



Universidad
Norbert Wiener

UNIVERSIDAD PRIVADA NORBERT WIENER

FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD

**“ADHERENCIA AL TRATAMIENTO Y CALIDAD DE VIDA EN PACIENTES
HIPERTENSOS QUE ACUDEN A UN CONSULTORIO DE CARDIOLOGIA EN UN
ESTABLECIMIENTO DE SALUD ESPECIALIZADO, LIMA-2021”**

**TRABAJO ACADÉMICO PARA OPTAR EL TÍTULO DE ESPECIALISTA EN
CUIDADO ENFERMERO EN CARDIOLOGÍA Y CARDIOVASCULAR**

PRESENTADO POR:

LIC. CUADROS MOLINA AQUILINA CRISTINA

ASESOR:

MG. FERNÁNDEZ RENGIFO, WERTHER FERNANDO

LIMA – PERÚ

2022

Dedicatoria

A mis padres, porque me formaron en la persona que soy en la actualidad; a mi hija y esposo porque me motivan constantemente para alcanzar mis metas.

Agradecimiento

Mi agradecimiento a la Universidad Norbert Wiener, por permitirme nuevamente lograr una de mis metas con la especialidad en Cuidados de Enfermero en Cardiología y Cardiovascular. A nuestros profesores por contribuir en nuestra formación y enseñanzas en cada curso y a mi asesor por su apoyo durante todo este proceso.

ASESOR:

MG. FERNÁNDEZ RENGIFO, WERTHER FERNANDO

JURADO

PRESIDENTE : Dra. Susan Haydee Gonzales Saldaña

SECRETARIO : Dr. Rodolfo Amado Arevalo Marcos

VOCAL : Mg. Maria Angelica Fuentes Siles

Índice general

Portada.....	i
Título.....	ii
Dedicatoria	iii
Agradecimiento.....	iv
Asesor:.....	¡Error! Marcador no definido.
Jurado:	¡Error! Marcador no definido.
Índice general	vii
Índice de Anexos	x
Resumen	xi
Abstract	xii
1. EL PROBLEMA.....	1
1.1 Planteamiento del problema.....	1
1.2 Formulación del problema	7
1.2.1 Problema general.....	7
1.2.2 Problemas específicos	7
1.3 Objetivos de la investigación	7
1.3.1 Objetivo general.....	7

1.3.2	Objetivos específicos.....	7
1.4	Justificación de la investigación.....	8
1.4.1	Teórica.....	8
1.4.2	Metodológica	8
1.4.3	Practica	9
1.5	Delimitación de la investigación	9
1.5.1	Temporal.....	9
1.5.2	Espacial.....	9
1.5.3	Recursos	9
2.	MARCO TEORICO.....	10
2.1	Antecedentes	10
2.1.1	Antecedentes internacionales.....	10
2.1.2	Antecedentes nacionales.....	12
2.2	Bases Teóricas.....	14
2.2.1	Calidad de vida	14
2.2.2	Adherencia al tratamiento.....	15
2.2.3	La hipertensión.....	17
2.3	Formulación de hipótesis	22
2.3.1	Hipótesis general.....	22
2.3.2	Hipótesis específica.....	23

3. METODOLOGÍA.....	24
3.1 Método de la investigación	24
3.2 Enfoque de la investigación	24
3.3 Tipo de investigación.....	24
3.4. Diseño de la investigación	25
3.5. Población, muestra y muestreo.....	25
3.6. Variables y Operacionalización.....	26
3.7. Técnicas e instrumentos de recolección de datos	29
3.7.1. Técnica	29
3.7.2. Descripción de instrumentos.....	29
3.7.3. Validación.....	30
3.7. 4 Confiabilidad	31
3.8. Plan de procesamiento y análisis de datos	31
3.9. Aspectos éticos	32
4. ASPECTOS ADMINISTRATIVOS.....	34
4.1. Cronograma de actividades.....	34
4.2. Presupuesto	35
5. REFERENCIAS.....	36
Anexos.....	48

Índice de Anexos

Anexo 1. Matriz de consistencia	49
Anexo 2. Instrumento de recolección de datos.....	50
Anexo 3. Consentimiento informado.....	53

Resumen

Objetivo: Determinar la relación entre adherencia al tratamiento y calidad de vida en pacientes hipertensos que acuden a un consultorio de cardiología en un Establecimiento de Salud Especializado, Lima-2021. **Materiales y métodos:** El presente estudio será abordado desde el enfoque cuantitativo, de diseño correlacional-transversal y el método que orienta el desarrollo de esta investigación es el hipotético-deductivo. La población estará conformada por 130 pacientes que acuden al consultorio de cardiología de un establecimiento de salud especializado. Los instrumentos que serán aplicados son, para valorar la adherencia al tratamiento el Test Morisky-Green y para la calidad de vida el cuestionario MINICHAL.

Palabras claves: Adherencia al tratamiento; Calidad de vida; Hipertensión (Fuente: DeCS).

Abstract

Objective: To determine the relationship between adherence to treatment and quality of life in hypertensive patients who attend a cardiology office in a Specialized Health Establishment, Lima-2021. **Materials and methods:** The present study will be approached from the quantitative approach, of cross-correlational design and the method that guides the development of this research is the hypothetical-deductive one. The population will be made up of 130 patients who attend the cardiology office of a specialized health facility. The instruments that will be applied are the Morisky-Green Test to assess adherence to treatment and the MINICHAL questionnaire for quality of life.

Keywords: Quality of Life, Treatment Adherence, Hypertension (Source: DeCS).

EL PROBLEMA

1.1 Planteamiento del problema

La hipertensión arterial (HTA) es considerada un factor de riesgo importante que provoca enfermedades que afectan el sistema cardiovascular y renal; asimismo, además es señalada como un factor de riesgo importante de muerte en adultos y adultos mayores (1). Al menos 7,1 millones de individuos a nivel global pierden la vida a causa de la hipertensión (2), y se prevé que para el 2025, 1560 millones de individuos serán hipertensos. Esta enfermedad es un problema sanitario serio que se observa también en China. Una gran encuesta de población reciente en este país, reveló que, en 2019, 245 millones de adultos chinos tenían hipertensión (3). Además, este problema tiende a ocurrir con mayor prevalencia en las edades más avanzadas, donde después de los 69 años, la prevalencia de la hipertensión aumenta a uno de cada dos individuos (4).

Las enfermedades no transmisibles, son un grupo de afecciones que representan una real amenaza para la salud pública global. Cada año fallecen 41 millones de personas por estas enfermedades, esto representa el 71% del total de muertes que se dan en el planeta. Las personas más afectadas con este problema, residen en países con economías que presentan ingresos bajos a medios, en donde sus edades se encuentran entre los 30-69 años de edad, siendo la mayoría de estas muertes tempranas y prevenibles. Las enfermedades cardiovasculares (ECV), dentro de ellas la HTA (7,5 millones de personas mueren en el mundo) son parte de las enfermedades no transmisibles (5).

La hipertensión incrementa la carga mundial de Enfermedades Cerebrovasculares. Uno de los problemas que más se resalta en el proceso de tratamiento es la falta de adherencia terapéutica. La no adherencia a los regímenes de medicación crónica es común; aproximadamente del 43% al 65,5% de los pacientes que no se adhieren a los regímenes prescritos son pacientes hipertensos. La no adherencia a los medicamentos es un factor potencial que contribuye a la aparición de otras comorbilidades y complicaciones. De los 25 estudios incluidos en un metaanálisis en los que participaron 12603 sujetos, un número significativo (45,2%) de los pacientes hipertensos y un tercio (31,2%) de los pacientes hipertensos con comorbilidades no cumplieron con los medicamentos. Sin embargo, se observó una mayor proporción (83,7%) de incumplimiento de la medicación en pacientes con presión arterial (PA) no controlada (6).

La pandemia de COVID-19 ha desencadenado un efecto generalizado en la salud, revelando la vulnerabilidad particular de aquellos con enfermedades subyacentes (7). En Asia, un metaanálisis de ocho estudios que incluyó a 46 248 pacientes con COVID-19 confirmado por laboratorio indicó que aquellos con la enfermedad más grave tenían más probabilidades de tener hipertensión (odds ratio 2,36 (intervalo de confianza del 95%: 1,46 a 3,83)), enfermedad respiratoria (2,46 (1,76 a 3,44)) y enfermedades cardiovasculares (3,42 (1,88 a 6,22)) (8)

La incidencia de Hipertensión Arterial en los países desarrollados varía del 30 al 45%. En Europa, España, esta enfermedad afecta al 42,6% de la población adulta. Sus complicaciones aumentan gravemente la carga financiera de los servicios de salud pública. En España provoca alrededor de 5 millones de ingresos hospitalarios y contribuye a aproximadamente 40 000 muertes cardiovasculares al año (9, 10).

El impacto epidemiológico de la hipertensión es innegable e induce una mayor reflexión y discusión en el contexto de la atención en salud. Evidencia reciente sugiere que la

hipertensión ha sido un factor que ha contribuido a reducir la calidad de vida de la población afectada con esta enfermedad crónica en comparación con la de los pacientes normotensos (11).

Varios factores ponen a las personas en riesgo de desarrollar Hipertensión arterial y esto pueden ser modificables o no modificables. El género, la edad, la raza y la herencia son divisores de riesgo no modificables. Los divisores de riesgo modificables incluyen divisores relacionados con el estilo de vida, tomando como ejemplo la obesidad, la dieta, el sedentarismo, el estrés, el uso de ciertos medicamentos, el tabaquismo y el alto consumo de alcohol. También pueden ser de origen patológicos como diabetes mellitus y dislipidemias (12).

Se realizó un estudio transversal con 488 pacientes chinos con hipertensión en un hospital terciario de Xi'an. Se recogieron datos sobre factores sociodemográficos y características clínicas relacionadas con la hipertensión. El 27,46% de los pacientes cumplieron con sus tratamientos antihipertensivos. Se identificaron tres factores que se asociaron de forma independiente con la adherencia al tratamiento antihipertensivo: sexo ($p = 0,034$), residencia ($p = 0,029$), duración de la hipertensión arterial ($p < 0,001$). Se debe fortalecer la educación sobre el conocimiento de la hipertensión para los pacientes. Además, por lo que existe una necesidad urgente de educarlos (13).

La mala adherencia al tratamiento antihipertensivo sigue siendo un desafío clínico en todo el mundo. Un estudio realizado en Medio Oriente reveló que solo el 55,9% de los pacientes cumplían con su medicación antihipertensiva. La edad avanzada se asoció con una mejor adherencia, mientras que estar divorciado o viudo, tener una peor calidad de vida y ser clasificado con hipertensión en etapa 1 o 2 al final de la investigación se relaciona con un

riesgo de adherencia. Al final se señala la importancia de las campañas educativas para fomentar la adherencia al tratamiento, la calidad vital y el bienestar del usuario (14).

Dada la alta prevalencia de hipertensión y la falta de conciencia, el impacto en la calidad de vida del paciente es inevitable. Existe una demanda creciente para aumentar la conciencia entre los pacientes sobre esta enfermedad (15). Los factores que contribuyen significativamente al cumplimiento de la medicación incluyen la falta de conocimiento sobre la presión arterial alta y su terapia, la poca conciencia sobre la importancia de la adherencia y los regímenes de medicación complejos. Las consecuencias de la no adherencia a la medicación no solo pueden ser peligrosas para la salud del paciente, sino que también aumentan drásticamente los costos financieros de los servicios de salud pública y se asocian con un aumento de las admisiones hospitalarias (16, 17). Las complicaciones de la hipertensión, además de los riesgos de una mala adherencia a los medicamentos, deben explicarse bien a los pacientes de los grupos de edad más jóvenes. Vivir en una aldea en comparación con una ciudad también era motivo de escasa adherencia; esto puede estar relacionado con niveles más bajos de educación o ingresos, además de las dificultades para llegar a los médicos y los centros de atención de la salud. Evaluar el estado de salud como muy bueno, bueno o malo en comparación con excelente se asoció significativamente con una mala adherencia (18).

A nivel nacional, las Enfermedades no transmisibles entre ellas la hipertensión, son considerados como parte de los 11 problemas sanitarios que afectan a la población. El sistema de atención primario de salud, no está adecuadamente implementado en relación a recursos humanos y logísticos, por ello su respuesta aun no es significativa en beneficio de la población. Según el Instituto Nacional de Estadística e Informática - INEI, en su reporte de este año señala que se presenta en la población un 25% de individuos con niveles de obesidad,

41,1% con presencia de RCV elevado y un 22% de personas padece de HTA, de los cuales solo el 68% tiene tratamiento en curso (19). En nuestro país, se reportó que la falta de adherencia al tratamiento con medicamentos en hipertensos es de 43%. Se concluye que, la edad más avanzada, tener procedencia de provincia, instrucción y antigüedad de la enfermedad, son factores asociados vinculados a la falta de adherencia al tratamiento farmacológico (20).

En el Establecimiento de salud especializado donde se realizará el estudio, se tiene una alta demanda de pacientes con HTA que seguían su tratamiento. La enfermera supervisora de dicha área refiere que por motivos de la pandemia se restringió severamente la atención a estos pacientes. Ahora que ha pasado la segunda ola del COVID se han reprogramado muchas de las citas médicas pendientes para estos pacientes, que deben tener un régimen de seguimiento bastante estricto y que esto se ha descuido durante los últimos meses por la crisis sanitaria del COVID 19.

Uno de los médicos del servicio señala que al retomar de manera regular las consultas a estos pacientes, se ha encontrado muchos problemas en cuanto al acceso a su medicación y al control de los factores de riesgo de la enfermedad hipertensiva. Se ha visto casos en pacientes de presencia de sobrepeso y un mal control de la presión arterial, esto al parecer se debe al confinamiento al que estuvimos gran parte de la pandemia priorizando más el COVID que estos problemas. Aparte algunos pacientes sufrieron también de la infección del COVID 19, lo cual complico su situación de salud, pero pudieron salir adelante.

El enfermero especialista en el área de cardiología, con su ciencia del cuidado debe saber valorar adecuadamente al paciente hipertenso, un primer aspecto es identificar los factores de riesgo modificables, además de las conductas y hábitos del paciente. Con ello se puede

elaborar estrategias orientadas a mitigar esos factores de riesgo modificables, de esa manera se puede contribuir a que el usuario hipertenso tenga un mejor punto de vista de su CV. Otro aspecto a reflexionar en el proceso de cuidado de estos pacientes es como lograr que tomen conciencia sobre su enfermedad y la importancia de tener una adecuada adherencia al tratamiento. La Hipertensión arterial, no se cura, pero se puede convivir con ella, para ello es importante el control adecuado de la PA, la adherencia al tratamiento y contrarrestar los factores de riesgo modificables (21).

La calidad de vida de los individuos con hipertensión se ve afectados por cuestiones relacionadas con la propia existencia de la enfermedad y su carácter crónico; el diagnóstico de esta patología; su efecto desfavorable en el bienestar físico, emocional y social del paciente; y aspectos relacionados con el tratamiento farmacológico. La calidad de vida de los usuarios hipertensos tiende a ser peor entre aquellos con comorbilidad (22, 23). Estudios diversos evidencian que se deben recomendar acciones que beneficien la adherencia al tratamiento farmacológico de los usuarios hipertensos, para así minimizar el efecto de las comorbilidades y reforzar su calidad vital relacionada a la salud (24).

Por todo lo anteriormente descrito considero importante indagar acerca de la adherencia al tratamiento y la calidad de vida en pacientes hipertensos que acuden a un consultorio de cardiología en un establecimiento de Salud especializado.

1.2 Formulación del problema

1.2.1 Problema general

¿Cuál es la relación entre adherencia al tratamiento y calidad de vida en pacientes hipertensos que acuden a un consultorio de cardiología en un Establecimiento de Salud Especializado, Lima-2021?

1.2.2 Problemas específicos

¿Cuál es la relación entre adherencia al tratamiento y calidad de vida en su dimensión de estado de ánimos en pacientes hipertensos que acuden a un consultorio de cardiología en un Establecimiento de Salud Especializado, Lima-2021?

¿Cuál es la relación entre adherencia al tratamiento y calidad de vida en su dimensión manifestaciones somáticas en pacientes hipertensos que acuden a un consultorio de cardiología en un Establecimiento de Salud Especializado, Lima-2021?

1.3 Objetivos de la investigación

1.3.1 Objetivo general

Determinar la relación entre adherencia al tratamiento y calidad de vida en pacientes hipertensos que acuden a un consultorio de cardiología en un Establecimiento de Salud Especializado, Lima-2021

1.3.2 Objetivos específicos

Determinar la relación entre adherencia al tratamiento y calidad de vida en su dimensión estado de ánimo en pacientes hipertensos que acuden a un consultorio de cardiología en un Establecimiento de Salud Especializado, Lima-2021.

Determinar la relación entre adherencia al tratamiento y calidad de vida en su dimensión manifestaciones somáticas en pacientes hipertensos que acuden a un consultorio de cardiología en un Establecimiento de Salud Especializado, Lima-2021

1.4 Justificación de la investigación

1.4.1 Teórica

La investigación a desarrollarse está diseñada para contribuir con conocimientos actuales y pertinentes sobre la Calidad de vida en pacientes hipertensos, teniendo en consideración que, al haberse realizado una inspección de la literatura científica del tema, se pudo notar que existen escasos trabajos a nivel internacional como a nivel nacional. Así mismo, en el lugar donde se aplicarán los instrumentos de medición, no se encontraron estudios similares ya realizados (antecedentes). Lo señalado justifica la realización de la presente investigación. Los resultados que se obtengan deben ser considerados como evidencia científica que permitirá implementar acciones de mejora en beneficio de la población participante en este estudio.

1.4.2 Metodológica

El trabajo en curso debe arrojar resultados y conclusiones actualizadas, pertinentes y validas, que sean consideradas como una evidencia científica que permita establecer mejoras para el cambio. Por ello será realizado dentro de un marco establecido por el método científico, que dará un marco metodológico adecuado para orientar el estudio, esperando sea una importante contribución a la comunidad científica y académica.

1.4.3 Practica

Los resultados del presente estudio serán sistematizados y alcanzados al equipo de gestión del establecimiento hospitalario donde se hará el estudio, con ello se podrán adoptar medidas concretas que permitan mejorar el cuidado especializado orientado a la población de participantes hipertensos.

1.5 Delimitación de la investigación

1.5.1 Temporal

El proyecto de estudio se realizará entre los meses de setiembre y diciembre del actual año 2021.

1.5.2 Espacial

El estudio será realizado en el consultorio de cardiología en un Establecimiento de Salud especializado (Instituto Nacional Cardiovascular).

1.5.3 Recursos

Todo estudio requiere para su desarrollo y ejecución, de una serie de recursos de tipo logístico y humanos, en el presente estudio, todos los requerimientos que faciliten su viabilidad serán facilitados por el investigador responsable de este estudio.

1. MARCO TEÓRICO

2.1 Antecedentes

2.1.1 Antecedentes internacionales

Monterrey y colaboradores (25), durante el 2021, en Cuba, desarrollaron una investigación cuyo objetivo fue “Determinar la relación entre adherencia y calidad de vida en pacientes hipertensos”. La población total estuvo conformada por 422 pacientes, pero de los cuales se seleccionó una muestra de 199. Aplicaron diversos cuestionarios, como el test de adherencia al tratamiento y MINICHAL. Los resultados reflejados en dicha investigación señalaron lo siguiente; el 50,8% eran de sexo masculino, así mismo el 26,6% tenía entre 65 a 69 años. En cuanto a la calidad de vida el 43,7 obtuvo un nivel moderado, también aquellos que no presentaban tanto consumo de fármacos obtuvieron una mejor calidad de vida (30,1%). Finalmente hallaron una relación significativa entre el sexo ($p=0,024$) y estado civil ($p<0,001$) con la calidad de vida.

Gómez (26), durante el 2017, en Colombia, desarrollo un estudio cuyo objetivo fue “Identificar la relación entre adherencia al tratamiento y calidad de vida en personas hipertensas”. Participaron 177 pacientes, uno de los instrumentos aplicados fue el test de adherencia al tratamiento. Los hallazgos señalados por el investigador mencionaron que el 53,7% de los participantes presentaban adherencia a los fármacos y el 45,2% eran adherentes a la actividad física. El 76,8% señaló asistir sus controles médicos. No se encontró relación significativa entre la adherencia y el sexo, aunque hay tendencia a que los varones sean más adherente a la hora de cumplir con su tratamiento. Finalmente, no se encontró relación significativa entre ambas variables principales.

Aguilera y colaboradores (27), durante el 2019, en Bolivia, desarrollaron una investigación cuyo objetivo fue “Determinar la relación que existe entre adherencia al tratamiento y la calidad de vida en adultos hipertensos”. Participaron 400 pacientes, todos diagnosticados con hipertensión arterial. Los instrumentos aplicados fueron el test de adherencia al tratamiento y MINICHAL. Los resultados del estudio detallaron que el 44,7% presentaban adherencia. En cuanto a la relación entre las variables principales se observa que el 29,4% de los no adherentes presento una calidad de vida baja. Por lo tanto, se evidencia una relación significativa de ($p < 0,000$).

Días y colaboradores (28), durante el 2019, en Honduras, desarrollaron un estudio cuyo objetivo fue “Valorar la adherencia al tratamiento en personas hipertensas que residen en la Aldea de Punuare”. Participaron 51 pacientes, los cuales respondieron a las preguntas del cuestionario de adherencia al tratamiento. Los resultados del estudio indican que hubo un mayor porcentaje de mujeres que tenían entre 51 a 70 años. El 39% controlaba su presión arterial, el 45% de los pacientes presento adherencia, así mismo el 43% de los pacientes informo tomar enalapril. Concluyo que se debe llevar una evaluación continua sobre la toma de medicamentos para un mayor control.

Uchmanowicz y colaboradores (29), durante el 2019, desarrollaron una investigación con el objetivo de “Determinar la adherencia al tratamiento a través del test de Morisky Green en pacientes hipertensos mayores de 60 años”. Participaron 5247 paciente. Los resultados detallaron que la adherencia de las personas hipertensas de países occidentales como, Europa, Estados Unidos, fue mayor entre otros ($p = 0,004$). El estudio también reflejo que los principales determinantes para una mejor adherencia es la edad avanzada, jubilación o

desempleo. Se encontró una relación significativa entre la variable principal y la edad, nivel socioeconómico.

2.1.2 Antecedentes nacionales

Cárdenas y colaborador (30), durante el 2019, en Perú, elaboraron una investigación cuyo objetivo fue “Identificar la relación entre la adherencia y calidad de vida en pacientes diagnosticados con hipertensión que son atendidos en un Hospital de Lima”. Participaron 210 pacientes, los cuales respondieron a las preguntas del test de adherencia al tratamiento y MINICHAL. Los resultados mencionados en el estudio señalan que el 57,6% presentaron no adherencia, el 51,4% presentó calidad de vida alta, seguida de media (46,7%) y baja (1,9%). En cuanto al objetivo general, se encontró relación significativa entre las variables principales de 0,008 ($p < 0,05$).

Ascarza (31), durante el 2018, en el Perú, desarrollo un estudio cuyo objetivo fue “Determinar los factores asociados a la adherencia del tratamiento farmacológico en pacientes hipertensos”. La muestra estuvo conformada por 182 pacientes, se aplicó el test de adherencia al tratamiento. Los resultados del estudio señalaron que el 74,1% no presenta adherencia, pero el 25,8% de los pacientes si presenta. Dicho esto, se observa que el 25% de las mujeres presenta no adherencia al tratamiento y el 73,2% de los varones no se adhiere del tratamiento. La adherencia se relaciona con los pacientes mayores de 65 años, y aquellos que presentan un grado de instrucción superior.

Cajachagua y colaboradores (32), durante el 2020, en el Perú, desarrollo una investigación cuyo objetivo fue “Determinar los estilos de vida y adherencia al tratamiento en población hipertensa peruana y chilena”. Participaron 250 personas (150 peruanos y 100 chilenos). Uno

del instrumento aplicados fue el test de adherencia al tratamiento. Los resultados del estudio señalaron que el 61,6% de los varones no era adherentes al tratamiento y el 46,2% sí, en cuanto al sexo femenino el 38,4% no era adherente al tratamiento, el 59,6% de los casados y convivientes eran no adherentes al tratamiento antihipertensivo. Así mismo el factor sexo($p=0,015$) y estilos de vida se relaciona con la adherencia al tratamiento ($p=0,000$).

Herrera (33), durante el 2019, en el Perú, desarrollo un estudio cuyo objetivo fue “Determinar la calidad de vida en adultos mayores hipertensos”. La población estuvo conformada por 120 pacientes. Aplicaron el cuestionario MINICHAL. Los resultados señalaron que el 56,7% eran mujeres y el 43,3% varones. En cuanto a la calidad de vida el 77,5% presento una buena calidad de vida y el 22,5% de los pacientes una mala calidad de vida. Finalmente, señalo que los dominios de estado de ánimo y manifestaciones somáticas se relacionan con una mejor calidad de vida.

Rojas (34), durante el 2019, en el Perú, elaboro una investigación cuyo objetivo fue “Determinar la relación entre adherencia al tratamiento y la depresión en personas hipertensas”. Participaron 50 pacientes todos diagnosticados con hipertensión arterial. Unos de los instrumentos aplicados fue el Test de Morisky Green. Los resultados señalaron que el 66% eran de sexo masculino y el 34% femenino. Así mismo el 26% de los participantes estaba en la etapa de 76 a 80 años, el 40% presento sobrepeso, el 84% de los pacientes participantes no cumplía con su tratamiento. El estudio concluyo que existe una relación significativa entre los pacientes no cumplidores con un nivel de conocimiento inadecuado ($p < 0,05$).

2.2 Bases Teóricas

2.2.1 Calidad de vida

La calidad de vida (CV) es un concepto comúnmente utilizado en la evaluación subjetiva del estado de salud de un paciente, que refleja el bienestar físico, psicológico, social y emocional del paciente. A medida que la calidad de vida examina de forma exhaustiva el impacto de la enfermedad en la vida del paciente, así como los factores correspondientes a su salud física y mental; un número creciente de clínicos y académicos están aplicando la CV en el tratamiento clínico, la investigación de medicamentos, la atención sanitaria preventiva y las decisiones de salud (35).

Calidad de vida general es entendida como el bienestar del individuo producto del hecho de estar satisfecho o insatisfecho respecto a áreas que son importantes para él o ella (36).

Los estilos de vida y la presencia de los factores de riesgo influyen positiva o negativamente en la CV y bienestar de las personas hipertensas.

Dimensiones de la calidad de vida

-Estado de ánimo: Los estados de ánimo se diferencian de los estados emocionales agudos en que son más duraderos y están separados de cualquier estímulo desencadenante inmediato (37).

-Manifestaciones somáticas: Esta incluye pérdida de apetito (o ganancia de apetito), problemas al conciliar el sueño, cansancio y debilidad, quejas físicas, cambios en la ingesta de medicamentos, cambios inmunológicos y endocrinos y susceptibilidad a enfermedades y dolencias (38).

La calidad de vida se ha convertido en una medida fundamental de resultados para evaluar la eficacia del plan de manejo de cualquier enfermedad. La terapia con medicamentos, junto con los ajustes del estilo de vida, siguen siendo el control efectivo de la hipertensión, por lo que el cumplimiento del medicamento es el factor principal que contribuye a lograr el resultado clínico deseado. El incumplimiento de los fármacos antihipertensivos es la principal causa del mal control de la hipertensión arterial (17).

Ante todo, la educación y el asesoramiento sanitarios relacionados con la enfermedad y sus complicaciones, la adherencia a la medicación y el control de la dieta, como la reducción de la sal, deberían ser componentes obligatorios de la atención de la hipertensión en los entornos de atención primaria de la salud. Esto ayudará a lograr un mejor cumplimiento de la medicación y el control de la presión arterial, y mejorará la calidad de vida.

2.2.2 Adherencia al tratamiento

Se define como el comportamiento que tiene el individuo ante las indicaciones prescritas por el personal médico, esto puede ser para la toma de medicamento a largo plazo, en el seguimiento de una alimentación balanceada o llevar un mejor estilo de vida, entre otros. Así mismo la no adherencia a los medicamentos antihipertensivos es un factor potencial que contribuye a la hipertensión no controlada (39).

La adherencia al tratamiento de la hipertensión se define como el proceso mediante el cual los pacientes siguen los regímenes de tratamiento acordados con su médico. Por lo tanto, es necesario medir la adherencia del paciente hipertenso y dilucidar las barreras, diseñando así métodos adecuados para mejorar la adherencia. Entre las

medidas para controlar la presión arterial alta se encuentran la farmacoterapia. El control de la presión arterial con este enfoque no se puede lograr sin la cooperación del paciente. Los informes sugieren que la mala adherencia a la terapia con medicamentos es un revés para el tratamiento de la hipertensión. A menudo, la no adherencia al tratamiento farmacológico puede provocar complicaciones médicas (como ictus, infarto de miocardio, insuficiencia cardíaca y renal), mala calidad de vida, entre otras (40).

La dimensión para adherencia al tratamiento en este estudio está conformada por una sola dimensión, que en este caso considera como indicadores a la frecuencia en que el paciente realiza las tomas de su medicación.

Otro aspecto considerado en esta dimensión es la frecuencia horaria, esto quiere decir si el paciente toma la medicación en las horas indicadas por el médico, en la hora correcta.

Además de indagar porque el paciente deja la medicación, viendo dos posibilidades; primero si es porque se siente mejor y ya no lo necesita y en segundo lugar si la dejo porque siente que le ocasiona más daño que beneficio.

El conocimiento de la importancia y las formas más efectivas de controlar la PA es fundamental para iniciar y adherirse al tratamiento de la hipertensión. Es posible que las personas no inicien o no se adhieran al tratamiento si no son plenamente conscientes de las consecuencias negativas de la hipertensión no controlada. Alternativamente, las personas pueden comprender la importancia del control de la PA, pero no saber que tomar medicamentos a diario es la forma más eficaz de controlar la PA. Los

profesionales de la salud podrían integrar la educación con métodos de apoyo en la promoción de la salud comunitaria para mejorar y reforzar el comportamiento de adherencia a los medicamentos y las modificaciones del estilo de vida entre los pacientes hipertensos (41).

Medición de la adherencia a la medicación

La adherencia a los fármacos puede estimarse directa o indirectamente. El enfoque directo implica, entre otros, analizar el fármaco original o el metabolito del fármaco en sangre y / u orina. La adherencia también se puede evaluar indirectamente con cuestionarios. Entre las pocas escalas de adherencia a la medicación disponibles, la más extendida es la Escala de adherencia a la medicación de Morisky (MMAS). Originalmente diseñada como una escala de cuatro ítems, la Escala de Adherencia a la Medicación de Morisky, Green y Levine (MGL), con categorías de respuesta “sí” o “no”, desde 2008 también está disponible en una versión de ocho ítems (MMAS-8), que además de siete afirmaciones dicotómicas, incluye también una puntuada en una escala tipo Likert de cinco puntos (42).

2.2.3 La hipertensión

Es el incremento sostenido de la presión que ejerce la sangre a su paso por las paredes arteriales. Es considerado un factor de riesgo causal de problemas de tipo cardiovascular como la insuficiencia cardíaca, infarto de miocardio, enfermedad vascular a nivel del cerebro y la falla renal. El control de la HTA reduce el riesgo de padecer accidente cerebrovascular (ACV), enfermedad coronaria, insuficiencia

cardíaca congestiva y mortalidad. Llegar a obtener niveles anormales de la presión arterial y presentar complicaciones de esta, puede deberse a diversos factores como la adherencia al tratamiento (43, 44)

Valores de la presión arterial:

Valores normales: sistólica < 120 mmHg / diastólica < 80 mmHg

Valores elevados: sistólica de 120-129 mmHg / diastólica < 80 mmHg

Diagnóstico de hipertensión

El diagnóstico de hipertensión requiere la medición de la PA en el entorno adecuado y en condiciones óptimas. Requiere que el paciente esté relajado en una silla durante al menos 5 minutos con el brazo en reposo. Para establecer el diagnóstico, se necesitan ≥ 2 lecturas de PA elevada en ≥ 2 ocasiones. La hipertensión de bata blanca es más común entre los pacientes de edad avanzada, posiblemente relacionada con un aumento de la rigidez arterial, por lo tanto, las lecturas de presión arterial ambulatoria o fuera del consultorio son importantes en el subgrupo de pacientes con lecturas de presión arterial levemente elevadas en el consultorio (45)

Complicaciones de la hipertensión

Al presentarse valores de PA elevados de forma constante, esta puede llevar a obtener las siguientes complicaciones:

-Hipertrofia ventricular izquierda (HVI)

- Insuficiencia cardíaca, tanto fracción de eyección reducida (sistólica) como fracción de eyección conservada (diastólica)
- Accidente cerebrovascular isquémico
- Hemorragia intracerebral
- Cardiopatía isquémica, incluido el infarto de miocardio y las intervenciones coronarias
- Enfermedades renales (en etapa crónica y terminal) (46).

Factores de riesgo

Existen diversos factores de riesgo directamente asociados en el desarrollo de esta enfermedad, los cuales son:

- Edad: Ser una persona <60 años (edad avanzad), se asocia muchas veces con la presencia de valores altos de PA, estos valores muchas veces se presentan sucesivamente por lo tanto el médico especialista diagnostica hipertensión arterial.
- Obesidad: Este es considerado un factor de riesgo muy importante, debido a que al aumento de peso o llegar a presentar obesidad conlleva a obtener valores de presión altas.
- Antecedentes familiares: Este se considera un factor debido a que es muy común en los individuos que tienen familiares directores (padres) con hipertensión. Esto es reflejado en diversos estudios donde señalan que los factores genéticos tienen relación con la variación de los valores de PA.

-Raza: Es el rasgo que caracteriza a los grupos humanos presentes en las diferentes latitudes. La HTA suele presentarse más frecuentemente en pacientes de raza negra, generando ahí más daño.

-Número reducido de nefronas: la masa reducida de nefronas en adultos puede predisponer a la hipertensión, debido a que esta se relaciona con factores genéticos, alteraciones del desarrollo intrauterino (Ej., Hipoxia, fármacos, deficiencia nutricional), parto prematuro y entorno posnatal (Ej., Desnutrición, infecciones).

-Dieta alta en sodio: la ingesta excesiva de sodio aumenta el riesgo de hipertensión y la restricción de sodio reduce la presión arterial en aquellos con una ingesta alta de sodio (47)

-Consumo excesivo de alcohol: el desmedido consumo de bebidas alcohólicas está asociada con la presencia de hipertensión.

-Inactividad física: el no realizar actividad física genera un aumento de riesgo de presentar hipertensión, así mismo el realizar ejercicios (aeróbico, resistencia dinámica y resistencia isométrica) puede ayudar a reducir la PA.

Intervenciones no farmacológicas

Se deben fomentar las intervenciones no farmacológicas en el estilo de vida como atención preventiva para el desarrollo de la HTA y como tratamiento complementario para la HTA establecida. Las recomendaciones actuales abogan por la actividad física regular, el control del peso, dejar de fumar, reducir el estrés y evitar la ingesta excesiva

de alcohol. Una dieta saludable para el corazón, como la dieta baja en carbohidratos, vegetariana, basada en plantas y mediterránea. Además de una ingesta baja de sodio, suplementos de potasio, suplementos de calcio o magnesio, consumo de probióticos, fibra, linaza, aumento de la ingesta de proteínas, consumo de ajo, chocolate amargo, té, café y aceite de pescado (48).

Intervenciones farmacológicas

Cuando se necesitan medicamentos para tratar a los adultos mayores con HTA no controlada, los factores a considerar antes de seleccionar un medicamento incluyen comorbilidades, fragilidad del paciente, capacidad para seguir instrucciones, complejidad del régimen actual, atención de apoyo (es decir, cónyuges y familiares) y, por último, electrolitos y función renal. Los diuréticos tiazídicos, el inhibidor de la enzima convertidora de angiotensina, los bloqueadores del receptor de angiotensina II y el bloqueador de los canales de calcio, han mostrado beneficios en los resultados de las ECV en pacientes de mayor edad. A menos que estén clínicamente indicados por comorbilidades, los betabloqueantes no deben usarse como medicamentos de primera línea porque pueden empeorar los resultados de las enfermedades cardiovasculares en los mayores de 60 años. También deben evitarse los diuréticos de asa y los alfa bloqueantes dada su asociación con las caídas (49).

Intervención para mejorar la adherencia farmacológica

Las intervenciones para promover la adherencia a la medicación pueden apuntar a una serie de barreras identificadas específicas del paciente: naturaleza asintomática de la hipertensión; depresión; comorbilidades ; baja alfabetización en salud; complejidad,

costo e inquietudes de la medicación; uso de medicina alternativa; mala percepción del sistema de salud; discriminación percibida; mala comunicación o interacción proveedor-paciente; efectos secundarios de la medicación; olvido; apoyo social inadecuado o afrontamiento; cuidado de dependientes; y falta de motivación para el autocuidado (50).

Las intervenciones que se dirigen a estos factores pueden clasificarse en informativas, conductuales, sociales o combinadas.

-Intervenciones informativas: utilizan enfoques didácticos o interactivos para educar y motivar a los pacientes y aumentar la comprensión de su condición y su tratamiento.

-Intervenciones conductuales: van más allá de los enfoques cognitivos de las intervenciones informativas para influir en los comportamientos del paciente dando forma, recordando o recompensando los comportamientos deseados.

-Intervenciones sociales: reclutan a los miembros de la familia u otras personas para apoyar la adherencia a la medicación.

-Intervenciones combinadas: son cada vez más comunes, incluyen elementos de más de una estrategia informativa, conductual o social (51)

2.3 Formulación de hipótesis

2.3.1 Hipótesis general

Hi: Existe relación significativa y directa entre adherencia al tratamiento y calidad de vida en pacientes hipertensos que acuden a un consultorio de cardiología en un Establecimiento de Salud Especializado, Lima-2021.

Ho: No existe relación significativa y directa entre adherencia al tratamiento y calidad de vida en pacientes hipertensos que acuden a un consultorio de cardiología en un Establecimiento de Salud Especializado, Lima-2021.

2.3.2 Hipótesis específica

Existe relación significativa y directa entre adherencia al tratamiento y calidad de vida en su dimensión estado de ánimo en pacientes hipertensos que acuden a un consultorio de cardiología en un Establecimiento de Salud Especializado, Lima-2021.

Existe relación significativa y directa entre adherencia al tratamiento y calidad de vida en su dimensión manifestaciones somáticas en pacientes hipertensos que acuden a un consultorio de cardiología en un Establecimiento de Salud Especializado, Lima-2021.

2. METODOLOGÍA

3.1 Método de la investigación

El método que orienta el desarrollo de esta investigación es el hipotético-deductivo, el cual es fundamental para probar teorías e hipótesis. Es el método característico de las ciencias naturales, a través del cual se emplean procedimientos lógicos-deductivos, que van a permitir planteamientos iniciales que son supuestos o hipótesis que mediante pruebas empíricas de medición deben ser probadas para obtener resultados que permitirán señalar si estas hipótesis son correctas o son refutadas (52).

3.2 Enfoque de la investigación

El actual trabajo será desarrollado teniendo en cuenta los procedimientos establecidos desde una perspectiva cuantitativa, ello debido a que se recolectarán datos haciendo uso de instrumentos de medición cuantitativos y posteriormente estos serán analizados mediante pruebas estadísticas.

3.3 Tipo de investigación

La presente investigación es rotulada como un estudio básico. La investigación básica también conocida como la investigación pura o fundamental, es un tipo de estudio que busca comprender un fenómeno o ley ya establecidos, así mismo contribuye a actualizar y mejorar su cuerpo de conocimientos. Comúnmente los resultados de este tipo de

estudios básicos, son tomados por los estudios aplicados-tecnológicos, que buscan aterrizar los resultados para fines prácticos (53).

3.4. Diseño de la investigación

El marco metodológico del estudio en curso, en base a sus características y alcance, señala que esta investigación asume un diseño no experimental, correlacional y transversal. Es correlacional ya que busca establecer los niveles de correlación entre las variables participantes y es transversal ya que la medición de las variables se realizará una sola vez en el tiempo que dure la recolección de datos de esta investigación.

3.5. Población, muestra y muestreo

La población estará constituida por personas hipertensas que acuden al consultorio de cardiología de un establecimiento de salud especializado.

La muestra a utilizar serán 130 pacientes que acuden al consultorio de cardiología del establecimiento de salud especializado. Para esta investigación será una muestra por conveniencia y considerando los criterios de inclusión y exclusión para este estudio.

Criterios de Inclusión

- Pacientes continuadores del consultorio de cardiología
- Pacientes que deseen participar de manera voluntaria en el estudio y acepten el consentimiento informado
- Pacientes que se encuentren sin ninguna dificultad física o mental que les permita participar en el estudio

Criterios de exclusión

- Pacientes que acudan a otros consultorios que no sea cardiología
- Pacientes que no deseen participar de manera voluntaria en el estudio
- Pacientes con algún tipo de secuela que no le permita participar en el estudio.

3.6. Variables y Operacionalización

Definición conceptual de la variable adherencia al tratamiento:

Es la valoración que se da al comportamiento de un individuo con hipertensión respecto a cumplir o no las indicaciones y recomendaciones preestablecidas con un profesional de la salud del cual recibe atención en salud (54)

Definición conceptual de la variable calidad de vida:

Es la percepción individual que tiene una persona con hipertensión sobre su situación en la vida dentro de un marco social, cultural y de valores en que se desenvuelve, que va en relación con sus metas y expectativas que están vinculadas a su bienestar (55).

Variable 1: Adherencia al tratamiento

Definición operacional: Es la valoración que se da al comportamiento de los pacientes hipertensos que acuden a un consultorio de cardiología en un Establecimiento de Salud Especializado, respecto a cumplir o no las indicaciones y recomendaciones preestablecidas con un profesional de la salud del cual recibe atención en salud, esto será valorado a través del test de Morisky Green. Se define COMO el comportamiento que tiene el individuo ante las indicaciones prescritas por el personal médico, esto puede ser para la toma de medicamento a largo plazo, en el seguimiento de una alimentación balanceada o llevar un mejor estilo de vida, entre otros.

Dimensiones	Indicadores	Escala de medición	Escala valorativa (Niveles o rangos)
Adherencia al tratamiento (ítems 1,2,3,4)	-Frecuencia con la que toma medicamentos -Cumple con la hora indicada de la medicación -Dejar de tomar el medicamento ya sea porque se siente mejor o porque siente que le hace daño	Ordinal	Adherencia alta: 0 puntos Adherencia Media: 1-2 puntos Adherencia Baja: 3 a 4 puntos Puntuación que varía de 0 a 4

Variable 2: Calidad de vida

Definición operacional: Es la percepción individual que tienen los pacientes hipertensos que acuden a un consultorio de cardiología en un Establecimiento de Salud Especializado, sobre su situación en la vida dentro de un marco social, cultural y de valores en que se desenvuelve, que va en relación con sus metas y expectativas que están vinculadas a su bienestar, que se caracteriza por estado de ánimo y manifestaciones somáticas, el cual será medido con Cuestionario de MINICHAL. La calidad de vida (CV) es un concepto comúnmente utilizado en la evaluación subjetiva del estado de salud de un paciente, que refleja el bienestar físico, psicológico, social y emocional del paciente.

Dimensiones	Indicadores	Escala de medición	Escala valorativa (Niveles o rangos)
Estado animo 10 ítems (1,2,3,4,5,6,7,8,9,10)	-Presencia de expresiones de animo	Ordinal	Buena: Entre 0 - 10 puntos
Manifestaciones somáticas 6 ítems (11,12,13,14,15,16,)	-Presencia de manifestaciones somáticas		Regular: Entre 11 - 24 puntos
			Mala: Entre 25 - 48 puntos

3.7. Técnicas e instrumentos de recolección de datos

3.7.1. Técnica

La técnica a emplearse en el trabajo de campo de este estudio será la encuesta. Esta técnica es la de elección cuando se realiza un estudio cuantitativo, ya que se presta para poder agenciarse de una importante cantidad de datos en tiempos bastante cortos. Esta técnica se caracteriza por que permite abordar a una población o muestra de forma ágil, su fácil uso y comprensión facilita su aplicación, siendo por eso la técnica de elección de clínicos e investigadores del área de ciencias de la salud (56).

3.7.2. Descripción de instrumentos

Cuestionario para valorar la adherencia al tratamiento

Test Morisky-Green o the Morisky and Green Test o MMAS-4, es una herramienta de evaluación validada que se emplea para medir la falta de adherencia en una variedad de muestras y poblaciones de pacientes que están en tratamiento terapéutico. Su diseño y desarrollo fue realizado en el año 1986, en los Estados Unidos, posteriormente, fue adaptada al idioma español por Val J. en 1992. El MGLS está conformada por cuatro enunciados con opciones de respuesta tipo dicotómico (Sí/ No), que da como respuesta una puntuación de 0 a 4, y finalmente presenta como resultado tres niveles de adherencia como: alta “0”, media “1-2” y baja “3-4”. Por tanto, 0 puntos indica “adherencia perfecta” y más 1 punto algún nivel de “no adherencia”. Este instrumento es ampliamente aplicado en diversos países y poblaciones en general (cuenta con 110 versiones y más de 80 traducciones), esto debido a sus buenas propiedades psicométricas (57).

Cuestionario para valorar la calidad de vida

Los hallazgos de que la baja calidad de vida relacionada con la salud puede ser un factor de riesgo para futuros eventos cardiovasculares en pacientes con hipertensión, enfatizó en la necesidad de herramientas de evaluación de la CV específicas de HTA en esta población hipertensa. El cuestionario calidad de vida en hipertensión o Mini-questionnaire of Quality of Life in Hypertension (MINICHAL), es uno de los instrumentos que surge ante esta necesidad. Es un instrumento de medición que está conformado por 16 reactivos/enunciados divididos en dos factores/dimensiones: "Estado de ánimo" (EA) que consta de 10 ítems (del 1 al 10) y "Manifestaciones somáticas" (MS) que incluye 6 ítems (del 11 al 16). Este cuestionario presenta 4 posibilidades de respuesta tipo Likert: "0" No, en absoluto; "1" Sí, algo; "2" Sí, bastante, y "3" Sí, mucho. La puntuación varía desde 0 (buen nivel de salud) a 30 (bajo nivel de salud). A menor puntuación, mejor calidad de vida tendrá. Además, estas preguntas son referidos en los "últimos 7 días". El cuestionario MINICHAL se puede administrar en poco tiempo con un alto nivel de respuesta y se encontró que tiene propiedades psicométricas muy aceptables, por ello su uso y difusión en muchas latitudes. El MINICHAL es una herramienta potencialmente útil para la evaluación de la CV en pacientes con hipertensión en el entorno clínico cotidiano (58).

3.7.3. Validación

Ascarza (31), durante el 2018, desarrollo una investigación cuyo objetivo fue determinar la adherencia terapéutica. Así mismo participaron 182 pacientes, a los cuales les aplico el Test de Morisky Green, dentro de la investigación realizó la validez

de contenido del test, consiguiendo así que pueda utilizarse en la medición de la variable adherencia al tratamiento.

Herrera (33), durante el 2019, desarrollo un estudio cuyo objetivo fue determinar la calidad de vida de los pacientes hipertensos, en donde utilizó el cuestionario MINICHAL. Ahí se determinó la validez del instrumento MINICHAL mediante un estudio piloto donde participa el 10% de la muestra. Los resultados señalan que el instrumento es válido y puede ser utilizado.

3.7. 4 Confiabilidad

Ascarza (31), durante el 2018, desarrollo una investigación cuyo objetivo fue determinar la adherencia terapéutica. Ahí calculo la fiabilidad del test de adherencia de Morisky-Green con el **Alfa de Cronbach**, la cual arrojo un valor de **0,61** ($\alpha > 0,6$), que se interpreta como confiable.

Herrera (33), durante el 2019, desarrollo un estudio en donde calculo la fiabilidad del cuestionario MINICHAL. Ello se realizó a través del coeficiente **alfa de Cronbach** obteniendo un valor de **0,81**, resultado que indica que el instrumento es fiable para su uso.

3.8. Plan de procesamiento y análisis de datos

Antes de desarrollar el trabajo de campo de este estudio se tuvo que realizar una serie de gestiones y coordinaciones que permitirán tener acceso a las instalaciones de la institución hospitalaria, acceso a los pacientes participantes y acceso a cierta información que nos permita planificar adecuadamente la recolección de datos. Una vez culminada la actividad de recolección de datos, estos deberán ser ingresados a una matriz de datos

construida en el software estadístico SPSS en su versión 26. Esto debe realizarse de forma cuidadosa para evitar errores como la aparición de valores perdidos en el análisis estadístico. En el software SPSS se realizará el análisis estadístico propiamente dicho, al ser un estudio cuantitativo y correlacional se empleará prioritariamente la estadística descriptiva, específicamente se aplicarán los procedimientos relacionados a la distribución de frecuencias, obtención de las medidas de tendencia central y la aplicación de la función del SPSS llamada cálculo de variable, todas estas herramientas permitirán valorar los datos generales, las variables y sus respectivas dimensiones. Las pruebas de hipótesis serán valoradas mediante las pruebas estadísticas paramétricas o no paramétricas, esto dependerá de la forma como se comporte la distribución de los datos luego de aplicar una prueba de normalidad. El estadígrafo a utilizar será el chi cuadrado si resulta el comportamiento de la variable no normal. Finalmente, los datos más relevantes serán mostrados en tablas y figuras, las cuales van a ser adecuadamente rotuladas y presentadas sus descripciones respectivas.

3.9. Aspectos éticos

El presente estudio pertenece al campo de las ciencias de la salud, y una de sus características es que sus participantes son seres humanos. Ante ello se hace necesario considerar en esta investigación un marco bioético sólido que garantice el respeto, los derechos y la confidencialidad de los participantes seleccionados. Este marco bioético se sostiene en dos documentos que enuncian directrices y lineamientos para el desarrollo de trabajos de investigación en salud, el primero de ellos es la declaración de Helsinki, que fue publicada en el año 1964, ahí se hace referencia a que se debe respetar la libre decisión que tome el participante en la investigación, además sugiere la aplicación

necesaria del consentimiento informado. El segundo documento es el informe Belmont que fue publicado en 1978, este hace referencia a los principios bioéticos en la investigación que son, el de autonomía/respeto a las personas/beneficencia y justicia (más adelante se sumó a estos 3 el principio de no maleficencia), estos hacen énfasis en el respeto a la voluntad manifestada por cada participante y al trato respetuoso y equitativo de cada uno de ellos (59). El presente estudio será enviado al comité institucional de ética de la Universidad Norbert Wiener para ser evaluado.

4. ASPECTOS ADMINISTRATIVOS

4.1. Cronograma de actividades

ACTIVIDADES	2022																			
	JUL				AGO				SET				OCT				NOV			
	1	2	3	4	1	2	3	4	1	2	3	4	1	2	3	4	1	2	3	4
Identificar el problema	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>														
Buscar bibliografía		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>														
Desarrollar la situación problemática, marco teórico referencial y antecedentes		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>														
Elaboración de la importancia-justificación		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>														
Desarrollar los objetivos de la de la investigación		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>														
Elaboración del enfoque-diseño de investigación		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>									
Identificar la población, muestra y muestreo			<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>									
Desarrollo de técnicas e instrumentos de recolección de datos			<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>									
Desarrollo aspectos bioéticos			<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>									
Desarrollo métodos de análisis estadístico							<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>								
Desarrollo aspectos administrativos							<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>								
Desarrollo de los anexos							<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>								
Desarrollo del proyecto										<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>				
Desarrollo de campo										<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>				
Desarrollo del versión previa										<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>				
Presentación final																<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

4.2. Presupuesto

	PRECIO UNITARIO	CANTIDAD	PRECIO TOTAL
RECURSOS HUMANOS			
Digitadora	200.00	1	200.00
Estadística	200.00	1	200.00
RECURSOS MATERIALES Y EQUIPOS (BIENES)			
Laptop	3500.00	1	3500.00
Memoria de USB	40.00	1	40.00
Impresiones	1.00	40	40.00
Anillados	5.00	2	10.00
SERVICIOS			
Transporte	40.00	4	160.00
Alimentación	30.00	3	90.00
GASTOS ADMINISTRATIVOS Y/O IMPREVISTOS			
	110.00	2	220.00
TOTAL			
	4126.00	55	4460

5. REFERENCIAS

1. Kearney P, Whelton M, Reynolds K, Muntner P, Whelton P, He J. Global burden of hypertension: Analysis of worldwide data. *Lancet* [revista en Internet] 2005 [acceso 10 de junio de 2021]; 365(9455): 217-223. Disponible en: [https://www.thelancet.com/journals/lancet/article/PIIS0140-6736\(05\)17741-1/fulltext](https://www.thelancet.com/journals/lancet/article/PIIS0140-6736(05)17741-1/fulltext)
2. Son P, Quang N, Viet N, Khai P, Wall S, Weinehall L, et al. Prevalence, awareness, treatment and control of hypertension in Vietnam results from a national survey. *Journal of Human Hypertension* [revista en Internet] 2012 [acceso 10 de junio de 2021]; 26(4): 268-280. Disponible en: <https://www.nature.com/articles/jhh201118.pdf>
3. Ma L, Chen W, Gao R, Liu L, Zhu M, Wang Y, et al. China cardiovascular diseases report 2018: An updated summary. *Journal of Geriatric Cardiology* [revista en Internet] 2020 [acceso 10 de julio de 2021]; 30(3): 201-205. Disponible en: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC7008101/pdf/jgc-17-01-001.pdf>
4. Benetos A, Petrovic M, Strandberg T. Hypertension Management in Older and Frail Older Patients. *Circulation Research* [revista en Internet] 2019 [acceso 10 de julio de 2021]; 124(7): 1045-1060. Disponible en: <https://www.ahajournals.org/doi/epub/10.1161/CIRCRESAHA.118.313236>
5. Organización Mundial de la Salud. Enfermedades no transmisibles [sede Web]. Ginebra-Suiza: OMS; 2021 [actualizado en abril de 2021; acceso en octubre de 2021]. [Internet]. Disponible en: <https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/noncommunicable-diseases>

6. Abegaz T, Shehab A, Gebreyohannes E, Bhagavathula A, Elnour A. Nonadherence to antihypertensive drugs. *Medicine* [revista en Internet] 2017 [acceso 19 de setiembre de 2021]; 96(4): 1-9. Disponible en: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC5287944/pdf/medi-96-e5641.pdf>
7. Jordan R, Cheng K. Covid-19: Risk factors for severe disease and death. *The BMJ* [revista en Internet] 2020 [acceso 09 de junio de 2021]; 368(1): 1-2. Disponible en: <https://www.bmj.com/content/bmj/368/bmj.m1198.full.pdf>
8. Yang J, Zheng Y, Gou X, Pu K, Chen Z. Prevalence of comorbidities and its effects in patients infected with SARS-CoV-2: a systematic review and meta-analysis. *Int J Infect Dis* [revista en Internet] 2020 [acceso 10 de junio de 2019]; 94(2020): 91-95. Disponible en: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/32173574/>
9. Menéndez E, Delgado E, Fernández-Vega F, Prieto M, Bordiú E, Calle A, et al. Prevalence, Diagnosis, Treatment, and Control of Hypertension in Spain. Results of the Di@bet.es Study | Prevalencia, diagnóstico, tratamiento y control de la hipertensión arterial en España. *Revista Espanola de Cardiologia* [revista en Internet] 2016 [acc. Disponible en: <https://www.sciencedirect.com/science/article/abs/pii/S030089321600035X?via%3Di%3Dhub>
10. Townsend N, Wilson L, Bhatnagar P, Wickramasinghe K, Rayner M, Nichols M. Cardiovascular disease in Europe: Epidemiological update 2016. *European Heart Journal* [revista en Internet] 2016 [acceso 09 de junio de 2021]; 37(1): 3232-3245. Disponible en: https://watermark.silverchair.com/ehw334.pdf?token=AQECAHi208BE49Ooan9khhW_Ercy7Dm3ZL_9Cf3qfKAc485ysgAAAq0wggKpBgkqhkiG9w0BBwagggKaMII

- ClgIBADCCAo8GCSqGSIb3DQEHATAeBgIghkgBZQMEAS4wEQQMeBuGqzVV
Jfojssi8AgEQgIICYGuPLMJThbOsboQK7VRUX33bL-XQ1Jrm-dPJCnRUf2SIeqpy
11. de Souza ACC, Borges JWP, Moreira TMM. Quality of life and treatment adherence in hypertensive patients: Systematic review with meta-analysis. *Revista de Saude Publica* [revista en Internet] 2016 [acceso 1 de febrero de 2021]; 50: 1-14. Disponible en: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC5152803/pdf/0034-8910-rsp-S1518-87872016050006415.pdf>
 12. Princewel F, Cumber S, Kimbi J, Nkfusai C, Keka E, Viyoff V, et al. Prevalence and risk factors associated with hypertension among adults in a rural setting: The case of Ombe, Cameroon. *Pan African Medical Journal* [revista en Internet] 2019 [acceso 09 de junio de 2021]; 34(1): 1-9. Disponible en: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC7025826/pdf/PAMJ-34-147.pdf>
 13. Pan J, Wu L, Wang H, Lei T, Hu B, Xue X. Determinants of hypertension treatment adherence among a Chinese population using the therapeutic adherence scale for hypertensive patients. *Medicine* [revista en Internet] 2019 [acceso 19 de setiembre de 2021]; 98(27): 1-7. Disponible en: https://journals.lww.com/md-journal/fulltext/2019/07050/determinants_of_hypertension_treatment_adherence.27.aspx#O3-27-3
 14. Alhaddad I, Hamoui O, Hammoudeh A, Mallat S. Treatment adherence and quality of life in patients on antihypertensive medications in a Middle Eastern population: Adherence. *Vascular Health and Risk Management* [revista en Internet] 2018 [acceso 09 de junio de 2021]; 30(3): 201-205. Disponible en: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC5089866/pdf/vhrm-12-407.pdf>

15. Assal J, Golay A. Patient education in Switzerland: From diabetes to chronic diseases. Patient Education and Counseling [revista en Internet] 2001 [acceso 28 de octubre de 2021]; 44(1): 65-69. Disponible en: <https://www.sciencedirect.com/science/article/abs/pii/S0738399101001057?via%3Dihub>
16. Marcum Z, Sevick M, Handler S. Medication Nonadherence: A Diagnosable and Treatable Medical Condition. JAMA [revista en Internet] 2013 [acceso 19 de octubre de 2021]; 309(20): 2105-2106. Disponible en: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC3976600/>
17. Alsaqabi Y, Rabbani U. Medication Adherence and Its Association With Quality of Life Among Hypertensive Patients Attending Primary Health Care Centers in Saudi Arabia. Cureus [revista en Internet] 2020 [acceso 19 de octubre de 2021]; 12(12): 1-13. Disponible en: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC7714734/pdf/cureus-0012-00000011853.pdf>
18. Al-Ramahi R. Adherence to medications and associated factors: A cross-sectional study among Palestinian hypertensive patients. Journal of Epidemiology and Global Health [revista en Internet] 2019 [acceso 19 de octubre de 2021]; 5(2): 125-132. Disponible en: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC7320483/pdf/JEGH-5-2-125.pdf>
19. Instituto Nacional de Estadística e Informática. El 39,9% de peruanos de 15 y más años de edad tiene al menos una comorbilidad [sede Web]. Lima-Perú: INEI; 2021 [actualizado en mayo de 2021; acceso en octubre de 2021] [Internet]. Disponible en:

<https://www.inei.gob.pe/prensa/noticias/el-399-de-peruanos-de-15-y-mas-anos-de-edad-tiene-al-menos-una-comorbilidad-12903/>

20. Sevilla K. Factores asociados a no adherencia al tratamiento antihipertensivo en adultos. Hospital Pacasmayo [tesis titulación]. Trujillo-Perú: Universidad Privada Antenor Orrego; 2016. [Internet]. Disponible en: <https://repositorio.upao.edu.pe/handle/20.500.12759/4522>
21. Carey RM, Muntner P, Bosworth HB, Whelton P. Prevention and control of hypertension: JACC Health Promotion Series. J Am Coll Cardiol. [revista en Internet] 2018 [acceso 18 de setiembre de 2021]; 72(11): 1278–1293. Disponible en: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC6481176/pdf/nihms-1520567.pdf>
22. Sazlina SG, Zaiton A, Nor Afiah MZ, Hayati KS. Predictors of health related quality of life in older people with non-communicable diseases attending three primary care clinics in malaysia. Journal of Nutrition, Health and Aging [revista en Internet] 2012 [acceso 20 de junio de 2021]; 16(5): 498-502. Disponible en: <https://link.springer.com/article/10.1007%2Fs12603-012-0038-8>
23. Soni R, Porter A, Lash J, Unruh M. Health-related quality of life in hypertension, chronic kidney disease and coexistent chronic health conditions. Adv Chronic Kidney Dis [revista en Internet] 2011 [acceso 10 de junio de 2021]; 17(4): 17-26. Disponible en: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC2901238/pdf/nihms199535.pdf>
24. Tavares D, Guimarães M, Ferreira P, Dias F, Martins N, Rodrigues L. Quality of life and accession to the pharmacological treatment among elderly hypertensive. Revista brasileira de enfermagem [revista en Internet] 2016 [acceso 09 de junio de 2021]; 69(1): 122-9. Disponible en:

- <https://www.scielo.br/j/reben/a/X9wdQT6cdYsSYFN4f4d8xxf/?format=pdf&lang=en>
25. Monterrey M, Linares L, Toledo R, Vázquez A, Rivera D, Morales C. Adherencia farmacológica y calidad de vida relacionada con la salud en adultos mayores hipertensos. *Revista de Ciencias Médicas de Pinar del Río [revista en Internet]* 2021 [acceso 14 de septiembre de 2021]; 25(2): e4989. Disponible en: <http://scielo.sld.cu/pdf/rpr/v25n2/1561-3194-rpr-25-02-e4989.pdf>
 26. Gómez J. Relación entre adherencia y calidad de vida en pacientes con hipertension arterial [tesis licenciatura]. Bogota, Colombia: Universidad de los Andes; 2017. Disponible en: <https://repositorio.uniandes.edu.co/bitstream/handle/1992/19045/u728847.pdf?sequence=1>
 27. Aguilera R, Piloña E, Castellaños A, Lainez E, Sierra V. Adherencia al tratamiento antihipertensivo y su relación con la calidad de vida en adultos en centros de Atención Primaria. *Rev SCientífica [revista en Internet]* 2019 [acceso 12 de septiembre de 2021]; 17(1): 19-22. Disponible en: <http://200.7.173.107/index.php/Scientifica/article/view/153/82>
 28. Diaz M, Polo J, Meza M. Adherencia a antihipertensivos en pacientes de la Aldea de Punuare , Departamento de Olancho , Honduras. *SALUD Quintana Roo [revista en Internet]* 2019 [acceso 4 de febrero de 2021]; 12(41): 7-12. Disponible en: <https://www.medigraphic.com/pdfs/salquintanaroo/sqr-2019/sqr1941b.pdf>
 29. Uchmanowicz B, Jankowska E, Uchmanowicz I, Morisky D. Self-Reported Medication Adherence Measured With Morisky Medication Adherence Scales and Its Determinants in Hypertensive Patients Aged ≥ 60 Years: A Systematic Review and

- Meta-Analysis. *Frontiers in Pharmacology* [revista en Internet] 2019 [acceso 05 de se. Disponible en: <https://www.frontiersin.org/articles/10.3389/fphar.2019.00168/full>
30. Cardenas M, Machacuay G. Adherencia al tratamiento farmacológico y calidad de vida relacionada a la salud en personas con hipertensión arterial atendidos en el consultorio externo de cardiología del Hospital Nacional Hipólito Unanue, Lima – 2018. [tesis Licenciatura]. Lima-Perú: [Internet]. Disponible en: <http://repositorio.uwiener.edu.pe/handle/123456789/2976>
 31. Ascarza F. Factores asociados a la no adherencia al tratamiento farmacológico antihipertensivo en pacientes adultos mayores en un hospital de Lima, setiembre-noviembre 2018 [tesis licenciatura]. Lima, Perú: Universidad Ricardo Palma; 2019. Disponible en: <https://repositorio.urp.edu.pe/bitstream/handle/URP/1725/FASCARZAMOLINA.pdf?sequence=1&isAllowed=y>
 32. Cajachagua M, Vargas C, Ingles M, Chávez J. E estilos de vida y adherencia a terapia antihipertensiva , la Era-Lima Perú y San Miguel-Arica Chile. *Revista Latinoamericana de Hipertensión* [revista en Internet] 2021 [acceso 14 de septiembre de 2021]; 16(1): 1-6. Disponible en: https://cybertesis.unmsm.edu.pe/bitstream/handle/20.500.12672/11497/Rojas_rr.pdf?sequence=3&isAllowed=y
 33. Herrera J. Calidad de vida del adulto mayor con hipertensión arterial EsSalud - Distrito de Chota [tesis maestría]. Cajamarca-Perú: Universidad Nacional de Cajamarca; 2017. [Internet]. Disponible en: <http://repositorio.unc.edu.pe/handle/UNC/3504>
 34. Rojas R. Adherencia al tratamiento hipertensivo y su relación con la depresión en pacientes adultos mayores del Hospital [tesis especialidad]. Lima, Perú: Universidad

- Nacional Mayor de San Marcos; 2019. Disponible en: https://cybertesis.unmsm.edu.pe/bitstream/handle/20.500.12672/11497/Rojas_rr.pdf?sequence=3&isAllowed=y
35. Brazier J, Yang Y, Tsuchiya A, Rowen D. A review of studies mapping (or cross walking) non-preference based measures of health to generic preference-based measures. *European Journal of Health Economics* [revista en Internet] 2010 [acceso 14 de septiembre de 2021]; 11(2): 215-225. Disponible en: <https://link.springer.com/article/10.1007%2Fs10198-009-0168-z>
 36. Ferrans C. Quality of life: Conceptual Issues. *Seminars in oncology Nursing*. 1990.6, 248-254.
 37. Nettle D, Bateson M. The evolutionary origins of mood and its disorders. *Current Biology* [revista en Internet] 2012 [acceso 6 de julio de 2021]; 22(17): R712-R721. Disponible en: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/22975002/>
 38. De Gucht V, Fischler B. Somatization: A critical review of conceptual and methodological issues. *Psychosomatics* [revista en Internet] 2002 [acceso 14 de septiembre de 2021]; 43(1): 1-9. Disponible en: <https://www.sciencedirect.com/science/article/abs/pii/S003331820270426X>
 39. Algabbani F, Algabbani A. Treatment adherence among patients with hypertension: findings from a cross-sectional study. *Clinical Hypertension* [revista en Internet] 2020 [acceso 4 de marzo de 2021]; 26(1): 1-9. Disponible en: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC7491181/>
 40. Sarkodie E, Afriyie DK, Hutton-Nyameaye A, Amponsah SK. Adherence to drug therapy among hypertensive patients attending two district hospitals in Ghana. *Afr*

- Health Sci. [revista en Internet] 2020 [acceso 19 de junio de 2021]; 20(3): 1355–1367.
Disponible en: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC7751545/>
41. Tam HL, Wong EML, Cheung K. Effectiveness of educational interventions on adherence to lifestyle modifications among hypertensive patients: An integrative review. *Int J Environ Res Public Health*. [revista en Internet] 2020 [acceso 19 de setiembre de 2021]; 17(7): 2513. Disponible en: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/32272601/>
 42. Morisky D, Ang A, Krousel-Wood M, Ward H. Predictive Validity of A Medication Adherence Measure in an Outpatient Setting. *Journal of Clinical Hypertension* [revista en Internet] 2008 [acceso 14 de septiembre de 2021]; 10(5): 348-354. Disponible en: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC2562622/pdf/nihms52858.pdf>
 43. Chobanian A, Bakris G, Black H, Cushman W, Green L, Izzo J, et al. Seventh report of the joint national committee on prevention, detection, evaluation, and treatment of high blood pressure. *Hypertension* [revista en Internet] 2003 [acceso 05 de septiembre de 2021]; 42(6): 1206-1252. Disponible en: <https://www.ahajournals.org/doi/epub/10.1161/01.HYP.0000107251.49515.c2>
 44. De Geest S, Sabaté E. Adherence to long-term therapies: Evidence for action. *European Journal of Cardiovascular Nursing* [revista en Internet] 2003 [acceso 05 de septiembre de 2021]; 2(4): 323. Disponible en: <https://academic.oup.com/eurjcn/article/2/4/323/5929167>
 45. Williams B, Mancia G, Spiering W, Agabiti E, Azizi M, Burnier M, et al. 2007 Guidelines for the Management of Arterial Hypertension: The Task Force for the Management of Arterial Hypertension of the European Society of Hypertension and of

- the European Society of Cardiology. *European Heart Journal* [revista en Internet] 2018 [acceso 14 de septiembre de 2021]; 39(33): 5079-119. Disponible en: <https://academic.oup.com/eurheartj/article/39/33/5079/5079119>
46. Coresh J, Wei L, McQuillan G, Brancati F, Levey A, Jones C, et al. Prevalence of high blood pressure and elevated serum creatinine level in the United States: Findings from the third national health and nutrition examination survey (1988-1994). *Archives of Internal Medicine* [revista en Internet] 2001 [acceso 14 de septiembre de 2021]; 161(10): 1290-1297. Disponible en: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/11343443/>
 47. Forman J, Stampfer M, Curhan G. Diet and lifestyle risk factors associated with incident hypertension in women. *JAMA* [revista en Internet] 2009 [acceso 14 de septiembre de 2021]; 302(4): 401-411. Disponible en: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/19622819/>
 48. Whelton P, Carey R, Aronow W, Casey D, Collins K, Himmelfarb C, et al. Guideline for the prevention, detection, evaluation, and management of high blood pressure in adults: Executive summary: A report of the American college of cardiology/American Heart Association task force on clinical practice guidelines. *Hypertension* [revista en Internet] 2017 [acceso 14 de septiembre de 2021]; 70(3): e52-e115. Disponible en: <https://www.ahajournals.org/doi/epub/10.1161/HYP.0000000000000066>
 49. Oliveros E, Patel H, Kyung S, Fugar S, Goldberg A, Madan N, et al. Hypertension in older adults: Assessment, management, and challenges. *Clinical Cardiology* [revista en Internet] 2019 [acceso 10 de septiembre de 2021]; 43(2): 99-107. Disponible en: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC7021657/pdf/CLC-43-99.pdf>
 50. Peacock E, Krousel-Wood M. Adherence to Antihypertensive Therapy. *Med Clin North Am*. [revista en Internet] 2017 [acceso 14 de septiembre de 2021]; 101(1): 229-245. Disponible en: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC5156530/>

51. Kripalani S, Yao X, Haynes B. Interventions to enhance medication adherence in chronic medical conditions: A systematic review. Arch Intern Med [revista en Internet] 2007 [acceso 14 de septiembre de 2021]; 167(6): 540-550. Disponible en: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/17389285/>
52. Sánchez H, Reyes C, Mejía K. Manual de términos en investigación científica, tecnológica y humanística [Internet]. Perú: Universidad Ricardo Palma; 2018. 144 p. Disponible en: <http://repositorio.urp.edu.pe/bitstream/handle/URP/1480/libro-manual-de-terminos-en-investigacion.pdf?sequence=1&isAllowed=y>
53. Gabriel-Ortega J. Cómo se genera una investigación científica que luego sea motivo de publicación. Journal of the Selva Andina Research Society [revista en Internet] 2017 [acceso en agosto de 2021]; 8(2): 155-156. Disponible en: http://www.scielo.org.bo/pdf/jsars/v8n2/v8n2_a08.pdf
54. Bastakoti S, Khanal S, Dahal B, Pun N. Adherence and non-adherence to treatments: Focus on pharmacy practice in Nepal. Journal of Clinical and Diagnostic Research [revista en Internet] 2013 [acceso 7 de julio de 2021]; 7(4): 754-757. Disponible en: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC3644468/>
55. World Health Organization. WHOQOL: Measuring Quality of Life Introducing [sede Web]. Ginebra-Suiza: WHO; 2012 [acceso 7 de julio de 2021]. [Internet]. Disponible en: <https://www.who.int/tools/whoqol>
56. Story DA, Tait AR. Survey Research. Anesthesiology [revista en Internet] 2019 [acceso 27 de setiembre de 2021]; 130(2): 192-202. Disponible en: <https://pubs.asahq.org/anesthesiology/article/130/2/192/20077/Survey-Research>
57. Morisky D, Green L, Levine D. Concurrent and predictive validity of a self-reported measure of medication adherence. Med Care [revista en Internet] 1986 [acceso 20 de

junio de 2021]; 24(1): 67-74. Disponible en:
<https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/3945130/>

58. Guarín G, Pinilla A. Adherencia al tratamiento antihipertensivo y su relación con la calidad de vida en pacientes de dos hospitales de Bogotá. Rev. Fac. Med. [revista en Internet] 2016 [acceso 28 de marzo de 2020]; 64(4): 651-657. Disponible en: <http://www.scielo.org.co/pdf/rfmun/v64n4/0120-0011-rfmun-64-04-00651.pdf>
59. Roqué M, Macpherson I. An analysis of the ethics of principles, 40 years later. Revista Bioética [revista en Internet] 2018 [acceso 02 de enero de 2021]; 26(2): 189-197. Disponible en: https://www.scielo.br/pdf/bioet/v26n2/en_1983-8042-bioet-26-02-0189.pdf

Anexos

Anexo 1. Matriz de consistencia

FORMULACION DEL PROBLEMA	OBJETIVOS	HIPOTESIS	VARIABLES	DISEÑO METODOLOGICO
<p>Problema general ¿Cuál es la relación entre adherencia al tratamiento y calidad de vida en pacientes hipertensos que acuden a un consultorio de cardiología en un Establecimiento de Salud Especializado, Lima-2021?</p> <p>Problemas específicos ¿Cuál es la relación entre adherencia al tratamiento y calidad de vida en su dimensión estado de ánimo en pacientes hipertensos que acuden a un consultorio de cardiología en un Establecimiento de Salud Especializado, Lima-2021? ¿Cuál es la relación entre adherencia al tratamiento y calidad de vida en su dimensión manifestaciones somáticas en pacientes hipertensos que acuden a un consultorio de cardiología en un Establecimiento de Salud Especializado, Lima-2021?</p>	<p>Objetivo general Determinar la relación entre adherencia al tratamiento y calidad de vida en pacientes hipertensos que acuden a un consultorio de cardiología en un Establecimiento de Salud Especializado, Lima-2021</p> <p>Objetivos específicos -Determinar la relación entre adherencia al tratamiento y calidad de vida en su dimensión estado de ánimo en pacientes hipertensos que acuden a un consultorio de cardiología en un Establecimiento de Salud Especializado, Lima-2021. -Determinar la relación entre adherencia al tratamiento y calidad de vida en su dimensión manifestaciones somáticas en pacientes hipertensos que acuden a un consultorio de cardiología en un Establecimiento de Salud Especializado, Lima-2021</p>	<p>Hipótesis general Hi: Existe relación significativa entre adherencia al tratamiento y calidad de vida en pacientes hipertensos que acuden a un consultorio de cardiología en un Establecimiento de Salud Especializado, Lima-2021.</p> <p>Ho: No existe relación significativa entre adherencia al tratamiento y calidad de vida en pacientes hipertensos que acuden a un consultorio de cardiología en un Establecimiento de Salud Especializado, Lima-2021.</p> <p>Hipótesis específica -Existe relación significativa entre adherencia al tratamiento y calidad de vida en su dimensión estado de ánimo en pacientes hipertensos que acuden a un consultorio de cardiología en un Establecimiento de Salud Especializado, Lima-2021.</p> <p>-Existe relación significativa entre adherencia al tratamiento y calidad de vida en su dimensión manifestaciones somáticas en pacientes hipertensos que acuden a un consultorio de cardiología en un Establecimiento de Salud Especializado, Lima-2021</p>	<p>V1: Adherencia</p> <p>V2: Calidad de vida</p>	<p>* El método que orienta el desarrollo de esta investigación es el hipotético-deductivo. * El marco metodológico del estudio en curso, en base a sus características y alcance, señala que esta investigación asume un diseño correlacional y transversal * La presente investigación es rotulada como un estudio básico. *Se aplicarán los cuestionarios Morisky Green y MINICHAL.</p>

Anexo 2. Instrumento de recolección de datos

Instrumento 1:

INSTRUMENTO DE MEDICIÓN PARA LA ADHERENCIA AL TRATAMIENTO

I. PRESENTACIÓN

Buenas tardes, soy egresada de la segunda especialidad de enfermería, y en esta oportunidad solicito su colaboración para el llenado del siguiente cuestionario. Tenga en cuenta usted que sus datos brindados son confidenciales.

II. DATOS GENERALES

Edad: ____ años

Sexo:

() Femenino () Masculino

Estado Civil

() Soltero(a) () Casado () Conviviente () Divorciado(a) () Viudo(a)

Nivel de instrucción: () Sin instrucción () Primaria () Secundaria () Superior técnico () Superior universitario

Tiempo que recibe medicamento: ____

Presenta otras comorbilidades (especificar): _____

II. INSTRUCCIONES:

A continuación, aparecen preguntas que describen diversas situaciones, solo tienes que leer atentamente y responder a cada una de ellas. No hay respuestas correctas ni incorrectas, lo importante es que responda con la máxima sinceridad posible. Marca con una “X” “la

alternativa la cual cree conveniente para usted. Tener en cuenta que se considera una alternativa con cada pregunta.

N°	Preguntas	Sí	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?		

Instrumento 2:

INSTRUMENTO DE MEDICIÓN PARA LA CALIDAD DE VIDA

Marcar con un aspa según su situación en los últimos 7 días, sea sincero(a) con sus respuestas, considere que este cuestionario es anónimo.

Nº	En los últimos 7 días...	No, en absoluto	Sí, poco	Sí, bastante	Sí, mucho
1	¿Ha tenido dificultades para conciliar el sueño?	0	1	2	3
2	¿Ha tenido dificultades para continuar con sus relaciones sociales habituales?	0	1	2	3
3	¿Le ha resultado difícil entenderse con la gente?	0	1	2	3
4	¿Siente que no está jugando un papel útil en la vida?	0	1	2	3
5	¿Se siente incapaz de tomar decisiones y empezar nuevas cosas?	0	1	2	3
6	¿Se ha notado constantemente agobiado y en tensión?	0	1	2	3
7	¿Tiene la sensación de que la vida es una lucha continua?	0	1	2	3
8	¿Se siente incapaz de disfrutar sus actividades habituales de cada día?	0	1	2	3
9	¿Se ha sentido agotado y sin fuerzas?	0	1	2	3
10	¿Ha tenido la sensación de que estaba enfermo?	0	1	2	3
11	¿Ha notado dificultades al respirar o sensación de falta de aire sin causa aparente?	0	1	2	3
12	¿Se le han hinchado los tobillos?	0	1	2	3
13	¿Ha notado que orina más a menudo?	0	1	2	3
14	¿Ha notado sequedad de boca?	0	1	2	3
15	¿Ha notado dolor en el pecho sin hacer ningún esfuerzo?	0	1	2	3
16	¿Ha notado una sensación de entumecimiento u hormigueo en alguna parte del cuerpo?	0	1	2	3

Anexo 3. Consentimiento informado

CONSENTIMIENTO INFORMADO

PARA PARTICIPAR EN UN PROYECTO DE INVESTIGACIÓN MÉDICA

A usted se le está invitando a participar a la presente investigación. Antes de decidir si forma parte o no de ella, debe enterarse y conocer cada uno de los siguientes apartados.

Título del proyecto: Adherencia al tratamiento y calidad de vida en pacientes hipertensos que acuden a un consultorio de cardiología en un Establecimiento de Salud Especializado, Lima-2021

Nombre del investigador principal:

Aquilina Cristina Cuadros Molina

Propósito del estudio: Determinar la relación entre adherencia al tratamiento y calidad de vida en pacientes hipertensos que acuden a un consultorio de cardiología en un Establecimiento de Salud Especializado, Lima-2021

Beneficios por participar: Tiene la posibilidad de ver los resultados de del estudio lo cual le puede ser útil para su persona y su desempeño profesional.

Inconvenientes y riesgos: No existe ningún riesgo.

Costo por participar: Ser parte del estudio no implica hacer algún costo para usted.

Confidencialidad: La información que usted brinde estará protegida, se resguardara el anonimato suyo por siempre.

Renuncia: Usted puede decidir retirarse del estudio cuando lo desee, aquello no será causa de pena o sanción alguna

Consultas posteriores: Si usted tuviese dudas o consultas durante el desarrollo de la investigación, puede dirigirse a Aquilina Cristina Cuadros Molina (teléf.: 988 568 770), quien soy la responsable del estudio.

Contacto con el Comité de Ética: Si usted tuviese preguntas sobre sus derechos como voluntario, o si piensa que sus derechos han sido vulnerados, puede dirigirse al Dra. Yenny M. Bellido Fuentes, Presidenta del Comité de Ética de la Universidad Norbert Wiener, para la investigación de la Universidad Norbert Wiener, telf. 7065555 anexo 3285. comité.etica@uwiener.edu.pe.

Participación voluntaria:

Su involucramiento en esta investigación es voluntario y puede expresar querer ya ser parte de ella cuando lo crea necesario.

DECLARACIÓN DE CONSENTIMIENTO

Declaro que he leído y comprendido, tuve tiempo y oportunidad de hacer preguntas, las cuales fueron respondidas de forma satisfactoria, no he percibido coacción ni he sido influido indebidamente a participar o continuar ser parte en el estudio y que finalmente acepto voluntariamente seguir siendo parte de él.

Nombres y apellidos del participante o apoderado	Firma o huella digital	
Nº de DNI:		
Nº de teléfono: fijo o móvil o WhatsApp		
Correo electrónico		
Nombre y apellidos del investigador		Firma
Aquilina Cristina Cuadros Molina		
Nº de DNI		
40677044		
Nº teléfono móvil		
988 568 770		
Nombre y apellidos del responsable de encuestadores	Firma	
Aquilina Cristina Cuadros Molina		
Nº de DNI		
40677044		
Nº teléfono		
988 568 770		
Datos del testigo para los casos de participantes iletrados	Firma o huella digital	
Nombre y apellido:		
DNI:		
Teléfono:		

Lima, 20 de junio de 2021

***Certifico que he recibido el documento del consentimiento informado.**

.....
Firma del participante