñones (14).

El control adecuado de la presión arterial disminuye la progresión de enfermedades cardiovasculares, eventos cerebrovasculares y complicaciones renales, lo cual se traduce en una mejora en la capacidad funcional, bienestar físico y estabilidad emocional del paciente. Por el contrario, la baja adherencia conduce a un control

inadecuado de la enfermedad, aumentando la carga sintomática, el riesgo de hospitalización y la percepción negativa del estado de salud. En el presente estudio, se observó un gradiente claro: el 100% de los pacientes con baja adherencia presentó mala calidad de vida, mientras que el 61,29% de aquellos con alta adherencia presentó buena calidad de vida. Este patrón sugiere una relación directa y consistente entre ambas variables.

Este comportamiento coincide con lo reportado en la literatura, donde se ha descrito que la adherencia terapéutica actúa como un factor clave en los resultados clínicos y en la percepción de bienestar del paciente (39).

Impacto en salud pública

La hipertensión arterial constituye uno de los principales problemas de salud pública a nivel mundial, siendo un factor de riesgo mayor para enfermedades cardiovasculares, las cuales representan una de las principales causas de morbimortalidad. En este contexto, la baja adherencia al tratamiento representa una barrera crítica para el control de la enfermedad. Se estima que cerca del 50% de los pacientes hipertensos no son adherentes al tratamiento, lo que incrementa significativamente el riesgo de complicaciones y costos en salud (38) .

Los hallazgos del presente estudio tienen importantes implicancias en salud pública, ya que evidencian que mejorar la adherencia terapéutica no solo influye en el control clínico de la hipertensión, sino también en la calidad de vida de los pacientes. Esto sugiere que las intervenciones dirigidas a mejorar la adherencia como programas educativos, seguimiento continuo y estrategias de apoyo al paciente podrían generar beneficios tanto individuales como poblacionales. Además, el fortalecimiento de la adherencia terapéutica podría contribuir a la reducción de hospitalizaciones,

discapacidad y mortalidad asociada a enfermedades cardiovasculares, optimizando el uso de recursos en los sistemas de salud.

Limitaciones

Entre las limitaciones del presente estudio se encuentra el empleo de un muestreo no probabilístico por conveniencia, lo que limita la generalización de los resultados a otras poblaciones. Asimismo, debido al diseño transversal, no es posible establecer relaciones causales entre la adherencia al tratamiento y la calidad de vida, sino únicamente determinar la existencia de asociación entre ambas variables. Sin embargo, los hallazgos obtenidos constituyen evidencia relevante para futuras investigaciones analíticas y longitudinales en población hipertensa.

En conjunto, los resultados del presente estudio, respaldados por la evidencia científica disponible, confirman que la adherencia al tratamiento es un factor importante de la calidad de vida en pacientes con hipertensión arterial, constituyéndose en un eje clave para intervenciones clínicas y estrategias de salud pública.

CONCLUSIONES

1. Se determinó que existe una relación estadísticamente significativa entre la adherencia al tratamiento de la hipertensión arterial y la calidad de vida percibida por los pacientes adultos atendidos, obteniéndose un coeficiente de correlación Rho de Spearman de 0,8629, con un nivel de significancia de $p < 0,001$, evidenciando que ambas variables se encuentran asociadas en los pacientes estudiados lo que evidencia una asociación directa y estadísticamente significativa entre ambas variables.
2. Se identificó el nivel de adherencia al tratamiento antihipertensivo en los pacientes adultos con hipertensión arterial, encontrándose que el 36,78% presentó un nivel de adherencia media, el 35,63% un nivel de adherencia alta y el 27,59% un nivel de adherencia baja. Por lo tanto, predominó el nivel de adherencia media en la población estudiada.
3. Se analizó el nivel de calidad de vida de los pacientes adultos con hipertensión arterial, encontrándose que el 50,57% presentó una calidad de vida mala, el 26,44% una calidad de vida regular y el 22,99% una calidad de vida buena, evidenciándose que los pacientes sin adherencia al tratamiento presentaron mala calidad de vida.
4. La distribución de los pacientes según los niveles de ambas variables mostró un gradiente favorable, observándose una mayor proporción de pacientes con buena calidad de vida entre quienes presentaron mayor adherencia al tratamiento, mientras que la mala calidad de vida fue más frecuente entre aquellos con menor adherencia.

RECOMENDACIONES

1. Al personal de salud de los servicios de Cardiología, Medicina Interna y Geriatría del Hospital Regional Daniel Alcides Carrión, fortalecer las actividades de educación sanitaria dirigidas a los pacientes con hipertensión arterial, enfatizando la importancia del cumplimiento terapéutico y del seguimiento continuo del tratamiento farmacológico.
2. A las autoridades del Hospital implementar estrategias de seguimiento y monitoreo de la adherencia al tratamiento antihipertensivo, con el fin de identificar oportunamente a los pacientes con riesgo de incumplimiento terapéutico y prevenir complicaciones asociadas a la enfermedad.
3. A los pacientes con hipertensión arterial y sus familiares, participar activamente en las actividades educativas y de control médico programadas, promoviendo una adecuada adherencia al tratamiento y estilos de vida saludables que contribuyan a mejorar su calidad de vida.
4. A futuros investigadores, realizar estudios longitudinales o prospectivos que permitan evaluar la evolución de la adherencia al tratamiento y su influencia sobre la calidad de vida en pacientes con hipertensión arterial, considerando además otros factores clínicos y sociodemográficos asociados.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Instituto Nacional de Estadística e Informática. Perú: enfermedades no transmisibles y transmisibles, 2024 [Internet]. Lima: INEI; 2025 [citado 27 mar 2026]. Disponible en: https://www.gob.pe/institucion/inei/informes-publicaciones/6813669-peru-enfermedades-no-transmisibles-y-transmisibles-2024
2. Carhuallanqui R, Diestra-Cabrera G, Tang-Herrera J, Málaga G. Adherencia al tratamiento farmacológico en pacientes hipertensos atendidos en un hospital general. Rev Med Hered. 2010;21(4):197-201.
3. Ministerio de Salud del Perú. Campaña para la prevención de la hipertensión arterial [Internet]. Lima: MINSA; 2025 [citado 27 mar 2026]. Disponible en: https://www.gob.pe/institucion/minsa/campa%C3%B1as/74795-campana-para-la-prevencion-de-la-hipertension-arterial
4. World Health Organization. Adherence to long-term therapies: evidence for action. Geneva: WHO; 2003.
5. López Vázquez SA, Chávez Vega R. Adherencia al tratamiento antihipertensivo en pacientes mayores de 60 años. Rev Haban Cienc Med. 2016;15(1):40-50.
6. Tamang S, Shrestha B, Bhandari B. Medication adherence and health-related quality of life among hypertensive patients in a tertiary care center in Lalitpur, Nepal. Patient Prefer Adherence. 2024;18:2101-2111. doi:10.2147/PPA.S476104.
7. Sahury S, Castellanos-Ulloa AP, Díaz-Valle DJ, Bonilla S, Maradiaga R, Maradiaga EJ. Adherencia al tratamiento antihipertensivo y calidad de vida en instituciones de segundo nivel de atención. Rev Méd Hondur. 2024;92(2):123-129. doi:10.5377/rmh.v92i2.19720
8. Dhakal A, KC T, Neupane M. Adherence to lifestyle modifications and its associated factors in hypertensive patients. J Clin Nurs. 2022;31(15-16):2181-2188. doi:10.1111/jocn.16033.

9. Conte E, Morales Y, Niño C, Zamorano C, Benavides M, Donato M, et al. La adherencia a los medicamentos en pacientes hipertensos y en muestra de la población general. Rev OFIL. 2020;30(4):313-323. https://dx.doi.org/10.4321/s1699-714x2020000400011.
10. Alsaqabi YS, Rabbani U. Medication adherence and its association with quality of life among hypertensive patients attending primary health care centers in Saudi Arabia. Cureus. 2020;12(12):e11853. https://doi.org/10.7759/cureus.11853
11. Intimayta-Escalante C, Quintana-García LA. Socioeconomic inequalities in non-adherence to antihypertensive medication in Peru. Med Clin Soc. 2024;8(3):333-343. https://doi.org/10.52379/mcs.v8i3.460
12. Ortiz-Saavedra B, Montes-Madariaga ES, Moreno-Loaiza O, Toro-Huamanchumo CJ. Hypertension subtypes at high altitude in Peru: analysis of the Demographic and Family Health Survey 2016-2019. PLoS One. 2024;19(4):e0300457. https://doi.org/10.1371/journal.pone.0300457
13. Quispe Flores FR. Adherencia al tratamiento farmacológico asociada a la calidad de vida en pacientes con hipertensión arterial del Centro de Salud José Antonio Encinas Puno, 2025 [tesis en Internet]. Puno: Universidad Nacional del Altiplano; 2025 [citado 27 mar 2026]. Disponible en: https://repositorio.unap.edu.pe/handle/20.500.14082/24753
14. Chambi BP, Limachi REM. Adherencia terapéutica y calidad de vida en pacientes hipertensos que acuden a un hospital de la ciudad de Juliaca. Rev Cient Cienc Salud. 2025;18(1):10-17. https://doi.org/10.17162/rccs.v18i1.2106
15. Velásquez Montenegro Á, Dávila Uriarte M, Valladares-Garrido MJ. Factores asociados a la no adherencia al tratamiento antihipertensivo en un hospital del Seguro Social de Salud de Chiclayo durante el estado de emergencia sanitaria por COVID-19. Rev Cuerpo Med HNAAA. 2022;15(1):11-18. https://doi.org/10.35434/rcmhnaaa.2022.151.1169

16. Pocohuanca-Ancco L, Villacorta J, Hurtado-Roca Y. Factores asociados a la no-adherencia al tratamiento farmacológico antihipertensivo en pacientes de un hospital del seguro social. Rev Cuerpo Med HNAAA. 2021;14(3):316-321. doi:10.35434/rcmhnaaa.2021.143.1252.
17. National Heart, Lung, and Blood Institute. Presión arterial alta: ¿qué es la presión arterial alta? [Internet]. Bethesda: NHLBI; 2024 [citado 27 mar 2026]. Disponible en: https://www.nhlbi.nih.gov/es/salud/presion-arterial-alta
18. Timsina YP, Pandey P, Mondal IH, Dar AH. Non-pharmacological management of hypertension: a systematic review. Food Chem Adv. 2023;3:100406.doi:10.1016/j.focha.2023.100406.
19. Wald DS, Law M, Morris JK, Bestwick JP, Wald NJ. Combination therapy versus monotherapy in reducing blood pressure: meta-analysis on 11 000 participants from 42 trials. Am J Med. 2009;122(3):290-300. doi:10.1016/j.amjmed.2008.09.038.
20. Martín Alfonso L. Acerca del concepto de adherencia terapéutica. Rev Cubana Salud Pública. 2004;30(4).
21. Cisneros NS. Adherencia terapéutica en hipertensión arterial sistémica. Rev Mex Enf Cardiol. 2006;14(3):98-101.
22. Morisky DE, Green LW, Levine DM. Concurrent and predictive validity of a self-reported measure of medication adherence. Med Care. 1986;24(1):67-74. doi:10.1097/00005650-198601000-00007.
23. Redacción. Calidad en el Sistema Nacional de Salud, un objetivo a largo plazo, tema central del número de diciembre de la Revista El Médico. El Médico Interactivo [Internet]. 2011 [citado 27 mar 2026]. Disponible en: https://elmedicointeractivo.com/calidad-sistema-nacional-salud-objetivo-largo-plazo-tema-central-numero-diciembre-revista-medico-20110826202659101320/

24. Stergiou G, Palatini P, Asmar R, de la Sierra A, Myers M, Shennan A, et al. Blood pressure measurement and hypertension diagnosis in the 2017 US guidelines. Hypertension. 2018;71(6):963-965. doi:10.1161/HYPERTENSIONAHA.118.10853.
25. Hasan AA, Ismail A, Noor H. The influence of social support on self-care behavior among T2DM patients. SAGE Open Nurs. 2024;10:23779608231219137. doi:10.1177/23779608231219137.
26. Vrijens B, De Geest S, Hughes DA, Przemyslaw K, Demonceau J, Ruppar T, et al. A new taxonomy for describing and defining adherence to medications. Br J Clin Pharmacol. 2012;73(5):691-705. doi:10.1111/j.1365-2125.2012.04167.x.
27. Rojas JAH, Noa LLT, Flores WAM. Epistemología de las investigaciones cuantitativas y cualitativas. Horiz Cienc. 2022;12(23):27-47.
28. Morisky DE, Ang A, Krousel-Wood M, Ward HJ. Predictive validity of a medication adherence measure in an outpatient setting. J Clin Hypertens (Greenwich). 2008;10(5):348-354. doi:10.1111/j.1751-7176.2008.07572.x.
29. Pagès-Puigdemont N, Valverde-Merino MI. Métodos para medir la adherencia terapéutica. Ars Pharm. 2018;59(3):163-172. doi:10.30827/ars.v59i3.7387.
30. Beyhaghi H, Reeve BB, Rodgers JE, Stearns SC. Psychometric properties of the four-item Morisky Green Levine Medication Adherence Scale among Atherosclerosis Risk in Communities Study (ARIC) participants. Value Health. 2016;19(8):996-1001. doi:10.1016/j.jval.2016.07.001.
31. Soares SM, Diniz MQA, Davino DMBMC, Albieri FB, Santos AS, Jesus EMS, et al. The Simplified Medication Adherence Questionnaire: validation of a Brazilian-Portuguese version in hypertensive adults. **Front Pharmacol**. 2024;15:1348917. doi:10.3389/fphar.2024.1348917.

32. Dalfó i Baqué A, Badia i Llach X, Roca-Cusachs A. Cuestionario de calidad de vida en hipertensión arterial (CHAL). **Aten Primaria**. 2002;29(2):116-121.
33. Jordan AN, Anning C, Wilkes L, Ball C, Pamphilon N, Clark CE, et al. Cross-cultural adaptation of the Spanish MINICHAL instrument into English for use in the United Kingdom. **Health Qual Life Outcomes**. 2022;20(1):39. doi:10.1186/s12955-022-01943-9.
34. Souza ACC, Borges JWP, Moreira TMM. Quality of life and treatment adherence in hypertensive patients: systematic review with meta-analysis. **Rev Saude Publica**. 2016;50:71. doi:10.1590/S1518-8787.2016050006415.
35. Jneid S, Jabbour H, Hajj A, Sarkis A, Licha H, Hallit S, et al. Quality of life and its association with treatment satisfaction, adherence to medication, and trust in physician among patients with hypertension: a cross-sectional designed study. **J Cardiovasc Pharmacol Ther**. 2018;23(6):532-542. doi:10.1177/1074248418784292.
36. Kim KY. Association between health-related quality of life and nonadherence to antihypertensive medication. **Nurs Open**. 2023;10(6):3570-3578. doi:10.1002/nop2.1599.
37. Muyisa R, Watumwa E, Mataula D, Nzanzu A, Ngavo A, Kanduki R, et al. Quality of life and medication adherence of hypertensive patients in Eastern DR Congo: a cross-sectional study. **Clin Epidemiol Glob Health**. 2025;34:102083. doi:10.1016/j.cegh.2025.102083.
38. Uchmanowicz B, Chudiak A, Mazur G. The influence of quality of life on the level of adherence to therapeutic recommendations among elderly hypertensive patients. **Patient Prefer Adherence**. 2018;12:2593-2603. doi:10.2147/PPA.S182172.
39. Alhaddad IA, Hamoui O, Hammoudeh A, Mallat S. Treatment adherence and quality of life in patients on antihypertensive medications in a Middle Eastern population. **Vasc Health Risk Manag**. 2016;12:407-413. doi:10.2147/VHRM.S105921.

40. Matta-Zamudio LS. Adherencia terapéutica y calidad de vida en hipertensos que acuden a una clínica privada ubicada en Comas. **Rev Cuidado Salud Pública**. 2023;3(2):47-52. doi:10.53684/csp.v3i2.83.
41. Mendoza Suclupe M. Adherencia al tratamiento y calidad de vida en hipertensos que acuden a la consulta médica en un establecimiento de salud en Lima Norte, 2023 [tesis en Internet]. Lima: Universidad; 2023 [citado 2 jun 2026]. Disponible en: http://hdl.handle.net/20.500.12872/819
42. Badia X, Roca-Cusachs À, Dalfó A, Gascón G, Abellán J, Lahoz R, et al. Validation of the short form of the Spanish hypertension quality of life questionnaire (MINICHAL). **Clin Ther**. 2002;24(12):2137-2154. doi:10.1016/S0149-2918(02)80103-5.

ANEXOS

Anexo 1. Instrumentos de Recolección de Datos

Cuestionario de adherencia al tratamiento Morisky-Green (MMAS-4)

TEST DE MORISKY GREE (MMAS-4)

N°	Preguntas	SI	NO
1	¿Se olvida de tomar alguna vez los medicamentos para la hipertensión?		
2	¿Toma los medicamentos a la hora indicada?		
3	Cuándo se encuentra bien, ¿deja de tomar la medicación?		
4	¿Si alguna vez le sientan mal, ¿deja de tomarla?		

Ficha Técnica del instrumento:

- Autor original: Morisky DE, Green LW y Levine DM. (22)
- Estudio donde se usó:
  - Adherencia terapéutica y calidad de vida en hipertensos que acuden a una clínica privada ubicada en Comas, Lima 2023 (40).
  - Tesis. Adherencia al tratamiento y calidad de vida en hipertensos que acuden a la consulta médica en un establecimiento de salud en Lima Norte, 2023 (41).
- Objetivo: Evaluar la adherencia al tratamiento farmacológico en pacientes con enfermedades crónicas.
- Descripción: Instrumento compuesto por cuatro preguntas dicotómicas (Sí/No), ampliamente utilizado para valorar la adherencia terapéutica.

Cuestionario de calidad de vida MINICHAL

Cuestionario MINICHAL

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

Ficha Técnica del instrumento:

- Autor original: Badia X, Roca-Cusachs A, Dalfó A y colaboradores (42).
- Estudio donde se usó:
    - Artículo. Adherencia terapéutica y calidad de vida en hipertensos que acuden a una clínica privada ubicada en Comas, Lima 2023 (40).
    - Tesis. Adherencia al tratamiento y calidad de vida en hipertensos que acuden a la consulta médica en un establecimiento de salud en Lima Norte, 2023 (41).
- Objetivo: Evaluar la calidad de vida relacionada con la salud en pacientes con hipertensión arterial.
- Descripción: Instrumento específico para hipertensión arterial compuesto por 16 ítems distribuidos en dimensiones relacionadas con el estado mental y las manifestaciones somáticas.

Nota: Los cuestionarios Morisky-Green (MMAS-4) y MINICHAL corresponden a instrumentos previamente validados y utilizados internacionalmente para la evaluación de la adherencia terapéutica y la calidad de vida en pacientes con hipertensión arterial. La investigadora únicamente realizó la compilación y aplicación de los instrumentos en la población estudiada.

Anexo 2. Aprobaciones por parte de expertos temáticos

UNIVERSIDAD NACIONAL DANIEL ALCIDES CARRION
FACULTAD DE MEDICINA HUMANA
ESCUELA DE FORMACION PROFESIONAL DE MEDICINA HUMANA

Titulo del Proyecto: Relación entre la adherencia al tratamiento y la calidad de vida en los pacientes con Hipertensión arterial en el Hospital Daniel Alcides Carrión durante el período 2024-2025

Nombre del Investigador: Yeraldine Drilsen, ALANIA GOMEZ

Juez Experto(a): JAIME MAURICIO VASQUEZ ORREGO_____

Criterios de evaluacion del instrumento:
Por favor, evalue cada criterio utiliando la siguiente escala:

N°	Indicadores	Definicion	Valores				
			0	0.5	1	1.5	2
1.	Claridad	Esta formulado con lenguaje apropiado					X
2.	Objetividad	Permite recabar datos o conductas observables					X
3.	Actualidad	Corresponde al estado actual de los conocimientos					X
4.	Organizacion	Existe organizacion logica					X
5.	Suficiencia	Evalua las dimensiones de las variables de cantidad y calidad					X
6.	Intencionalidad	Adecuado para alcanzar objetivos el estudio					X
7.	Consistencia	Basado en el aspecto, teorico cientifico y del tema del estudio					X
8.	Coherencia	Con las variables, dimensiones e indicadores					X
9.	Metodologia	Responde al metodo, tipo de diseño y enfoque del estudio					X
10.	Conveniencia	Permite un adecuado levantamientode la informacion					X
Subtotal							20
Total							20

2= Excelente 1.5= Muy bueno 1=Bueno 0.5= Regular 0=Deficiente

Criterios de evaluacion	Valoracion cuantitativa	Valoracion cualitativa	Opinion de aplicabilidad
	17 – 20	Aprobado	Valido – Aplicar
	11 – 16	Observado	No valido – Subsanar
	0 – 10	Rechazado	No valido - Replantear

Opinión de aplicabilidad: APROBADO - APLICABLE



Fecha:31/03/2026___

Firma del experto

DNI: 47172575

UNIVERSIDAD NACIONAL DANIEL ALCIDES CARRION
FACULTAD DE MEDICINA HUMANA
ESCUELA DE FORMACION PROFESIONAL DE MEDICINA HUMANA

Titulo del Proyecto: Relación entre la adherencia al tratamiento y la calidad de vida en los pacientes con Hipertensión arterial en el Hospital Daniel Alcides Carrión durante el período 2024-2025

Nombre del Investigador: Yeraldine Drilsen, ALANIA GOMEZ

Juez Experto(a): MIGUEL JESUS ADUVIRE CHECANI

Criterios de evaluacion del instrumento:
Por favor, evalue cada criterio utiliando la siguiente escala:

N°	Indicadores	Definicion	Valores				
			0	0.5	1	1.5	2
1.	Claridad	Esta formulado con lenguaje apropiado					x
2.	Objetividad	Permite recabar datos o conductas observables					x
3.	Actualidad	Corresponde al estado actual de los conocimientos					x
4.	Organizacion	Existe organizacion logica					x
5.	Suficiencia	Evalua las dimensiones de las variables de cantidad y calidad					x
6.	Intencionalidad	Adecuado para alcanzar objetivos el estudio					x
7.	Consistencia	Basado en el aspecto, teorico cientifico y del tema del estudio					x
8.	Coherencia	Con las variables, dimensiones e indicadores					x
9.	Metodologia	Responde al metodo, tipo de diseño y enfoque del estudio					x
10.	Conveniencia	Permite un adecuado levantamientode la informacion					x
Subtotal							20
Total							20

2= Excelente 1.5= Muy bueno 1=Bueno 0.5= Regular 0=Deficiente

Criterios de evaluacion	Valoracion cuantitativa	Valoracion cualitativa	Opinion de aplicabilidad
	17 – 20	Aprobado	Valido – Aplicar
	11 – 16	Observado	No valido – Subsanar
	0 – 10	Rechazado	No valido - Replantear

Opinión de aplicabilidad: APROBADO – VALIDO

Fecha: 31/03/26

MIGUEL JESUS ADUVIRE CHECANI
Médico Cardiólogo
CMP 75493 RNE 50212 RNAA08892

Firma del experto

DNI: 44208287

UNIVERSIDAD NACIONAL DANIEL ALCIDES CARRION
FACULTAD DE MEDICINA HUMANA
ESCUELA DE FORMACION PROFESIONAL DE MEDICINA HUMANA

Titulo del Proyecto: Relación entre la adherencia al tratamiento y la calidad de vida en los pacientes con Hipertensión arterial en el Hospital Daniel Alcides Carrión durante el período 2024-2025

Nombre del Investigador: Yeraldine Drilsen, ALANIA GOMEZ

Juez Experto(a): Melissa Bringas Cordova

Criterios de evaluacion del instrumento:
Por favor, evalue cada criterio utiliando la siguiente escala:

N°	Indicadores	Definicion	Valores				
			0	0.5	1	1.5	2
1.	Claridad	Esta formulado con lenguaje apropiado					X
2.	Objetividad	Permite recabar datos o conductas observables					X
3.	Actualidad	Corresponde al estado actual de los conocimientos					X
4.	Organizacion	Existe organizacion logica				X	
5.	Suficiencia	Evalua las dimensiones de las variables de cantidad y calidad				X	
6.	Intencionalidad	Adecuado para alcanzar objetivos el estudio					X
7.	Consistencia	Basado en el aspecto, teorico cientifico y del tema del estudio					X
8.	Coherencia	Con las variables, dimensiones e indicadores				X	
9.	Metodologia	Responde al metodo, tipo de diseño y enfoque del estudio				X	
10.	Conveniencia	Permite un adecuado levantamientode la informacion					X
Subtotal						6	12
Total							18

2= Excelente 1.5= Muy bueno 1=Bueno 0.5= Regular 0=Deficiente

Criterios de evaluacion	Valoracion cuantitativa	Valoracion cualitativa	Opinion de aplicabilidad
	17 – 20	Aprobado	Valido – Aplicar
	11 – 16	Observado	No valido – Subsanar
	0 – 10	Rechazado	No valido - Replantear

Opinión de aplicabilidad: El instrumento presenta adecuada claridad, coherencia y consistencia metodologia. Se considera valido su aplicacion, con recomendaciones de mejora en redaccion

Fecha: 30/03/26

Melissa Guilliana Briggas Cordova
Médico Geriatra
CMP. 67640 - RNE. 047296

Firma del experto

DNI: 45201995

UNIVERSIDAD NACIONAL DANIEL ALCIDES CARRION
FACULTAD DE MEDICINA HUMANA
ESCUELA DE FORMACION PROFESIONAL DE MEDICINA HUMANA

Titulo del Proyecto: Relación entre la adherencia al tratamiento y la calidad de vida en los pacientes con Hipertensión arterial en el Hospital Daniel Alcides Carrión durante el período 2024-2025

Nombre del Investigador: Yeraldine Drilsen, ALANIA GOMEZ

Juez Experto(a): CARLOS A. HUAMANCAYO INGA

Criterios de evaluacion del instrumento:
Por favor, evalue cada criterio utiliando la siguiente escala:

N°	Indicadores	Definicion	Valores				
			0	0.5	1	1.5	2
1.	Claridad	Esta formulado con lenguaje apropiado					X
2.	Objetividad	Permite recabar datos o conductas observables					X
3.	Actualidad	Corresponde al estado actual de los conocimientos					X
4.	Organizacion	Existe organizacion logica					X
5.	Suficiencia	Evalua las dimensiones de las variables de cantidad y calidad					X
6.	Intencionalidad	Adecuado para alcanzar objetivos el estudio					X
7.	Consistencia	Basado en el aspecto, teorico cientifico y del tema del estudio					X
8.	Coherencia	Con las variables, dimensiones e indicadores					X
9.	Metodologia	Responde al metodo, tipo de diseño y enfoque del estudio					X
10.	Conveniencia	Permite un adecuado levantamientode la informacion					X
Subtotal							
Total							20

2= Excelente 1.5= Muy bueno 1=Bueno 0.5= Regular 0=Deficiente

Criterios de evaluacion	Valoracion cuantitativa	Valoracion cualitativa	Opinion de aplicabilidad
	17 – 20	Aprobado	Valido – Aplicar
	11 – 16	Observado	No valido – Subsanar
	0 – 10	Rechazado	No valido - Replantear

Opinión de aplicabilidad: SI ES APLICABLE A PACIENTES HIPERTENSOS

Fecha: 09/04/26

Carlos Alberto Huamancayo Inga
MEDICO CIRUJANO
CMP: 8484 2

Firma del experto

DNI: 47640597

UNIVERSIDAD NACIONAL DANIEL ALCIDES CARRION
FACULTAD DE MEDICINA HUMANA
ESCUELA DE FORMACION PROFESIONAL DE MEDICINA HUMANA

Titulo del Proyecto: Relación entre la adherencia al tratamiento y la calidad de vida en los pacientes con Hipertensión arterial en el Hospital Daniel Alcides Carrión durante el periodo 2024-2025

Nombre del Investigador: Yeraldine Drilsen, ALANIA GOMEZ

Juez Experto(a): JHONATAN SANCHEZ PORTA

Criterios de evaluacion del instrumento:
Por favor, evalue cada criterio utiliando la siguiente escala:

N°	Indicadores	Definicion	Valores				
			0	0.5	1	1.5	2
1.	Claridad	Esta formulado con lenguaje apropiado					✓
2.	Objetividad	Permite recabar datos o conductas observables					✓
3.	Actualidad	Corresponde al estado actual de los conocimientos					✓
4.	Organizacion	Existe organizacion logica					✓
5.	Suficiencia	Evalua las dimensiones de las variables de cantidad y calidad					✓
6.	Intencionalidad	Adecuado para alcanzar objetivos el estudio					✓
7.	Consistencia	Basado en el aspecto, teorico cientifico y del tema del estudio					✓
8.	Coherencia	Con las variables, dimensiones e indicadores					✓
9.	Metodologia	Responde al metodo, tipo de diseño y enfoque del estudio					✓
10.	Conveniencia	Permite un adecuado levantamientode la informacion					✓
Subtotal							20
Total							20

2= Excelente 1.5= Muy bueno 1=Bueno 0.5= Regular 0=Deficiente

Criterios de evaluacion	Valoracion cuantitativa	Valoracion cualitativa	Opinion de aplicabilidad
	17 – 20	Aprobado	Valido – Aplicar
	11 – 16	Observado	No valido – Subsanar
	0 – 10	Rechazado	No valido - Replantear

Opinión de aplicabilidad: Instrumento Adecuado – Aplicable

Fecha: 12-04-2026

Dr. Jhonatan A. Sanchez Porta
MEDICO CIRUJANO
CMP 096645

Firma del experto

DNI: 43350083

Anexo 3. Constancia de Recolección de Datos



"Año De La Esperanza y el Fortalecimiento de la Democracia"

El que suscribe, Director del Hospital Regional "Daniel Alcides Carrión", en coordinación con la Unidad de Apoyo a la Docencia e Investigación, deja:

CONSTANCIA

Que la Srta. **ALANIA GOMEZ Yeraldine Drilsen**, identificada con DNI. Nº 72614593, Egresada de la Escuela de Formación Profesional de Medicina Humana de la Universidad Nacional Daniel Alcides Carrión, ha realizado la recolección de datos del Proyecto de Tesis titulado "Relación entre la adherencia al tratamiento y la calidad de vida en los pacientes con hipertensión arterial en el Hospital Daniel Alcides Carrion durante el periodo 2024-2025", realizado en el servicio de estadística e informática del Hospital Daniel Alcides Carrión

Demostrando interés, eficiencia, responsabilidad y vocación de servicio, concluyendo de manera satisfactoria con la recolección de datos de historias clínicas existentes en nuestra Institución.

Se expide el presente a solicitud del interesado, para los fines que cree conveniente.

GOBIERNO REGIONAL PASCO
DIRECCION REGIONAL DE SALUD PASCO
HOSPITAL REGIONAL DANIEL ALCIDES CARRION GARCIA - PASCO
Dr. Matt Al CHANG PARIARAZA
JEFE DE LA UNIDAD DE APOYO A LA DOCENCIA E INVESTIGACION
CMP 096922

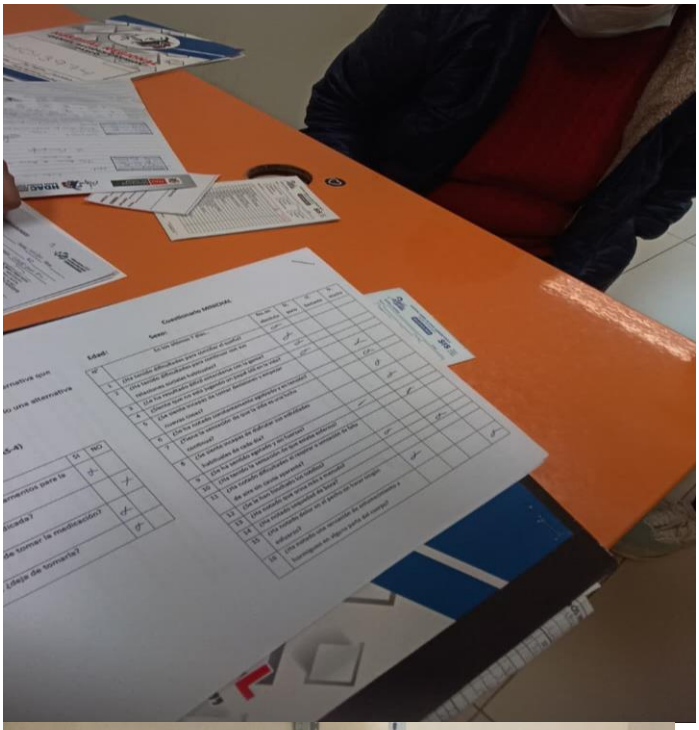
Cerro de Pasco, 29 de abril de 2026

GOBIERNO REGIONAL DE PASCO
DIRECCION REGIONAL DE SALUD PASCO
HOSPITAL REGIONAL DANIEL ALCIDES CARRION GARCIA PASCO
Dr. Cristhian Paul CARDOSO RODRIGUEZ
DIRECTOR GENERAL
CMP 58114 - RNE 41181

DIRECCIÓN
OADI
INTERESADO

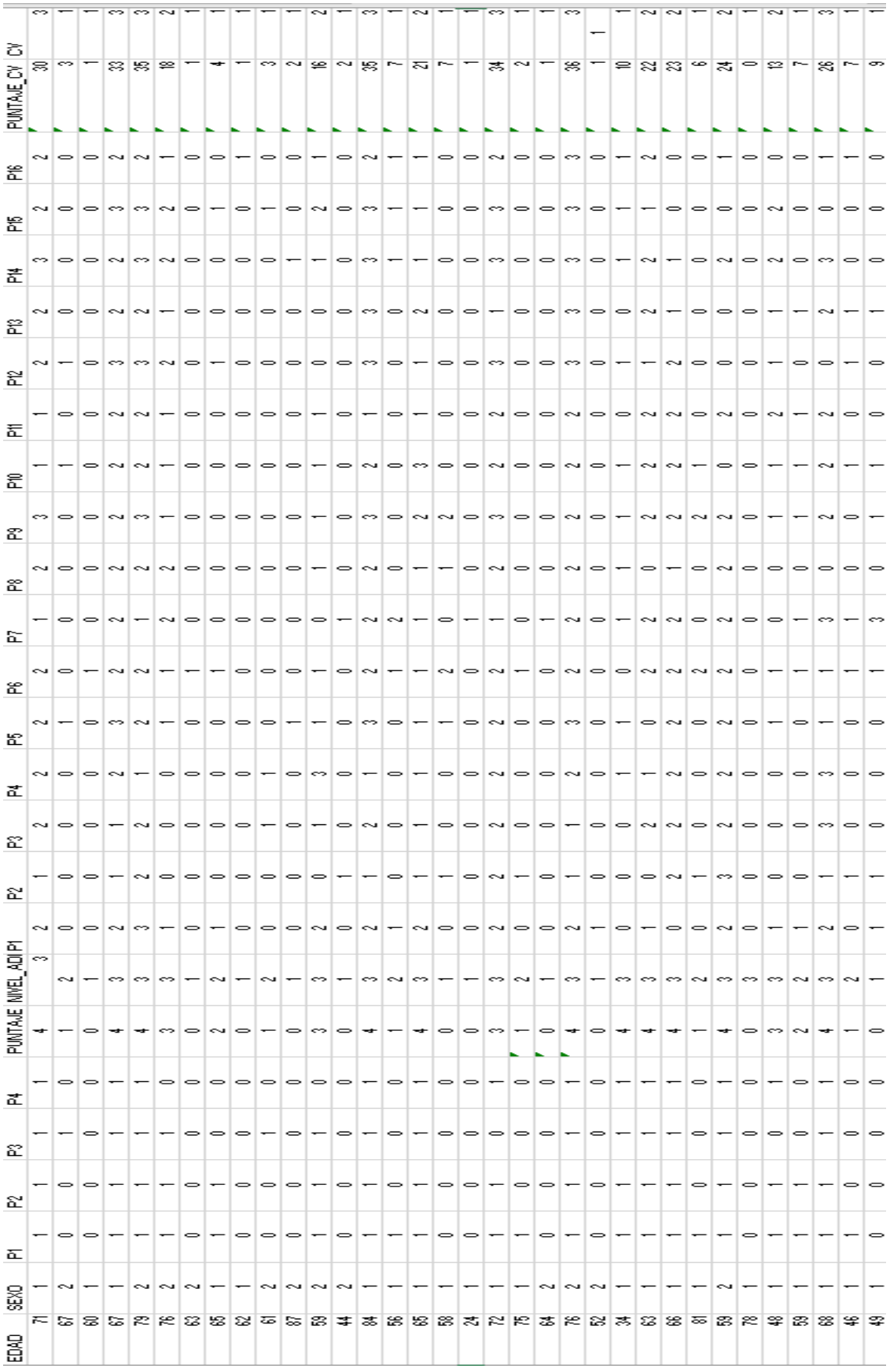
Av. Daniel Alcides Carrión N° 520 - Yanacancha, Pasco
(063) 330256
www.hrdac.cerrodepasco.gob.pe

Anexo 4. Foto de evidencia del proceso de recolección de datos





Anexo 5. Base de datos y comandos



EDAD	SEXO	P1	P2	P3	P4	PUNTAJE	NIVEL_ADI	P1	P2	P3	P4	P5	P6	P7	P8	P9	P10	P11	P12	P13	P14	P15	P16	PUNTAJE_CV	CV
71	1	1	1	1	1	4	3	2	1	2	2	2	2	1	2	3	1	1	2	2	3	2	2	30	3
67	2	0	0	1	0	1	2	0	0	0	0	2	0	0	0	0	1	0	1	0	0	0	0	3	1
60	1	0	0	0	0	0	1	0	0	0	0	0	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	1
67	1	1	1	1	1	4	3	2	1	2	2	3	2	2	2	2	0	2	3	2	2	3	2	33	3
79	2	1	1	1	1	4	3	3	2	2	1	2	2	1	2	3	2	2	3	2	3	3	2	35	3
76	2	1	1	1	0	3	3	1	0	2	0	0	1	2	2	1	1	1	2	1	2	2	1	18	2
63	2	0	0	0	0	0	1	0	0	0	0	0	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	1
65	1	1	1	0	0	2	2	1	0	0	0	0	1	0	0	0	0	0	1	0	0	1	0	4	1
62	1	0	0	0	0	0	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	1	1
61	2	0	0	1	0	1	2	0	0	0	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	0	3	1
87	2	0	0	0	0	0	1	0	0	0	0	1	0	0	0	0	0	0	0	0	1	0	0	2	1
59	2	1	1	1	0	3	3	2	0	1	3	1	1	0	1	1	1	1	0	0	1	2	1	16	2
44	2	0	0	0	0	0	1	0	1	0	0	0	0	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	2	1
84	1	1	1	1	1	4	3	2	1	2	1	3	2	2	2	3	2	1	3	0	3	3	2	35	3
56	1	1	0	0	0	1	2	1	0	0	0	0	1	2	0	0	0	0	0	0	1	1	1	7	1
65	1	1	1	1	1	4	3	2	1	1	1	1	1	1	1	2	3	1	1	2	1	1	1	21	2
58	1	0	0	0	0	0	1	0	1	0	0	1	2	0	1	2	0	0	0	0	0	0	0	7	1
24	1	0	0	0	0	0	1	0	0	0	0	0	0	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	1
72	1	1	1	0	1	3	3	2	2	2	2	2	2	1	2	3	2	2	3	1	3	3	2	34	3
75	1	1	0	0	0	1	2	0	1	0	0	0	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	2	1
64	2	0	0	0	0	0	1	0	0	0	0	0	0	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	1
76	2	1	1	1	1	4	3	2	1	1	2	3	2	2	2	2	2	2	3	3	3	3	3	36	3
52	2	0	0	0	0	0	1	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	1
34	1	1	1	1	1	4	3	0	0	0	1	1	0	1	1	1	1	0	1	0	1	1	1	10	1
63	1	1	1	1	1	4	3	1	0	2	1	0	2	2	0	2	2	2	1	2	2	1	2	22	2
66	1	1	1	1	1	4	3	0	2	2	2	2	2	2	1	2	2	2	2	1	1	0	0	23	2
81	1	1	0	0	0	1	2	0	1	0	0	0	2	0	0	2	1	0	0	0	0	0	0	6	1
59	2	1	1	1	1	4	3	2	3	2	2	2	2	2	2	2	0	2	0	0	2	0	1	24	2
78	1	0	0	0	0	0	3	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1
48	1	1	1	1	1	3	3	1	0	0	0	1	1	0	0	1	1	2	1	1	2	0	0	13	2
59	1	1	1	1	0	2	2	1	0	0	0	0	1	1	0	1	1	1	0	1	0	0	0	7	1
68	1	1	1	1	1	4	3	2	1	3	3	1	1	3	0	2	2	2	0	2	3	0	1	26	3
46	1	1	0	0	0	1	2	0	1	0	0	0	1	1	0	0	1	0	1	1	0	0	1	7	1
49	1	0	0	0	0	0	1	1	1	0	0	0	1	3	0	1	1	0	0	1	0	0	0	9	1

Anexo 6. Matriz de consistencia

PROBLEMA	OBJETIVOS	HIPÓTESIS	VARIABLES	DISEÑO METODOLÓGICO	POBLACIÓN, MUESTREO Y MUESTRA	TÉCNICAS E INSTRUMENTOS DE RECOLECCIÓN DE DATOS	PLAN DE ANÁLIS DE DATOS
Problema general ¿Cuál es la relación entre la adherencia al tratamiento y la calidad de vida en pacientes con hipertensión arterial en el Hospital Daniel Alcides Carrión durante el período 2024-2025? Problema especifico ¿Cuál es el nivel de adherencia al tratamiento en los pacientes con hipertensión arterial en el Hospital Daniel Alcides Carrión durante el período 2024? ¿Cuál es el nivel de calidad de	Objetivos generales Determinar la relación entre la adherencia de tratamiento y la calidad de vida en los pacientes con hipertensión atendidos en el Hospital Daniel Alcides Carrión durante el período 2024-2025. Objetivos específicos Determinar el nivel de adherencia al tratamiento en los pacientes con hipertensión en el Hospital Daniel Alcides Carrión durante el período 2024-2025 Determinar el nivel de calidad de vida de los	Hipótesis General "Existe una relación entre la adherencia al tratamiento de la hipertensión arterial y la calidad de vida percibida por los pacientes atendidos en el Hospital Daniel Alcides Carrión durante el período 2024-2025." Hipótesis Especifica Los pacientes que siguen estrictamente el tratamiento médico prescrito para la hipertensión arterial experimentarán una mejoría significativa en su calidad de vida en	Variable Independiente (x): Adherencia al tratamiento Variable Dependiente (y): Calidad de vida	Tipo de investigación Enfoque cuantitativo, tipo investigación básica, no experimental Nivel de investigación Nivel correlacional Diseño de investigación Descriptivo correlacional	La población de este estudio son los pacientes con hipertensión arterial primaria atendidos en el HOSPITAL DANIEL ALCIDES CARRIÓN durante el periodo 2024-2025.	Se utilizó una técnica de recolección de datos tipo encuesta: 1.- Datos generales 2.- Cuestionario de Morisky-Green: 3.- Instrumento de calidad de vida: Test de minichal	Análisis de datos descriptivos Se realizó un análisis descriptivo utilizando frecuencias absolutas y relativas. Las variables cualitativas se analizarán y describirán mediante frecuencias, porcentajes y tablas de contingencia. Análisis de datos inferenciales Se centrará en el análisis y la interpretación de datos utilizando métodos basados en probabilidades para probar hipótesis. Coeficiente de Correlación de Pearson: Mide la fuerza y dirección de la relación lineal entre la adherencia al tratamiento y la calidad de vida. El coeficiente varía entre -1 y 1: valores cercanos a 1 indican una fuerte

vida de los pacientes con hipertensión arterial en el Hospital Daniel Alcides Carrión durante el período 2024-2025	pacientes hipertensión en el Hospital Daniel Alcides Carrión durante el período 2024-2025	comparación con aquellos que no siguen el tratamiento de manera consistente. La adherencia al tratamiento farmacológico para la hipertensión arterial se correlaciona positivamente con la percepción de bienestar físico y emocional de los pacientes en el Hospital Daniel Alcides Carrión.					correlación positiva, cerca de -1 una fuerte correlación negativa, y cerca de 0 poca o ninguna correlación