



Universidad
Norbert Wiener

FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD
PROGRAMA ACADÉMICO DE MEDICINA HUMANA

Tesis

Asociación entre calidad de atención y adherencia terapéutica en adultos
hipertensos del primer nivel de atención, 2026

Para optar el Título Profesional de
Médico Cirujano

Presentado por

Autora: De Jesus Gallegos, Mayra Pamela

Código ORCID: <https://orcid.org/0009-0007-8850-827X>

Autora: Rojas Bailón, Sara Katherine

Código ORCID: <https://orcid.org/0000-0001-5364-7674>

Asesor: Dr. Avilés Gonzaga, Roberto Carlos

Código ORCID: <https://orcid.org/0009-0007-6438-5156>

Lima- Perú

2026

	DECLARACIÓN JURADA DE AUTORIA Y DE ORIGINALIDAD DEL TRABAJO DE INVESTIGACIÓN		
	CÓDIGO: UPNW-GRA-FOR-033	VERSIÓN: 01 REVISIÓN: 01	FECHA: 08/11/2022

Yo, Mayra Pamela De Jesus Gallegos y Sara Katherine Rojas Bailon egresado de la Facultad de **Ciencias de la Salud** y Programa Académico de **Medicina Humana** de la Universidad privada Norbert Wiener declaro que el trabajo de investigación "Asociación entre calidad de atención y adherencia terapéutica en adultos hipertensos del primer nivel de atención, 2026" Asesorado por el docente: Roberto Carlos Aviles Gonzaga DNI 08689783 ORCID <https://orcid.org/0009-0007-6438-5156> tiene un índice de similitud de **11 (once) %** con código OID: 14912: 608356645 verificable en el reporte de originalidad del software Turnitin.

Así mismo:

1. Se ha mencionado todas las fuentes utilizadas, identificando correctamente las citas textuales o paráfrasis provenientes de otras fuentes.
2. No he utilizado ninguna otra fuente distinta de aquella señalada en el trabajo.
3. Se autoriza que el trabajo puede ser revisado en búsqueda de plagios.
4. El porcentaje señalado es el mismo que arrojó al momento de indexar, grabar o hacer el depósito en el turnitin de la universidad y,
5. Asumimos la responsabilidad que corresponda ante cualquier falsedad, ocultamiento u omisión en la información aportada, por lo cual nos sometemos a lo dispuesto en las normas del reglamento vigente de la universidad.



.....
Firma de autor 1
MAYRA PAMELA DE JESUS GALLEGOS
DNI: 75309032



.....
Firma de autor 2
SARA KATHERINE ROJAS BAILON
DNI: 72288152



.....
Firma
Nombres y apellidos del Asesor: ROBERTO CARLOS AVILES GONZAGA
DNI: 08689783

Lima, 16 de julio de 2026

Dedicatoria

Este trabajo está dedicado a nuestras familias que, con su apoyo incondicional, hicieron posible la culminación de este proceso académico. A quienes han sido fuente de motivación, fortaleza y perseverancia a lo largo de este camino, brindando soporte en los momentos de dificultad y celebrando cada logro obtenido.

De la misma manera, se dedica a los pacientes que, con su participación, contribuyeron al desarrollo de esta investigación, siendo parte fundamental en la generación de conocimiento orientado a mejorar la calidad de la atención en salud.

Agradecimientos

Se expresa un profundo agradecimiento a todas las personas e instituciones que contribuyeron de manera significativa al desarrollo y culminación de esta investigación.

En primer lugar, a los docentes y asesores académicos, por su orientación, acompañamiento y valiosos aportes durante todo el proceso investigativo, los cuales permitieron fortalecer la calidad y rigurosidad del estudio.

De igual manera, se agradece a la institución en la que se desarrolló el estudio, por las facilidades otorgadas para el acceso a la información y el desarrollo del proceso de recolección de datos.

Por último, brindamos nuestro agradecimiento a todas las personas que participaron de forma directa o indirecta en la realización de este estudio, aportando su tiempo, conocimientos y apoyo en cada una de las etapas del proceso.

Índice general

Dedicatoria.....	3
Agradecimientos	4
Índice general	5
Índice de tablas	6
Índice de figuras	7
Resumen	9
Abstract.....	10
I. INTODUCCIÓN	11
II. METODOLOGÍA	17
III. RESULTADOS	24
IV. DISCUSIÓN	38
V. CONCLUSIONES	48
VI. REFERENCIAS	50
VII. ANEXOS	57

Índice de tablas

Tabla 1. Variables.....	19
Tabla 2. Frecuencias y porcentajes de variables.....	24
Tabla 3. Estadísticos descriptivos de la variable edad.....	26
Tabla 4. Análisis bivariado de factores asociados a la adherencia terapéutica	26
Tabla 5. Análisis multivariado de factores asociados a la adherencia terapéutica	30
Tabla 6. Análisis bivariado de factores asociados a calidad de atención percibida	31
Tabla 7. Análisis multivariado de factores asociados respecto a la calidad de atención percibida	33
Tabla 8. Adherencia terapéutica según las dimensiones de la calidad de atención percibida	34

Índice de figuras

Figura 1. Comorbilidades según adherencia terapéutica	28
Figura 2. Alcoholismo según adherencia terapéutica.....	28
Figura 3. Tabaquismo según adherencia terapéutica.....	29
Figura 4. Dimensión tangible según la adherencia terapéutica	35
Figura 5. Dimensión fiabilidad según la adherencia terapéutica.....	36
Figura 6. Dimensión capacidad de respuesta según la adherencia terapéutica	37
Figura 7. Dimensión seguridad según la adherencia terapéutica	37
Figura 8. Dimensión de empatía según la adherencia terapéutica.....	38
Figura 9. Prevalencia de adherencia terapéutica	39

**Asociación entre calidad de atención y adherencia
terapéutica en adultos hipertensos del primer nivel de
atención, 2026**

**Association between quality of care
and therapeutic adherence in hypertensive adults at the first
level of care, 2026**

Mayra Pamela De Jesus Gallegos, Bachiller del Programa Académico de Medicina Humana
Facultad de Ciencias de la Salud Universidad Privada Norbert Wiener, Lima, Perú.

Sara Katherine Rojas Bailón, Bachiller del Programa Académico de Medicina Humana
Facultad de Ciencias de la Salud Universidad Privada Norbert Wiener, Lima, Perú.

Resumen

Introducción: La hipertensión arterial continúa siendo una de las principales preocupaciones de la salud pública a nivel mundial, cuyo adecuado control depende en gran medida de la adherencia terapéutica y de la calidad de la atención en salud. **Objetivo:** El presente estudio tuvo como finalidad analizar la asociación entre la calidad de atención percibida y la adherencia terapéutica en adultos hipertensos atendidos en el primer nivel de atención durante el año 2026. **Metodología:** Se realizó un estudio cuantitativo, observacional, analítico y de corte transversal, con una muestra de 387 pacientes diagnosticados con hipertensión arterial. La calidad de atención se evaluó mediante el cuestionario SERVPERF, mientras que la adherencia terapéutica se midió utilizando el test de Morisky-Green-Levine. Se efectuaron análisis descriptivos, bivariados y multivariados, empleando regresión de Poisson con varianza robusta para estimar razones de prevalencia ajustadas. **Resultados:** Los resultados evidenciaron un nivel global alto de calidad de atención percibida, destacándose las dimensiones de empatía y seguridad. La adherencia terapéutica mostró un predominio de nivel alto (66,7%). El análisis multivariado demostró que una mejor calidad de atención guarda una relación significativa con una mayor probabilidad de adherencia al tratamiento (RP: 1,18; IC95%: 1,10–1,27; $p < 0,001$). **Conclusiones:** Se concluye que la calidad de la atención en salud constituye un factor determinante en la adherencia al tratamiento en pacientes hipertensos en el primer nivel de atención, especialmente en dimensiones relacionadas con el trato humanizado y la confianza, lo que resalta la importancia de fortalecer estos aspectos en el primer nivel de atención.

Palabras clave: Hipertensión arterial; Adherencia al tratamiento; Calidad de la atención en salud; Atención primaria de salud; Cumplimiento terapéutico; Servicios de salud.

Abstract

Introduction: Hypertension continues to be one of the main public health concerns worldwide, whose adequate control depends largely on therapeutic adherence and the quality of health care. **Objective:** In this context, this study aimed to analyze the association between perceived quality of care and treatment adherence in hypertensive adults treated at the primary care level during 2026. **Methodology:** A quantitative, observational, analytical, and cross-sectional study was conducted with a sample of 387 patients diagnosed with hypertension. Quality of care was assessed using the SERVPERF questionnaire, while treatment adherence was measured using the Morisky-Green-Levine test. Descriptive, bivariate, and multivariate analyses were performed, employing Poisson regression with robust variance to estimate adjusted prevalence ratios. **Results:** The results showed a high overall level of perceived quality of care, with empathy and reassurance being particularly noteworthy. Therapeutic adherence was predominantly high (66.7%), although some instances of partial non-adherence were identified. Multivariate analysis demonstrated that higher quality of care was significantly associated with a greater likelihood of therapeutic adherence (PR: 1.18; 95% CI: 1.10–1.27; $p < 0.001$). **Conclusions:** It is concluded that the quality of healthcare is a determining factor in treatment adherence among hypertensive patients, especially in dimensions related to humane treatment and trust, highlighting the importance of strengthening these aspects at the primary care level.

Keywords: High blood pressure; Treatment adherence; Quality of health care; Primary health care; Therapeutic compliance; Health services.

I. INTRODUCCIÓN

La hipertensión arterial (HTA) es una de las enfermedades crónicas no transmisibles con mayor frecuencia a nivel mundial representando un gran desafío para la salud pública debido a su estrecha relación con la morbilidad cardiovascular (1). Esta condición se caracteriza por una elevación continua de los niveles de presión sanguínea y es considerada el principal factor de riesgo modificable para la aparición de enfermedades cardiovasculares, cerebrovasculares y renales (2). A pesar de que su diagnóstico y tratamiento han experimentado avances significativos en las últimas décadas, el control adecuado de la enfermedad continúa siendo un desafío para los sistemas de salud, especialmente en contextos donde existen limitaciones estructurales en el acceso y la calidad de los servicios sanitarios.

A nivel global, la hipertensión arterial afecta a un grupo considerable de la población adulta y continúa siendo una de las principales causas asociadas a mortalidad cada año (3). La carga de esta enfermedad se ha incrementado progresivamente, proyectándose un aumento continuo en su prevalencia en las próximas décadas (4). Este panorama resulta particularmente preocupante en regiones de ingresos bajos y medianos, donde los sistemas de salud enfrentan mayores dificultades para garantizar un diagnóstico oportuno, un seguimiento adecuado y el acceso sostenido al tratamiento antihipertensivo (5).

En América Latina, la situación es igualmente alarmante. Se estima que la prevalencia de hipertensión arterial supera el 40% en la población adulta, no obstante, menos de la mitad de los pacientes diagnosticados consiguen mantener las cifras de presión arterial dentro de los rangos recomendados (6,7). Esta brecha entre diagnóstico y control refleja la existencia de múltiples factores que afectan el manejo de la enfermedad, entre ellos se encuentran las restricciones en el acceso a los servicios de salud, con limitaciones económicas, la falta de seguimiento asistencial y los problemas vinculados con el cumplimiento y adherencia al tratamiento.

En el contexto peruano, la problemática mantiene características similares. Diversos estudios reportan una prevalencia aproximada del 22% y una incidencia cercana al 4.2% en la población adulta (8). A ello se suma una elevada proporción de personas que desconocen su diagnóstico, así como pacientes que, aun habiendo sido diagnosticados, presentan tratamiento insuficiente o un control inadecuado de la presión arterial (9). Esta situación pone en evidencia la necesidad de fortalecer las estrategias de manejo de la hipertensión en el primer nivel de atención, donde se concentra gran parte de la atención de pacientes con enfermedades crónicas.

Dentro de los factores que influyen en el control de la hipertensión, la adherencia terapéutica constituye un elemento clave para el adecuado control de la hipertensión arterial, se entiende como el grado en la que las acciones realizadas por el paciente coinciden con las recomendaciones brindadas por los profesionales de la salud, tales como el uso correcto de los medicamentos, la adopción de una alimentación adecuada y la implementación de cambios favorables en los estilos de vida (10). La falta de adherencia al tratamiento antihipertensivo constituye uno de los principales obstáculos para el control de la enfermedad, ya que se relaciona con un monitoreo inadecuado de la presión arterial, mayor riesgo de eventos cardiovasculares y un incremento de los costos asociados a la atención sanitaria (11).

La adherencia terapéutica depende de diversos factores que podrían interactuar entre sí, incluyendo características personales, su contexto social, económico, condiciones clínicas y relacionados con el sistema de salud (12). En la hipertensión arterial, la ausencia de síntomas en gran parte de los pacientes puede generar una menor percepción de la gravedad de la enfermedad, lo que disminuye la motivación para mantener un tratamiento constante a largo plazo. Asimismo, la complejidad de los regímenes farmacológicos, los costos del tratamiento y la relación con el personal de salud pueden influir significativamente en el cumplimiento terapéutico.

En este contexto, la calidad de atención en salud se ha identificado como un determinante clave para favorecer la adherencia al tratamiento. La calidad de atención

se entiende como el nivel en que los servicios de salud favorecen en la obtención de resultados esperados en la salud de las personas atendidas (13). Desde el enfoque propuesto por Donabedian, la calidad se analiza a partir de tres dimensiones fundamentales: estructura, proceso y resultado, las cuales influyen de manera directa en la experiencia del usuario y en la efectividad de las intervenciones sanitarias (14). En el primer nivel de atención, aspectos como la disponibilidad de recursos, la accesibilidad a los servicios, la interacción entre el usuario y el personal sanitario, así como la confianza generada durante la atención, pueden desempeñar un papel determinante en la disposición del paciente para seguir las recomendaciones médicas.

En los últimos años, la adherencia terapéutica en pacientes con hipertensión arterial ha sido objeto de análisis en investigaciones recientes, las cuales han explorado diferentes factores que influyen en el cumplimiento del tratamiento, resaltando la importancia de la relación entre los pacientes y el personal de salud, la continuidad del seguimiento asistencial y las condiciones en que se brindan los servicios sanitarios. Entre los principales hallazgos reportados se encuentran los siguientes:

Chang et al. (2021) llevaron a cabo una cohorte retrospectiva utilizando datos de la Medical Expenditure Panel Survey, con el fin de analizar cómo la interacción paciente-clínico (comunicación e involucramiento en la toma de decisiones compartida, SDM) se relaciona con la adherencia al tratamiento antihipertensivo. El análisis se centró en 2571 pacientes adultos afroamericanos con hipertensión. Encontraron que los niveles altos, en comparación con los bajos, de comunicación paciente-clínico (OR: 1.38; 95%CI: 1.14-1.67) y de involucramiento en la SDM (OR: 1.32; 95%CI: 1.08-1.61) presentaron una relación significativa con un nivel óptimo de adherencia al tratamiento (adherencia a la respuesta $\geq 80\%$), incluso después de ajustar por múltiples covariables. Concluyeron que la comunicación efectiva y el SDM son importantes predictores de la adherencia a los medicamentos antihipertensivos (15).

Kang et al. (2023) realizaron un estudio analizando datos de la Segunda Encuesta del

Panel de Salud de Corea (2020) en una muestra de 3318 adultos hipertensos para investigar la asociación entre tener una fuente habitual de atención (USC) y la adherencia farmacológica. El estudio categorizó la USC en: sin USC, solo lugar (sin médico regular) y médico regular. La adherencia se evaluó a través de escala Likert de 4 puntos y el cumplimiento de ítems detallados (dosis, frecuencia, tiempo y no interrupción). Los hallazgos obtenidos mediante la regresión logística demostraron que el grupo con "médico regular" tuvo probabilidades significativamente más altas de adherencia perfecta/alta en relación con el grupo sin USC (OR: 1.70; IC 95%: 1.42-2.03), con asociaciones consistentes en ítems específicos como la adherencia perfecta a la dosis (OR: 2.14; IC 95%: 1.73-2.63) y la frecuencia (OR: 1.87; IC 95%: 1.53-2.28). Por el contrario, el grupo de "solo lugar" no mostró diferencias significativas en la adherencia, excepto para la dosis. El estudio concluyó que la presencia de un médico regular constituye un determinante clave para alcanzar una adherencia óptima al tratamiento antihipertensivo (16).

Guerra et al. (2022) llevaron a cabo un estudio transversal haciendo uso de datos de la Encuesta Nacional de Salud Panameña (ENSPA 2019) en 3281 adultos con hipertensión para evaluar la prevalencia nacional de la adherencia baja a moderada a la medicación, medida con el 4-MMAS, e identificar factores asociados específicos por género. Encontraron que la prevalencia nacional de adherencia baja-moderada fue muy alta, alcanzando el 78.2% (IC 95%: 74.7–81.0%), siendo significativamente mayor en mujeres (81.4%). Los factores asociados diferían por sexo: en mujeres, la baja adherencia se asoció fuertemente con vivir en zonas indígenas (OR: 5.15) y tener un diagnóstico médico de ansiedad/depresión (OR: 4.89). En hombres, la baja adherencia se asoció con tener educación secundaria (OR: 2.94), el tabaquismo actual (OR: 16.74) y tomar medicación negando el diagnóstico de HTA (OR: 4.35). También se observó que tener menos de tres chequeos anuales se asociaba a una menor adherencia en hombres. Se concluyó que la baja -moderada adherencia es un problema significativo de salud pública (17).

Rivera-Lozada et al. (2024) desarrollaron un estudio analítico de corte transversal en

Lima, incluyendo una muestra de 241 pacientes con hipertensión para determinar la influencia del acceso a los servicios de salud en la adherencia al tratamiento antihipertensivo durante la pandemia de COVID-19. Los principales predictores de la no adherencia incluyeron el miedo a recibir atención en el hospital (ORa: 4.5, IC 95%:2.7-6.8), la desconfianza en el personal de salud (ORa: 7.5, IC 95%:2.3-10.5), y la percepción de que el médico no tiene suficiente conocimiento (ORa:3.1, IC 95%: 2.4-7.8). Otros factores importantes fueron la dificultad con los horarios (ORa: 3.7), no recibir atención por falta de un médico (ORa: 2.8) y los gastos en la consulta (ORa: 1.9). Se concluyó que la adherencia terapéutica se vio comprometida por barreras estructurales (gastos, falta de personal, horarios) y factores de proceso y seguridad (miedo, confianza y percepción de conocimiento del médico) (18).

Altamirano-Carbajal et al. (2021) llevaron a cabo un estudio descriptivo transversal en un centro de salud del primer nivel situado en Lima Norte con 115 pacientes que sufren de hipertensión arterial con el objetivo de determinar el nivel de adherencia al tratamiento terapéutico establecido. La investigación concluyó que la gran parte de los participantes no eran adherentes al tratamiento, alcanzando una prevalencia del 59.1% (n=68). Al evaluar las dimensiones de la adherencia, se encontró que el patrón de no adherencia predominaba en todos los factores examinados: la dimensión de factores socioeconómicos registró el porcentaje más alto de no adherencia (66.1%), seguida de cerca por los factores relacionados con la terapia (64.3%) y los factores relacionados con el proveedor (62.6%). Estos hallazgos indicaron que la problemática de la adherencia en esta población de atención primaria era multifactorial, con una influencia significativa de las barreras económicas y de las interacciones con el proveedor de salud (19).

Dearly Tapia-Cubas (2024) realizaron un estudio observacional, retrospectivo y de corte transversal haciendo uso de los datos de la ENDES de 2022 para identificar factores relacionados con el cumplimiento del tratamiento farmacológico de HTA en pacientes peruanos. El análisis multivariado identificó predictores significativos de mayor adherencia, incluyendo la edad avanzada (RPa=0.994), el tener seguro de salud

(RPa=1.082), la compra de medicamentos antihipertensivos (RPa=1.169), el diagnóstico concomitante de diabetes (RPa=1.190) y la residencia en áreas urbanas (RPa=1.073). En contraste, el estudio encontró que los hábitos nocivos se asociaron con una menor adherencia, específicamente el consumo de tabaco en los últimos 30 días (RPa=0.899) y el consumo de bebidas alcohólicas (RPa=0.938). Se concluye que la adherencia terapéutica está influenciada por una combinación de características sociodemográficas, el acceso a los servicios de salud, la presencia de comorbilidades y los hábitos de vida perjudiciales (20).

Carlos Cristopher Marcos Barrientos realizó un estudio transversal en 105 pacientes con HTA del Centro de Salud Pachacamac, con el objetivo de determinar los factores relacionados con la adherencia terapéutica. La adherencia general se distribuyó en 61% parcial y 39% total. Entre los resultados sociodemográficos, la mayoría de la población estaba compuesta por hombres (58.1%), con educación secundaria (39%), y el grupo de 41 a 50 años representó el 33.3%. Un hallazgo crucial para el estudio fue que factores relacionados con la atención médica, como la aceptación de la enfermedad (65.7% de alta aceptación) y la satisfacción con el servicio sanitario (49.5% de satisfacción baja y 50.5% media), no se relacionaron de manera significativa con la adherencia a la HTA. Se concluyó que factores como la dosificación de los medicamentos, uso de terapia farmacológica y antigüedad del diagnóstico se relacionaron de manera significativa con el cumplimiento del tratamiento (2).

A pesar de la evidencia disponible, la mayoría de las investigaciones se ha centrado en identificar factores sociodemográficos, clínicos o relacionados con el acceso a los servicios de salud que influyen en la adherencia terapéutica. Sin embargo, aún son limitados los estudios que analizan específicamente la asociación entre la calidad de atención percibida y la adherencia terapéutica en pacientes hipertensos atendidos en establecimientos del primer nivel de atención.

Frente a esta situación, resulta relevante estudiar la influencia que puede ejercer la calidad de atención percibida sobre la adherencia terapéutica de los pacientes hipertensos, particularmente en los establecimientos de primer nivel, donde se desarrolla gran parte de las intervenciones destinadas al control y seguimiento de la enfermedad (21).

Considerando que el primer nivel de atención constituye el principal punto de contacto entre los pacientes y el sistema de salud para el manejo de enfermedades crónicas, resulta fundamental comprender cómo la calidad de la atención brindada en estos establecimientos puede influir en la adherencia terapéutica de los pacientes hipertensos (22). Esta información podría contribuir a identificar aspectos de la atención que requieren fortalecimiento para mejorar el seguimiento y control de la hipertensión arterial.

Por ello, el presente estudio tiene como objetivo analizar la asociación entre la calidad de atención y la adherencia terapéutica en adultos hipertensos del primer nivel de atención durante el año 2026.

II. METODOLOGÍA

2.1. Método de la investigación

En este estudio se empleó el método hipotético-deductivo, el cual permitió partir de una hipótesis previamente formulada y someterla a comprobación mediante la recolección y análisis de datos. Al obtener los resultados, se procedió a realizar la evaluación estadística correspondiente para determinar si se rechaza o no la hipótesis nula en relación con las variables estudiadas (23).

2.2. Enfoque de la investigación

Se realizará un estudio de enfoque cuantitativo sustentado en la medición numérica de variables con el propósito de poner a prueba una hipótesis de investigación.

2.3. Tipo de investigación

La investigación corresponde a un estudio aplicado, ya que pretende producir conocimientos con utilidad en el sector salud a partir de la evaluación de la asociación entre calidad de atención y la adherencia terapéutica en pacientes con hipertensión arterial. El propósito es aportar evidencia que permita mejorar el control de la enfermedad y orientar estrategias de gestión sanitaria centradas en el primer nivel de atención.

2.4. Diseño de la investigación

El estudio presenta un diseño observacional, analítico y de corte transversal, ya que variables estudiadas fueron analizadas en un mismo momento, sin manipulación directa del investigador.

2.5. Población, muestra y muestreo

La población de estudio estuvo conformada por pacientes adultos con diagnóstico de hipertensión arterial que fueron atendidas en el Centro de Salud San Isidro durante el año 2026. Considerando que el número estimado de pacientes es de aproximadamente 387 pacientes, se optó por un muestreo censal, en el que se incluyó a todos aquellos que cumplieron con los criterios de selección establecidos. Por lo cual, no fue necesario efectuar un cálculo muestral ni selección probabilística, ya que se evaluó la totalidad de los participantes elegibles.

Criterios de inclusión

- Pacientes adultos (≥ 18 años) de ambos sexos con diagnóstico confirmado de hipertensión arterial.
- Pacientes con al menos tres meses de tratamiento antihipertensivo.
- Pacientes que acepten participar voluntariamente en el estudio y firmen el consentimiento informado.

Criterios de exclusión

- Pacientes con deterioro cognitivo severo o trastornos psiquiátricos que dificulten la comprensión de los cuestionarios.
- Pacientes con enfermedades graves o terminales que limiten su participación, como insuficiencia renal en diálisis o cáncer avanzado.
- Pacientes que hayan sido atendidos por primera vez en el establecimiento o derivados recientemente desde otro centro de salud.
- Pacientes gestantes.

2.6. Variables y operacionalización

Tabla 1. Variables

Variable	Definición operacional	Tipo	Naturaleza	Escala
Calidad de atención	Autoevaluación de dimensiones como la accesibilidad, la dimensión técnica y la dimensión interpersonal	Variable independiente	Cualitativa	Nominal dicotómica
Adherencia al tratamiento	Autopercepción de adherencia y la presencia de comportamientos no adherentes referido según el Cuestionario de Morisky de 4 preguntas.	Variable dependiente	Cualitativa	Nominal dicotómica
Edad	Registro en la historia clínica de la edad del paciente al momento del inicio de la terapia de diálisis peritoneal.	Variable interviniente	Cuantitativa	Continua
Sexo	Clasificación sexual biológica del paciente	Variable	Cualitativa	Nominal

	en base a su registro médico.	interviniente		dicotómica
Diabetes mellitus tipo 2	Diagnóstico de DM2 autorreferido por el paciente	Variable interviniente	Cualitativa	Nominal dicotómica
Comorbilidades	Presencia de otras enfermedades cardio metabólicas como cardiopatía o dislipidemia referida por el paciente.	Variable interviniente	Cualitativa	Nominal dicotómica
Ocupación	Ocupación actual de los pacientes	Variable interviniente	Cualitativa	Nominal dicotómica
Estado civil	Estado civil actual referido en el DNI de los pacientes	Variable interviniente	Cualitativa	Nominal politómica
Nivel educativo	Último nivel educativo completado por el paciente	Variable interviniente	Cualitativa	Nominal politómica
Tiempo de Diagnóstico de HTA	Tiempo desde el diagnóstico de HTA hasta el momento de la evaluación	Variable interviniente	Cuantitativa	Continua
Número de medicamentos antihipertensivos	Cantidad de medicamentos actuales dentro del esquema de tratamiento de HTA de los pacientes	Variable interviniente	Cuantitativa	Continua
Polifarmacia	Consumo de otros medicamentos diferentes a los antihipertensivos	Variable interviniente	Cualitativa	Nominal dicotómica
Alcoholismo	Antecedente de alcoholismo autorreportado por el	Variable interviniente	Cualitativa	Nominal dicotómica

	paciente				
Tabaquismo	Antecedente tabaquismo autorreportado por el paciente	de	Variable interveniente	Cualitativa	Nominal dicotómica

2.7. Procedimientos

2.7.1. Técnica

El proyecto fue sometido a evaluación ante el Comité de Ética de la Universidad Norbert Wiener y ante la dirección del Centro de Salud San Isidro con el propósito de obtener las autorizaciones requeridas para su desarrollo.

Tras la aprobación correspondiente se procedió a la revisión de historias clínicas con el fin de identificar a los pacientes diagnosticados con hipertensión arterial que cumplieran con los criterios de selección establecidos. Posteriormente, se contactó a los pacientes seleccionados para invitarlos a formar parte de la investigación, formalizando su participación mediante la firma del consentimiento informado.

La recolección de información se realizó mediante la aplicación de encuestas estructuradas, las cuales fueron administradas de manera presencial o mediante llamada telefónica, según la disponibilidad de los participantes.

Para registrar la información se utilizó una hoja de recolección de datos, en la cual se consignaron las variables sociodemográficas, clínicas y las variables principales del estudio.

2.7.2. Instrumentos de recolección de datos

Para la valoración de la calidad de atención percibida se empleó el instrumento SERVPERF, conformado por 22 ítems organizados en cinco dimensiones:

- Elementos tangibles
- Fiabilidad
- Capacidad de respuesta
- Seguridad
- Empatía

Cada ítem fue evaluado mediante una escala tipo Likert de cinco puntos. Este instrumento ha sido validado previamente en el contexto peruano, mostrando un coeficiente de validez de contenido de 0.919 y una consistencia interna elevada con un alfa de Cronbach de 0.92 (24).

Para medir la adherencia terapéutica se empleó el cuestionario de Morisky-Green-Levine, el cual consta de cuatro preguntas dicotómicas (Sí/No) orientadas a identificar conductas de no adherencia relacionadas con el olvido en la toma de medicamentos, la interrupción del tratamiento o la modificación de dosis. El paciente fue clasificado como no adherente si respondió afirmativamente a cualquiera de las preguntas. Este instrumento presenta una confiabilidad adecuada en contextos peruanos, con un alfa de Cronbach de 0.799 (25).

Toda la información recopilada fue registrada en una base de datos en Microsoft Excel, donde los datos fueron codificados y revisados para verificar su integridad y consistencia antes de proceder con el análisis estadístico.

2.7.3. Plan de procesamiento y análisis de datos

El procesamiento estadístico se realizó mediante el software SPSS versión 28, siguiendo tres etapas de análisis.

Análisis descriptivo: se presentaron tablas de frecuencias y porcentajes para las variables cualitativas. La variable edad, al ser cuantitativa, fue descrita mediante media y desviación estándar.

Análisis bivariado: se elaboraron tablas cruzadas entre las variables independientes y la variable dependiente. Para evaluar la asociación se utilizó la prueba de Chi-cuadrado en variables categóricas. Se consideró significancia estadística cuando $p < 0.05$.

Análisis multivariado: se aplicaron modelos de regresión de Poisson con varianza robusta para estimar los riesgos de prevalencia (RP) crudos y ajustados entre la calidad de atención y la adherencia terapéutica. Asimismo, se calcularon intervalos de confianza al 95%, lo que permitió controlar posibles variables de confusión.

2.8. Aspectos éticos

El estudio se desarrolló conforme a los principios éticos establecidos en la Declaración de Helsinki para investigaciones en seres humanos. Del mismo modo, el proyecto fue sometido a evaluación y aprobación por el Comité de Ética de la Universidad Norbert Wiener, además de contar con la autorización correspondiente de la dirección del Centro de Salud San Isidro.

La incorporación de los participantes se realizó de manera voluntaria, previa firma del consentimiento informado, garantizando en todo momento la privacidad y confidencialidad de la información recopilada durante todo el proceso de la investigación. Los datos recolectados fueron codificados y empleados únicamente para fines de investigación.

Por otra parte, el manejo de la información se efectuó de acuerdo a la normativa vigente como es la Ley de Protección de Datos Personales, evitando registrar información directamente que permitan identificar directamente a los participantes. El acceso a la base de datos estuvo limitado exclusivamente al investigador responsable.

III. RESULTADOS

Se realizaron 387 encuestas correspondientes a pacientes con el diagnóstico de hipertensión arterial en el Centro de Salud San Isidro atendidos durante el 2026. Se examinaron características sociodemográficas, comorbilidades, así como la calidad de atención y su adherencia terapéutica.

Tabla 2. Frecuencias y porcentajes de variables

Variables	Frecuencias	Porcentajes
Sexo		
Masculino	153	39.5 %
Femenino	234	60.5 %
Edad		
18 - 35 años	8	2.1 %
36 - 50 años	43	11.1 %
51 - 64 años	134	34.6 %
65 - 79 años	160	41.3 %
≥ 80 años	42	10.9 %
Nivel Educativo		
Sin educación	0	0 %
Primaria completa	19	4.9 %
Secundaria completa	239	61.8 %
Superior completa	129	33.3 %
Comorbilidades		
Si	191	49.4 %
No	196	50.6 %
DM2		
Si	158	40.8 %
No	229	59.2 %
Polifarmacia		
Si	97	25.1 %
No	290	74.9 %
Alcoholismo		
Si	21	5.4 %
No	366	94.6 %

Tabaquismo		
Si	86	22.2 %
No	301	77.8 %
Tiempo de dx de HTA		
≤ 7 años	171	44.2 %
8 - 13 años	128	33.1 %
14 - 19 años	59	15.2 %
20 - 25 años	27	7 %
≥ 26 años	2	0.5 %
Adherencia Terapéutica		
Adherente	260	67.2 %
No adherente	127	32.8 %

La tabla 2 presenta la descripción de las variables de interés expresadas en frecuencias y porcentajes. La caracterización de la población en estudio mostró una ligera predominancia del sexo femenino con 60.5% (n=234). El grupo etario de mayor representación fue el de 65-79 años con 41.3% (n= 160), en comparación con el de 18 a 35 años, que presentó la menor proporción (2.1%, n= 8). Respecto al nivel educativo predominó Secundaria completa con un 61.8% (n=239). En relación a las comorbilidades se observó una distribución similar entre ambos grupos, el 49.4% (n=191) reportó presentar comorbilidades y el 50.6% (n= 196) indicó no presentar ninguna. Entre las comorbilidades evaluadas, se consideró la diabetes mellitus tipo 2, el 40.8% (n= 158) presentó dicho diagnóstico mientras que el 59.2% (n= 229) no la presentó. Asimismo, la presencia de polifarmacia se observó en el 25,1% (n=97) de los participantes. Por otro lado, el 5,4% (n=21) presentó antecedente de alcoholismo y el 22,2% (n=86) reportó tabaquismo. En cuanto al tiempo de diagnóstico de hipertensión arterial, predominó el grupo con un tiempo de enfermedad menor o igual a 7 años, representando el 44,2% (n=171) de los participantes, en comparación con el 0.5% (n=2) con mayor o igual a 26 años de diagnóstico. En cuanto a la adherencia terapéutica se observó un 67.2 % (n=260) de los pacientes adheridos al tratamiento antihipertensivo.

Tabla 3. Estadísticos descriptivos de la variable edad

	Mínimo	Máximo	Media	Desv. estándar
Edad	20	93	64.04	12.345

La tabla 3 presenta los estadísticos descriptivos de la variable edad. Se observó una media de 64,04 años y una desviación estándar de 12,345 años. Asimismo, la edad mínima registrada fue de 20 años y la máxima de 93 años.

Tabla 4. Análisis bivariado de factores asociados a la adherencia terapéutica

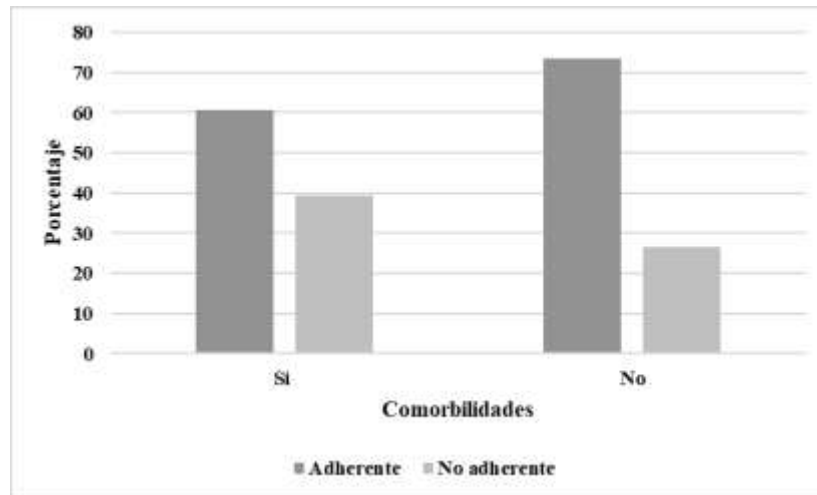
Variables	Adherencia terapéutica		p
	Adherente	No adherente	
Sexo			0.401
Masculino	99 (64.7%)	54 (35.3%)	
Femenino	161 (68.8%)	73 (31.2%)	
Edad			0.306
18 - 35 años	6 (75.0%)	2 (25.0%)	
36 - 50 años	33 (76.7%)	10 (23.3%)	
51 - 64 años	86 (64.2%)	48 (35.8%)	
65 - 79 años	111 (69.4%)	49 (30.6%)	
≥ 80 años	24 (57.1%)	18 (42.9%)	
Nivel Educativo			0.625
Sin educación	0	0	
Primaria completa	11 (57.9%)	8 (42.1%)	
Secundaria completa	160 (66.9%)	79 (33.1%)	
Superior completa	89 (69.0%)	40 (31.0%)	
Comorbilidades			0.008
Si	116 (60.7%)	75 (39.3%)	
No	144 (73.5%)	52 (26.5%)	

DM2			0.257
Si	101 (63.9%)	57 (36.1%)	
No	159 (69.4%)	70 (30.6%)	
Polifarmacia			0.227
Si	70 (72.2%)	27 (27.8%)	
No	190 (65.5%)	100 (34.5%)	
Alcoholismo			0.015
Si	9 (42.9%)	12 (57.1%)	
No	251 (68.6%)	115 (31.4%)	
Tabaquismo			0.002
Si	46 (53.5%)	40 (46.5%)	
No	214 (71.1%)	87 (28.9%)	
Tiempo de dx de HTA			0.289
≤ 7 años	116 (67.8%)	55 (32.2%)	
8 - 13 años	89 (69.5%)	39 (30.5%)	
14 - 19 años	37 (62.7%)	22 (37.3%)	
20 - 25 años	18 (66.7%)	9 (33.3%)	
≥ 26 años	0 (0.0%)	2 (100.0%)	

La tabla 4 muestra el análisis bivariado, el cual reveló asociaciones estadísticamente significativas entre la adherencia terapéutica y 3 variables. La presencia de comorbilidades mostró asociación estadísticamente significativa con la adherencia terapéutica ($p=0,008$), evidenciándose que el 73,5% de los pacientes sin comorbilidades presentó adherencia al tratamiento. De igual forma, el alcoholismo se relacionó con la adherencia terapéutica ($p=0.015$), registrándose que los pacientes sin antecedente de alcoholismo mostraron una mayor adherencia al tratamiento (68,6%) respecto a aquellos con antecedente de alcoholismo (42,9%). Asimismo, el tabaquismo se asoció significativamente con la adherencia terapéutica ($p=0.002$),

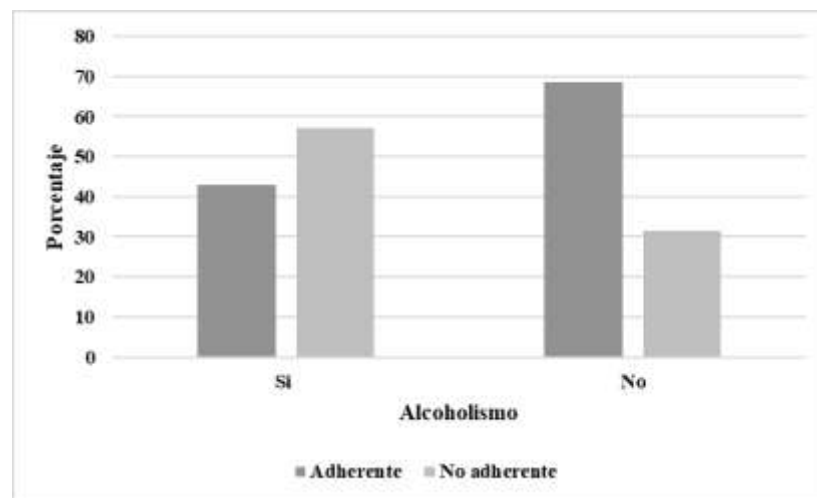
evidenciándose mayor adherencia en los pacientes no fumadores (71,1%) en comparación con los fumadores (53,5%).

Figura 1. Comorbilidades según adherencia terapéutica



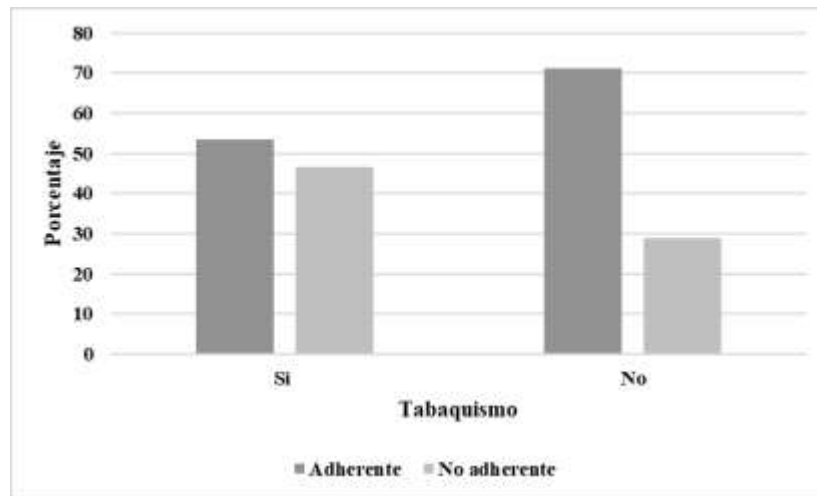
La Figura 1 representa la distribución de la adherencia terapéutica según la presencia de comorbilidades. Se evidencia una mayor proporción de pacientes adherentes entre quienes no presentaban comorbilidades (73,5%), en comparación con aquellos que sí las presentaban (60,7%).

Figura 2. Alcoholismo según adherencia terapéutica



La Figura 2 representa la distribución de la adherencia terapéutica según el antecedente de alcoholismo. Se observa una mayor proporción de pacientes adherentes entre quienes no presentaban antecedente de alcoholismo (68,6%), en comparación con aquellos que sí presentaban dicho antecedente (42,9%).

Figura 3. *Tabaquismo según adherencia terapéutica*



La Figura 3 muestra la distribución de la adherencia terapéutica según el antecedente de tabaquismo. Se evidencia una mayor proporción de pacientes adherentes entre quienes no presentaban antecedente de tabaquismo (71,1%), en comparación con aquellos que sí presentaban dicho antecedente (53,5%).

Tabla 5. Análisis multivariado de factores asociados a la adherencia terapéutica

Análisis	Crudo			Ajustado (multivariado)		
Variable	Intervalo de confianza	Rp	p	Intervalo de confianza	Rp	p
Sexo	[0.946, 1.147]	1.833	0.404	[0.919, 1.131]	1.019	0.721
Edad	[0.919, 1.019]	0.968	0.213	[0.897, 1.063]	0.976	0.579
Nivel educativo	[0.949, 1.132]	1.037	0.425	[0.908, 1.112]	1.005	0.925
Comorbilidades	[0.802, 0.966]	0.88	0.007	[0.709, 0.974]	0.831	0.022
Diabetes Mellitus	[0.86, 1.042]	0.946	0.259	[0.823, 1.188]	0.989	0.904
Polifarmacia	[0.963, 1.187]	1.069	0.213	[1.039, 1.421]	1.215	0.015
Alcoholismo	[0.622, 0.961]	0.773	0.02	[0.657, 1.077]	0.841	0.171
Tabaquismo	[0.746, 0.943]	0.832	0.003	[0.773, 1.012]	0.885	0.075
Tiempo de Dx de HTA	[0.926, 1.029]	0.976	0.373	[0.936, 1.099]	1.014	0.733

La tabla 5 incluye el análisis de regresión realizado, identificándose dos variables con asociación estadísticamente significativa. Respecto a las comorbilidades, se observó una menor probabilidad de adherencia terapéutica en los pacientes que presentaban esta condición (RP=0,831; IC95%: 0,709–0,974; p=0,022). Por otro lado, la polifarmacia se asoció con una mayor probabilidad de adherencia terapéutica, incrementando en 21,5% la probabilidad de adherencia al tratamiento en los pacientes que presentaban esta condición (RP=1,215; IC95%: 1,039–1,421; p=0,015). No se encontró asociación estadísticamente significativa con las demás variables evaluadas.

Tabla 6. Análisis bivariado de factores asociados a calidad de atención percibida

Variables	Calidad de atención percibida			p
	Baja	Media	Alta	
Sexo				0.786
Masculino	1 (0.7%)	20 (13.1%)	132 (86.3%)	
Femenino	1 (0.4%)	36 (15.4%)	197 (84.2%)	
Edad				0.221
18 - 35 años	0 (0.0%)	2 (25.0%)	6 (75.0%)	
36 - 50 años	1 (2.3%)	4 (9.3%)	38 (88.4%)	
51 - 64 años	1 (0.7%)	13 (9.7%)	120 (89.6%)	
65 - 79 años	0 (0.0%)	28 (17.5%)	132 (82.5%)	
≥ 80 años	0 (0.0%)	9 (21.4%)	33 (78.6%)	
Nivel Educativo				0.134
Sin educación	0 (0.0%)	0 (0.0%)	0 (0.0%)	
Primaria completa	0 (0.0%)	1 (5.3%)	18 (94.7%)	
Secundaria completa	0 (0.0%)	40 (16.7%)	199 (83.3%)	
Superior completa	2 (1.6%)	15 (11.6%)	112 (86.8%)	
Comorbilidades				0.925
Si	1 (0.5%)	29 (15.2%)	161 (84.3%)	
No	1 (0.5%)	27 (13.8%)	168 (85.7%)	
DM2				0.187
Si	1 (0.6%)	29 (18.4%)	128 (81.0%)	
No	1 (0.4%)	27 (11.8%)	201 (87.8%)	
Polifarmacia				0.299
Si	1 (1.0%)	10 (10.3%)	86 (88.7%)	
No	1 (0.3%)	46 (15.9%)	243 (83.8%)	
Alcoholismo				0.400

Si	0 (0.0%)	1 (4.8%)	20 (95.2%)	
No	2 (0.5%)	55 (15.0%)	309 (84.5%)	
Tabaquismo				0.222
Si	0 (0.0%)	17 (19.8%)	69 (80.2%)	
No	2 (0.7%)	39 (13.0%)	260 (86.4%)	
Tiempo de dx de HTA				0.137
≤ 7 años	1 (0.6%)	24 (14.0%)	146 (85.4%)	
8 - 13 años	0 (0.0%)	18 (14.1%)	110 (85.9%)	
14 - 19 años	0 (0.0%)	12 (20.3%)	47 (79.7%)	
20 - 25 años	1 (3.7%)	1 (3.7%)	25 (92.6%)	
≥ 26 años	0 (0.0%)	1 (50.0%)	1 (50.0%)	

La tabla 6 presenta el análisis bivariado de los factores asociados a la calidad de atención percibida. Los resultados muestran que no se encontró asociación estadísticamente significativa entre la calidad de atención percibida y las variables sociodemográficas y clínicas evaluadas, tales como sexo ($p=0.786$), edad ($p=0.221$), nivel educativo ($p=0.134$), comorbilidades ($p=0.925$), diabetes mellitus tipo 2 ($p=0.187$) y polifarmacia ($p=0.299$). Asimismo, se observó que la mayoría de los participantes reportó una percepción alta de la calidad de atención en los diferentes grupos analizados.

Tabla 7. Análisis multivariado de factores asociados respecto a la calidad de atención percibida

Análisis		Crudo		Ajustado (multivariado)		
Variable	Intervalo de confianza	Rp	p	Intervalo de confianza	Rp	p
Sexo	[0.91, 1.059]	0.982	0.632	[0.911, 1.061]	0.983	0.663
Edad	[0.933, 1.022]	0.977	0.311	[0.895, 1.038]	0.964	0.328
Nivel educativo	[0.93, 1.058]	0.992	0.806	[0.898, 1.033]	0.963	0.291
Comorbilidades	[0.915, 1.062]	0.986	0.708	[0.924, 1.141]	1.027	0.625
Diabetes Mellitus	[0.862, 1.009]	0.933	0.082	[0.767, 0.969]	0.862	0.013
Polifarmacia	[0.959, 1.134]	1.043	0.328	[0.998, 1.236]	1.111	0.054
Alcoholismo	[1.015, 1.237]	1.12	0.025	[1.04, 1.291]	1.159	0.008
Tabaquismo	[0.862, 1.04]	0.947	0.253	[0.853, 1.035]	0.94	0.205
Tiempo de Dx de HTA	[0.949, 1.035]	0.991	0.691	[0.953, 1.093]	1.021	0.554

La tabla 7 incluye el análisis multivariado realizado, identificándose dos variables con asociación estadísticamente significativa respecto a la calidad de atención percibida. La diabetes mellitus tipo 2 se comportó como un factor protector asociado a una menor probabilidad de percepción alta de calidad de atención (RP=0.862; IC95%: 0.767–0.969; p=0.013). Asimismo, el alcoholismo se comportó como un factor de riesgo, incrementando en 15.9 % la probabilidad de presentar una alta calidad de atención percibida en los pacientes que presentaban esta condición (RP=1.159; IC95%: 1.04–1.291; p=0.008).

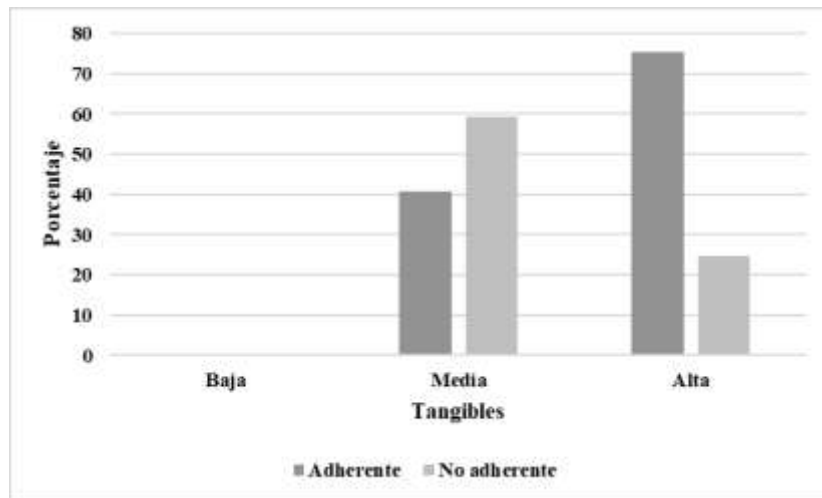
Tabla 8. Adherencia terapéutica según las dimensiones de la calidad de atención percibida

Variables	Adherencia terapéutica		p
	Adherente	No adherente	
Dimensiones de la calidad de atención			
Tangibles			< 0.001
Baja	0 (0 %)	0 (0 %)	
Media	37 (40.7 %)	54 (59.3 %)	
Alta	223 (75.3 %)	73 (24.7%)	
Fiabilidad			< 0.001
Baja	9 (69.20 %)	4 (30.8 %)	
Media	28 (40 %)	42 (60 %)	
Alta	223 (73.4 %)	81 (26.6 %)	
Capacidad de respuesta			< 0.001
Baja	1 (25 %)	3 (75 %)	
Media	21 (43.8%)	27 (56.3 %)	
Alta	238 (71 %)	97 (29 %)	
Seguridad			0,001
Baja	1 (33.3 %)	2 (66.7 %)	
Media	10 (37 %)	17 (63 %)	
Alta	249 (69.7 %)	108 (30.3%)	
Empatía			< 0.001
Baja	0 (0 %)	1 (100 %)	
Media	12 (35.3 %)	22 (64.7 %)	
Alta	248 (70.5 %)	104 (29.5 %)	

En la tabla 8 se evidenció asociación estadísticamente significativa entre todas las dimensiones de la calidad de atención y la adherencia terapéutica ($p < 0.001$). En la dimensión tangibles, los pacientes con percepción alta mostraron mayor adherencia

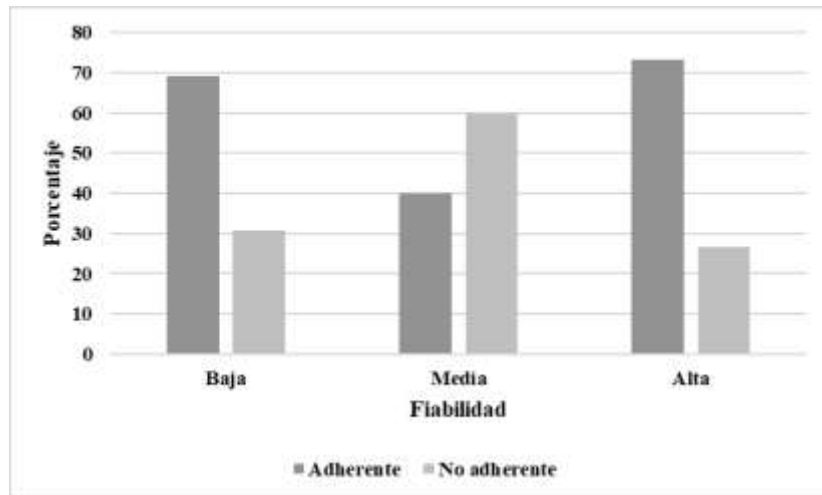
terapéutica (75.3%) en comparación con aquellos con percepción media (40.7%). Respecto a la dimensión de fiabilidad, se observó mayor adherencia terapéutica en los pacientes con percepción alta (73.4%) frente a los que presentaron percepción media (40%) y baja (69.2%). En relación con la capacidad de respuesta los pacientes con percepción alta evidenciaron mayor adherencia terapéutica (71%) en comparación con los de percepción media (43.8%) y baja (25%). Asimismo, en la dimensión seguridad, la adherencia terapéutica fue mayor en los participantes con percepción alta (69,7%), respecto a aquellos con percepción media (37%) y baja (33,3%). Finalmente, en la dimensión de empatía, los pacientes con percepción alta mostraron una mayor proporción de adherencia terapéutica (70,5%) en comparación con quienes presentaron percepción media (35,3%).

Figura 4. Dimensión tangible según la adherencia terapéutica



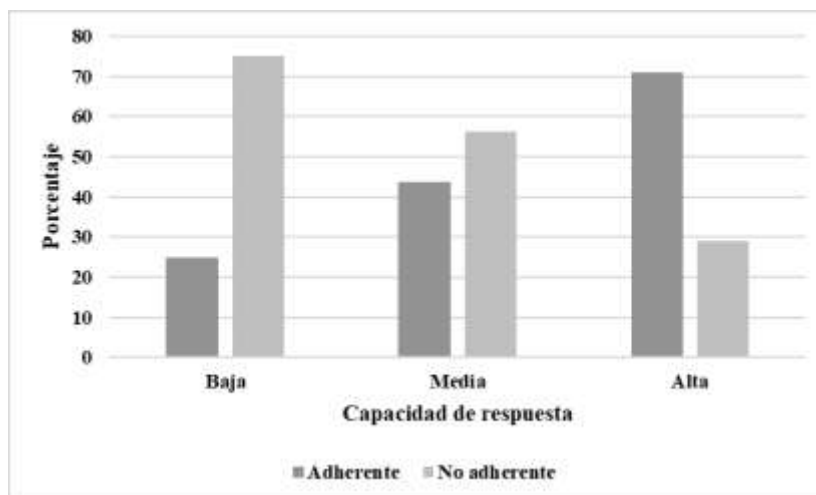
La Figura 4 muestra la distribución de la adherencia terapéutica según la dimensión tangible de la calidad de atención. Se evidencia una mayor proporción de pacientes adherentes entre quienes percibieron un nivel alto de tangibles (75,3%), en comparación con aquellos que percibieron un nivel medio (40,7%).

Figura 5. Dimensión fiabilidad según la adherencia terapéutica



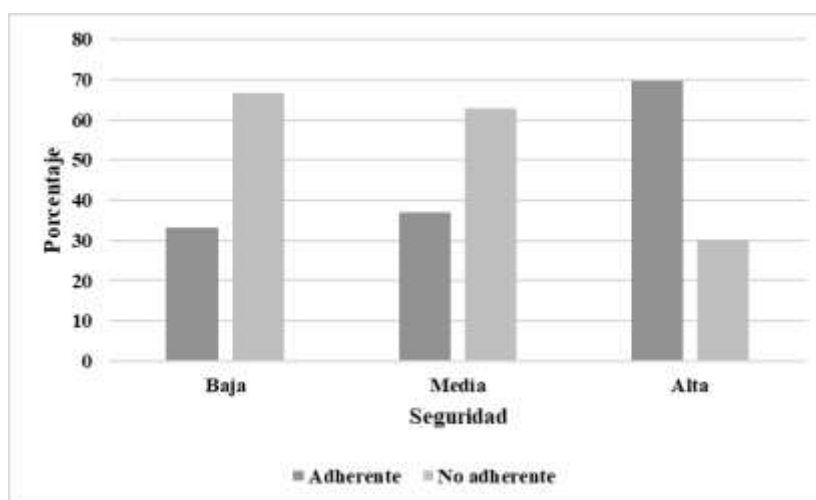
La Figura 5 muestra la distribución de la adherencia terapéutica según la dimensión fiabilidad de la calidad de atención. Se observa que los pacientes con una percepción alta de fiabilidad presentaron una mayor proporción de adherencia terapéutica (73,4%) respecto de aquellos con percepción media (40,0%).

Figura 6. Dimensión capacidad de respuesta según la adherencia terapéutica



La Figura 6 muestra la distribución de la adherencia terapéutica según la dimensión capacidad de respuesta de la calidad de atención. Se evidencia una tendencia creciente de la adherencia terapéutica conforme aumenta la percepción de la capacidad de respuesta, alcanzando su mayor proporción en el nivel alto (71,0%).

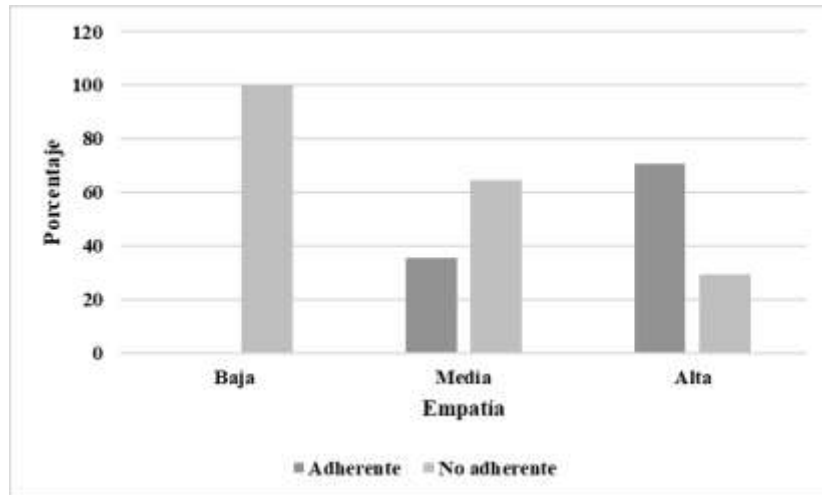
Figura 7. Dimensión seguridad según la adherencia terapéutica



La Figura 7 muestra la distribución de la adherencia terapéutica según la dimensión seguridad de la calidad de atención. Se observa una mayor proporción de pacientes

adherentes entre quienes percibieron un nivel alto de seguridad (69,7%), en comparación con aquellos que reportaron un nivel medio (37,0%) o bajo (33,3%).

Figura 8. Dimensión de empatía según la adherencia terapéutica



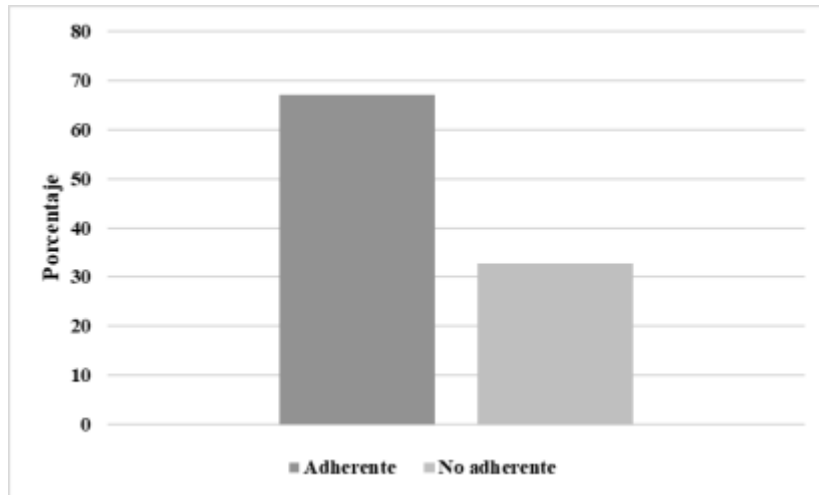
La Figura 8 muestra la distribución de la adherencia terapéutica según la dimensión empatía de la calidad de atención. Se evidencia una mayor proporción de adherencia terapéutica entre los pacientes con una percepción alta de empatía (70,5%). En el nivel bajo de empatía no se registraron pacientes adherentes.

IV. DISCUSIÓN

La hipertensión arterial continúa representando un importante desafío para la salud publica siendo una de las enfermedades crónicas con mayor impacto en la salud debido a su elevada frecuencia y a sus complicaciones cardiovasculares asociadas a un control inadecuado de la enfermedad (5). En este contexto, la adherencia terapéutica y la calidad de atención representan aspectos fundamentales para el adecuado manejo clínico de los pacientes hipertensos, especialmente en el primer nivel de atención, donde se realiza gran parte del seguimiento de estos pacientes (11). En el presente estudio se encontró una prevalencia de adherencia terapéutica de 67,2 % en adultos hipertensos atendidos en un establecimiento de primer nivel. (Figura 9). Asimismo, se analizó la asociación entre la adherencia terapéutica y la calidad de

atención percibida, además de evaluar diversos factores sociodemográficos y clínicos relacionados con la adherencia terapéutica y la percepción de la calidad de atención.

Figura 9. Prevalencia de adherencia terapéutica



Sexo y edad

Respecto a las características sociodemográficas, en el presente estudio no se encontró asociación estadísticamente significativa entre el sexo y la adherencia terapéutica. Sin embargo, se observó una mayor frecuencia de adherencia en el sexo femenino en comparación con el masculino. Estos hallazgos difieren de lo reportado por Tapia-Cubas (20), quien identificó que las mujeres presentaban una mayor adherencia al tratamiento antihipertensivo, mostrando una asociación significativa entre ambas variables. Asimismo, Pereira et al. (26) también reportaron que el sexo femenino se relacionó con una mayor probabilidad de adherencia terapéutica. Estas variaciones podrían estar relacionadas por factores propios de la población estudiada, el contexto sociocultural y la diversidad de herramientas utilizadas para evaluar adherencia terapéutica.

En relación con la edad, tampoco se encontró asociación significativa con la adherencia terapéutica. Sin embargo, se evidenció una mayor frecuencia de adherencia en los grupos etarios entre 65 y 79 años, mostrando una tendencia similar

a la reportada por Tapia-Cubas, quien identificó mayor adherencia en pacientes adultos mayores (20). De manera similar, Montealegre et al., señalaron que las personas mayores de 45 años presentaban mejor adherencia al tratamiento antihipertensivo (27). Una posible explicación es que los adultos mayores suelen tener mayor percepción de riesgos sobre su enfermedad, además de acudir con mayor frecuencia a controles médicos, lo que favorecería el cumplimiento terapéutico.

Nivel educativo

En cuanto al nivel educativo, no se encontró asociación estadísticamente significativa con la adherencia terapéutica. No obstante, se observó una mayor frecuencia de adherencia en los pacientes con nivel educativo secundario y superior. Estos hallazgos muestran una tendencia similar a la descrita por Guerra et al. (17), quienes reportaron que un mayor nivel educativo se relacionaba con una mejor adherencia al tratamiento antihipertensivo. Una posible explicación es que las personas con mayor grado de instrucción suelen presentar mejor comprensión de la enfermedad y de la importancia del cumplimiento terapéutico.

Comorbilidades y diabetes mellitus tipo 2

En relación con las comorbilidades, en el análisis multivariado se encontró asociación estadísticamente significativa con la adherencia terapéutica (RP=0,831; IC95%: 0,709–0,974; $p=0,022$), evidenciándose una menor probabilidad de adherencia al tratamiento antihipertensivo en los pacientes que presentaban comorbilidades. Este hallazgo guarda relación con lo reportado por Tapia-Cubas (20), quien identificó asociación entre la presencia de enfermedades concomitantes y la adherencia terapéutica en pacientes hipertensos. Una posible explicación es que la coexistencia de enfermedades crónicas puede generar esquemas terapéuticos más complejos, un mayor número de medicamentos y dificultades para mantener adecuadamente el cumplimiento del tratamiento, así como el seguimiento continuo de las indicaciones médicas.

En cuanto a la diabetes mellitus, no se encontró asociación significativa con la adherencia terapéutica en el análisis multivariado. Sin embargo, respecto a la calidad de atención percibida, la diabetes mellitus mostró asociación estadísticamente significativa en el análisis ajustado (RP=0,862; IC95%: 0,767–0,969; $p=0,013$), evidenciándose una menor probabilidad de percibir una alta calidad de atención en los pacientes que presentaban esta comorbilidad. Este hallazgo podría relacionarse con la necesidad de controles médicos más frecuentes y un seguimiento más continuo en pacientes con enfermedades crónicas, lo que podría influir en la percepción de la atención recibida.

Alcoholismo y tabaquismo

Respecto al alcoholismo, en el análisis bivariado se encontró asociación estadísticamente significativa con la adherencia terapéutica ($p=0,015$). Sin embargo, esta asociación no se mantuvo en el análisis multivariado, lo que sugiere que otros factores podrían influir en esta relación. Por otro lado, en el análisis ajustado de calidad de atención percibida, el alcoholismo mostró asociación estadísticamente significativa (RP=0,841; IC95%: 0,724–0,976; $p=0,022$), evidenciándose una menor probabilidad de percibir una alta calidad de atención en los pacientes que presentaban esta condición. Esto indicaría que los pacientes con consumo de alcohol presentaron aproximadamente 15,9% menos probabilidad de percibir favorablemente la atención recibida en comparación con aquellos que no presentaban esta condición. Este hallazgo podría relacionarse con las dificultades para mantener un seguimiento continuo de los controles médicos y una adecuada interacción con los servicios de salud, lo que podría influir negativamente en la valoración de la atención recibida.

Sobre el hábito del tabaquismo, inicialmente se observó asociación estadísticamente significativa con la adherencia terapéutica en el análisis bivariado ($p=0,020$); sin embargo, dicha asociación perdió significancia tras el análisis multivariado, lo que indicaría que el efecto observado podría estar influenciado por otras variables presentes en la población estudiada. Estos resultados muestran similitud con lo

reportado por Tapia-Cubas (20), quien encontró que los pacientes que habían fumado durante los últimos 30 días presentaban menor probabilidad de adherencia terapéutica en comparación con los no fumadores ($RPa=0,899$; $p<0,001$). Una posible explicación es que el consumo de tabaco suele relacionarse con estilos de vida menos saludables y menor cumplimiento de las recomendaciones médicas. Asimismo, en el presente estudio no se evidenció asociación significativa entre tabaquismo y calidad de atención percibida, lo que sugeriría que este hábito no influyó directamente en la valoración de la atención recibida por los pacientes hipertensos.

Polifarmacia

En relación con la polifarmacia, en el análisis bivariado no se encontró asociación estadísticamente significativa con la adherencia terapéutica. Sin embargo, en el análisis multivariado se evidenció asociación significativa ($RP=1,215$; $IC95\%: 1,039-1,421$; $p=0,015$), observándose que los pacientes con polifarmacia presentaron aproximadamente 21,5% mayor probabilidad de adherencia terapéutica en comparación con aquellos que no presentaban esta condición. Aunque la polifarmacia suele relacionarse con una mayor complejidad terapéutica y con posibles dificultades para el cumplimiento del tratamiento, en el presente estudio el hallazgo podría explicarse por un seguimiento médico más frecuente en estos pacientes, así como por una mayor percepción de gravedad de la enfermedad y necesidad de control continuo.

Estos resultados guardan relación con lo descrito por Alsanosi et al. (28), quienes señalaron que la polifarmacia puede formar parte del manejo terapéutico de enfermedades crónicas complejas y que los pacientes con mayor tiempo de enfermedad suelen requerir un mayor número de medicamentos. Asimismo, dicho estudio encontró asociación significativa entre la duración de la hipertensión y el número de medicamentos utilizados ($p<0,001$), evidenciando que, a mayor tiempo de enfermedad, mayor complejidad del tratamiento farmacológico. En este contexto, es posible que los pacientes con múltiples fármacos mantengan un contacto más

continuo con los servicios de salud, lo que favorece una mayor supervisión terapéutica y, consecuentemente, un mejor cumplimiento del tratamiento antihipertensivo (2).

Tiempo de diagnóstico de HTA

En cuanto al tiempo de diagnóstico de hipertensión arterial, en el presente estudio no se encontró asociación estadísticamente significativa con la adherencia terapéutica en el análisis bivariado ($p=0,289$), resultado que se mantuvo en los análisis multivariados realizados. Asimismo, tampoco se evidenció asociación significativa con la calidad de atención percibida. Estos hallazgos difieren de lo reportado por Carlos Cristopher Marcos Barrientos (2), quien encontró relación significativa entre el tiempo de enfermedad y la adherencia terapéutica ($p=0,049$), observando mayor adherencia en los pacientes con más de 10 años de diagnóstico (52%). Una posible explicación es que el tiempo de diagnóstico, por sí solo, no necesariamente determina un mejor cumplimiento terapéutico, ya que la adherencia también puede verse influenciada por otros factores como el seguimiento médico, la educación en salud y la percepción individual de la enfermedad.

Adherencia terapéutica y calidad de atención

En lo que respecta a la calidad de atención percibida y la adherencia terapéutica, el presente estudio evidenció asociación estadísticamente significativa entre todas las dimensiones evaluadas y la adherencia al tratamiento antihipertensivo. En la dimensión de tangibles se observó que el 75,3% de los pacientes que percibieron un nivel alto de esta dimensión fueron adherentes al tratamiento, mientras que en la dimensión de fiabilidad el 73,4% de los pacientes con percepción alta mostraron adherencia terapéutica. Del mismo modo, en capacidad de respuesta el 71% de los pacientes que percibieron niveles altos fueron adherentes, mientras que en seguridad y empatía las proporciones de adherencia alcanzaron el 69,7% y 70,5%, respectivamente. Todas las dimensiones evaluadas mostraron asociación estadísticamente significativa con la adherencia terapéutica; las dimensiones tangibles, fiabilidad, capacidad de respuesta y empatía presentaron valores de

$p < 0,001$, mientras que la dimensión seguridad también mostró significancia estadística ($p = 0,001$). Estos hallazgos evidencian que una mejor percepción de la calidad de atención se relaciona con una mayor adherencia terapéutica en pacientes con hipertensión arterial. Asimismo, la tendencia observada en todas las dimensiones demuestra que conforme aumenta la percepción positiva del servicio de salud, incrementa también la proporción de pacientes adherentes, lo que sugiere que la experiencia del paciente dentro de los servicios de salud podría desempeñar un papel importante en el cumplimiento terapéutico.

Estos hallazgos coinciden con lo reportado por Chang et al. (15), quienes evidenciaron que una mejor comunicación entre el paciente y el profesional de salud, así como una mayor participación del paciente en las decisiones relacionadas con su tratamiento, se asociaban con mayores probabilidades de adherencia terapéutica ($OR = 1,14$; $IC_{95\%}$: 1,07–1,22 y $OR = 1,08$; $IC_{95\%}$: 1,04–1,15, respectivamente). De manera similar, Kang et al. (16) identificaron que los pacientes hipertensos que mantenían controles continuos con un mismo médico presentaban mayor adherencia terapéutica ($OR = 1,70$; $IC_{95\%}$: 1,42–2,03; $p < 0,001$), resaltando la importancia de la continuidad del cuidado y de una relación estable entre el paciente y el profesional de salud.

Respecto a la dimensión empatía, en el presente estudio se evidenció que el 70,5% de los pacientes que percibieron niveles altos de empatía fueron adherentes al tratamiento, mientras que los pacientes con niveles medios o bajos mostraron mayores proporciones de no adherencia terapéutica. Esta asociación fue estadísticamente significativa ($p < 0,001$), lo que sugiere que la percepción de comprensión, amabilidad, interés y trato individualizado por parte del personal de salud podría influir positivamente en el cumplimiento terapéutico. Una posible explicación es que los pacientes hipertensos requieren seguimiento continuo y orientación constante respecto al tratamiento farmacológico y cambios en el estilo de vida; por ello, cuando perciben un trato empático y cercano, podrían desarrollar mayor confianza y motivación para mantener adecuadamente las indicaciones médicas (29). Asimismo,

la empatía podría facilitar una mejor comunicación entre paciente y profesional de salud, favoreciendo la resolución de dudas y el fortalecimiento del vínculo terapéutico.

Estos resultados coinciden con lo reportado por Sulaeman et al. (29), en un estudio realizado en pacientes hipertensos en Indonesia, donde la dimensión empatía mostró asociación estadísticamente significativa con la satisfacción de los pacientes ($p=0,001$). Asimismo, en el análisis multivariado la empatía fue identificada como la dimensión con mayor influencia sobre la satisfacción de los usuarios ($OR=8,656$; $p=0,030$). Los autores señalaron que los pacientes hipertensos valoran especialmente la atención personalizada, la disposición del personal para escuchar sus preocupaciones y la capacidad de brindar explicaciones claras y comprensibles, aspectos que favorecen la confianza y fortalecen la relación entre el paciente y el personal sanitario. De manera similar, Chang et al. (15) evidenciaron que una mejor comunicación entre el paciente y el profesional de salud, así como una mayor participación en las decisiones relacionadas con el tratamiento, se asociaban con mayores probabilidades de adherencia terapéutica ($OR=1,14$; $IC95\%: 1,07-1,22$ y $OR=1,08$; $IC95\%: 1,04-1,15$, respectivamente), reforzando la importancia del componente humano e interpersonal dentro de la atención en salud.

En cuanto a la dimensión seguridad, el presente estudio encontró asociación estadísticamente significativa entre esta dimensión y la adherencia terapéutica ($p=0,001$). Se observó que el 69,7% de los pacientes que percibieron altos niveles de seguridad fueron adherentes al tratamiento, mientras que en los pacientes con niveles medios y bajos predominó la no adherencia. Este hallazgo podría indicar que la confianza en la capacidad profesional del personal de salud, la percepción de competencia técnica y la sensación de recibir una atención segura influyen favorablemente en el cumplimiento del tratamiento antihipertensivo (29). En pacientes con enfermedades crónicas como la hipertensión arterial, la confianza en las indicaciones médicas resulta fundamental para mantener tratamientos

prolongados, especialmente considerando que la adherencia requiere continuidad y disciplina terapéutica a largo plazo.

Estos hallazgos presentan similitud con lo reportado por Rivera-Lozada et al. (18), quienes encontraron que la confianza en el personal de salud se asoció significativamente con la adherencia al tratamiento antihipertensivo ($ORa=7,5$; $IC95\%: 2,3-10,5$; $p<0,001$). De igual manera, Sulaeman et al. (29) identificaron que la dimensión seguridad presentó asociación significativa con la satisfacción de los pacientes hipertensos ($p=0,016$). Estos resultados respaldan la idea de que los pacientes que perciben seguridad, competencia profesional y confianza en el personal sanitario podrían sentirse más motivados a seguir las recomendaciones médicas y mantener adecuadamente el tratamiento farmacológico indicado.

En relación con la dimensión fiabilidad, el presente estudio evidenció asociación estadísticamente significativa con la adherencia terapéutica ($p<0,001$). Se observó que el 73,4% de los pacientes que percibieron un nivel alto de fiabilidad fueron adherentes al tratamiento antihipertensivo, mientras que en los pacientes con niveles medios y bajos predominó la no adherencia terapéutica. Estos hallazgos sugieren que aspectos como el cumplimiento adecuado de las atenciones, la confianza en que el personal de salud realizará correctamente los procedimientos y la percepción de recibir una atención organizada y consistente podrían influir favorablemente en el cumplimiento del tratamiento farmacológico. Estos resultados presentan similitud con lo reportado por Kang et al. (16), quienes identificaron que los pacientes hipertensos que mantenían controles continuos con un mismo médico presentaban mayor adherencia terapéutica ($OR=1,70$; $IC95\%: 1,42-2,03$; $p<0,001$), resaltando la importancia de la continuidad del cuidado y de una relación estable entre el paciente y el profesional de salud. Asimismo, Rivera-Lozada et al. (18) encontraron que no recibir atención debido a la ausencia del médico se asociaba significativamente con menor adherencia terapéutica ($ORa=2,8$; $IC95\%: 1,5-3,2$; $p<0,001$), evidenciando la importancia de la disponibilidad y continuidad de la atención médica. De igual manera, Sulaeman et al. (29) identificaron asociación significativa entre la dimensión

fiabilidad y la satisfacción de pacientes hipertensos ($p=0,023$), señalando que la capacidad del personal de salud para brindar una atención consistente y cumplir adecuadamente con los servicios ofrecidos constituye un aspecto importante dentro de la percepción de calidad de atención.

Respecto a la dimensión capacidad de respuesta, en el presente estudio se encontró asociación estadísticamente significativa con la adherencia terapéutica ($p<0,001$). Se evidenció que el 71% de los pacientes que percibieron niveles altos de capacidad de respuesta fueron adherentes al tratamiento, mientras que los pacientes con percepciones medias y bajas presentaron mayores proporciones de no adherencia. Este hallazgo podría indicar que la rapidez en la atención, la disposición del personal para resolver dudas y brindar apoyo oportuno, así como la facilidad para acceder a los servicios de salud, favorecen una mayor adherencia terapéutica. Estos resultados guardan relación con lo reportado por Rivera-Lozada et al. (18), quienes encontraron que las dificultades relacionadas con los horarios de atención y obtención de citas se asociaban significativamente con la adherencia terapéutica ($ORa=3,7$; $IC95\%: 2,3-5,5$; $p=0,040$), resaltando la importancia del acceso oportuno a los servicios de salud. Asimismo, Sulaeman et al. (29) identificaron asociación significativa entre la dimensión capacidad de respuesta y la satisfacción de pacientes hipertensos ($p=0,030$), señalando que la disposición del personal sanitario para atender las necesidades del paciente y brindar respuestas rápidas influye positivamente en la percepción de calidad del servicio.

En cuanto a la dimensión tangibles, el presente estudio mostró asociación estadísticamente significativa con la adherencia terapéutica ($p<0,001$), observándose que el 75,3% de los pacientes que percibieron niveles altos en esta dimensión fueron adherentes al tratamiento antihipertensivo. Este hallazgo sugiere que las condiciones físicas del establecimiento de salud, la limpieza de los ambientes, la disponibilidad de equipos y la adecuada presentación del personal sanitario podrían influir favorablemente en la percepción de calidad y en la experiencia del paciente dentro del servicio de salud. Estos resultados coinciden con lo reportado por Rivera-Lozada

et al. (18), quienes encontraron que considerar limpio el establecimiento de salud se asoció significativamente con la adherencia terapéutica (ORa=1,4; IC95%: 1,2–1,8; p=0,001). De igual manera, Sulaeman et al. (29) identificaron asociación significativa entre la dimensión tangibles y la satisfacción de pacientes hipertensos (p=0,003), resaltando la importancia de las condiciones físicas, infraestructura y organización del establecimiento dentro de la percepción de calidad de atención.

En conjunto, los hallazgos del presente estudio evidencian que la calidad de atención percibida y cada una de sus dimensiones presentan una relación importante con la adherencia terapéutica en pacientes hipertensos. Las asociaciones observadas sugieren que no solo los aspectos clínicos y farmacológicos influyen en el cumplimiento del tratamiento, sino también la manera en que el paciente percibe la atención recibida, la confianza hacia el personal sanitario, la continuidad del cuidado, la accesibilidad del servicio y el trato interpersonal brindado durante la atención. En este contexto, fortalecer la calidad de atención en el primer nivel de atención podría contribuir favorablemente al control de la hipertensión arterial y al cumplimiento adecuado del tratamiento antihipertensivo.

V. CONCLUSIONES

1. Se evidencia una asociación significativa entre la percepción de la calidad de atención y la adherencia terapéutica en adultos hipertensos del primer nivel de atención, indicando que un mayor nivel de calidad de atención percibida se relaciona con una mayor probabilidad de adherencia terapéutica.
2. Se manifiesta percepción alta de la calidad de atención por la población estudiada, lo que evidencia una percepción positiva de la atención recibida en el establecimiento de salud.
3. Se identificó un predominio de pacientes con adherencia al tratamiento antihipertensivo siendo mayor en pacientes con polifarmacia, sugiriendo que un mayor seguimiento y control médico podría favorecer el cumplimiento del tratamiento.

4. Se concluye que todas las dimensiones de calidad de atención del modelo SERVPERF presentan una relación positiva, con la adherencia terapéutica, destacándose especialmente la empatía y la seguridad. Estos resultados indican que el trato humanizado, la confianza y la comunicación efectiva constituyen elementos clave para fortalecer la adherencia.

5.1. Recomendaciones

1. A partir de los resultados obtenidos, se recomienda fortalecer la calidad de atención en el primer nivel, dando especial énfasis a aspectos como la empatía, la seguridad y la fiabilidad, debido a su relación con la adherencia terapéutica en pacientes con hipertensión arterial.
2. Asimismo, se sugiere implementar estrategias centradas en el paciente que favorezcan una mejor comunicación con el personal de salud, junto con intervenciones educativas adaptadas a sus necesidades, orientadas a reducir barreras frecuentes como el olvido y el incumplimiento de los horarios de medicación.
3. Del mismo modo, a nivel institucional, se considera importante promover acciones que aseguren la continuidad del tratamiento y el seguimiento oportuno de los pacientes hipertensos, con la finalidad de mejorar el control de la enfermedad y prevenir complicaciones a largo plazo.
4. Finalmente, se recomienda que futuras investigaciones profundicen en el análisis de factores psicosociales vinculados a la adherencia terapéutica, así como evaluar la efectividad de intervenciones específicas mediante estudios longitudinales que permitan comprender mejor la relación entre las variables.

VI. REFERENCIAS

1. Goorani S, Zangene S, Imig JD. Hypertension: A Continuing Public Healthcare Issue. *Int J Mol Sci.* 26 de diciembre de 2024;26(1):123. doi:10.3390/ijms26010123 PubMed PMID: 39795981; PubMed Central PMCID: PMC11720251.
2. Barrientos M, Cristopher C. Factores relacionados a la adherencia al tratamiento de hipertensión arterial en el Centro Salud Pachacamac 2022 [Internet]. 18 de agosto de 2022 [citado 12 de mayo de 2026]. Disponible en: <https://repositorio.upsjb.edu.pe/item/e4611918-8ad7-460e-b3e1-eef5cfbcdbdb1>
3. Wu X, Sha J, Yin Q, Gu Y, He X. Global burden of hypertensive heart disease and attributable risk factors, 1990-2021: insights from the global burden of disease study 2021. *Sci Rep.* 26 de abril de 2025;15(1):14594. doi:10.1038/s41598-025-99358-1 PubMed PMID: 40287533; PubMed Central PMCID: PMC12033261.
4. Chong B, Jayabaskaran J, Jauhari SM, Chan SP, Goh R, Kueh MTW, et al. Global burden of cardiovascular diseases: projections from 2025 to 2050. *Eur J Prev Cardiol.* 25 de agosto de 2025;32(11):1001-15. doi:10.1093/eurjpc/zwae281 PubMed PMID: 39270739.
5. Mills KT, Stefanescu A, He J. The global epidemiology of hypertension. *Nat Rev Nephrol.* abril de 2020;16(4):223-37. doi:10.1038/s41581-019-0244-2 PubMed PMID: 32024986; PubMed Central PMCID: PMC7998524.
6. Lamelas P, Diaz R, Orlandini A, Avezum A, Oliveira G, Mattos A, et al. Prevalence, awareness, treatment and control of hypertension in rural and urban communities in Latin American countries. *J Hypertens.* septiembre de 2019;37(9):1813-21. doi:10.1097/HJH.0000000000002108 PubMed PMID: 30964825.
7. de Abreu AP. Hypertension in Latin America and the Caribbean: an analysis of recent progress and remaining challenges. *J Bras Nefrol.* 47(3):e20240245. doi:10.1590/2175-8239-JBN-2024-0245en PubMed PMID: 40614112; PubMed Central PMCID: PMC12227124.

8. Andrea Ruiz-Alejos RMCL. Prevalencia e incidencia de hipertensión arterial en Perú: revisión sistemática y metaanálisis Prevalencia e incidencia de hipertensión arterial en Perú: revisión sistemática y metaanálisis [Internet]. [citado 12 de mayo de 2026]. Disponible en: <https://www.scielosp.org/article/rpmesp/2021.v38n4/521-529/en/>
9. Calderon-Ocon V, Cueva-Peredo F, Bernabe-Ortiz A. Prevalence, trends, and factors associated with hypertensive crisis among Peruvian adults. *Cad Saude Publica*. 2024;40(2):e00155123. doi:10.1590/0102-311XEN155123 PubMed PMID: 38381865; PubMed Central PMCID: PMC10877693.
10. Aremu TO, Oluwole OE, Adeyinka KO, Schommer JC. Medication Adherence and Compliance: Recipe for Improving Patient Outcomes. *Pharmacy (Basel)*. 28 de agosto de 2022;10(5):106. doi:10.3390/pharmacy10050106 PubMed PMID: 36136839; PubMed Central PMCID: PMC9498383.
11. Martell Claros N. Importance of adherence in the management of hypertension. *Hipertens Riesgo Vasc*. 2023;40(1):34-9. doi:10.1016/j.hipert.2022.06.002 PubMed PMID: 36057521.
12. Burnier M. The role of adherence in patients with chronic diseases. *Eur J Intern Med*. enero de 2024;119:1-5. doi:10.1016/j.ejim.2023.07.008 PubMed PMID: 37479633.
13. Kissler MJ, Porter S, Knees M, Kissler K, Keniston A, Burden M. Attention Among Health Care Professionals : A Scoping Review. *Ann Intern Med*. julio de 2024;177(7):941-52. doi:10.7326/M23-3229 PubMed PMID: 38885508; PubMed Central PMCID: PMC11457735.
14. Saturno-Hernández PJ. La calidad de la atención como eje de los sistemas de salud. *Salud Pública de México*. 17 de septiembre de 2024;66(5, sept-oct):644-52. doi:10.21149/15725
15. Chang TJ, Bridges JFP, Bynum M, Jackson JW, Joseph JJ, Fischer MA, et al. Association Between Patient-Clinician Relationships and Adherence to Antihypertensive

Medications Among Black Adults: An Observational Study Design. *J Am Heart Assoc.* 20 de julio de 2021;10(14):e019943. doi:10.1161/JAHA.120.019943 PubMed PMID: 34238022; PubMed Central PMCID: PMC8483480.

16. Kang HK, Sung NJ. Correlation between Usual Source of Care and Medication Adherence in Patients with Hypertension. *Korean J Fam Med.* marzo de 2024;45(2):82-8. doi:10.4082/kjfm.23.0125 PubMed PMID: 38008710; PubMed Central PMCID: PMC10973709.

17. Guerra C, Conte E, Del Rio AI, Motta J, Moreno Velásquez I, Quintana HK. Medication Adherence in Hypertensive Individuals in Panama 2019: A National Cross-Sectional Study. *Healthcare (Basel).* 9 de noviembre de 2022;10(11):2244. doi:10.3390/healthcare10112244 PubMed PMID: 36360586; PubMed Central PMCID: PMC9690778.

18. Rivera-Lozada O, Rivera-Lozada IC, Bonilla-Asalde CA. Access to health services and its influence on adherence to treatment of arterial hypertension during the COVID-19 pandemic in a Hospital in Callao, Peru: A cross-sectional study. *F1000Res.* 2023;12:1215. doi:10.12688/f1000research.141856.2 PubMed PMID: 38666264; PubMed Central PMCID: PMC11043659.

19. Altamirano-Carbajal GI, Bringas-Villalba EF, Ventura-Hernández EM. Adherencia al tratamiento terapéutico en pacientes con hipertensión arterial que acuden a un centro de salud de Lima Norte, 2021. *Revista Cuidado y Salud Pública.* 31 de diciembre de 2021;1(2):3-8. doi:10.53684/csp.v1i2.18

20. Dearly Tapia Cubas. Factores relacionados a la adherencia terapéutica en pacientes con hipertensión arterial en Perú según la encuesta ENDES en el año 2022 [Internet]. [citado 12 de mayo de 2026]. Disponible en: <https://repositorio.upch.edu.pe/entities/publication/6edd5abd-ab13-4af0-9b07-935ec650403a>

21. Chantzaras A, Yfantopoulos J. Association between medication adherence and health-related quality of life of patients with hypertension and dyslipidemia. *Hormones (Athens)*. diciembre de 2023;22(4):665-76. doi:10.1007/s42000-023-00471-5 PubMed PMID: 37493942.
22. Hamrahian SM, Maarouf OH, Fülöp T. A Critical Review of Medication Adherence in Hypertension: Barriers and Facilitators Clinicians Should Consider. *Patient Preference Adherence*. 7 de octubre de 2022;16:2749-57. doi:10.2147/PPA.S368784 PubMed PMID: 36237983; PubMed Central PMCID: PMC9552797.
23. METODOLOGIA DE LA INVESTIGACIÓN: LAS RUTAS CUANTITATIVA, CUALITATIVA Y MIXTA [Internet]. [citado 12 de mayo de 2026]. Disponible en: http://www.biblioteca.cij.gob.mx/archivos/materiales_de_consulta/drogas_de_abuso/articulos/sampierilasrutas.pdf
24. Calidad de atención y satisfacción del usuario sobre la atención médica recibida en el Centro de Atención Primaria San Fernando durante la pandemia COVID-19 [Internet]. [citado 12 de mayo de 2026]. Disponible en: <https://repositorio.upch.edu.pe/entities/publication/0348e108-9035-43f5-a91d-25419432ff25>
25. Edith Vilca Palacin. Nivel de adherencia terapéutica en pacientes diabéticos con enfermedad renal crónica del Hospital Daniel Alcides Carrión – Pasco – 2021 [Internet]. [citado 12 de mayo de 2026]. Disponible en: <https://repositorio.uwiener.edu.pe/entities/publication/e5464882-3cc9-4ea5-bf24-541e8a34c0e1>
26. André Fabricio Pereira da Cruz, Andressa Ferreira Aquino, Edinalva Mendes de Almeida Vieira, Karen Suzanne Alves Ferreira Severino. Factors associated with adherence to pharmacological treatment by hypertensive patients [Internet]. [citado 12 de mayo de 2026]. Disponible en:

https://www.researchgate.net/publication/353448360_Factors_associated_with_adherence_to_pharmacological_treatment_by_hypertensive_patients

27. Montealegre L, Amador E, Pulido T, Cabrera C, Rivera A, Rebolledo R. MAIN FACTORS THAT DETERMINE ADHERENCE TO PHARMACOLOGICAL TREATMENT IN HYPERTENSIVE PATIENTS. SYSTEMATIC REVIEW. *Journal of Hypertension*. junio de 2022;40(Suppl 1):e308. doi:10.1097/01.hjh.0000838740.81890.19
28. Alsanosi SM, Mousa AH, Ahmadini HA, Qadhi RS, Ikram N, Felemban AH, et al. Polypharmacy among patients with hypertension attending primary healthcare centres. *Ann Med Surg (Lond)*. 10 de mayo de 2023;85(6):2545-9. doi:10.1097/MS9.0000000000000818 PubMed PMID: 37363582; PubMed Central PMCID: PMC10289761.
29. Sulaeman IN, Jafriati J, Asriati A. Analysis of factors associated with the satisfaction of hypertensive patients in receiving services at the integrated guidance post for non-communicable diseases (Posbindu PTM) in the working area of the Lepo-Lepo Community Health Center, Kendari City, 20. *World J Adv Res Rev*. 31 de diciembre de 2025;28(3):190-9. doi:10.30574/wjarr.2025.28.3.4016
30. Raja W, Ayub T, Jeelani A, Khan SMS. Adherence to antihypertensive therapy and its determinants among patients attending primary care hospitals of Kashmir, India. *J Family Med Prim Care*. noviembre de 2021;10(11):4153-9. doi:10.4103/jfmprc.jfmprc_668_21 PubMed PMID: 35136782; PubMed Central PMCID: PMC8797075.
31. Arshad Muhammad Iqbal, Syed F. Jamal. Essential Hypertension - StatPearls - NCBI Bookshelf [Internet]. [citado 12 de mayo de 2026]. Disponible en: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK539859/>
32. Oparil S, Acelajado MC, Bakris GL, Berlowitz DR, Cífková R, Dominiczak AF, et al. Hypertension. *Nat Rev Dis Primers*. 22 de marzo de 2018;4:18014. doi:10.1038/nrdp.2018.14 PubMed PMID: 29565029; PubMed Central PMCID: PMC6477925.

33. Harrison DG, Coffman TM, Wilcox CS. Pathophysiology of Hypertension: The Mosaic Theory and Beyond. *Circ Res.* 2 de abril de 2021;128(7):847-63. doi:10.1161/CIRCRESAHA.121.318082 PubMed PMID: 33793328; PubMed Central PMCID: PMC8023760.
34. Ott C, Schmieder RE. Diagnosis and treatment of arterial hypertension 2021. *Kidney Int.* enero de 2022;101(1):36-46. doi:10.1016/j.kint.2021.09.026 PubMed PMID: 34757122.
35. Hipertensión en adultos: diagnóstico y tratamiento. Instituto Nacional para la Excelencia en la Salud y la Atención (NICE); 2026.
36. Liu F, Pan HW, Li YY, Zhao XJ, Hong XQ, Liu ZY, et al. Trends analysis of the global burden of hypertensive heart disease from 1990 to 2021: a population-based study. *BMC Public Health.* 2 de julio de 2025;25(1):2233. doi:10.1186/s12889-025-23389-6 PubMed PMID: 40604684; PubMed Central PMCID: PMC12220513.
37. Lu WL, Yuan JH, Liu ZY, Su ZH, Shen YC, Li SJ, et al. Worldwide trends in mortality for hypertensive heart disease from 1990 to 2019 with projection to 2034: data from the Global Burden of Disease 2019 study. *Eur J Prev Cardiol.* 5 de enero de 2024;31(1):23-37. doi:10.1093/eurjpc/zwad262 PubMed PMID: 37665956.
38. Yu EYT, Wan EYF, Mak IL, Chao DVK, Ko WWK, Leung M, et al. Assessment of Hypertension Complications and Health Service Use 5 Years After Implementation of a Multicomponent Intervention. *JAMA Netw Open.* 1 de mayo de 2023;6(5):e2315064. doi:10.1001/jamanetworkopen.2023.15064 PubMed PMID: 37223900; PubMed Central PMCID: PMC10209746.
39. Robert M. Carey AEM. Tratamiento de la hipertensión: una revisión - PubMed [Internet]. [citado 12 de mayo de 2026]. Disponible en: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/36346411/>

40. Ramdani S, Haddiya I. Updates in the management of hypertension. *Ann Med Surg (Lond)*. junio de 2024;86(6):3514-21. doi:10.1097/MS9.0000000000002052 PubMed PMID: 38846840; PubMed Central PMCID: PMC11152838.
41. Moon SJ, Lee WY, Hwang JS, Hong YP, Morisky DE. Accuracy of a screening tool for medication adherence: A systematic review and meta-analysis of the Morisky Medication Adherence Scale-8. *PLOS ONE*. 2 de noviembre de 2017;12(11):e0187139. doi:10.1371/journal.pone.0187139
42. Pagès-Puigdemont N, Valverde-Merino MI, Pagès-Puigdemont N, Valverde-Merino MI. Métodos para medir la adherencia terapéutica. *Ars Pharmaceutica (Internet)*. septiembre de 2018;59(3):163-72. doi:10.30827/ars.v59i3.7387
43. Kandasamy G, Almanasef M, Orayj K, Alshahrani AM, Alahmari SM. Assessing the Impact of Hypertension on Health-Related Quality of Life: Insights from Sociodemographic, Economic, and Clinical Features Using SF-36. *Healthcare (Basel)*. 7 de abril de 2025;13(7):838. doi:10.3390/healthcare13070838 PubMed PMID: 40218136; PubMed Central PMCID: PMC11988729.
44. Mónica Diosdado Figueiredo. Minichal e items predictores de peor calidad de vida en el varón con hipertensión arterial Minichal e items predictores de peor calidad de vida en el varón con hipertensión arterial [Internet]. [citado 12 de mayo de 2026]. Disponible en: <https://www.scielo.org/article/resp/2024.v98/e202403026/>

VII. ANEXOS

Anexo 1. Matriz de consistencia

“Asociación entre la calidad de atención y la adherencia terapéutica en adultos hipertensos del primer nivel de atención, 2026”

Planteamiento del problema	Objetivos	Hipótesis	Variables	Diseño metodológico
Problema general ¿La calidad de atención se asocia a la adherencia terapéutica en adultos hipertensos del primer nivel de atención en el 2026? Problema específico 1. ¿Como es la calidad de atención en adultos hipertensos del primer nivel en el 2026? 2. ¿Cuál es la prevalencia de adultos con HTA adherentes al tratamiento del primer nivel de atención en el 2026? 3. ¿Cuál es la relación entre los dominios de la calidad de atención y la adherencia terapéutica en adultos hipertensos del primer nivel de atención en el 2026?	Objetivo general Analizar la asociación entre la calidad de atención y la adherencia terapéutica en adultos hipertensos del primer nivel de atención en el 2026. Objetivos específicos 1. Describir la calidad de atención percibida en adultos hipertensos del primer nivel de atención en el 2026. 2. Determinar la prevalencia de adultos con HTA adherentes al tratamiento del primer nivel de atención en el 2026. 3. Analizar la adherencia al tratamiento según los dominios de la calidad de atención del primer nivel de atención en el 2026.	H1: La calidad de atención se asocia a la adherencia terapéutica en adultos hipertensos del primer nivel de atención en el 2026. H0: La calidad de atención no se asocia a la adherencia terapéutica en adultos hipertensos del primer nivel de atención en el 2026.	Variable dependiente Adherencia Terapéutica. Variable independiente Calidad de atención percibida. Variables intervinientes • Edad • Sexo • Diabetes mellitus tipo 2 • Comorbilidades • Ocupación • Estado civil • Nivel educativo • Tiempo de diagnóstico de HTA • Número de medicamentos antihipertensivos • Polifarmacia • Alcoholismo • Tabaquismo	Método y diseño de investigación: Se realizará un estudio aplicado con diseño observacional de corte transversal Enfoque de investigación: Cuantitativo Población La población está conformada por pacientes con HTA que recibieron atención en el centro de salud San Isidro en el 2026.

Anexo 2. Instrumentos

Ficha de recolección de datos

“Asociación entre calidad de atención y adherencia terapéutica en adultos hipertensos del primer nivel de atención, 2026”

Código: _____ **Fecha:** ____/____/____

Calidad de atención	☐ Mala ☐ Buena
Adherencia al tratamiento	☐ No adherente ☐ Adherente
Edad	_____ años
Sexo	☐ Femenino ☐ Masculino
Diabetes mellitus	☐ Si ☐ No
Comorbilidades	☐ Si ☐ No
Nivel educativo	☐ Sin educación ☐ Primaria completa ☐ Secundaria completa ☐ Superior completa
Tiempo de Diagnóstico de HTA	_____ años
Polifarmacia	☐ Si ☐ No
Alcoholismo	☐ Si ☐ No
Tabaquismo	☐ Si ☐ No

Cuestionario de Morisky-Green-Levine

Indicaciones:

El test de Adherencia al tratamiento farmacológico consta de 4 preguntas, lea determinadamente y marque con un aspa (x) el espacio en blanco sobre la respuesta que considere adecuada, pedimos que conteste con la máxima sinceridad para garantizar que los datos obtenidos sean los más fidedignos, agradeciendo anticipadamente su gentil colaboración en este estudio.

Nº	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 tomar la medicación?		

Clasificación de Adherencia	Indicación (Criterio)	Puntaje
Baja Adherencia	El paciente responde "SÍ" a una o más de las preguntas (comportamiento no adherente).	Puntaje < 4
Buena Adherencia	El paciente responde "NO" a las cuatro preguntas.	Puntaje = 4

**Encuesta SERVPERF para evaluar la calidad de atención del usuario sobre la
atención médica**

Instrucciones: Por favor, indique su nivel de acuerdo o satisfacción con cada afirmación, marcando con una "X" el número que mejor represente su opinión, donde 1 es Totalmente en Desacuerdo y 5 es Totalmente de Acuerdo.

Dimensión	N° Ítem	Preguntas	1	2	3	4	5
Tangibles	1	El Centro de Salud San Isidro tiene equipos modernos y funcionales para brindarle el servicio.					
	2	Las instalaciones del Centro de Salud San Isidro son cómodas y visualmente atractivas.					
	3	La presentación personal del personal administrativo, instructores y estudiantes es adecuada.					
Fiabilidad	4	Cuando un miembro del personal administrativo, instructores y estudiantes le promete hacer algo en un tiempo determinado, lo cumple.					
	5	Cuando usted tiene un problema, el personal administrativo, instructores y estudiantes muestran interés en solucionarlo.					
	6	El Centro de Salud San Isidro provee los servicios en el tiempo que promete hacerlo.					

Capacidad de Respuesta	7	La Historia Clínica se diligencia de manera adecuada.					
	8	Si necesitó resolver alguna duda, se le atendió y resolvió en un tiempo razonable o adecuado.					
	9	Los funcionarios del Centro de Salud San Isidro ofrecen un servicio ágil y de calidad.					
	10	El tiempo que esperó para obtener la atención fue satisfactorio.					
Seguridad	11	El comportamiento del personal administrativo, instructores y estudiantes le transmite confianza.					
	12	Los instructores y estudiantes tienen conocimientos suficientes para responder a sus preguntas.					
	13	El personal administrativo, instructores y estudiantes lo tratan con amabilidad.					
Empatía	14	En el Centro de Salud San Isidro se da una atención que responde a las necesidades específicas de los usuarios.					
	15	El personal administrativo, instructores y estudiantes se preocupan por sus intereses y necesidades específicas.					

16	El Centro de Salud San Isidro tiene horarios convenientes para todos sus clientes.					
----	--	--	--	--	--	--

Anexo 3. Aprobación del Comité de Ética



COMITÉ INSTITUCIONAL DE ÉTICA E INTEGRIDAD CIENTÍFICA

CONSTANCIA DE APROBACIÓN DEL PROYECTO DE INVESTIGACIÓN

Lima, 05 de enero del 2026.

Autor Responsable:

MAYRA PAMELA DE JESUS GALLEGOS

Exp. N°: 3598-2025

De mi consideración:

Es grato expresarle mi cordial saludo y a la vez informarle que el Comité Institucional de Ética e Integridad Científica (CIEIC) de la Universidad Privada Norbert Wiener evaluó y **APROBÓ** el siguiente proyecto de investigación:

Proyecto Titulado: **"Asociación entre calidad de atención y adherencia terapéutica en adultos hipertensos del primer nivel de atención, 2024 – 2025"**

Versión Nro. 2, aprobada por el asesor en fecha 02/01/ 2026.

El cual tiene como Autor(es) a:

MAYRA PAMELA DE JESUS GALLEGOS

SARA KATHERINE ROJAS BAILÓN

La **APROBACIÓN** otorgada comprende la verificación del cumplimiento de las buenas prácticas éticas, la adecuada evaluación del balance riesgo/beneficio, la idoneidad del equipo de investigación y la garantía de confidencialidad en el manejo de los datos, entre otros aspectos éticos y metodológicos pertinentes.

El investigador deberá considerar los siguientes puntos detallados a continuación:

- La aprobación otorgada por el CIEIC tiene una **vigencia de veinticuatro (24) meses** contados desde la fecha de emisión del presente documento. Esta vigencia es exclusiva para los procedimientos éticos revisados por el Comité y no sustituye ni aplica a los trámites administrativos ante la Oficina de Grados y Títulos.
- La constancia de aprobación por el CIEIC **no garantiza** la **aceptación** por parte de las **instituciones** en las que se planea realizar la investigación.
- En caso de requerir una **enmienda**, entendida como una modificación menor que **no altera de manera sustantiva** el proyecto aprobado, esta deberá ser presentada al CIEIC y no podrá ejecutarse sin su aprobación previa. **Cualquier cambio sustantivo deberá tramitarse como proyecto nuevo** ante el CIEIC.

Es cuanto informo a usted para su conocimiento y fines pertinentes.

Atentamente,



Mg. Angelica Karina Minaya Galarreta
Presidente
Comité Institucional de Ética e Integridad Científica
Universidad Privada Norbert Wiener

APROBACIÓN DE ENMIENDA

Lima, 17 de marzo de 2026.

Autor Responsable:

DE JESUS GALLEGOS MAYRA PAMELA

Exp. N°: 3598-2025.

De mi consideración:

El Comité Institucional de Ética e Integridad Científica (CIEIC) de la Universidad Privada Norbert Wiener, tras evaluar la solicitud presentada, **APRUEBA LA ENMIENDA** del proyecto, originalmente titulado "Asociación entre calidad de atención y adherencia terapéutica en adultos hipertensos del primer nivel de atención, 2024–2025" y aprobado por el CIEIC el 05/01/2026, Versión N.º 1. El detalle de la enmienda se consigna en la sección "Cambios aprobados"; de ser el caso, se incorpora el nuevo título.

Autor(es):

**DE JESUS GALLEGOS MAYRA PAMELA
ROJAS BAILÓN SARA KATHERINE**

Cambios aprobados:

Se aprueba la modificación del título el cual de ahora en adelante será: "Asociación entre calidad de atención y adherencia terapéutica en adultos hipertensos del primer nivel de atención, 2026.". Dicha información también estará contemplada en cada fragmento del proyecto.

Alcance de la aprobación:

La aprobación de enmienda confirma que las modificaciones cumplen con las buenas prácticas éticas y no alteran el balance riesgo/beneficio, la idoneidad del equipo de investigación ni la confidencialidad de los datos previamente evaluados.

Obligaciones del investigador

- Esta aprobación no amplía ni modifica la vigencia otorgada en la constancia de aprobación inicial del proyecto; esta se mantiene en todo lo no modificado por la enmienda. Asimismo, los cambios rigen desde la fecha de emisión.
- Para fines administrativos o académicos, debe presentar ambos documentos: la constancia de aprobación del proyecto y la constancia de aprobación de enmienda. Cualquier cambio adicional requiere nueva evaluación del CIEIC.

Es cuanto informo a usted para su conocimiento y fines pertinentes.

Atentamente,



Mg. Angelica Karina Minaya Galarreta
Presidente
Comité Institucional de Ética e Integridad Científica
Universidad Privada Norbert Wiener

Avenida Arequipa 440 / Teléfono: 9..... / Correo: comite.etica@unwieneredu.pe

Anexo 4: Consentimiento informado

Título de proyecto de investigación: Asociación entre calidad de atención y adherencia terapéutica en adultos hipertensos del primer nivel de atención, 2026.

Investigadores : Mayra Pamela De Jesus Gallegos
Sara Katherine Rojas Bailón.

Institución(es) : Universidad Privada Norbert Wiener (UPNW)

Estamos invitando a usted a participar en un estudio de investigación titulado: “Asociación entre calidad de atención y adherencia terapéutica en adultos hipertensos del primer nivel de atención, 2026.”, de fecha 05/01/2026 y versión.01. Este es un estudio desarrollado por investigadores de la Universidad Privada Norbert Wiener (UPNW).

I. INFORMACIÓN

Propósito del estudio: El propósito de este estudio es analizar la asociación entre la calidad de atención recibida en consulta externa y la adherencia terapéutica en personas con hipertensión arterial (HTA) atendidas en el centro de salud San Isidro. Su ejecución ayudará/permitirá identificar áreas críticas del proceso de atención que influyen en el cumplimiento del tratamiento, lo cual contribuirá a mejorar estrategias de control de la HTA en el futuro.

Duración del estudio (meses): 1 año 8 meses.

Nº esperado de participantes: 387 participantes.

Criterios de inclusión:

- Pacientes adultos (≥ 18 años) de ambos sexos con diagnóstico confirmado de hipertensión arterial (HTA) y con un tratamiento antihipertensivo de al menos 3 meses de antigüedad.
- Pacientes que acepten participar de manera voluntaria y firmen el consentimiento informado.

Criterios de exclusión:

- Pacientes con deterioro cognitivo severo o trastornos psiquiátricos que dificulten la correcta comprensión y respuesta de los cuestionarios.

- Pacientes con comorbilidades graves o en estado terminal que limiten su participación (p. ej., insuficiencia renal en diálisis o cáncer en etapa avanzada).
- Pacientes que acudan por primera vez al centro de salud o que hayan sido derivados recientemente desde otro establecimiento.

Procedimientos del estudio: Si Usted decide participar en este estudio se le realizará los siguientes procesos:

- Completar una encuesta estructurada sobre la calidad de la atención recibida.
- Responder preguntas sobre su adherencia terapéutica y características generales de salud.
- La encuesta tendrá una duración aproximada de 10–15 minutos.

Los resultados se le entregarán a usted en forma individual y se almacenarán respetando la confidencialidad y su anonimato.

Riesgos: Su participación en el estudio *no* implica riesgos físicos ni psicológicos, ya que solo consiste en responder una encuesta anónima.

Beneficios: Usted se beneficiará del presente proyecto al recibir información clara sobre la importancia del control de la hipertensión arterial y los factores que influyen en el cumplimiento del tratamiento. Además, los resultados de este estudio permitirán identificar aspectos de la atención que pueden mejorarse en el establecimiento de salud, lo que podría contribuir a una mayor calidad de atención para usted y otros pacientes en el futuro. Su participación contribuirá al desarrollo de mejoras en la calidad de atención y estrategias para optimizar el control de la hipertensión arterial dentro del establecimiento de salud.

Costos e incentivos: Usted *no* pagará ningún costo monetario por su participación en la presente investigación. Así mismo, no recibirá ningún incentivo económico ni medicamentos a cambio de su participación.

Confidencialidad: Nosotros guardaremos la información recolectada con códigos para resguardar su identidad. Si los resultados de este estudio son publicados, no se mostrará ninguna información que permita su identificación. Los archivos no serán mostrados a ninguna persona ajena al equipo de estudio.

Derechos del paciente: La participación en el presente estudio es voluntaria. Si usted lo decide puede negarse a participar en el estudio o retirarse de éste en cualquier momento, sin que esto ocasione ninguna penalización o pérdida de los beneficios y derechos que tiene como individuo, como así tampoco modificaciones o restricciones al derecho a la atención médica.

Preguntas/Contacto: Puede comunicarse con el Investigador Principal.

Nombre: Mayra Pamela De Jesus Gallegos.

Teléfono: 987497542

Correo: a2018200129@uwiener.edu.pe

Nombre: Sara Katherine Rojas Bailón.

Teléfono: 929908839

Correo: a2017101490@uwiener.edu.pe

Así mismo puede comunicarse con el Comité de Ética que validó el presente estudio,

Contacto del Comité de Ética: Dra. Yenny M. Bellido Fuentes, presidenta del Comité de Ética de la Universidad Norbert Wiener, para la investigación de la Universidad Norbert Wiener, **Email:** comité.etica@uwiener.edu.pe

II. DECLARACIÓN DEL CONSENTIMIENTO

He leído la hoja de información del Formulario de Consentimiento Informado (FCI), y declaro haber recibido una explicación satisfactoria sobre los objetivos, procedimientos y finalidades del estudio. Se han respondido todas mis dudas y preguntas. Comprendo que mi decisión de participar es voluntaria y conozco mi derecho a retirar mi consentimiento en cualquier momento, sin que esto me perjudique de ninguna manera. Recibiré una copia firmada de este consentimiento.

Nombre **participante:**

DNI:

Fecha:

Nombre **investigador:**

DNI:

Fecha:

Nombre testigo o representante legal:

DNI:

Nota: La firma del testigo o representante legal es obligatoria solo cuando el participante tiene alguna discapacidad que le impida firmar o imprimir su huella, o en el caso de no saber leer y escribir.

Anexo 5. Carta de aprobación de la institución para la recolección de los datos



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

CONSTANCIA N° 42

AUTORIZACIÓN DE EJECUCIÓN DE PROYECTO DE INVESTIGACIÓN ACTA N° 07 -2026-COM.INV-DIRIS-LC

EXPEDIENTE N.º 202615955

La que suscribe, Directora Ejecutiva de la Dirección de Monitoreo y Gestión Sanitaria de la Dirección de Redes Integradas de Salud Lima Centro, da Constancia que:

- 1.- DE JESUS GALLEGOS MAYRA PAMELA
- 2.- ROJAS BAILON SARA KATHERINE

Autoras del Proyecto de Investigación: "ASOCIACION ENTRE CALIDAD DE ATENCION Y ADHERENCIA TERAPEUTICA EN ADULTOS HIPERTENSOS DEL PRIMER NIVEL DE ATENCION,2026". Han cumplido con los requisitos exigidos por la Unidad Funcional de Docencia e Investigación y el Comité de Investigación de la Dirección de Redes Integradas de Salud Lima Centro, dando por **APROBADO**, la Autorización para Ejecución del Proyecto de Investigación, teniendo una vigencia de:

FECHA DE INICIO : 14 de Abril 2026.

FECHA DE TÉRMINO : 31 de Octubre del 2026.

Asimismo, se le informa que su responsabilidad culmina con la presentación del informe Final, la publicación y socialización de resultados con las Oficinas, Estrategias y Establecimientos de Salud de interés de la jurisdicción, en bien de la Salud Pública del País.

Esperando el cumplimiento de todo lo antes mencionado, quedo de usted.

Lima, 13 de abril del 2026.

Atentamente,


PERÚ Ministerio de Salud DIRECCIÓN DE REDES INTEGRADAS DE SALUD LIMA CENTRO
EPM GABRIELA MARÍA JARAMÉZ QUINTEROS
DIRECTORA EJECUTIVA
DIRECCIÓN DE MONITOREO Y GESTIÓN SANITARIA



GMIQ/JLM/INV/GE
Archivo C.C.

<https://dirislimacentro.gob.pe>
Av. Nicolas de Piérola 589 – Cercado de Lima, Perú

Anexo 6. Informe del asesor de Turnitin



Page 2 of 58 - Integrity Overview

Submission ID: tmoid::14912:597858666

19% Overall Similarity

The combined total of all matches, including overlapping sources, for each database.

Filtered from the Report

- ▶ Bibliography
- ▶ Quoted Text
- ▶ Cited Text
- ▶ Small Matches (less than 10 words)

Top Sources

- 14%  Internet sources
- 1%  Publications
- 15%  Submitted works (Student Papers)



Page 2 of 58 - Integrity Overview

Submission ID: tmoid::14912:597858666

Top Sources

14% Internet sources
1% Publications
15% Submitted works (Student Papers)

Top Sources

The sources with the highest number of matches within the submission. Overlapping sources will not be displayed.

1	Internet	hdl.handle.net	1%
2	Internet	repositorio.uwienr.edu.pe	1%
3	Submitted works	Universidad Privada San Pedro on 2026-03-17	<1%
4	Internet	alicia.concytec.gob.pe	<1%
5	Submitted works	Pontificia Universidad Catolica del Ecuador - PUCE on 2026-01-23	<1%
6	Submitted works	Universidad Privada San Juan Bautista on 2026-03-31	<1%
7	Submitted works	Universidad Andina del Cusco on 2025-12-15	<1%
8	Submitted works	Universidad Privada San Juan Bautista on 2026-03-25	<1%
9	Internet	repositorio.unc.edu.pe	<1%
10	Submitted works	Universidad Católica de Santa María on 2026-03-04	<1%
11	Internet	repositorio.unac.edu.pe	<1%

Anexo 7. Evidencia fotográfica



11% Similitud general

El total combinado de todas las coincidencias, incluidas las fuentes superpuestas, para ca...

Filtrado desde el informe

- Bibliografía
- Texto citado
- Texto mencionado
- Coincidencias menores (menos de 10 palabras)
- Trabajos entregados

Fuentes principales

- 10%  Fuentes de Internet
- 2%  Publicaciones
- 0%  Trabajos entregados (trabajos del estudiante)

Marcas de integridad

N.º de alertas de integridad para revisión

No se han detectado manipulaciones de texto sospechosas.

Los algoritmos de nuestro sistema analizan un documento en profundidad para buscar inconsistencias que permitirían distinguirlo de una entrega normal. Si advertimos algo extraño, lo marcamos como una alerta para que pueda revisarlo.

Una marca de alerta no es necesariamente un indicador de problemas. Sin embargo, recomendamos que preste atención y la revise.

Fuentes principales

- 10% Fuentes de Internet
- 2% Publicaciones
- 0% Trabajos entregados (trabajos del estudiante)

Fuentes principales

Las fuentes con el mayor número de coincidencias dentro de la entrega. Las fuentes superpuestas no se mostrarán.

1	Internet	repositorio.uwiener.edu.pe	<1%
2	Internet	hdl.handle.net	<1%
3	Internet	alicia.concytec.gob.pe	<1%
4	Internet	www.researchgate.net	<1%
5	Internet	renati.sunedu.gob.pe	<1%
6	Internet	repositorio.puce.edu.ec	<1%
7	Internet	revistaold.nutricion.org	<1%
8	Internet	documentop.com	<1%
9	Publicación	Lisandro Muñoz A, Felipe Ainardi C, Christian Rehnhof V, Jaime Cruces L, Reinaldo ...	<1%
10	Internet	api.index-360.com	<1%
11	Internet	ru.dgb.unam.mx	<1%