



**Universidad
Norbert Wiener**

**UNIVERSIDAD PRIVADA NORBERT WIENER
FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD
ESCUELA ACADÉMICO PROFESIONAL DE ENFERMERÍA**

**“ADHERENCIA AL TRATAMIENTO Y CALIDAD DE VIDA
EN PERSONAS CON HIPERTENSIÓN ARTERIAL QUE
HABITAN EN UNA ZONA DE SAN MARTIN DE PORRES,
2021”**

**TESIS PARA OPTAR EL TITULO PROFESIONAL DE LICENCIADA EN
ENFERMERÍA**

PRESENTADO POR:

Quispe Huamani Maritza

ASESOR:

Dra. María Hilda Cárdenas De Fernández

LIMA – PERÚ

2021

**“ADHERENCIA AL TRATAMIENTO Y CALIDAD DE VIDA
EN PERSONAS CON HIPERTENSIÓN ARTERIAL QUE
HABITAN EN UNA ZONA DE SAN MARTIN DE PORRES,
2021”**

Dedicatoria

Dedico con todo mi corazón mi tesis a DIOS por darme sabiduría y fortaleza. A mi madre por ser mi guía y mi ejemplo a seguir. A mis hijos y mi esposo por brindarme todo el apoyo son mi motivación para salir adelante y haber concluido una etapa más.

Agradecimiento

A mi Asesora de tesis María Hilda Cárdenas De Fernández por su guía, enseñanzas, comprensión, paciencia entrega y valiosos consejos a lo largo del proceso de investigación. He logrado un importante objetivo culminar el desarrollo de mi tesis con éxito muchas gracias.

Índice general

Dedicatoria	3
Agradecimiento	4
Índice general.....	5
Índice de tablas	8
ANEXOS	9
Resumen.....	9
Abstract.....	10
Introducción.....	11
CAPÍTULO I: EL PROBLEMA	13
1.1 Planteamiento del problema.....	13
1.2 Formulación del problema.....	17
1.2.1 Problema general.....	17
1.2.2 Problemas específicos.....	17
1.3 Objetivos de la investigación.....	17
1.3.1 Objetivo general.....	17
1.3.2 Objetivos específicos	17
1.4 Justificación de la investigación	18
1.4.1 Teórica.....	18
1.4.2 Metodológica.....	18
1.4.3 Practica.....	18
1.5 Limitaciones de la investigación.....	19
1.5.1 Temporal.....	19
1.5.2 Espacial	19

1.5.3 Recursos.....	19
CAPÍTULO II: MARCO TEÓRICO.....	20
2.1 Antecedentes de la Investigación.....	20
2.1.1 Antecedentes internacionales.....	20
2.1.2 Antecedentes nacionales.....	20
2.2 Bases Teóricas	22
2.2.1 Adherencia y no adherencia al tratamiento	22
2.2.2 Calidad de vida	23
2.2.3 Dimensiones de calidad de vida	24
2.2.4 Hipertensión arterial.....	24
2.2.5 Cuidados de enfermería en el paciente hipertenso.....	26
2.2.6 Teoría de Nola Pender.....	26
2.3 Formulación de hipótesis	27
2.3.1 Hipótesis general	27
2.3.2 Hipótesis específicas	27
CAPITULO III: METODOLOGÍA.....	28
3.1 Método de investigación	28
3.2 Enfoque de la investigación	28
3.3 Tipo de investigación	28
3.4. Diseño de la investigación.....	28
3.5. Población	28
3.6. Variables y Operacionalización	30
3.7. Técnicas e instrumentos de recolección de datos.....	33
3.7.1. Técnica.....	33
3.7.2. Instrumentos	33
3.7.3. Validación	34
3.7.4 Confiabilidad	35
3.8. Procesamiento y análisis de datos.....	35
3.9. Aspectos éticos	35
CAPITULO IV: PRESENTACIÓN Y DISCUSION DE LOS RESULTADOS	37
4.1 Resultados	37

4.1.1. Análisis descriptivo de resultados.....	37
4.1.2. Prueba de hipótesis	43
4.1.3. Discusión de resultados.....	46
CAPÍTULO V: CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.....	49
5.1 Conclusiones.....	49
5.2 Recomendaciones	49
REFERENCIAS.....	50
Anexos	61
II. INSTRUCCIONES:.....	64

Índice de tablas

Tabla 1. Clasificación de HTA.....	24
Tabla 2. Datos sociodemográficos de participantes (n=114)	37
Tabla 3. Adherencia al tratamiento en personas con hipertensión arterial que habitan en una zona de San Martin de Porres (n=114).....	39
Tabla 4. Adherencia al tratamiento según sus dimensiones en personas con hipertensión arterial que habitan en una zona de San Martin de Porres (n=114)..	40
Tabla 5. Calidad de vida en personas con hipertensión arterial que habitan en una zona de San Martin de Porres (n=114)	41
Tabla 6. Calidad de vida según dimensiones en personas con hipertensión arterial que habitan en una zona de San Martin de Porres (n=114).....	42
Tabla 7. Relación entre adherencia al tratamiento y calidad de vida en personas con hipertensión arterial que habitan en una zona de San Martin de Porres, 2021	43
Tabla 8. Relación entre adherencia al tratamiento en su dimensión frecuencia de toma de medicamento y calidad de vida en personas con hipertensión arterial que habitan en una zona de San Martin de Porres, 2021	44
Tabla 9. Relación entre adherencia al tratamiento en su dimensión estado de ánimo con la evolución de la enfermedad y calidad de vida en personas con hipertensión arterial que habitan en una zona de San Martin de Porres, 2021	45

ANEXOS

Anexo 1. Matriz de consistencia	63
Anexo 2. Instrumento de recolección de datos	64
Anexo 3. Consentimiento informado	66

Resumen

Objetivo: El objetivo de la investigación fue determinar la relación entre adherencia al tratamiento y calidad de vida en personas con hipertensión arterial que habitan en una zona de San Martín de Porres, 2021.

Materiales y métodos: El presente estudio fue cuantitativo, su diseño metodológico correlacional-transversal. La muestra estuvo conformada por 114 participantes. La técnica de recolección de datos fue la encuesta y los instrumentos empleados para medir las variables fueron la Escala de Morisky Green y el Cuestionario MINICHAL

Resultados: De los 114 participantes 70,2% fueron de sexo femenino (n=80) y la edad promedio de estos fue de 50,61 años. En cuanto a la hipótesis general se encontró que existe relación significativa entre adherencia al tratamiento y calidad de vida ($p < 0,05$). Según las hipótesis específicas, existe relación significativa entre adherencia al tratamiento según su dimensión frecuencia de toma de medicamentos y calidad de vida ($p < 0,05$) y finalmente, existe relación significativa entre adherencia al tratamiento según su dimensión estado de ánimo con la evolución de la enfermedad y calidad de vida ($p < 0,05$).

Conclusiones: En cuanto a la hipótesis general existe relación significativa entre las variables principales; en las hipótesis específicas, se encontró relación significativa entre adherencia al tratamiento según su dimensión frecuencia de toma de medicamentos y calidad de vida; y por último, se encontró relación significativa entre adherencia al tratamiento según su dimensión estado de ánimo con la evolución de la enfermedad y calidad de vida.

Palabras claves: Cumplimiento de la medicación; Calidad de vida; Hipertensión (Fuente: DeCS).

Abstract

Objective: The objective of the research was to determine the relationship between adherence to treatment and quality of life in people with hypertension living in an area of San Martin de Porres, 2021.

Materials and methods: The present study was quantitative, its methodological design correlational-cross-sectional. The sample consisted of 114 participants. The data collection technique was the survey and the instruments used to measure the variables were the Morisky Green Scale and the MINICHAL Questionnaire.

Results: Of the 114 participants, 70.2% were female (n = 80) and their average age was 50.61 years. Regarding the general hypothesis, it was found that there is a significant relationship between adherence to treatment and quality of life ($p < 0.05$). According to the specific hypotheses, there is a significant relationship between adherence to treatment according to its dimension, frequency of taking medications and quality of life ($p < 0.05$) and finally, there is a significant relationship between adherence to treatment according to its dimension of mood with the evolution of the disease and quality of life ($p < 0.05$).

Conclusions: Regarding the general hypothesis, there is a significant relationship between the main variables; In the specific hypotheses, a significant relationship was found between adherence to treatment according to its dimension, frequency of taking medications and quality of life; and finally, a significant relationship was found between adherence to treatment according to its mood dimension with the evolution of the disease and quality of life.

Keywords: Medication Adherence; Quality of life; Hypertension (Source: DeCS).

Introducción

La hipertensión arterial es una ENT, de evolución crónica, siendo su progreso lento y de no tener los cuidados y tratamiento adecuados, puede complicarse hasta traer

complicaciones que pueden tener una presentación sistémica que atente contra la calidad de vida y bienestar de las personas que la padecen. La adherencia al tratamiento indicado es fundamental, ya que es un pilar que permite el control de esta enfermedad. Otro aspecto complementario es el asumir estilos de vida saludables.

El estudio presente consta de 5 capítulos, que contienen los diferentes apartados del estudio.

El capítulo I, considera el planteamiento del problema, la formulación del problema, los objetivos y la justificación que determina el por qué y para que desarrollamos este estudio.

En el capítulo II, se aborda el marco teórico, que comprende los antecedentes de la investigación, las bases teóricas que permite dar fundamento a diferentes constructos utilizados en el estudio y la formulación de la hipótesis.

El capítulo III, se enfoca la metodología, que comprende el método de investigación, el enfoque empleado, el tipo de investigación, el diseño de investigación, la población- muestra, las variables y la operacionalización de las mismas, las técnicas e instrumentos de recolección de datos, el procesamiento y análisis de datos y los aspectos éticos.

El capítulo IV, se enfoca en los resultados obtenidos a partir de los datos recolectados con los instrumentos de medición, las pruebas de hipótesis y la discusión de resultados.

En el capítulo V, se encuentra las conclusiones del estudio que sintetizan los hallazgos obtenidos y las recomendaciones dadas a investigadores que realicen estudios similares.

Finalmente se presenta la bibliografía y los anexos del estudio.

La autora

CAPÍTULO I: EL PROBLEMA

1.1 Planteamiento del problema

Las enfermedades no transmisibles (ENT) son cada vez más prevalentes y producto de ellas mueren anualmente 41 millones de individuos, lo que equivale al 71% de todos los fallecimientos en todo el mundo. Asimismo, cada año, más de 15 millones fallecen a causa de una ENT entre las edades de 30 y 69 años. Además señalar que el 77% de todas las defunciones por ENT se dan en regiones con economías en proceso de desarrollo (1).

La Organización Mundial de la Salud (OMS) informo que, las ECV generan la mayor cantidad de muertes en todo el planeta tierra, y se estima que cobró 17,9 millones de vidas durante el año 2019 (2). Las ECV, se constituyen en un grupo de patologías que afectan el corazón y los vasos sanguíneos que incluyen enfermedades coronarias, cardíacas, cerebrovascular, y otros problemas afectan al sistema arterio venoso de nuestro organismo (3).

La hipertensión arterial (HTA) ha afectado a unos 50 millones de estadounidenses y a más de 600 millones de individuos a nivel global. También es la causa más común de visitas de adultos a los establecimientos sanitarios. La HTA es la causa del 45% de los infartos de miocardio, de más de la mitad de fallecimiento por ACV (51%) y de 9,5 millones de muertes al año, y se prevé que esta enfermedad representará una cuarta parte de todas las muertes para el año 2030 (4).

La HTA es un factor de riesgo crítico de ECV y disfunción renal, que representa más del 30% de la mortalidad en todo el mundo. A mayor presión arterial, más muerte prematura. Los datos mundiales muestran una incidencia del 30% al 38% entre los adultos residen principalmente en los países subdesarrollados. La tasa de prevalencia estandarizada en la provincia de Podlaskie en Polonia en el 2018 fue de 296 casos por mil habitantes (tercera más baja del país). La mayor morbilidad se da entre la población mayor de 65 años, tanto en Polonia como en todo el mundo ya que afecta al 75% de las personas mayores (5).

Un estudio reciente estimó que la hipertensión afecta actualmente al 25% de la población adulta en Vietnam. Sin embargo, el nivel de conciencia y los esfuerzos para controlar la hipertensión sigue siendo relativamente bajo. Una encuesta nacional reciente encontró que entre las personas hipertensas solo la mitad (48,4%) eran conscientes de su presión arterial alta y solo un tercio (29,6%) estaban recibiendo tratamiento (6).

La HTA es considerada un problema que afecta seriamente la salud de la población global, debido a su prevalencia y morbimortalidad elevadas, asociándose a una peor calidad de vida relacionada con la salud (CVRS). Sin embargo, a pesar de esta alta prevalencia, la concienciación y el control de la presión arterial (PA) son bastante deficientes en los países en desarrollo como resultado del acceso inadecuado a los servicios de salud, a la falta de educación sanitaria, los hábitos alimentarios inadecuados, la pobreza y el alto costo de los medicamentos (7).

La HTA incrementa de forma significativa la carga mundial de ECV y se estima que su prevalencia aumentará en un 30% para el año 2025. La no adherencia (NADH) 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 NADH es un factor potencial que contribuye a la aparición de enfermedades concomitantes (8).

La mala adherencia a los procesos terapéuticos indicados para las ENT y crónicas es un problema latente y la OMS destacó ello, como una situación que se debe resolver en un tiempo mediano. Asimismo, la adherencia (ADH) es de particular preocupación en la HTA, ya que aproximadamente un 50% de las personas que se les prescribe un antihipertensivo deja de tomarlo en el plazo de un año (9).

En la actualidad, solo entre el 15% y el 20% de los pacientes obtienen un control adecuado de su PA. Solo el 10% de los pacientes que informan que toman antihipertensivos, alcanzan valores de presión arterial ventajosos. Sin embargo, la principal razón de la mala eficacia del tratamiento es la falta de cumplimiento de las recomendaciones terapéuticas, lo que se conoce como "incumplimiento". Además, algunos pacientes no toman los medicamentos antihipertensivos de acuerdo con las

indicaciones específicas del profesional que les prescribe, lo que conduce a una terapia ineficaz. A pesar de que, los costos de la NADH a la medicación son tanto económicos como personales, se estima que, aproximadamente el 8% de los costes sanitarios totales mundiales se podrían evitar siguiendo las recomendaciones de tratamiento (10).

Una revisión sistemática y meta análisis informo que, de 12 603 sujetos, el 45,2% y 31,2% de los pacientes hipertensos con comorbilidades no cumplieron con los medicamentos. Asimismo, se observó una mayor proporción (83,7%) de no cumplimiento con las indicaciones terapéuticas en pacientes con PA no controlada. Aunque se pudo evidenciar un mayor porcentaje (54%) de incumplimiento de los medicamentos antihipertensivos en las mujeres ($p < 0,001$), el riesgo de incumplimiento fue 1,3 veces mayor en los hombres, con un riesgo relativo de 0,883. En general, casi dos tercios (62,5%) de la falta de adherencia a la medicación se halló principalmente en africanos y asiáticos (43,5%) (8).

En Inglaterra se realizó un reporte donde se encontró que la tasa global de incumplimiento de uno o más medicamentos antihipertensivos recetados fue del 40,3%. El 14,4% de todos los pacientes no cumplieron con todos los medicamentos antihipertensivos prescritos (incumplimiento total), mientras que el 25,9% de todos los pacientes no cumplieron con al menos un medicamento antihipertensivo prescrito. Además, el 72% de los pacientes se les prescribieron ≥ 3 antihipertensivos y por cada aumento en el número de medicamentos antihipertensivos prescritos, la falta de adherencia aumentó con odds ratios ajustados de 2,9 ($p < ,001$). La regresión logística mostró que las mujeres tenían 3,3 veces más probabilidades de no cumplir ($p = ,004$). La polifarmacia (≥ 6 medicamentos prescritos para la hipertensión o comorbilidades concomitantes) fue prevalente en el 52% (11). Otra evidencia de este mismo país señalado que, Ciento sesenta y seis (55%) no se adhirieron a la medicación prescrita y el 20% de estos no se adhirieron por completo. La no adherencia a la medicación antihipertensiva se asoció de forma independiente con la edad más joven, el sexo femenino, el número de medicamentos prescritos (12).

Otro estudio reportó que en 1 348 pacientes participantes con HTA de 2 países europeos, las tasas de incumplimiento del tratamiento antihipertensivo fueron del 41,6% y el 31,5% en las poblaciones del Reino Unido y la República Checa. La no adherencia se asoció inversamente con la edad y el sexo masculino, asimismo, esto aumentó en el número de medicamentos antihipertensivos que condujo a un aumento del 85% y 77% en la no adherencia ($p < 0,001$) en las poblaciones de Reino Unido y República Checa, respectivamente (13).

En Alemania, un reporte reveló que, 15 de 62 pacientes (24%) presentaron falta de adherencia terapéutica, y en 21 pacientes (34%), se demostró la no adherencia parcial. Los pacientes con incumplimiento o incumplimiento parcial mostraron un historial de HTA más prolongado (15 frente a 10 años, $p = 0,04$) (14).

Asimismo, en Panamá se encuestaron 176 participantes en centros sanitarios, y que tuvo como resultado 97% hipertensos y el 80% de ellos con medicación de diversos fármacos. El 40% indicó que dejaron de tomar los medicamentos, por ende, no cumplieron con la farmacoterapia ordenada (15). En Perú, un reporte donde participaron 27 personas con HTA de 59-88 años, señaló que se obtuvo un 30% de participantes que informaron de adherencia al proceso terapéutico mediante el test de Morisky Green-Levine y un 41% mostró adherencia terapéutica con el test de Hermes (16).

La calidad de vida (CV) es un indicador fundamental que permite valorar los resultados del tratamiento anti hipertensivo. Sin embargo, el cambio de comportamientos no saludables o el mantenimiento de estilos de vida saludables tiene un enorme valor en la reducción de enfermedades y una mayor esperanza de vida no solo a nivel individual, sino para la comunidad en su conjunto (6).

Finalmente, en nuestro país, en el año 2020, del total de individuos de 15 y más años de edad, el 40% presenta al menos una comorbilidad o factores de riesgo para la salud, es decir, sobrepeso, DM2 o HTA; más incidencia se presentó en el sexo femenino (41,5%) que en los varones (38,2%), así mismo, más se presenta en la zona urbana (42,4%) que en la zona rural (29,1%). El 21,7% de la población de 15 a más años, tiene HTA y el 68% de ellos recibió indicación terapéutica (17).

1.2 Formulación del problema

1.2.1 Problema general

¿Cuál es la relación entre adherencia al tratamiento y calidad de vida en personas con hipertensión arterial que habitan en una zona de San Martín de Porres, 2021?

1.2.2 Problemas específicos

¿Cuál es la relación entre adherencia al tratamiento en su dimensión frecuencia de toma de medicamento y calidad de vida en personas con hipertensión arterial que habitan en una zona de San Martín de Porres, 2021?

¿Cuál es la relación entre adherencia al tratamiento en su dimensión estado de ánimo con la evolución de la enfermedad y calidad de vida en personas con hipertensión arterial que habitan en una zona de San Martín de Porres, 2021?

1.3 Objetivos de la investigación

1.3.1 Objetivo general

Determinar la relación entre adherencia al tratamiento y calidad de vida en personas con hipertensión arterial que habitan en una zona de San Martín de Porres, 2021.

1.3.2 Objetivos específicos

-Determinar la relación entre adherencia al tratamiento en su dimensión frecuencia de toma de medicamento y calidad de vida en personas con hipertensión arterial que habitan en una zona de San Martín de Porres, 2021.

-Determinar la relación entre adherencia al tratamiento en su dimensión estado de ánimo con la evolución de la enfermedad y calidad de vida en personas con hipertensión arterial que habitan en una zona de San Martín de Porres, 2021.

1.4 Justificación de la investigación

1.4.1 Teórica

En una revisión bibliográfica hecha en las diferentes plataformas que resguardan bases de datos científicas, se pudo verificar que existen pocos estudios (a nivel internacional y nacional) sobre el tema a tratarse en esta investigación. En la misma revisión se pudo constatar que no existe estudio antecedente realizado en el lugar específico donde se realizó el estudio. Lo revelado justifica el desarrollo de la presente investigación, que busco aportar con conocimiento científico nuevo y actualizado que permitió tener un panorama más exacto de la situación de los participantes hipertensos, ello a su vez fue un insumo que permitió establecer mejoras que permitan darles mayores cuidados y bienestar.

1.4.2 Metodológica

La investigación ya concluida, fue desarrollada considerando el rigor científico del método de la ciencia (método científico), es decir se buscó realizar un estudio que considere la definición del problema, formulación de hipótesis, recolección e interpretación de datos, confirmación de las hipótesis y los resultados-conclusiones, solo así se pudo obtener conocimiento que pueda ser considerado un verdadero aporte para el cambio y mejora de la situación actual de la población de pacientes hipertensos.

1.4.3 Practica

Los hallazgos de la presente investigación (conocimiento científico actualizado y significativo) fueron facilitados a las personas que están a cargo de velar y cuidar la salud de la población objetivo de este estudio, a partir de ello, se podría orientar y mejorar el cuidado orientado a ese grupo poblacional, que presentan una enfermedad crónica que requiere de un seguimiento sostenido y aplicación de estrategias que impliquen el cuidado y autocuidado de la salud de estas personas.

1.5 Limitaciones de la investigación

1.5.1 Temporal

La investigación ya concluida fue realizada (proyecto y ejecución del mismo) en este segundo semestre del año 2021.

1.5.2 Espacial

El presente estudio fue realizado específicamente en la zona de ex Hacienda Naranjal, ubicada en el distrito de San Martín de Porres, que es parte de Lima Norte.

1.5.3 Recursos

La realización de esta investigación, involucra el uso de recursos logísticos y otros, los cuales fueron considerados en el proceso de la planificación, estos fueron facilitados por el responsable de conducir el presente estudio.

CAPÍTULO II: MARCO TEÓRICO

2.1 Antecedentes de la Investigación

2.1.1 Antecedentes internacionales

Aguilera y colaboradores (18), durante el año 2019, en Honduras, realizaron una investigación que tuvo como objetivo “Evaluar la adherencia al tratamiento antihipertensivo, identificando factores influyentes y establecer la relación entre adherencia y calidad de vida en pacientes en centros de atención primaria”. El estudio fue descriptivo, correlacional. Participaron en esta investigación 400 pacientes a los cuales se les aplicó el cuestionario Morisky-Green para evaluar la adherencia, y el Mini cuestionario de Calidad de Vida en Hipertensión Arterial (MINICHAL). En los resultados, el 44,75% eran adherentes y 58,75% fueron hipertensos controlados. Asimismo, concluyen que los factores de manera positiva en la ADH al tratamiento son el estado civil y el control de la PA. En relación a la adherencia al tratamiento antihipertensivo y CV, se estableció que los pacientes NADH tienen mayor riesgo de baja CV que aquellos adherentes.

Alsaqabi Y (19), en el Arabia Saudita, en el 2020, desarrollaron un trabajo, cuyo objetivo fue “Evaluar el nivel de adherencia a la medicación y su asociación con la calidad de vida entre pacientes hipertensos”. El estudio fue transversal, participaron 299 pacientes y el instrumento que usaron fue la escala de adherencia a la medicación y la calidad de vida. Los hallazgos señalaron que, en cuanto a la adherencia, el 38,8% tiene un nivel malo de adherencia. En cuanto a la calidad de vida prevaleció un 4,33%, según sus dimensiones, en salud física predominó un 2,85%, en salud psicológica prevaleció (4,17%), en relación social (10,07%), en ambiente predominó (6,42%) y salud general (0,57%). Además, aludieron que no existe asociación significativa entre ambas variables, así mismo indicaron que la presencia de comorbilidades y la duración de la enfermedad se asociaron de forma positiva con la adherencia. Concluyo que la presión arterial no controlada, las comorbilidades y el tiempo de la

enfermedad, tienen una relación baja de adherencia. Sin embargo, la calidad de vida se asocia negativamente con una baja adherencia a la medicación.

Dhakal y colaboradores (20), en Nepal, en el 2021, ejecutaron un trabajo, cuyo objetivo fue “Conocer la adherencia a las modificaciones del estilo de vida y sus factores asociados en pacientes hipertensos”. El estudio fue analítico-transversal, participaron 264 pacientes y el instrumento que usaron fue la escala de adherencia a la medicación. Los hallazgos señalaron que el 20,8 % tiene adherencia muy baja, destacando que el 52,5% de los pacientes tenían conocimientos medios sobre el manejo de la hipertensión y el 95,1% tenía un consumo moderado de alcohol. Concluyeron que la adherencia es baja en los pacientes hipertensos, porque nivel educativo, el estatus ocupacional, los antecedentes familiares y los ingresos del hogar se asocian significativamente con la variable.

2.1.2 Antecedentes nacionales

Cárdenas y colaboradores (21), durante el año 2019, en Perú, desarrollaron una investigación que tuvo como objetivo “Identificar la relación entre adherencia al tratamiento terapéutico y calidad de vida en individuos hipertensos que acuden a la consulta externa de cardiología de un hospital de Lima”. El estudio fue descriptivo y correlacional, ahí participaron activamente 210 pacientes hipertensos. Se usaron los instrumentos MINICHAL y test de Morisky Green. En los resultados, se encontró que el 42,4% informó adherencia y el 51,4% presentaron un nivel de rango alto en CV, asimismo, existe vínculo significativo entre ambas variables principales ($p < 0,05$). Concluyeron que cuanto más sea la adherencia al tratamiento, mejor será la CV en las personas con este tipo de patología.

Rueda (22), durante el año 2018, en Perú, elaboró una investigación cuyo objetivo fue “Valorar la adherencia terapéutica antihipertensiva en personas atendidas en consultorios externos de un hospital en Piura”, el estudio fue cuantitativo-descriptivo. En la investigación participaron 120 pacientes. Se aplicó para la medición de la variable el test de Morisky-Green. En los resultados

informaron que, el 49,2% presento más de 65 años, el 70% de los pacientes eran participantes de sexo femenino, el 52,5% mantuvo su control de PA y el 53,3% presento adherencia terapéutica. Concluyo que la adherencia terapéutica fue mayor al 50% y en estas personas la presión arterial está controlada.

Sánchez (23), durante el año 2017, en Perú, hizo un estudio cuyo objetivo planteado fue “Evaluar la adherencia al tratamiento en pacientes con tratamiento para HTA de un hospital regional”. La investigación fue cuantitativa, descriptiva y transaccional. Los participantes del estudio fueron 103 pacientes debidamente identificados. Para la medición de la variable se empleó el test de Morisky Green. En cuanto a sus resultados se indicó que, el 41,7% tiene control de su PA y el 47,6% es adherente al tratamiento terapéutico. También se encontró relación entre la adherencia al medicamento y la PA debidamente controlada ($p < 0,05$). Concluye que la adherencia a las indicaciones terapéuticas fue baja y la principal causa de ello fue el no cumplir con la ingesta indicada del medicamento.

2.2 Bases Teóricas

2.2.1 Adherencia y no adherencia al tratamiento

Adherencia (ADH) al tratamiento puede definirse como el grado de coincidencia conductual de la medicación y los regímenes sin medicación de un paciente (24). Esto ocurre cuando los pacientes participan activamente en sus planes de tratamiento y toman sus tratamientos según lo recomendado por sus proveedores de atención médica. La buena adherencia se relaciona con buenos resultados terapéuticos en diversas patologías no transmisibles o crónicas como la HTA (25).

La ADH 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 (26).

No adherencia (NADH), es la resistencia o el rechazo de un paciente a adherirse adecuadamente a cualquier tratamiento o régimen médico. La NADH finalmente,

afecta los resultados terapéuticos y ello atenúa los beneficios óptimos que se desean en cualquier terapia (24). La mala adherencia se asocia con el fracaso del tratamiento y una recaída de la enfermedad. Un estudio de revisión reciente informó que la falta de adherencia a la medicación se considera una carga económica importante para el sistema sanitario (25).

La baja adherencia a los medicamentos antihipertensivos recetados es potencialmente una barrera importante para el control adecuado de la PA. La baja adherencia a la medicación se asocia con un incremento de los costos sanitarios y un aumento de las tasas de enfermedad cardiovascular y de hospitalización (27).

Se ha reconocido que la no adherencia parcial o total es un problema importante en el proceso de tratamiento a la HTA, que dura por lo general un tiempo prolongado. La NADH a la medicación es prevalente entre una proporción de pacientes hipertensos que insta a un seguimiento continuo de la adherencia a la medicación con especial atención a los grupos tienen por lo general un alto riesgo de incumplimiento de la medicación. La poca información de los pacientes sobre la HTA como enfermedad, fue uno de los principales factores que genera la no adherencia a las indicaciones terapéuticas (28).

2.2.2 Calidad de vida

Según la OMS, define la calidad de vida como la forma que percibe un individuo su posición en la vida dentro de un contexto sociocultural y sistema de valores en los que está inmerso y ello se relaciona con sus metas trazadas, expectativas y preocupaciones que van a repercutir en su bienestar (29). La CV es la comprensión de las personas de vivir en el contexto de una cultura y valores que prevalecen en la sociedad y está en línea con los objetivos, estándares, expectativas e intereses individuales. En otras palabras, la CV es un proceso lógico y un concepto basado en la cultura, que demuestra un resumen de valores, creencias, símbolos y experiencias formadas por esa cultura, que brinda una forma de conocer y comprender las condiciones y experiencias humanas en la vida (30).

2.2.3 Dimensiones de calidad de vida

Estado de ánimo (EA): se refiere a estados afectivos relativamente duraderos que surgen cuando una experiencia negativa o positiva en un contexto o período de tiempo altera el umbral del individuo para responder a eventos potencialmente negativos o positivos en contextos o períodos de tiempo posteriores. Los estados de ánimo se diferencian de los estados emocionales agudos en que son más duraderos y están separados de cualquier estímulo desencadenante inmediato. Esto no significa que el estado de ánimo de un individuo no está relacionado con su entorno. Más bien, el estado de ánimo parece ser una función integradora de las experiencias emocionales agudas del organismo a lo largo del tiempo (31).

Manifestaciones somáticas (MS): es referido como sintomatología física que es acompañado de pensamientos, emociones o comportamientos excesivos relacionados con el síntoma, lo que provoca una angustia o disfunción significativa (32). Estas manifestaciones son relacionadas comúnmente de la ansiedad, el cual incluyen síntomas cardiovasculares (palpitaciones, dolor de pecho no cardíaco), respiratorios (disnea), neurológicos (mareos, dolor de cabeza, temblores), laríngeos (nudos en la garganta) y gastrointestinales (diarrea, calambres abdominales) y estos suelen ser el impulso para que el individuo busque tratamiento terapéutico (33).

2.2.4 Hipertensión arterial

Definición

La hipertensión se define como una PA anormalmente alta, que tiene como valor una PA sistólica (PAS) de 140 mmHg a más y una PA diastólica (PAD) de 90 mmHg a más. Por tanto, es una enfermedad común sin ningún síntoma, es decir, una persona puede tener HTA durante años sin saber que tiene PA alterada. La HTA es un factor de riesgo de ACV, infarto de miocardio (IM), hipertrofia ventricular izquierda (HVI) e insuficiencia, enfermedad renal, retinopatía y arterial periférica (34)(35).

Etapas de la HTA:

Tabla 1. Clasificación de HTA

Clasificación	PAS	PAD
Normal	<120	< 80
Prehipertensión	120 - 139	80 - 89
Hipertensión		
Estadio 1	140 - 159	90 - 99
Estadio 2	160 ≥	100 ≥

Fuente: Mortensen R. Hypertension. Elsevier. 2014.

Sin embargo, la HTA está basado en dos componentes importantes como: el factor de riesgo modificable, que incluye dietas poco saludables, falta de actividad física, consumo de tabaco y alcohol, sedentarismo, sobrepeso u obesidad, y el factor de riesgo no modificable, que incluye antecedentes familiares de hipertensión, edad mayor de 65 años y enfermedades coexistentes (36).

La hipertensión puede deberse a causas desconocidas, que son dados mediante dos categorías: hipertensión "primaria" o "esencial" y "secundaria" o "identificable". La HTA primaria es la forma más común de hipertensión humana, responsable de $\geq 80\%$ de toda la HTA, es de origen desconocido y tiene una alta probabilidad de transmisión genética. En cambio, la HTA secundaria o identificable se refiere a la hipertensión con un origen conocido y generalmente tratable, que comprende de 15% a 20% de los sujetos hipertensos. Se cree que la herencia del riesgo de hipertensión esencial es independiente de la herencia de afecciones que se sabe que causan formas secundarias de hipertensión. La hipertensión esencial aún no se puede estratificar sobre la base del gen de origen, pero puede estratificarse sobre la base de las formas más eficaces de farmacoterapia (37).

Diagnostico

Para el diagnóstico de la HTA comienza en la mayoría de los pacientes con la medición convencional, luego la anamnesis y exámenes clínicos incluyendo la evolución de las mismas (38). El tratamiento puede darse en base a lo farmacológico y no farmacológica, estos buscan reducir los niveles de PA alta en lugar de prevenir su desarrollo (39).

2.2.5 Cuidados de enfermería en el paciente hipertenso

En este contexto, las enfermeras tienen como responsabilidad brindar atención sanitaria y estrategias básicas para identificar a personas de alto riesgo, previniendo la exacerbación y las complicaciones de la enfermedad, y facilitando la participación de los mismos en su autocuidado. El personal de enfermería con su ciencia de cuidado y su enfoque de prevención y promoción de la salud está involucrado en fortalecer la educación sanitaria de la población. En los pacientes hipertensos es necesario que se les haga comprender los factores de riesgo que condiciona la evolución de la enfermedad así mismo se les debe hacer entender la importancia de asistir a sus controles y el monitoreo permanente de su PA. Ellos deben entender la importancia de cumplir con las indicaciones terapéuticas que se les hace llegar, muchas veces su falta de conocimiento, va contra el hecho de tomar en serio esta enfermedad que no se cura, pero si puede controlarse. Por tanto, la enfermera tiene un papel importante en el manejo de la hipertensión, no solo identifica y trata a pacientes con hipertensión, sino también debe promover un estilo de vida saludable para disminuir la prevalencia de hipertensión entre la población adulta (40)(41).

2.2.6 Teoría de Nola Pender

En su teoría Pender se enfoca en la promoción de salud indicando medidas preventivas para ayudar a los pacientes a prevenir enfermedades de autocuidado y alternativas audaces, esto ha sido uno de los modelos más utilizados para planificar y cambiar comportamientos no saludables y promover la salud (42). Según la teoría, las enfermeras tienen un papel primordial en educar a los pacientes a tomar decisiones saludables y a cuidarse a sí mismos. Asimismo, si estas personas participan en el cuidado de su propia salud y toman iniciativas acertadas, tendrán un mejor bienestar y podrán prevenir enfermedades, y complicaciones a ello (43).

2.3 Formulación de hipótesis

2.3.1 Hipótesis general

Hi: Existe relación significativa entre adherencia al tratamiento y calidad de vida en personas con hipertensión arterial que habitan en una zona de San Martín de Porres, 2021.

Ho: No existe relación significativa entre adherencia al tratamiento y calidad de vida en personas con hipertensión arterial que habitan en una zona de San Martín de Porres, 2021.

2.3.2 Hipótesis específicas

-Existe relación significativa entre adherencia al tratamiento en su dimensión frecuencia de toma de medicamento y calidad de vida en personas con hipertensión arterial que habitan en una zona de San Martín de Porres, 2021.

-Existe relación significativa entre adherencia al tratamiento en su dimensión estado de ánimo con la evolución de la enfermedad y calidad de vida en personas con hipertensión arterial que habitan en una zona de San Martín de Porres, 2021.

CAPITULO III: METODOLOGÍA

3.1 Método de investigación

La orientación de este estudio se hace desde la perspectiva del método de investigación hipotético-deductivo, porque se utilizan una continuidad de procesos deductivos-lógicos, que buscan generar enunciados muy particulares a partir de premisas o enunciados más generales. A partir de los presupuestos teóricos se plantean de supuestos o hipótesis que fueron comprobadas de forma empírica (44).

3.2 Enfoque de la investigación

El trabajo ya concluido fue elaborado desde la perspectiva del enfoque de investigación cuantitativo, esto debido a que la información a recopilarse se hizo a través de un instrumento de medición cuantitativo, y la información ya recolectada, fue analizada mediante procedimientos de la estadística (45).

3.3 Tipo de investigación

El presente estudio es una investigación de tipo básica, es decir tiene por objetivo generar conocimiento y buscar el aumento de los saberes particulares. La investigación básica incrementa un cuerpo de conocimientos y enunciados teóricos, los cuales posteriormente pueden ser tomados para ser aplicados en investigaciones que busquen fines prácticos (46).

3.4. Diseño de la investigación

El trabajo fue desarrollado teniendo como ruta los procedimientos del diseño metodológico correlacional-transversal de la investigación. En este tipo de estudios se buscó establecer relaciones entre las variables principales participantes (44).

3.5. Población

La población estuvo conformada por 160 personas adultas, a las cuales se les identifico a través de un registro que fue facilitado por la promotora de salud del establecimiento sanitario de la zona. Las 160 personas son pacientes hipertensos

que reciben tratamiento farmacológico. Para identificar a los participantes se tendrá en cuenta los siguientes criterios de selección:

Criterios de inclusión

- Solo participaran aquellos que estén diagnosticados con hipertensión
- Todos aquellos que tengan de 30 años a más
- Todos los participantes deberán aceptar participar voluntariamente
- Los participantes deberán firmar el consentimiento informado

Criterios de exclusión

- Los participantes que no se encuentren en la lista facilitada por la promotora de salud
- Los participantes menores de 30 años
- Todos aquellos que no acepten firmar el consentimiento informado, ni participar por voluntad propia

Teniendo en cuenta que la población finita de este estudio está conformada por 160 pacientes hipertensos identificados, se calculó la muestra de la siguiente manera:

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

En donde:

n	Tamaño de la muestra	113.16
N	Tamaño de la población	160
Z	Nivel de confianza (al 95%)	1.96
e	Error de estimación máximo (5%)	5%
p	Probabilidad de éxito	50%
q	(1 - p) Probabilidad de fracaso	50%

La muestra trabajada en el presente estudio estuvo conformada por 114 pacientes hipertensos.

3.6. Variables y Operacionalización

El presente estudio presenta 2 variables principales, la independiente que es adherencia al tratamiento y la dependiente que es calidad de vida.

Definición conceptual de la variable adherencia al tratamiento:

Es la medida en del comportamiento de una persona con HTA, respecto a si la toma de medicación se corresponde con las recomendaciones acordadas con un profesional proveedor de atención médica (24).

Definición operacional de la variable adherencia al tratamiento:

Es la medida en del comportamiento de las personas con HTA que habitan en una zona de San Martín de Porres, respecto a si la toma de medicación se corresponde con las recomendaciones acordadas con un profesional proveedor de atención médica, esto será valorado a través del test de Morisky Green.

Definición conceptual de la variable calidad de vida:

Es la percepción personal de los individuos con HTA sobre su situación en la vida dentro del contexto cultural y de valores en que vive, que va en relación con sus objetivos, expectativas, valores e intereses (29).

Definición operacional de la variable calidad de vida:

Es la percepción personal de los individuos con HTA que habitan en una zona de San Martín de Porres, sobre su situación en la vida dentro del contexto cultural y de valores en que vive, que va en relación con sus objetivos, expectativas, valores e intereses, que se caracteriza por estado de ánimo y manifestaciones somáticas, el cual será medido con Cuestionario de Minichal.

Variable	Definición operacional	Dimensiones	Indicadores	Escala de medición
Adherencia al tratamiento	<p>Es la medida en del comportamiento de las personas con HTA que habitan en una zona de San Martin de Porres, respecto a si la toma de medicación se corresponde con las recomendaciones acordadas con un profesional proveedor de atención médica, esto será valorado a través del test de Morisky Green</p>	<p>Frecuencia de toma de medicamentos Ítem 1,2</p>	<p>-Frecuencia con la que toma medicamentos -Cumple con la hora indicada de la medicación</p>	<p>Adherencia alta: 0 puntos Adherencia Media: 1-2 puntos Adherencia Baja: 3 a 4 puntos</p> <p>Puntuación que varía de 0 a 4</p>
		<p>Estado de ánimo con la evaluación de la enfermedad Ítem 3 y 4</p>	<p>-Dejar de tomar el medicamento ya sea porque se siente mejor o porque siente que le hace daño</p>	

Variable	Definición operacional	Dimensiones	Indicadores	Escala de medición
Calidad de vida	Es la percepción personal de los individuos con HTA que habitan en una zona de San Martín de Porres, sobre su situación en la vida dentro del contexto cultural y de valores en que vive, que va en relación con sus objetivos, expectativas, valores e intereses, que se caracteriza por estado de ánimo y manifestaciones somáticas, el cual será medido con Cuestionario de Minichal	<p>Estado ánimo</p> <p>10 ítems</p> <p>(1,2,3,4,5,6,7,8,9,10)</p> <p>Manifestaciones somáticas</p> <p>6 ítems</p> <p>(11,12,13,14,15,16,)</p>	<p>-Presencia de expresiones de ánimo</p> <p>-Presencia de manifestaciones somáticas</p>	<p>Buena: Entre 0 - 10 puntos</p> <p>Regular: Entre 11 - 24 puntos</p> <p>Mala: Entre 25 - 48 puntos</p>

3.7. Técnicas e instrumentos de recolección de datos

3.7.1. Técnica

En el presente estudio ya concluido, se aplicó la técnica de la encuesta. Esta se realizó considerando la situación de emergencia sanitaria en que nos encontramos, es decir se tomó en cuenta todas las recomendaciones y protocolos sanitarios establecidos por el gobierno con el fin de cuidar la salud del encuestador y las personas participantes. La técnica de encuesta se caracteriza porque permite abordar a un número importante de personas, su fácil comprensión y aplicación la ha convertido en una de las técnicas de investigación más utilizadas en los estudios de tipo cuantitativo. Esta técnica permite a los investigadores poder agenciarse de una importante cantidad de datos en lapsos de tiempo cortos (47).

3.7.2. Instrumentos

Escala de adherencia a la medicación de Morisky Green Levine

La Escala de adherencia a la medicación de Morisky Green Levine (MGLS) está compuesta por ocho ítems, asimismo, tiene una versión que es reducida de cuatro ítems, ambas abordan las circunstancias que rodean la conducta de adherencia a la medicación. También es conocida como el “Test Morisky Green” o “MMAS-4”, cuyo desarrollo fue realizado en el año 1986, en los Estados Unidos, posteriormente, fue adaptada al idioma español por Val J. y colaboradores 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 aplicada en diversos países y poblaciones en general, esto debido a sus buenas propiedades psicométricas (48)(49). Para poder saber que el paciente presenta una buena adherencia al tratamiento deberá responder de la siguiente manera.

¿Se olvida de tomar alguna vez los medicamentos para la hipertensión?		NO
-----------------------------------------------------------------------	--	----

¿Toma los medicamentos a la hora indicada?	SI	
Cuándo se encuentra bien, ¿deja de tomar la medicación?		NO
¿Si alguna vez le sientan mal, ¿deja de tomarla?		NO

Cuestionario MINICHAL

El cuestionario MINICHAL es proveniente de los propios autores del CHAL. Este instrumento es la interpretación reducida "Calidad de vida en Hipertensión arterial (CHAL), el cual fue desarrollada y validada en el país de España en el año 2000. Está comprendido por 16 enunciados divididos en dos 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 cuatro posibles opciones de respuesta tipo Likert: "0" No, en absoluto; "1" Sí, algo; "2" Sí, bastante, y "3" Sí, mucho. La puntuación varía de 0 (mejor nivel de salud) a 30 (peor nivel de salud). A menor puntuación, mejor calidad de vida tendrá. Además, estas preguntas son referidos en los "últimos 7 días". Asimismo, es considerado como un instrumento auto administrado Su fácil entendimiento, sus aceptables propiedades psicométricas (validez y confiabilidad), han favorecido su uso en muchas latitudes e idiomas diversos (50)(51).

3.7.3. Validación

Paz Campos y colaboradores (52), durante el 2020, en el Perú, desarrollaron la validez de contenido del test Morisky Green de 4 Ítems, esta fue realizada a través de la intervención de 5 jueces expertos los cuales dieron una calificación de 82,5, lo que indica que el instrumento es válido.

Atequipa y colaboradores (53), durante el 2019, en el Perú, realizaron la validación del cuestionario Mini Chal (validez de contenido), a través de 5 jueces expertos participantes que señalaron su conformidad con los Ítems obteniendo una calificación buena.

3.7.4 Confiabilidad

Prieto y colaboradores (54), durante el 2019, en el Perú, calcularon la confiabilidad del instrumento, obteniendo un Alpha de Cronbach de 0.81, valor que indica que el instrumento es fiable y puede ser aplicado a nuestra realidad.

Atequipa y colaboradores (53), durante el 2019, realizaron la confiabilidad del cuestionario Mini Chal, a través del Alfa de Cronbach, obteniendo un valor de 0,88, lo que indica que el instrumento es confiable y es apto para ser aplicado.

3.8. Procesamiento y análisis de datos

Culminada la actividad de recolección de datos, estos fueron ingresados a una matriz diseñada en el programa estadístico SPSS en su versión 25. Por las características del estudio y de las variables que intervienen se aplicaron métodos estadísticos e inferenciales, esto dependiendo del análisis de los datos sociodemográficos, variables-dimensiones y las pruebas de hipótesis planteadas. Se aplicaron procedimientos como tablas de frecuencias, medidas de tendencia central, operaciones SUMA para identificar los valores finales de variables y dimensiones y finalmente pruebas de hipótesis paramétricas o no paramétricas, dependiendo de la distribución que mostraron los datos recopilados. Todos los resultados fueron sistematizados y mostrados en tablas y figuras para su posterior descripción e interpretación.

3.9. Aspectos éticos

En esta oportunidad se desarrolló una investigación que pertenece al área de la ciencia de la salud, por tanto, se tuvo muy en cuenta a parte del marco metodológico, un marco bioético que permita garantizar la idoneidad e integridad del mismo. En el presente estudio se ha considerado tomar en cuenta las directrices y lineamientos señalados en documentos que orientan el desarrollo de los estudios clínicos y de investigación en donde participan seres humanos. Estos documentos a ser considerados son el reporte Belmont y la declaración de Helsinki, documentos que salen a la luz en los años 1978 y 1964 respectivamente. En el primero se resalta la importancia de aplicar los principios bioéticos de autonomía (este tiene el objetivo de respetar la decisión del participante, aplicando el consentimiento informado,

beneficencia (este tiene el objetivo de fomentar y promover el bien de los participantes, buscando su bienestar y beneficio, a través de los resultados) y justicia (este aspecto busca que los participantes tengan un trato humanitario, respetuoso y equitativo sin ningún tipo de discriminación, durante el desarrollo del estudio), más adelante se agrega el principio de no maleficiencia (este principio busca eludir daños o riesgos en la salud e integridad del participante previniendo impacto negativos en la persona durante la elaboración del estudio), señalado por Beauchamp y Childress); en el segundo se resalta la importancia del respeto y decisión de las personas a elegir libremente si participan o no en un estudio, además de hacer relevante el consentimiento informado que esta debe dar (55)(56).

CAPITULO IV: PRESENTACIÓN Y DISCUSION DE LOS RESULTADOS

4.1 Resultados

4.1.1. Análisis descriptivo de resultados

Tabla 2. Datos sociodemográficos de participantes (n=114)

Información de los participantes	Total	
	N	%
Total	114	100,0
Edad	Mín. - Máx.	Media
	37-78	50,61
Sexo		
Femenino	80	70,2
Masculino	34	29,8
Estado civil		
Soltero(a)	15	13,2
Casado(a)	20	17,5
Conviviente	75	65,8
Divorciado(a)	1	,9
Viudo(a)	3	2,6
Nivel de instrucción		
Secundaria completa	82	71,9
Superior incompleto	32	28,1
Condición de ocupación		
Estable	49	43,0
Eventual	39	34,2
Sin ocupación	26	22,8
Tipo de familia		
Nuclear	60	52,6
Monoparental	5	4,4
Extendida	33	28,9
Ampliada	12	10,5
Reconstituida	4	3,5

En la tabla 2, según los datos sociodemográficos señalan que, en cuanto a la edad de los participantes, la edad máxima fue 78 años, la mínima 37 y la media 50,61 años. En cuanto al estado civil de los participantes, 75 participantes que representan el 65,8% son convivientes, 20 participantes que representan el 17,5% son casados, 15 participantes que representan el 13,2% son solteros, 3 participantes que representan el 2,6% son viudo(a) y finalmente 1 participante que representa el 0,9% es divorciado(a). En cuanto al grado de instrucción 82 participantes que representan el 71,9% tiene secundaria completa y 32 participantes que representan el 28,1% tiene superior incompleto. Según la condición de ocupación, 49 participantes que representan el 43% tiene trabajo estable, 39 participantes que representan el 34,2% tiene trabajo eventual y 26 participantes que representan el 22,8% no trabaja. Según el tipo de familia, 60 participantes que representan el 52,6% tiene familia nuclear, 33 participantes que representan el 28,9% tiene familia extendida, 12 participantes que representan el 10,5% familia ampliada, 5 participantes que representan el 4,4% monoparental y finalmente, 4 participantes que representan el 3,5% tiene familia reconstituida.

Tabla 3. Adherencia al tratamiento en personas con hipertensión arterial que habitan en una zona de San Martín de Porres (n=114)

Nivel	n	%
No adherente	54	47,4
Adherente	60	52,6
Total	114	100,0

En la tabla 3, según la adherencia al tratamiento, se pudo observar que 60 participantes que representan el 52,6% presentan adherencia al tratamiento y 54 participantes que representan el 47,4% son no adherentes.

Tabla 4. Adherencia al tratamiento según sus dimensiones en personas con hipertensión arterial que habitan en una zona de San Martín de Porres (n=114)

Dimensiones	N	%
Frecuencia de toma de medicamentos		
No adherente	51	44,7
Adherente	63	55,3
Estado de ánimo con la evaluación de la enfermedad		
No adherente	43	37,7
Adherente	71	62,3

En la tabla 4, se observa la adherencia según sus dimensiones, en la dimensión frecuencia de toma de medicamentos, se observa que 63 participantes que representan el 55,3% son adherentes al tratamiento y 51 participantes que representan el 44,7% son no adherentes, según la dimensión estado de ánimo con la evaluación de la enfermedad, 71 participantes que representan el 62,3% son adherentes y 43 participantes que representan el 37,7% son no adherentes.

Tabla 5. Calidad de vida en personas con hipertensión arterial que habitan en una zona de San Martín de Porres (n=114)

Niveles	n	%
Buena	84	73,7
Regular	1	1,8
Mala	29	25,4
Total	114	100,0

En la tabla 5, en cuanto a la calidad de vida en personas con hipertensión arterial, se observa que 84 participantes que representan el 73,7% presentan una calidad de vida buena, seguido de 29 participantes que representan el 25,4% una calidad de vida mala y finalmente 1 participante que representan el 1,8% un nivel regular.

Tabla 6. Calidad de vida según dimensiones en personas con hipertensión arterial que habitan en una zona de San Martín de Porres (n=114)

Dimensiones	n	%
Estado de ánimo		
Buena	85	74,6
Regular	9	7,9
Mala	20	17,5
Manifestaciones somáticas		
Buena	83	72,8
Regular	2	1,8
Mala	29	25,4

En la tabla 6, En cuanto a la calidad de vida y sus dimensiones, la dimensión estado de ánimo señala que 85 participantes que representan el 74,6% presentan una calidad de vida buena, 20 participantes que representan el 17,5% presentaron un nivel malo y 9 participantes que representan el 7,9% un nivel regular. Según la dimensión manifestaciones somáticas, 83 participantes que representan el 72,8% presentan un nivel bueno, 29 participantes que representan el 25,4% presenta un nivel malo y finalmente 2 participantes que representan el 1,8% regular.

4.1.2. Prueba de hipótesis

Tabla 7. Relación entre adherencia al tratamiento y calidad de vida en personas con hipertensión arterial que habitan en una zona de San Martín de Porres, 2021

			Calidad de vida			
			Buena	Regular	Mala	Total
Adherencia al tratamiento	No adherente	Recuento	32	1	21	54
		% dentro de Calidad de vida	38,1%	50,0%	75,0%	47,4%
	Adherente	Recuento	52	1	7	60
		% dentro de Calidad de vida	61,9%	50,0%	25,0%	52,6%
Total		Recuento	84	2	28	114
		% dentro de Calidad de vida	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%
Pruebas de Chi-cuadrado		Valor X ²				15,476
		g.l.				2
		Sig. (p)				0,001

En la tabla 7, en cuanto a la hipótesis general, sobre la relación entre adherencia al tratamiento y calidad de vida, se observa que, 21 participantes que representan el 75% presentan no adherencia al tratamiento tienen una mala calidad de vida, 52 participantes que representan el 61,9% que presentan adherencia al tratamiento tienen buena calidad de vida. En cuanto a la prueba de Chi-cuadrado se obtuvo 0,001 lo que determina que existe relación significativa ($p < 0,05$).

Tabla 8. Relación entre adherencia al tratamiento en su dimensión frecuencia de toma de medicamento y calidad de vida en personas con hipertensión arterial que habitan en una zona de San Martín de Porres, 2021

			Calidad de vida			
			Buena	Regular	Mala	Total
Frecuencia de toma de medicamentos	No adherente	Recuento	29	1	21	51
		% dentro de Calidad de vida	34,5%	50,0%	75,0%	44,7%
	Adherente	Recuento	55	1	7	63
		% dentro de Calidad de vida	65,5%	50,0%	25,0%	55,3%
Total		Recuento	84	2	28	114
		% dentro de Calidad de vida	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%
Pruebas de Chi-cuadrado		Valor X ²				8,695
		g.l.				2
		Sig. (p)				0,003

En la tabla 8, en cuanto a la primera hipótesis específica, sobre la relación entre adherencia al tratamiento según su dimensión frecuencia de toma de medicamentos y calidad de vida se observa que, 21 participantes que representan el 75% presentan no adherencia y una mala calidad de vida y 55 participantes que representan el 65,5% son adherentes y tienen una buena calidad de vida. En cuanto a la prueba de Chi-cuadrado se obtuvo 0,003 lo que determina que existe relación significativa ($p < 0,05$).

Tabla 9. Relación entre adherencia al tratamiento en su dimensión estado de ánimo con la evolución de la enfermedad y calidad de vida en personas con hipertensión arterial que habitan en una zona de San Martín de Porres, 2021

			Calidad de vida			
			Buena	Regular	Mala	Total
Estado de ánimo con la evaluación de la enfermedad	No adherente	Recuento	25	1	17	43
		% dentro de Calidad de vida	29,8%	50,0%	60,7%	37,7%
	Adherente	Recuento	59	1	11	71
		% dentro de Calidad de vida	70,2%	50,0%	39,3%	62,3%
Total	Recuento		84	2	28	114
	% dentro de Calidad de vida		100,0%	100,0%	100,0%	100,0%
Pruebas de Chi-cuadrado		Valor X ²				13,939
		g.l.				2
		Sig. (p)				0,000

En la tabla 9, en cuanto a la segunda hipótesis específica, sobre la relación entre adherencia al tratamiento según su dimensión estado de ánimo con la evolución de la enfermedad y calidad de vida se observa que 17 participantes que representan el 60,7% presentan no adherencia al tratamiento y una mala calidad de vida. 59 participantes que representan el 70,2% presentan adherencia y una buena calidad de vida. En cuanto a la prueba de Chi-cuadrado se obtuvo 0,000 lo que determina que existe relación significativa ($p < 0,05$).

4.1.3. Discusión de resultados

La adhesión al tratamiento es un pilar fundamental en el proceso de tratamiento y cuidado que deben seguir los pacientes hipertensos. Esta está referida a la disposición, participación activa y consciente de la persona que padece de esta enfermedad con su proceso de tratamiento, solo así podrá lograr una mejor condición de su salud y vida. Los profesionales de la salud juegan un rol importante en el acompañamiento y educación de estos pacientes. Establecer como es la dinámica de la adherencia terapéutica y la calidad de vida, además de cómo se pueden vincular estos dos constructos, es de suma importancia para los profesionales sanitarios que están en la búsqueda constante de tener controlada esta enfermedad crónica, para que así estos pacientes lleven una vida normal y sin complicaciones.

En cuanto a la hipótesis general, se observa que, existe relación significativa entre adherencia tratamiento y calidad de vida ($p < 0,05$). La hipertensión arterial es un factor de riesgo importante de enfermedades cardiovasculares y disfunción renal, con las complicaciones que la acompañan reduce significativamente la calidad de vida de los pacientes (57). La adherencia se considera una estrategia de afrontamiento específica centrada en el problema; los pacientes sopesan si el tratamiento propuesto es coherente con lo que creen sobre su enfermedad para decidir si se adhieren o no a él (58). Un estudio similar al nuestro fue de Aguilera y colaboradores (18), que en relación a la adherencia al tratamiento antihipertensivo y calidad de vida, se estableció que los pacientes que no cumplen con su tratamiento tienen mayor riesgo de baja calidad de vida que aquellos adherentes. Es fundamental fomentar y trabajar en la adherencia de estos pacientes. Otro estudio realizado por Guarín-Loaiza y colaboradores (50), señaló que, el 31,4% presento adherencia al tratamiento y un 81% presentaban HTA controlada con un nivel medio en calidad de vida. Asimismo, concluyeron que, ambas variables se asociaron significativamente ($p < 0,001$). Aunque la adherencia a las terapias es un

determinante principal del éxito del tratamiento, estudios señalan que aproximadamente solo la mitad de los pacientes hipertensos se adhieren a los medicamentos recetados para controlar la presión arterial alta (59). Cárdenas y colaboradores (21), en sus resultados, reportan que el 42,4% informo adherencia y el 51,4% presentaron un nivel de rango alto en CV, asimismo, existe vinculo significativo entre ambas variables principales ($p < 0,05$). Concluyeron que cuanto más sea la adherencia al tratamiento, mejor será la CV en las personas con este tipo de patología. La educación en salud es prioritaria para lograr mayor adherencia. Sin embargo Alsaqabi Y (19), aludieron que no existe asociación significativa entre ambas variables, así mismo indicaron que la presencia de comorbilidades y la duración de la enfermedad se asociaron de forma positiva con la adherencia.

En cuanto a la primera hipótesis específica, se observa que, existe relación significativa entre adherencia al tratamiento en su dimensión frecuencia de toma de medicamento y calidad de vida ($p < 0,05$). Es importante señalar que la PA elevada se puede modificar eficazmente mediante medicación antihipertensiva y modificaciones en el estilo de vida, como la restricción de sodio en la dieta, la moderación del alcohol y el ejercicio regular. Un estilo de vida saludable puede reducir la presión arterial sin efectos secundarios dañinos y, además, puede mejorar la salud cardiovascular en general (60).

Aunque el estudio de Sánchez (23), concluye que la adherencia a las indicaciones terapéuticas fue baja y la principal causa de ello fue el no cumplir con la ingesta indicada del medicamento. La investigación de Aguilera y colaboradores (18), en los resultados, el 44,75% eran adherentes y 58,75% fueron hipertensos controlados. Asimismo, concluyen que los factores de manera positiva en la adherencia al tratamiento son el estado civil y el control de la presión arterial. Sánchez (23), señalo que en cuanto a sus resultados, el 41,7% tiene control de su PA y el 47,6% es adherente al tratamiento terapéutico. También se encontró relación entre la adherencia al medicamento y la presión arterial debidamente controlada ($p < 0,05$). Dhakal y colaboradores (20), señala

que el 52,5% de los pacientes tenían conocimientos medios sobre el manejo de la hipertensión. En general, la consecuencia de no tomar medicamentos es relativamente instantánea y distinta. Por esta razón, es posible que algunas personas no tengan expectativas de un tratamiento no farmacológico o puede que no sienta la necesidad de adoptar un estilo de vida saludable para una mejor calidad de vida. También parece existir la creencia incorrecta de que un fármaco potente puede abordar suficientemente los efectos nocivos de los hábitos poco saludables debido a la falta de comprensión de los mecanismos de regulación de la presión arterial (61).

En cuanto a la segunda hipótesis específica, se observa que existe relación significativa entre adherencia al tratamiento en su dimensión estado de ánimo con la evolución de la enfermedad y calidad de vida ($p < 0,05$). El estudio de Maciel y colaboradores (62), señalaron que las correlaciones más altas se observaron en el dominio de manifestaciones somáticas y evaluación total de CV. Concluyeron que, la correlación entre la CV y la adherencia fue inversa y significativa, destacando que una mayor adherencia implica una mejor calidad de vida, pero dicha asociación fue débil. Rueda (22), señaló que el 52,5% mantuvo su control de PA y el 53,3% presentó adherencia terapéutica. Concluyo que la adherencia terapéutica fue mayor al 50% y en estas personas la presión arterial está controlada. Es importante priorizar a los pacientes con enfermedades que requieren habilidades de autocuidado como los hipertensos y se debe mejorar la continuidad de la atención. Además, el entorno social puede ayudar a los pacientes, por ello se recomiendan futuras campañas públicas para brindar conocimientos sobre la adherencia terapéutica en estos pacientes.

La no adherencia al tratamiento en la HTA es un problema que se presenta cada vez con más frecuencia y ello se refleja en el empeoramiento de la salud de las personas que padecen de esta ENT reflejado en diversos estudios. El profesional enfermero ante ello tiene un gran desafío, el cual debe hacer frente con su ciencia del cuidado, incidiendo en la educación y concientización del

paciente para que este vea la enfermedad HTA como una amenaza grave que atenta contra su salud, bienestar y calidad de vida. Este debe estar convencido de los beneficios y eficacia del cumplimiento de su proceso de tratamiento y control, solo así superará las barreras y asumirá adecuadamente su autocuidado y cuidado necesarios en este tipo de enfermedades. Finalizar señalando que el entorno del paciente y el soporte social con el que cuente determina mucho el hecho de que pueda adherirse más fácilmente al tratamiento y cuidados que se le indica.

CAPÍTULO V: CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES

5.1 Conclusiones

-En cuanto a la relación entre las variables principales adherencia al tratamiento y calidad de vida se encontró relación significativa.

-En cuanto a la relación entre adherencia al tratamiento según su dimensión frecuencia de toma de medicamentos y calidad de vida se encontró relación significativa.

-En cuanto a la relación entre adherencia al tratamiento según su dimensión estado de ánimo con la evolución de la enfermedad y calidad de vida se encontró relación significativa.

5.2 Recomendaciones

-El establecimiento de salud de la zona, debe establecer acciones de educación del paciente para buscar la modificación de conducta de estos, solo así se podrá tener un nivel de adherencia mas alto y por lo tanto mayor calidad de vida en los participantes. La educación debe estar orientada a que el paciente supere las posibles barreras que puedan obstaculizar la adherencia al tratamiento, así mismo, enseñarles cuales son los factores de riesgo modificables sobre los cuales podemos actuar y mejorar sus indicadores, lo cual beneficia en tener una calidad de vida y bienestar adecuados. Hacer entender al paciente que una adecuada adherencia lo condiciona a tener una mejor calidad de vida.

-Se debe comprometer al entorno del paciente a darle el soporte social necesario que se requiere para emprender el cuidado y autocuidado de la salud cuando se padece de una ENT como la HTA. Sostener un tratamiento y cuidado permanente de una enfermedad crónica no es fácil, el apoyo social es fundamental para garantizar ello.

-Se sugiere que, para la ejecución de estudios posteriores, se pueda incluir el abordaje del problema desde la perspectiva del enfoque cualitativo o mixto de la investigación, ello será importante ya que permite tener un panorama más amplio del problema.

REFERENCIAS

1. World Health Organization. Non-communicable diseases [sede Web]. Ginebra-Suiza: WHO; 2021 [acceso 7 de noviembre de 2021]. [Internet]. Disponible en: <https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/noncommunicable-diseases>
2. World Health Organization. Cardiovascular diseases [sede Web]. Ginebra, Suiza: WHO; 2021 [Junio de 2021; Setiembre de 2021]. [Internet]. Disponible en: [https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/cardiovascular-diseases-\(cvds\)](https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/cardiovascular-diseases-(cvds))
3. Sjögren B, Bigert C, Gustavsson P. Chapter 16: Cardiovascular Disease. En: Handbook on the Toxicology of Metals: Fourth Edition. 4^a ed. Elsevier; 2015. p. 313-31.
4. Mohebi S, Parham M, Sharifirad G, Gharlipour Z. Social Support and Self - Care Behavior Study. Journal of Education and Health Promotion [revista en Internet] 2018 [acceso 5 de julio de 2021]; 9: 201-205. Disponible en: https://www.jehp.net/temp/JEduHealthPromot91185-7722364_212703.pdf
5. Snarska K, Chorąży M, Szczepański M, Wojewódzka M, Ładny J. Quality of

life of patients with arterial hypertension. *Medicina* ([revista en Internet] 2020 [acceso 03 de enero de 2022]; 56(9): 1-11. Disponible en: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC7559811/pdf/medicina-56-00459.pdf>

6. Ha N, Duy H, Le N, Khanal V, Moorin R. Quality of life among people living with hypertension in a rural Vietnam community. *BMC Public Health* [revista en Internet] 2014 [acceso 6 de julio de 2021]; 14(1): 1-9. Disponible en: https://www.mscbs.gob.es/biblioPublic/publicaciones/recursos_propios/resp/revista_cdrom/VOL94/ORIGINALES/RS94C_202010139.pdf
7. Pariente E, García-Garrido A, Lara M, García A, Montes M, Andino J. Calidad de vida relacionada con la salud (CVRS) en la hipertensión arterial: un análisis diferenciado por género sobre población de Cantabria. *Rev Esp Salud Pública* [revista en Internet] 2020 [acceso 5 de julio de 2021]; 94(22): 1-13. Disponible en: https://www.mscbs.gob.es/biblioPublic/publicaciones/recursos_propios/resp/revista_cdrom/VOL94/ORIGINALES/RS94C_202010139.pdf
8. 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>
9. Vrijens B, Antoniou S, Burnier M, de la Sierra A, Volpe M. Current situation of medication adherence in hypertension. *Frontiers in Pharmacology* [revista en Internet] 2017 [acceso 6 de julio de 2021]; 8: 1-8. Disponible en: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC5331678/pdf/fphar-08-00100.pdf>
10. 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 Preference and Adherence* [revista en

Internet] 2018 [acceso 17 de julio de 2021]; 12: 2593-2603. Disponible en: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC6287422/pdf/ppa-12-2593.pdf>

11. Kulkarni S, Rao R, Goodman J, Connolly K, O'Shaughnessy K. Nonadherence to antihypertensive medications amongst patients with uncontrolled hypertension: A retrospective study. *Medicine* [revista en Internet] 2021 [acceso 2 de julio de 2021]; 100(14): 1-7. Disponible en: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC8036043/pdf/medi-100-e24654.pdf>
12. Lawson A, Hameed M, Brown R, Cappuccio F, George S, Hinton T. Nonadherence to antihypertensive medications is related to pill burden in apparent treatment-resistant hypertensive individuals. *Journal of hypertension* [revista en Internet] 2020 [acceso 12 de julio de 2021]; 38(6): 1165-1173. Disponible en: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/32371807/>
13. Gupta P, Patel P, Štrauch B, Lai F, Akbarov A, Marešová V. Risk Factors for Nonadherence to Antihypertensive Treatment. *Hypertension* [revista en Internet] 2017 [acceso 7 de julio de 2021]; 69(6): 1113-1120. Disponible en: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/28461599/>
14. Wallbach M, Lach N, Stock J, Hiller H, Mavropoulou E, Chavanon M. Direct assessment of adherence and drug interactions in patients with hypertensive crisis—A cross-sectional study in the Emergency Department. *Journal of Clinical Hypertension* [revista en Internet] 2019 [acceso 2 de julio de 2021]; 21 (1): 55-63. Disponible en: <https://onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1111/jch.13448>
15. Conte E, Morales Y, Niño C, Zamorano C, Benavides M, Donato M. La adherencia a los medicamentos en pacientes hipertensos y en muestra de la población general. *Revista de la OFIL* [revista en Internet] 2020 [acceso 7 de julio de 2021]; 30(4): 313-323. Disponible en: <https://scielo.isciii.es/pdf/ofil/v30n4/1699-714X-ofil-30-04-313.pdf>

16. Ventocilla N, Condorhuamán Y. Artículo Original Adherencia farmacoterapéutica en pacientes hipertensos en el Centro Integral del Adulto Mayor de Santa Anita – Lima. Ciencia e Investigación [revista en Internet] 2020 [acceso 12 de julio de 2021]; 23(1) :3-8. Disponible en: <https://revistasinvestigacion.unmsm.edu.pe/index.php/farma/article/view/18716>
17. 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/>
18. 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 noviembre de 2021]; 17(1): 19-22. Disponible en: <http://200.7.173.107/index.php/Scientifica/article/view/153/82>
19. 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 9 de febrero de 2022]; 12(12): 1-18. Disponible en: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC7714734/>
20. Dhaka A, Takma K, Neupane M. Adherence to lifestyle modifications and its associated factors in hypertensive patients. J Clin Nurs [revista en Internet] 2021 [acceso 9 de febrero de 2022]; 2021: 1-2. Disponible en: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/34498336/>
21. 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>

22. Rueda J. Adherencia al tratamiento farmacológico antihipertensivo en pacientes atendidos por consultorio externo del Hospital Santa Rosa, Piura entre periodo Enero Marzo 2018 [tesis titulación]. Piura-Perú: Universidad Nacional de Piura; 2018. Disponible en: <http://repositorio.unp.edu.pe/bitstream/handle/UNP/1170/CIE- RUE-VID-18.pdf?sequence=1&isAllowed=y>
23. Sánchez S. Adherencia terapéutica en pacientes con tratamiento antihipertensivo en el Hospital Regional Docente las Mercedes- Chiclayo, enero-noviembre 2016 [tesis titulación]. Cajamarca-Perú: Universidad Nacional de Cajamarca; 2017. Disponible en: http://repositorio.unc.edu.pe/bitstream/handle/UNC/1165/TESIS_FINAL.pdf?sequence=1&isAllowed=y
24. 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/>
25. Alsubeeh N, Alsharafi A, Ahamed S, Alajlan A. Treatment adherence among patients with five dermatological diseases and four treatment types-a cross-sectional study. *Patient Preference and Adherence* [revista en Internet] 2019 [acceso 2 de julio de 2021]; 13: 2029-2038. Disponible en: <https://www.dovepress.com/treatment-adherence-among-patients-with-five-dermatological-diseases-a-peer-reviewed-fulltext-article-PPA>
26. 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

27. Krousel-Wood M, Islam T, Webber L, Re R, Morisky D, Muntner P. New medication adherence scale versus pharmacy fill rates in seniors with hypertension. *American Journal of Managed Care* [revista en Internet] 2009 [acceso 2 de julio de 2021]; 15(1): 59-66. Disponible en: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC2728593/>
28. 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/>
29. World Health Organization. WHOQOL: Measuring Quality of Life Introducing [sede Web]. Ginebra-Suiza: WHO; 2012 [actualizado en abril de 2012; acceso 1 de octubre de 2021]. [Internet]. Disponible en: <https://www.who.int/tools/whoqol>
30. Azar F, Solhi M, Chabaksvar F. Social Support and Self - Care Behavior Study. *Promoción de salud J Edu* [revista en Internet] 2018 [acceso 5 de julio de 2021]; 9: 1-6. Disponible en: https://www.jehp.net/temp/JEduHealthPromot91185-6270842_172508.pdf
31. 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/>
32. D'Souza R, Hooten W. Somatic Syndrome Disorders [Internet]. Treasure Island (FL): StatPearls Publishing; 2021. 6-11 p. Disponible en: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK532253/>
33. Connor K, Blazer D. *Encyclopedia of Gerontology: Anxiety Disorders*. 2ª ed. Madrid - España: Elsevier; 2007. 84 p.

34. Azar F, Solhi M, Chabaksvar F. Social Support and Self - Care Behavior Study. J Edu Health Promot [revista en Internet] 2020 [acceso 2 de julio de 2021]; 8: 1-6. Disponible en:
https://www.jehp.net/temp/JEduHealthPromot91185-6270842_172508.pdf
35. Mortensen R. Hypertension [Internet]. Pathobiology of Human Disease: A Dynamic Encyclopedia of Disease Mechanisms. 2014. p. 2958-69. Disponible en: <https://www.sciencedirect.com/topics/social-sciences/hypertension>
36. World Health Organization. Hypertension [sede Web]. Ginebra-Suiza: WHO; 2021 [acceso 10 de diciembre de 2021]. [Internet]. Disponible en:
<https://www.who.int/health-topics/hypertension>
37. Printz M, Jaworski R. Hypertension; Overview. Encyclopedia of Endocrine Diseases [revista en Internet] 2018 [acceso 9 de setiembre de 2021]; 3(2018): 369-380. Disponible en:
<https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/B9780128012383038010?via%3Dihub>
38. Oparil O, Acelajado M, Bakris G, Dan B, Cífková R, Dominiczak A. Hypertension. Nat Rev Dis Primers [revista en Internet] 2016 [acceso 15 de junio de 2021]; 176(1): 100-106. Disponible en:
<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC6477925/pdf/nihms-1008119.pdf>
39. Seedat Y. Nutritional aspects of hypertension. Presse Medicale [revista en Internet] 1989 [acceso 15 de julio de 2021]; 75(4): 175-177. Disponible en:
<https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/2645663/>
40. Mattei Â, de Fátima M, Castanho R, Perez J, Molina R. Nursing case management for people with hypertension in primary health care: A randomized controlled trial. Research in Nursing and Health [revista en Internet] 2020 [acceso 18 de julio de 2021]; 43(1): 68-78. Disponible en:

<https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/31710134/>

41. Jayasinghe J. Non-adherence in the hypertensive patient: can nursing play a role in assessing and improving compliance?. *Can J Cardiovasc Nurs* [revista en Internet] 2009 [acceso 19 de julio de 2021]; 19(1): 7-12. Disponible en: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/19226885/>
42. Khodaveisi M, Omid A, Farokhi S, Soltanian A. The effect of pender's health promotion model in improving the nutritional behavior of overweight and obese women. *International Journal of Community Based Nursing and Midwifery* [revista en Internet] 2017 [acceso 7 de julio de 2021]; 5(2): 165-174. Disponible en: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC5385239/pdf/IJCBNM-5-165.pdf>
43. Hussein A, Abd El Salam E, Farid Amr A. A theory guided nursing intervention for management of hypertension among adults at rural area. *Journal of Nursing Education and Practice* [revista en Internet] 2016 [acceso 8 de julio de 2021]; 7(1): 66-78. Disponible en: <https://www.sciedupress.com/journal/index.php/jnep/article/view/9231>
44. Hernández R, Mendoza C. *Metodología de la Investigación*. México: McGraw-Hill. 2018. 714 p.
45. Tenny S, Brannan G, Brannan J, Hopko N. Qualitative study. *StatPearls* [revista en Internet] 2021 [acceso en setiembre de 2021]; 2021. Disponible en: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/29262162/>
46. 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
47. Story DA, Tait AR. Survey Research. *Anesthesiology* [revista en Internet] 2019 [acceso 29 de octubre de 2021]; 130(2): 192-202. Disponible en:

<https://pubs.asahq.org/anesthesiology/article/130/2/192/20077/Survey-Research>

48. 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/>
49. Val Jiménez A, Amorós G, Martínez P, Fernández M, León M. [Descriptive study of patient compliance in pharmacologic antihypertensive treatment and validation of the Morisky and Green test]. *Aten primaria* [revista en Internet] 1992 [acceso 23 de junio de 2021]; 10(5): 767-770. Disponible en: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/1472599/>
50. 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>
51. Baqué A, Llach X, Roca-Cusachs A. Cuestionario de calidad de vida en hipertensión arterial (CHAL). *Aten Primaria* [revista en Internet] 2002 [acceso 1 de febrero de 2022]; 29(2): 116-121. Disponible en: <https://www.elsevier.es/es-revista-atencion-primaria-27-articulo-cuestionario-calidad-vida-hipertension-arterial-13026230>
52. Paz N, Quillatupa N. Factores asociados a la adherencia al tratamiento antihipertensivo en pacientes diabeticos no insulino-dependientes [tesis titulación]. Huancayo-Perú: Universidad Peruana de los Andes; 2020. [Internet]. Disponible en: [http://repositorio.upla.edu.pe/bitstream/handle/UPLA/1453/PAZ CAMPOS NEIL ARON_ QUILLATUPA NUÑEZ NHYTZEEL.pdf?sequence=3&isAllowed=y](http://repositorio.upla.edu.pe/bitstream/handle/UPLA/1453/PAZ_CAMPOS_NEIL_ARON_QUILLATUPA_NUÑEZ_NHYTZEEL.pdf?sequence=3&isAllowed=y)

53. Atequipa R, Damian J. Implementacion de un programa de seguimiento farmacoterapeutico y su efecto en la calidad de vida en pacientes hipertensos en el Centro Materno Infantil [tesis titulación]. Lima-Perú: Universidad Inca Garcilaso de la Vega; 2019. [Internet]. Disponible en: http://repositorio.uigv.edu.pe/bitstream/handle/20.500.11818/4341/TESIS_A TEQUIPA_DAMIAN.pdf?sequence=1&isAllowed=y
54. Prieto B, Dolores M. Factores asociados a la adherencia al tratamiento farmacologico en pacientes adultos con hipertension arterial atendidos en el servicio de cardiología del Hospital Militar Central [tesis titulación]. Lima-Perú: Universidad Maria Auxiliadora; 2019. [Internet]. Disponible en: [http://repositorio.uma.edu.pe/bitstream/handle/UMA/194/35-2019+\(Final\).pdf?sequence=1](http://repositorio.uma.edu.pe/bitstream/handle/UMA/194/35-2019+(Final).pdf?sequence=1)
55. Mandal J, Ponnambath D, Parija S. Bioethics: A brief review. Trop Parasitol. [revista en Internet] 2017 [acceso 10 de enero de 2022]; 7(1): 5–7. Disponible en: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/28459009/>
56. The National Commission for the Protection of Human Subjects of Biomedical and Behavioral Research. The Belmont Report. Ethical Principles and Guidelines for the Protection of Human Subjects of Research [Internet]. Estados Unidos; 1979. p. 1-10. Disponible en: <https://www.hhs.gov/ohrp/regulations-and-policy/belmont-report/index.html>
57. Carvalho M, Siqueira L, Sousa A, Jardim P. The influence of hypertension on quality of life. Arquivos Brasileiros de Cardiología [revista en Internet] 2013 [acceso 09 de junio de 2021]; 100(2): 162-174. Disponible en: <https://www.scielo.br/j/abc/a/nDbtL3y4fFjbRLv3TT8Nxvj/?lang=en&format=pdf>
58. Shakya R, Shrestha S, Gautam R, Rai L, Maharjan S, Satyal G, et al. Perceived illness and treatment adherence to hypertension among patients attending a tertiary hospital in Kathmandu, Nepal. Patient Preference and Adherence [revista en Internet] 2020 [acceso 12 de noviembre de 2021];

14(1): 2287-2300. Disponible en:

<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC7685346/pdf/ppa-14-2287.pdf>

59. Azuana R, Nur S, Thomas P. Medication adherence among hypertensive patients of primary health clinics in Malaysia. *Nombre de la revista Patient Preference and Adherence* [revista en Internet] 2012 [acceso 24 de noviembre de 2021]; 6: 613-622. Disponible en:
<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC3437910/pdf/ppa-6-613.pdf>
60. Lee H, Shin J, Kim G, Park S, Ihm S, Kim H, et al. 2018 Korean Society of Hypertension Guidelines for the management of hypertension: part II- diagnosis and treatment of hypertension. *Clinical Hypertension* [revista en Internet] 2019 [acceso 24 de noviembre de 2021]; 25(1): 1-24. Disponible en:
https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC6670135/pdf/40885_2019_Article_124.pdf
61. Shim J, Heo J, Kim H. Factors associated with dietary adherence to the guidelines for prevention and treatment of hypertension among Korean adults with and without hypertension. *Clinical Hypertension* [revista en Internet] 2020 [acceso 24 de noviembre de 2021]; 26(1): 1-11. Disponible en:
https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC7073010/pdf/40885_2020_Article_138.pdf
62. Maciel A, Pimenta H, Caldeira A. Qualidade de vida e adesão medicamentosa para pessoas hipertensas. *Acta Paulista de Enfermagem* [revista en Internet] 2016 [acceso 10 de julio de 2021]; 29(5): 542-548. Disponible en:
<https://www.scielo.br/j/ape/a/yfNn7wqszGPG6zhVDqpFNqk/?lang=pt&format=pdf>

Anexos

Anexo 1. Matriz de consistencia

FORMULACION DEL PROBLEMA	OBJETIVOS	HIPOTESIS	VARIABLES	DISEÑO METODOLÓGICO
<p>Problema general ¿Cuál es la relación entre adherencia al tratamiento y calidad de vida en personas con hipertensión arterial que habitan en una zona de San Martín de Porres, 2021?</p> <p>Problemas específicos</p> <p>¿Cuál es la relación entre adherencia al tratamiento en su dimensión frecuencia de toma de medicamento y calidad de vida en personas con hipertensión arterial que habitan en una zona de San Martín de Porres, 2021?</p> <p>¿Cuál es la relación entre adherencia al tratamiento en su dimensión estado de ánimo con la evolución de la enfermedad y calidad de vida en personas con hipertensión arterial que habitan en una zona de San Martín de Porres, 2021?</p>	<p>Objetivo general Determinar la relación entre adherencia al tratamiento y calidad de vida en personas con hipertensión arterial que habitan en una zona de San Martín de Porres, 2021.</p> <p>Objetivos específicos</p> <p>-Determinar la relación entre adherencia al tratamiento en su dimensión frecuencia de toma de medicamento y calidad de vida en personas con hipertensión arterial que habitan en una zona de San Martín de Porres, 2021.</p> <p>-Determinar la relación entre adherencia al tratamiento en su dimensión estado de ánimo con la evolución de la enfermedad y calidad de vida en personas con hipertensión arterial que habitan en una zona de San Martín de Porres, 2021.</p>	<p>Hipótesis general</p> <p>Hi: Existe relación significativa entre adherencia al tratamiento y calidad de vida en personas con hipertensión arterial que habitan en una zona de San Martín de Porres, 2021.</p> <p>Ho: No existe relación significativa entre adherencia al tratamiento y calidad de vida en personas con hipertensión arterial que habitan en una zona de San Martín de Porres, 2021.</p> <p>Hipótesis específicas</p> <p>-Existe relación significativa entre adherencia al tratamiento en su dimensión frecuencia de toma de medicamento y calidad de vida en personas con hipertensión arterial que habitan en una zona de San Martín de Porres, 2021.</p> <p>-Existe relación significativa entre adherencia al tratamiento en su dimensión estado de ánimo con la evolución de la enfermedad y calidad de vida en personas con hipertensión arterial que habitan en una zona de San Martín de Porres, 2021.</p>	<p>V1: Adherencia al tratamiento</p> <p>V2: Calidad de vida</p>	<p>*El método a utilizarse en este estudio es el hipotético – deductivo.</p> <p>*El tipo de investigación en este estudio es la básica</p> <p>*El presente estudio será abordado desde el enfoque de investigación cuantitativo</p>

Anexo 2. Instrumento de recolección de datos

INSTRUMENTOS DE MEDICIÓN

I. PRESENTACIÓN

Buenas tardes, soy egresada 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: ____

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.

TEST DE MORISKY GREE

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?		

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?	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 en este estudio de investigación en salud. Antes de decidir si participa o no, debe conocer y comprender cada uno de los siguientes apartados.

Título del proyecto: Adherencia al tratamiento y calidad de vida en personas con hipertensión arterial que habitan en una zona de San Martín de Porres, 2021.

Nombre de los investigadores principales:

Quispe Huamani Maritza

Propósito del estudio: Determinar la relación entre adherencia al tratamiento y calidad de vida en personas con hipertensión arterial que habitan en una zona de San Martín de Porres, 2021.

Beneficios por participar: Tiene la posibilidad de conocer los resultados de la investigación por los medios más adecuados (de manera individual o grupal) que le puede ser de mucha utilidad en su actividad profesional.

Inconvenientes y riesgos: Ninguno, solo se le pedirá responder el cuestionario.

Costo por participar: Usted no hará gasto alguno durante el estudio.

Confidencialidad: La información que usted proporcione estará protegido, solo los investigadores pueden conocer. Fuera de esta información confidencial, usted no será identificado cuando los resultados sean publicados.

Renuncia: Usted puede retirarse del estudio en cualquier momento, sin sanción o pérdida de los beneficios a los que tiene derecho.

Consultas posteriores: Si usted tuviese preguntas adicionales durante el desarrollo de este estudio o acerca de la investigación, puede dirigirse a Irina Maruja Bañez Palacios, coordinadora de equipo Quispe Huamani Maritza .


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 participación en este estudio es completamente voluntaria y puede retirarse en cualquier momento.

DECLARACIÓN DE CONSENTIMIENTO

Declaro que he leído y comprendido, tuve tiempo y oportunidad de hacer preguntas, las cuales fueron respondidas satisfactoriamente, no he percibido coacción ni he sido influido indebidamente a participar o continuar participando en el estudio y que finalmente acepto participar voluntariamente en el estudio.

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
Quispe Huamani Maritza	
Nº de DNI	
45754124	
Nº teléfono móvil	
997905832	
Nombre y apellidos del responsable de encuestadores	Firma
Nº de DNI	
Nº teléfono	
Datos del testigo para los casos de participantes iletrados	Firma o huella digital
Nombre y apellido:	
DNI:	
Teléfono:	

Lima, setiembre de 2021

***Certifico que he recibido una copia del consentimiento informado.**

..... 

