



Universidad
Norbert Wiener

FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD
PROGRAMA ACADÉMICO DE FARMACIA Y BIOQUÍMICA

Tesis

Cumplimiento terapéutico y Calidad de vida en pacientes con hipertensión
arterial atendidos en la botica M&E. Comas. Lima 2026

Para optar el Título Profesional de
Químico Farmacéutico

Presentado por:

Autora: Quispe Janampa, Esther Nieves

Código ORCID: <https://orcid.org/0000-0002-1685-265X>

Autora: Avendaño Velásquez, Clida Efigenia

Código ORCID: <https://orcid.org/0000-0001-5632-0474>

Asesor: Mg. Torres Armas, Magna Victoria

Código ORCID: <https://orcid.org/0009-0008-5925-3631>

Lima – Perú

2026

 Universidad Norbert Wiener	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, **Esther Nieves Quispe Janampa y Clida Efigenia Avendaño Velásquez** egresado de la Facultad de **Farmacia y Bioquímica** y Escuela Académica Profesional de **Farmacia y Bioquímica** de la Universidad privada Norbert Wiener declaro que el trabajo de investigación **“Cumplimiento terapéutico y Calidad de vida en pacientes con hipertensión arterial atendidos en la botica M & E Comas. Lima 2026”** Asesorado por el docente: **Magna Victoria Torres Armas** DNI **18067724** ORCID **0009-0008-5925-3632** tiene un índice de similitud de **8 (ocho) %** con código **trn: oid::14912:583750305** 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.



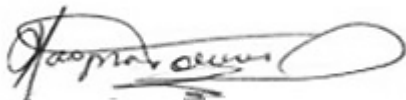
Firma

ESTHER NIEVES QUISPE JANAMPA
DNI: **47850194**



Firma

CLIDA EFIGENIA AVENDAÑO VELÁSQUEZ
DNI: **45723842**



Firma

MAGNA VICTORIA TORRES ARMAS
DNI: **18067724**

Lima, 15 de junio de 2026

Índice general

I. INTRODUCCIÓN	6
II. METODOLOGÍA.....	29
III. RESULTADOS	37
IV. DISCUSIÓN.....	53
V: CONCLUSIONES	58
VI. REFERENCIAS	60
VII. ANEXOS.....	68

Índice de tablas

Tabla 1 Rango de edad.....	37
Tabla 2 Sexo	38
Tabla 3 Tiempo del diagnóstico de hipertensión	39
Tabla 4 Tiempo del tratamiento para la hipertensión	40
Tabla 5 Nivel de Cumplimiento Terapéutico.....	41
Tabla 6 Nivel de Calidad de vida.....	42
Tabla 7 Nivel de Cumplimiento Terapéutico y Nivel Calidad de vida.....	43
Tabla 8 Nivel de Control de Ingesta de medicamentos y Nivel de Calidad de vida.....	45
Tabla 9 Nivel de Seguimiento médico conductual y Nivel de Calidad de vida	46
Tabla 10 Nivel de Autoeficacia y Nivel de Calidad de vida.....	47
Tabla 11 Pruebas de normalidad.....	49
Tabla 12 Correlaciones de las variables analizadas	50
Tabla 13 Correlaciones de la dimensión 1 con la variable	50
Tabla 14 Correlaciones de la dimensión 2 con la variable	52
Tabla 15 Correlaciones de la dimensión 3 con la variable	53

Índice de Figuras

Figura 1 Rango de edad	38
Figura 2 Sexo	39
Figura 3 Tiempo del diagnóstico de hipertensión.....	40
Figura 4 Tiempo del tratamiento para la hipertensión	41
Figura 5 Nivel de Cumplimiento Terapéutico	42
Figura 6 Nivel de Calidad de vida	43
Figura 7 Nivel de Cumplimiento Terapéutico y Nivel de Calidad de vida	44
Figura 8 Nivel de Control de Ingesta de medicamentos y Nivel de Calidad de vida	45
Figura 9 Nivel de Seguimiento médico conductual y Nivel de Calidad de vida	46
Figura 10 Nivel de Autoeficacia y Nivel de Calidad de vida	48

I. INTRODUCCIÓN

La hipertensión arterial es el principal factor de riesgo asociado a la morbilidad y mortalidad global, además de considerarse la causa individual más importante de fallecimientos y discapacidades en todo el mundo. Según estudios de La Organización Mundial de la Salud (OMS), casi 1 millón 300 mil adultos con una edad de 30 a 79 padecen de hipertensión en a nivel global (1). La mayoría de ellos, más del 60% de esta población reside en países con un nivel ingresos bajos y medianos. Asimismo, se calcula que el 46% de las personas hipertensas no conocen que padecen esta condición, y solo el 42% de los casos ha sido diagnosticada y tratado de forma oportuna. Por ello, se cree que solo uno de cada cinco adultos con hipertensión, es decir, el 21%, logra mantener la enfermedad bajo control (2).

Mundialmente, se estima que aproximadamente 1,000 personas fallecen debido a accidentes cerebrovasculares e infartos de miocardio, siendo la hipertensión arterial una de las principales causas (3). Así, países del primer mundo, como España, presenta una prevalencia de hipertensión arterial en adultos de 30 a 79 años del 27%, con un 34% en hombres y un 21% en mujeres. Por tanto, se estimó que había 9,9 millones de personas hipertensas, de las cuales 35% no tiene diagnóstico, casi la mitad no recibe tratamiento y la tercera parte tiene la enfermedad controlada (4). Asimismo, se calcula que, de tratarse eficazmente a los pacientes con esta afección, en el 2050, se podrían prevenir más de 76 millones de muertes asociadas, 120 millones de accidentes cerebrovasculares, así como cerca de 79 millones de infartos de miocardio (3).

El continente americano presenta una prevalencia de la enfermedad hipertensiva en adultos de 30 a 79 años cercana al 35.4%, lo cual equivale a que aproximadamente un tercio de los adultos en este rango etario padece hipertensión. Así, en Brasil, la prevalencia de hipertensión en adultos de las mismas edades es del 45%, considerándose uno de los países con mayor proporción de adultos hipertensos en el mundo. Aunque, es más preocupante el caso de

Paraguay con una prevalencia de hipertensión entre adultos de esta edad de 56.4%, y Argentina con 47.5% (5).

La hipertensión arterial es una condición de salud delicada que es subestimada en relación a lo que puede afectar la calidad de vida de las personas que lo padecen. Su deterioro obedece tanto a las complicaciones en órganos vitales derivadas de la propia afección como a los efectos adversos de los tratamientos antihipertensivos, por lo que se considera que reduce en cierta medida la calidad de vida de más de la mitad de estos pacientes (6). Así, estudios en los últimos años reportan que más del 60% de las personas con esta enfermedad poseen una calidad de vida mala o deplorable, mientras que un poco más del 30% tiene una calidad de vida buena o mejor (7).

Además, el consumo prolongado de medicamentos puede ocasionar reacciones negativas y generar dependencia, lo que repercute tanto en el bienestar físico como en la vida social de la persona. Así, la farmacodependencia es un factor que también puede ocasionar algún tipo de deterioro de la salud física (8). Por ello, se conoce que las reacciones adversas a los medicamentos tienden a dificultar que gran número de pacientes cumpla y culmine sus respectivos tratamientos, afectando negativamente su calidad de vida y elevando el riesgo de eventos o accidentes cardiovasculares o cerebrovasculares (9).

Investigaciones como las de Chantzaras y Yfantopoulos, en el año 2023, han encontrado el escaso cumplimiento de los tratamientos farmacológico para la hipertensión condiciona negativamente la calidad de vida asociada a la salud de los pacientes hipertensos de Grecia (10). Asimismo, Carrión et al., encontró que aumentar el cumplimiento de los tratamientos para esta condición podría mejorar la calidad de vida de los pacientes hipertensos ecuatorianos, ya que adherirse a dicho régimen se asocia a menos síntomas somáticos y un mejor estado de ánimo (11).

En el Perú, El Ministerio de Salud (MINSA) reporta qué aproximadamente 7 millones de personas padecen hipertensión arterial (12). Además, según el presidente de la Sociedad Peruana de hipertensión arterial, un poco menos de 6 millones la padece, mostrando elevada prevalencia en mayores de 15 años, (22% de la población en esta edad). Agrega que son los hombres quienes presentan en mayor proporción esta enfermedad (13). En esa línea, se considera importante estudiar el cumplimiento terapéutico de esta población mayor, y si presente alguna relación con la calidad de vida experimentada.

A nivel nacional, León (14), en Trujillo, el año 2023, tuvo el objetivo fue “determinar el cumplimiento terapéutico influye en la calidad de vida en pacientes hipertensos atendidos en el hospital la ciudad norteña”. El método fue cuantitativo y transversal, y los instrumentos utilizados fueron el test de Morisky Green para el cumplimiento terapéutico y el cuestionario MINICHAL para medir la variable calidad de vida, ambos instrumentos se aplicaron en 289 pacientes mayores de 18 años. Realizó un estudio en el que encontró que solo el 16,6% de los pacientes hipertensos de un hospital en Trujillo cumplían la terapia farmacológica, y estos mismo tenían una mejor calidad de vida, además de presentar mejor estado de ánimo y menos síntomas somáticos. Por su parte, Quilca y Vílchez (15), en Lima, el año 2023, se propusieron “determinar la relación entre el cumplimiento terapéutico de hipertensión arterial y la calidad de vida en pacientes adultos atendidos en el Centro de Salud de Chilca”. El estudio cuantitativo y de corte correlacional, transversal consideró el cuestionario de Morisky que evaluó el cumplimiento terapéutico y el cuestionario MINICHAL para medir la calidad de vida en una muestra de 125 pacientes con diagnóstico de hipertensión arterial. Ambos autores apuntan que, solo el 24% presentaba alto cumplimiento terapéutico y el 28,8% tenía adecuada calidad de vida, además demostraron que existe una relación considera significativa y positiva de ambas variables. Las conclusiones que se obtuvieron fueron que mejorar el cumplimiento terapéutico repercute de forma positiva en una mejor calidad de vida en este tipo de pacientes, en esa línea,

los autores sugieren implementar intervenciones con el objetivo de aumentar el cumplimiento terapéutico en esta población.

A partir de la realidad problemática expuesta surgió la pregunta general de investigación: ¿Cuál es la relación entre cumplimiento terapéutico y calidad de vida en pacientes con hipertensión arterial atendidos en la botica M&E. Comas Lima, 2026?

Mientras que los problemas específicos fueron: **1.** ¿Cuál es la relación entre la dimensión control de ingesta de medicamentos y alimentos del cumplimiento terapéutico y la calidad de vida en pacientes con hipertensión arterial atendidos en la botica M&E. Lima, 2026? **2.** ¿Cuál es la relación entre la dimensión seguimiento médico conductual del cumplimiento terapéutico y la calidad de vida en pacientes con hipertensión arterial atendidos en la botica M&E. Lima, 2026? **3.** ¿Cuál es la relación entre la dimensión autoeficacia del cumplimiento terapéutico y la calidad de vida en pacientes con hipertensión arterial atendidos en la botica M&E. Lima, 2026?

Por otra parte, la presente investigación se justifica de forma teórica, al considerar que, a la actualidad, son escasos los trabajos que indagan la relación entre las variables en la población de hipertensos de la ciudad de Lima. Por ello, los resultados obtenidos del estudio cubren ese pequeño vacío científico en el Perú. Además, toda la información de este documento será una línea base para los estudios futuros que indaguen sobre este tema similares.

Este trabajo se justifica de forma práctica al considerar la urgente necesidad de evidenciar los niveles de cumplimiento terapéutico y la calidad de vida (y si existe asociación) de más del 20% de la población peruana que padece hipertensión arterial. Conocer esta información, por parte de las instituciones del estado y clínicas particulares. Fomentar mayor conciencia en la atención que se le brinda a estos pacientes, así como intervenciones dedicadas a mejorar los mecanismos de acción ante una discontinuidad del tratamiento o signos de una calidad de vida negativa en estos pacientes. De esta forma, se considera que muchos pacientes

podrán mejorar su calidad de vida y su tratamiento para la hipertensión, reduciendo las probabilidades de complicaciones posteriores.

La investigación social del estudio reside en que sus resultados brindarán información relevante al Ministerio de Salud y a las instituciones encargadas del manejo de la hipertensión arterial, así, estas instituciones podrán evaluar cómo el cumplimiento terapéutico se asocia a la calidad de vida de los pacientes. Este conocimiento servirá para diseñar programas y estrategias que fomenten el cumplimiento terapéutico, mejoren el bienestar de la población hipertensa y reduzcan complicaciones cardiovasculares y cerebrovasculares. Asimismo, podrá ayudar a sensibilizar al personal de salud y farmacéutico del Perú en pro de fortalecer su compromiso en el acompañamiento y seguimiento de estos pacientes.

Por último, se justifica metodológicamente porque empleó un enfoque cuantitativo, de tipo básico, con diseño no experimental, transversal y nivel descriptivo-correlacional, ello facilitó que se pueda medir objetivamente las variables analizadas, así como establecer la relación entre ambas sin manipularlas. Además, el uso de instrumentos validados como la Escala de Adherencia Terapéutica EAT y el WHOQOL-BREF aseguró la recolección de datos confiables y comparables en la población que fue encuestada.

El presente estudio se llevó a cabo entre los meses de octubre del 2025 y marzo del presente año 2026, y se realizó en La Botica M&E ubicada en el distrito de Comas, ubicado en la zona norte de la ciudad de Lima, Perú. Se consideraron recursos humanos, materiales y equipos para su ejecución, así como servicios para ejecutar este trabajo, los cuales fueron asumidos por el autor del mismo.

Respecto a los antecedentes internacionales, se tuvo a Cuyisa et al. (16), en El Congo, el 2025, quienes tuvieron el objetivo de “evaluar la relación entre el cumplimiento terapéutico y calidad de vida en pacientes hipertensos de la región oriental de dicho país”. El estudio fue cuantitativo, transversal analítico, y se aplicó en 211 pacientes mayores de 18 años ingresados

a hospitales de Katwa, Butembo y Musienene. En relación a los instrumentos, la adherencia se midió mediante la escala MMAS-8 y la calidad de vida por medio del cuestionario SF-36. Se encontró que el 56,4% de los participantes presentaba baja adherencia al tratamiento y los puntajes promedio en las dimensiones de la de calidad de vida fueron bajos, como, por ejemplo, en salud general (36,11%). También hallaron una correlación significativa entre una mayor adherencia y mejores puntajes en funcionamiento físico, social, mental y limitación por problemas físicos. En conclusión, la baja adherencia al tratamiento se asoció a una peor calidad de vida y de forma viceversa, por esto, es fundamental brindar un seguimiento adecuado a la población hipertensa estudiada.

Rupakheti et al. (17), en Nepal, el año 2024, tuvieron el objetivo de “analizar el cumplimiento terapéutico antihipertensivo y calidad de vida relacionada con la salud en pacientes con hipertensión atendidos en un hospital terciario de Lalitpur. El método fue cuantitativo transversal descriptivo, mientras que los instrumentos fueron utilizados para estos fines fueron la escala Hill-Bone Compliance to High Blood Pressure Therapy Scale (HBCTS) que midió la adherencia, y el cuestionario EQ-5D-5L y la escala visual analógica (VAS) para valorar la calidad de vida. Estos cuestionarios se aplicaron en 380 pacientes mayores de 18 años que recibían tratamiento antihipertensivo, Como hallazgos, se identificó que la adherencia global al tratamiento fue subóptima, además de detectarse adherencia perfecta en ningún paciente. También se encontró que la edad, el sexo y la ocupación influían significativamente en la adherencia. La calidad de vida estuvo asociada significativamente con la edad, sexo, nivel educativo e ingreso. Se identificó mejor adherencia se asocia a una mayor calidad de vida relacionada con la salud. Como conclusión, los autores señalan que la adherencia al tratamiento en esta población fue insuficiente y se vio reflejada en la calidad de vida

Carrión et al. (11), en Ecuador, el año 2021, tuvieron el objetivo de “determinar el cumplimiento terapéutico antihipertensivo y calidad de vida en adultos hipertensos del cantón

Nabón”. La metodología cuantitativa no experimental, prospectivo, descriptivo y correlacional, a su vez de utilizó un diseño transversal aplicado a 172 adultos. Los instrumentos aplicados fueron el test de Morisky-Green con el objetivo de medir la adherencia, por otro lado, el cuestionario CHAL midió la calidad de vida. Los resultados evidenciaron que el cumplimiento del tratamiento mantuvo relación con el estado de ánimo, y de forma inversa, pero débil con las manifestaciones somáticas. Concluyendo que, la adherencia al tratamiento está relacionada con un mejor estado de ánimo y menor presencia de manifestaciones somáticas en pacientes hipertensos de dicha localidad, por lo que se aconseja promover la adherencia puede contribuir a una mejor calidad de vida en los pacientes hipertensos.

Cajachagua et al. (18), en Chile, el año 2022, su objetivo fue “determinar la asociación entre el estilo de vida y la adherencia al tratamiento en pacientes hipertensos de un hospital del país sureño. El método fue cuantitativo y analítico transversal, aplicado 250 pacientes hipertensos. Respecto a los instrumentos, se empleó el cuestionario Perfil de Estilo de Vida (PEPS-I), el cual midió el estilo de vida, y la escala de Morisky-Green que evaluó la adherencia al tratamiento. Los resultados mostraron que el 58,8% tenía de estos pacientes tenían una deficiente calidad vital y el 58,4% no cumplió adecuadamente el tratamiento. Además, se halló que la alimentación saludable, los vínculos familiares y amicales, y la responsabilidad en salud se asociaron de modo notable con el cumplimiento del tratamiento para la hipertensión. A modo de conclusión, refieren que, los buenos hábitos alimenticios, las relaciones familiares saludables y responsabilidad en salud mejoran el cumplimiento del tratamiento en pacientes hipertensos.

Monterrey et al. (19), en Cuba, el año 2021, tuvieron el objetivo de “determinar la adherencia al tratamiento farmacológico y la calidad de vida relacionada con la salud en adultos mayores hipertensos de Pinar del Río”. EL método utilizado fue cuantitativo, observacional, analítico y transversal en 199 adultos mayores diagnosticados con hipertensión arterial, así se

les aplicó 2 instrumentos, el cuestionario MBG para medir la calidad de vida y el MINICHAL para el nivel de conocimientos y estado funcional para el índice de Barthel. Los autores hallaron que el 51,3% de los pacientes presentaba adherencia farmacológica y el 43,7% tuvo una calidad de vida moderada. Asimismo, en este estudio la adherencia al tratamiento se asoció con variables como sexo, edad, escolaridad, presencia de polifarmacia y estado funcional, y la calidad de vida mostró asociación al sexo y el estado funcional. Así, concluyeron que factores sociodemográficos y clínicos influyen directamente en el cumplimiento del tratamiento y la calidad de vida de las personas mayores que sufren de dicha enfermedad.

Por otro lado, a nivel nacional, se tuvo a León (14), en Trujillo, el año 2023, que tuvo el objetivo de “determinar si la adherencia al tratamiento farmacológico influye en la calidad de vida de pacientes hipertensos atendidos en un hospital la ciudad norteña. El método fue cuantitativo y transversal, y los instrumentos utilizados fueron el test de Morisky Green para la adherencia y el cuestionario MINICHAL para medir la variable calidad de vida, ambos instrumentos se aplicaron en 289 pacientes mayores de 18 años. El resultado hallado fue que el 16,6% de la persona que participaron eran adherentes al tratamiento, los mismos que tuvieron una mejor calidad de vida, asimismo solo el 68,5% de los no adherentes reportó peor calidad de vida. También se halló que cumplir el tratamiento se relacionó a mejor estado de ánimo y menos manifestaciones somáticas. Además, la presencia de comorbilidades se asoció a peor calidad de vida. En conclusión, la adherencia al tratamiento farmacológico fomenta una mejor calidad de vida en pacientes hipertensos, y en los pacientes con más comorbilidades es más evidente dicha asociación.

Quilca y Vélchez (15), en Lima, el año 2023, se propusieron “determinar la relación entre el cumplimiento terapéutico de hipertensión arterial y la calidad de vida en pacientes adultos atendidos en el Centro de Salud de Chilca. El estudio cuantitativo y de corte correlacional, transversal consideró el cuestionario de Morisky Green que evaluó el

cumplimiento terapéutico y el cuestionario MINICHAL para medir la calidad de vida en una muestra de 125 pacientes con diagnóstico de hipertensión arterial. Ambos autores apuntan que, solo el 24% presentaba alta adherencia al tratamiento y el 28,8% tenía adecuada calidad de vida, además demostraron que existe una relación significativa y positiva de ambas variables. Las conclusiones que se obtuvieron fueron que mejorar el cumplimiento terapéutico repercute de forma positiva en una mejor calidad de vida en este tipo de pacientes, en esa línea, los autores sugieren implementar intervenciones con el objetivo de aumentar el cumplimiento en esta población.

Idrogo y Bravo (20), en Lima, el 2022, en su investigación se propusieron “determinar el nivel de adherencia al tratamiento en adultos mayores con hipertensión arterial atendidos en un policlínico del distrito de la Victoria, en la capital peruana. El método fue cuantitativo, aplicado, cuantitativa y descriptivo. Asimismo, los datos se recolectaron mediante una encuesta estructurada de 16 ítems validada por expertos, diseñada para medir el grado de adherencia al tratamiento antihipertensivo en muestra a 80 adultos mayores con esta enfermedad. El resultado fue que el 31.9% de los pacientes presentó adherencia baja, el 45.6% adherencia regular y solo el 22.5% adherencia alta. Asimismo, existió un predominio de adherencia regular, más vidente en el incumplimiento de controles médicos, indicaciones y toma de medicamentos. La conclusión obtenida evidenció que la mayoría de los adultos mayores presenta adherencia parcial al tratamiento, por ello existe una gran necesidad de implementar estrategias educativas y de apoyo para mejorar el cumplimiento terapéutico en estos pacientes.

Anchivilca (21), en Lima, el año 2023 se propusieron el objetivo de “determinar la asociación entre el seguimiento farmacoterapéutico y el mejoramiento de la calidad de vida relacionada con la salud en pacientes con hipertensión arterial atendidos de un botica limeña” El estudio, de corte cuasiexperimental, longitudinal y cuantitativa fue aplicada en una población de 24 pacientes hipertensos de 40 a 75 años utilizando el MINICHAL para medir

calidad de vida y el test de Morisky-Green para la adherencia al tratamiento. La autora encontró que luego de la intervención, la adherencia al tratamiento aumentó de 39.4% a 60.6%, además se incrementó la proporción de pacientes que manifestaron una alta calidad de vida, observada en el estado anímico y también en las manifestaciones somáticas que mejoraron significativamente al final del seguimiento. A modo de conclusión, Anchivilca, señala que existe una asociación significativa entre el seguimiento farmacoterapéutico y la mejora en la calidad de vida en pacientes con hipertensión arterial, por lo que aconseja implementar este tipo de intervenciones en la práctica farmacéutica.

Yuncacallo e Izarra (22), en Lima, el año 2021, se propusieron el objetivo de “determinar la asociación entre la calidad de vida y la adherencia al tratamiento en pacientes con complicaciones de diabetes mellitus tipo 2 atendidos en el consultorio externo de un Hospital nacional. La investigación fue cuantitativa, observacional, transversal y analítica, y los instrumentos usados fueron el cuestionario Diabetes-39 para medir calidad de vida y la Escala de Adherencia al Tratamiento de Diabetes Mellitus 2 versión III (EATDM-III) para evaluar adherencia en con una muestra de 100 pacientes. Los resultados mostraron que solo el 18% de los pacientes tuvo adherencia óptima al tratamiento y el 17% presentó una calidad de vida óptima, predominando los grados regular a deficiente en ambas variables. Además, se halló relación significativa del tiempo de enfermedad y el nivel educativo con la calidad de vida. En conclusión, no se demostró una asociación estadísticamente significativa entre adherencia al tratamiento y calidad de vida en estos pacientes. No obstante, la autora apunta sobre la importancia de la adherencia al tratamiento para retrasar complicaciones y la necesidad de intervenciones integrales en el manejo de la diabetes.

En relación a las bases teorías del estudio, La OMS considera que el cumplimiento terapéutico equivale al cumplimiento de las indicaciones que brinda el profesional de la salud, como es tomar el medicamento en la dosis adecuada, en el horario indicado y mantener dichas

indicaciones el tiempo que el doctor indica. Asimismo, en este accionar está implicado la capacidad de modificar el estilo de vida, con el propósito de obtener hábitos saludables, efectos preventivos, y mejorar el estado de salud entre otros beneficios (23).

Análogamente, se puede comprender que se cumple la terapia cuando el paciente sigue las indicaciones de los médicos tratantes, es decir, cumple de forma correcta la toma de medicamentos, cumplen una dieta sugerida y adopta hábitos saludables a largo plazo. Solo cuando se puede cumplir el tratamiento, es posible asegurar la eficacia del mismo, por otro lado, la falta de adherencia puede provocar complicaciones o que la enfermedad empeore, resultando en un mayores costos médicos derivados de hospitalizaciones, consultas, diagnósticos y cuidados adicionales (24).

Es muy importante señalar que el cumplimiento terapéutico se logra siempre que se cuente con la participación activa del paciente en el seguimiento de las indicaciones médicas o del equipo de salud. Para ello, mucha vez se pueden aplicar estrategias educativas, psicológicas y conductuales, tanto de forma individual como combinada, esto hace posible mejorar la salud de los pacientes y prevenir algún tipo de complicaciones futuras (25).

Por su parte, la teoría de la autoeficacia, propuesta por Barbara Resnick en 1998, considera que este constructo ejerce cierta influencia sobre las creencias relacionadas con el propio comportamiento, el nivel de motivación, los patrones de pensamiento y en las reacciones emocionales en distintas situaciones, ya que si el paciente se considera autosuficiente eventualmente puede asumir mayor responsabilidad en su tratamiento. Además, argumenta que los cambios de conducta pueden estar asociados con los resultados esperados, sin considerar la percepción del paciente por el riesgo de no cumplir con dichos comportamientos (26).

Asimismo, es imprescindible resaltar la teoría del metaparadigma de enfermería, que señala a los cuatro factores fundamentales en esta disciplina del cuidado, los cuales son la persona, el ambiente, la salud y la enfermería, los mismo que delimitan el alcance y aplicación

de las teorías en esta profesión. La conocida autora Dorothea Orem, define la enfermería como la acción específica de asistir al individuo principalmente cuando no es capaz de cuidarse por sí mismo (27). En paciente con cuadros de hipertensión severa o aguda, esta perspectiva del déficit de autocuidado cobra mucha relevancia, ya que establece cómo el enfermero debe cuidar de manera integral paciente no lo puede realizar por limitaciones físicas o mentales, ejecutando por él acciones necesarias para su bienestar y funcionalidad (26).

Respecto a la hipertensión, considerada como una afección frecuente que se presenta cuando la sangre circula por las arterias con una presión mayor a la considerada normal, lo que propicia que el corazón realice mayor esfuerzo en el bombardeo de sangre. Se diagnostica hipertensión cuando los valores de presión arterial sistólica son iguales o superiores a 140 mmHg y los de presión diastólica a 90 mmHg (28). Esta condición, mantenida en el tiempo, genera daño en los vasos sanguíneos y en órganos principales, lo que incrementa el riesgo de padecer infarto, insuficiencia cardíaca, ictus y arterioesclerosis, y actualmente afecta a más de mil millones de personas, siendo más prevalente en poblaciones de países de ingresos bajos y medianos (29).

Se distinguen dos tipos principales de hipertensión, la hipertensión sistólica, y la diastólica. La hipertensión sistólica ocurre cuando la presión ejercida por la sangre contra las arterias durante la contracción del corazón (sístole) es más alta de lo normal, mientras que la hipertensión diastólica se presenta cuando la presión se mantiene elevada en la fase de relajación del corazón (diástole), es decir, entre un latido y otro. Ambos tipos representan un riesgo significativo para la salud, ya que pueden dañar progresivamente los vasos sanguíneos y órganos vitales si no se controlan adecuadamente (28).

Los pacientes con hipertensión arterial requieren una atención sanitaria integral y multidisciplinaria, que abarque desde la prevención primaria y la prescripción de tratamientos adecuados e innovadores, hasta un seguimiento riguroso de la terapia indicada. Este proceso

implica evaluar la conducta del paciente frente al tratamiento farmacológico, dado que la hipertensión constituye una de las causas más comunes de consulta y prescripción de fármacos (29). El control de la enfermedad está estrechamente ligado a la adherencia terapéutica, entendida como la coherencia entre el comportamiento del paciente y las indicaciones médicas. La falta de cumplimiento en la farmacoterapia se considera la principal razón del control insuficiente de la hipertensión, lo que no solo favorece complicaciones y deteriora la calidad de vida, sino que también incrementa la resistencia al tratamiento (30).

En relación al tratamiento de la hipertensión arterial, este consiste en reducir de forma sistémica la presión sanguínea, y así prevenir eventos de salud que pueden ser letales, como infartos, accidentes cerebrovasculares o daño renal. Para dicho fin, este tratamiento se propone modificar los hábitos de vida, estos son la alimentación equilibrada, reducción del consumo de sal, aumento de la actividad física regular y control del peso corporal. Estas medidas muchas veces son suficientes en los casos leves o al principio de la enfermedad, y muchas veces se combina con otro tipo de indicaciones terapéuticas (31).

Sin embargo, cuando la hipertensión arterial se presenta en grado más severo, los cambios en el estilo de vida no garantizan un tratamiento adecuado, por ello se recurre al uso de fármacos antihipertensivos (32). Los medicamentos de mayor prescripción ante esta condición médica son los diuréticos, los inhibidores de la enzima convertidora de angiotensina (IECA), los antagonistas de los receptores de angiotensina II (ARA II), los bloqueadores beta y los bloqueadores de los canales de calcio. El médico escoge el medicamento más apropiado dependiendo de las características del paciente, como puede ser la comorbilidad con otras enfermedades asociadas y la respuesta al tratamiento (33).

Es trascendental que en el tratamiento de la hipertensión arterial se considere que se monitoree regularmente al paciente, visitas médicas periódicas y educación del paciente en relación a la importancia del cumplimiento terapéutico. La combinación de medidas

farmacológicas y no farmacológicas hace posible mejor control de la presión arterial y una mayor calidad de vida a largo plazo (32).

Por otro lado, existen distintos fármacos para tratar la hipertensión, y esta depende de la valoración del médico según la edad, sexo del paciente, la gravedad del diagnóstico, la comorbilidad con otras enfermedades, los posibles efectos secundarios y, en muchas ocasiones los precios de estos medicamentos, pudiéndose recetar desde un fármaco o más de dos en caso de presión arterial de 140/90 mm Hg o superior (32). A continuación, se clasifican los fármacos antihipertensivos según su mecanismo de acción:

- **Modificadores alfa-adrenérgicos:** comprenden los bloqueadores alfa, los bloqueadores adrenérgicos que actúan en la periferia y los agonistas alfa. Estos funcionan al impedir los efectos del sistema nervioso simpático, que es la parte del sistema nervioso autónomo. Al bloquear los receptores alfa, evitan la vasoconstricción inducida por la norepinefrina, y promueven la relajación y dilatación de los vasos sanguíneos contribuyendo a la reducción de la presión arterial. Ejemplos de fármacos de este grupo : Terazosina, prazosina, doxazosina, tamsulosina, etc. (32).
- **Betabloqueantes y alfa-betabloqueantes:** Estos fármacos benefician a las personas que han sufrido un infarto de miocardio, así como las que presentan una frecuencia cardíaca acelerada, pacientes con angina de pecho (dolor torácico ocasionado por un flujo insuficiente de sangre al músculo cardíaco) o quienes padecen migrañas. Ejemplos de fármacos de este grupo: atenolol, bisoprolol, carvedilol, metoprolol, etc. (32).
- **Inhibidores de la enzima convertidora de angiotensina (IECA):** Estos medicamentos reducen la presión arterial ya que provocan que las pequeñas arterias (arteriolas) se dilaten. Se logra ello impidiendo la producción de angiotensina II, una sustancia química natural que hace que las arteriolas se contraigan. Estos inhibidores bloquean la función de la enzima convertidora de angiotensina, responsable de

transformar la angiotensina I en angiotensina II. Al detener esta conversión, se consigue ampliar las arteriolas, y con esto disminuir la disminución de la presión arterial. Ejemplos de fármacos son: captopril, enalapril, lisinopril, etc. (32).

- **Antagonistas de los receptores de la angiotensina II (ARA-II):** Disminuyen la presión arterial, ya que su mecanismo es muy parecido al de los inhibidores de la enzima convertidora de angiotensina, es decir actúan bloqueando de forma directa la acción de la angiotensina II, sustancia conocida por causar la contracción de las arteriolas. Además, suelen causar menos efectos secundarios que los inhibidores de la enzima convertidora de angiotensina. Ejemplos de fármacos de este grupo fármaco son: Losartán, irbesartán, valsartán , telmisartán, etc. (32).
- **Bloqueantes de los canales de calcio:** su mecanismo de acción consiste en impedir que el calcio pueda ingresar a las células musculares lisas presente en los vasos sanguíneos, de esta forma provoca que estas se relajen y las arterias se dilaten, reduciendo la presión arterial y aliviando los síntomas asociados. Resultan útiles en el tratamiento de personas con angina de pecho, ciertos tipos de frecuencia cardíaca rápida o con migrañas, y pueden ser de acción rápida o prolongada. Ejemplos de fármacos de este grupo: verapamilo, diltiazem, amlodipino, nifedipino, etc. (32).
- **Inhibidor directo de la renina:** Estos fármacos disminuyen la presión arterial al bloquear la acción de la enzima renina, que es el primer paso en el funcionamiento del sistema renina-angiotensina. Por esta razón, su eficacia en la reducción de la presión es se asimila a los inhibidores de la enzima convertidora de angiotensina y los bloqueadores de los receptores de angiotensina II. Fármacos de este grupo es Aliskiren (32).
- **Vasodilatadores directos:** Su acción se basa en dilatar los vasos sanguíneos a través de un mecanismo distinto al de otros fármacos. Generalmente, no se utilizan como

tratamiento único, en su lugar se utilizan como un segundo medicamento ya que el primero no ha logrado reducir adecuadamente la presión arterial al administrarse solo. Fármacos de este grupo: Hidralazina y minoxidil (32).

- **Diuréticos:** medicamentos utilizados con el fin de reducir la presión arterial mediante la dilatación de los vasos sanguíneos, así como facilitar la eliminación de sodio y agua de los riñones, así también se logra reducir el volumen de líquidos en el cuerpo y posiblemente bajar la presión arterial. Este efecto combinado fomenta que los diuréticos tiazídicos sean efectivos para el control inicial de la hipertensión. Ejemplos de diuréticos de asa: Furosemida, torasemida y bumetanida. Diuréticos tiazídicos son hidroclorotiazida y clortalidona (32).

En relación a los Diferentes factores que tienen influencia en la adherencia al tratamiento de la hipertensión arterial, estos pueden agruparse en aspectos personales, del entorno, y del sistema de salud. Por un lado, los principales factores personales son el nivel de conocimiento del paciente sobre su enfermedad y tratamiento, el grado de autoeficacia para manejar su salud, la percepción de los beneficios del tratamiento y el temor a experimentar los efectos secundarios. Añadido a ello, se ha estudiado aspectos como la edad, el nivel educativo y el monitoreo regular de la presión arterial también pueden influir sobre el cumplimiento del tratamiento en la hipertensión arterial (34).

Por su parte, se tienen los factores del entorno, que comprende al contexto social y familiar, traducido muchas veces en el apoyo recibido por parte de familiares, amigos, los cuales se les considera fundamental para lograr la adherencia adecuada. Asimismo, últimos estudios acentúan la importancia de la buena relación médico-paciente, ya que duplicaría las probabilidades de que los pacientes culminen su tratamiento, además el acompañamiento en la toma de decisiones y la educación continua por parte del personal de salud son factores positivos. De forma contraria, ante la ausencia de apoyo social, muchos pacientes experimentan

dificultades para cumplir su medicación y cambios rutinarios que obstaculizan la adherencia (35).

Por último, se presentan los factores relativos al sistema de salud y la terapia misma, como la complejidad de los esquemas terapéuticos, la cantidad de medicamentos, los efectos adversos y la frecuencia de administración. Todo ello, se observa en un acceso limitado a medicamentos, el costo elevado, la fragmentación del cuidado, la nula o mala comunicación con el equipo médico, así como la falta de seguimiento regular. No obstante, diferentes estrategias, como simplificar la medicación y mejorar la atención integral pueden facilitar mejores resultados (34).

Asimismo, el cumplimiento terapéutico posee 3 dimensiones, la primera, Control de la ingesta de medicamentos y alimentos, se refiere al grado en que la persona sigue las indicaciones sobre dosis, horarios, duración del tratamiento y pautas dietéticas. Se consideran aspectos comportamentales, como, no omitir tomas, respetar restricciones o recomendaciones alimentarias y evitar el consumo de sustancias que interfieren con el tratamiento. Esta dimensión puede estar en déficit cuando aparecen olvidos frecuentes, interrupciones del tratamiento ante efectos adversos o abandono de la dieta, reduciendo la efectividad clínica del plan terapéutico (36).

La segunda dimensión, Seguimiento médico conductual, hace alusión a conductas que mantienen el contacto y la coordinación con el sistema sanitario, ya que comprende acciones como, asistir puntualmente a las citas de control, acudir a urgencias cuando es necesario, realizar exámenes y procedimientos indicados, y seguir las modificaciones del profesional respecto al plan terapéutico. Un buen nivel en esta dimensión facilita la detección temprana de complicaciones, la actualización del tratamiento y el ajuste individualizado de las recomendaciones, mientras que un seguimiento irregular suele asociarse a peor control de la enfermedad (36).

La tercera dimensión, Autoeficacia, comprende la percepción que tiene la persona de su capacidad para cumplir el tratamiento y manejar su enfermedad. No se refiere explícitamente a las conductas observables, sino a creencias de confianza, donde se evidencia el poder para organizar la propia vida, para tomar los medicamentos, sostener cambios en la dieta y asistir a controles, aunque existan dificultades como el cansancio, la falta de apoyo o los efectos secundarios. Niveles altos de autoeficacia se relacionan con mayor adherencia global, porque las personas que se perciben capaces tienden a persistir más en las conductas de salud y a buscar soluciones ante dificultades, mientras que una autoeficacia baja favorece el abandono o la inconsistencia en el cumplimiento (36).

En relación a la variable Calidad de vida, La OMS, la define como la percepción de una persona respecto a su posición en la vida en lo que comprende su contexto cultural y de valores, por ello considera sus metas, expectativas, normas y preocupaciones. Este constructo suele asociarse a la salud física, las relaciones sociales y el entorno. Asimismo, la calidad de vida en relación con la salud se define como la habilidad del individuo en la ejecución de actividades trascendentes en su área funcional, afectivo y social (37).

Por otra parte, se comprende que la calidad de vida relacionada con la salud es el resultado que pueden generar las enfermedades o síntomas, como son las afecciones musculoesqueléticas, en el funcionamiento diario y en la percepción de bienestar. En un estudio actual, los hallazgos dan cuenta que, en personas con 27 enfermedades crónicas, que padecen distintos trastornos musculoesqueléticos, se identificaron los dominios específicos afectados por cada condición. Por tanto, debe considerarse la calidad de vida en función de la salud física, mental, emocional e interpersonal (25).

La teoría más representativa es el modelo multidimensional de calidad de vida relacionada con la salud, la cual comprende que la calidad de vida es el resultado de la interacción entre dimensiones físicas, psicológicas y sociales. Así, es fundamental integrar una

perspectiva que considera el bienestar subjetivo con el funcionamiento físico y social. Por tanto, esta perspectiva apunta en considerar la calidad de vida como una experiencia personal influida por variables individuales, ambientales y las expectativas del propio individuo. Además, postula que la calidad de vida tiende a elevarse cuanto menor sea la discrepancia entre la situación ideal y el contexto real que vive y percibe una persona (19).

Por otro lado, la teoría de enfermería de Roy, más focalizada en la calidad de vida en el campo de la enfermería se centra en la persona inscrita en un sistema complejo que interrelaciona al individuo con su entorno, en el que se presentan estímulos focales, contextuales y residuales que son percibidos de forma constante en su experiencia (38). Los estímulos focales actúan de manera inmediata y directa a través de los sentidos, mientras que los mecanismos adaptativos permiten responder a estas influencias, ya que el regulador provoca reflejos y el de reconocimiento asocia experiencias previas con nuevas situaciones. Según el mencionado autor, la adaptación solo se da cuando los recursos psicológicos logran equilibrar las necesidades físicas, de ahí la importancia del autoconcepto para mantener la integridad mental y el rol social determinado por las expectativas que recaen sobre la persona (19).

El propósito de Roy, en la enfermería, es promover la adaptación en cada etapa del cuidado, por medio de cuatro modalidades que mejoran de forma notable la salud, la calidad de vida en paciente con problemas de salud grave, dichas etapas son lo fisiológico, la autoimagen, la función de rol y la interdependencia. Para ello, plantea un proceso de seis pasos que son evaluar los comportamientos, analizar los estímulos a los que la persona está expuesta, realizar el diagnóstico de enfermería, establecer metas, aplicar intervenciones y por último, aplicar la evaluación (38).

El concepto de calidad de vida ha sido bastante discutido desde que inicio a estudiarse en los años 30 y 40. Sin embargo, se podría decir que adquirió relevancia científica y metodológica a partir de los años sesenta, extendiéndose hasta la actualidad en ámbitos

sociales, de la salud y científicos. En principio, este concepto aparecía en debates sobre el medio ambiente y el deterioro urbano, es entre los años cincuenta y sesenta que recién se asocia con la preocupación por el bienestar humano y los efectos de la industrialización. En ese sentido, sus indicadores evolucionaron desde una visión objetiva, enfocada en aspectos económicos y sociales, hasta la inclusión de factores subjetivos relacionados con la percepción individual del bienestar (39).

Llegada la década de los 1970 y 1980 la investigación científica pone su foco de atención en la medición de los indicadores de calidad de vida, aceptando cierta similitud, pero también distinción con el desarrollo social e incorporando múltiples dimensiones a su análisis. Para ser más preciso, el termino aparece por primera vez en una monografía en Estados Unidos en "Indicators Research" (1974), 5 años más tarde aparecería en "Sociological Abstracts" (1979), hitos que marcaron profundidad en su estudio de forma más profunda hacia los años ochenta. Sin embargo, décadas posteriores no se logra total consenso respecto a su definición y forma de evaluación de dicho constructo (40).

En los años 90, diversos autores analizaron la calidad de vida relacionada con la salud (CVRS), este concepto es diferenciado del estado funcional, ya que este último pasa a ser solo uno de sus componentes. De esta manera, El CVRS, entendida como un estado subjetivo de salud, es un concepto más preciso que la calidad de vida en general e intenta y se propone medir de forma objetiva y subjetiva la calidad de vida desde percepciones y evaluaciones del paciente. En la actualidad, diversos teóricos coinciden en que la CVRS es multidimensional, temporal y subjetiva, por ello comprende dimensiones fisiológicas, psicológicas, sociológicas y también espirituales, además de variar según las experiencias y prioridades de las personas a lo largo de su vida (39).

El interés por medir la calidad en medicina surge de la necesidad de evaluar la atención sanitaria, con el propósito de controlar los resultados obtenidos y las intervenciones aplicadas

en los pacientes. Este enfoque se ha centrado principalmente en la supervivencia como elemento prioritario, así como en el control y seguimiento de enfermedades crónicas y factores de riesgo, entre ellos, las enfermedades coronarias, cardiovasculares y la hipertensión arterial (30).

La mayoría de los estudios científicos señala que la calidad de vida de los pacientes hipertensos suele ser regular o baja, con un notorio deterioro físico y emocional; sin embargo, el adecuado control de la presión arterial, la ausencia de enfermedades asociadas y la adherencia al tratamiento se relacionan con una mejor calidad de vida. Por esta razón, es fundamental identificar a los pacientes más vulnerables y promover estrategias de autocuidado y bienestar emocional, ya que en general estos pacientes presentan una calidad de vida inferior a la de la población sana y su bienestar está condicionado por factores tanto clínicos como sociales y emocionales (41).

Respecto a las Dimensiones de la calidad de vida, la primera es Salud física, esta dimensión se refiere al estado corporal y funcional de la persona, incluyendo la presencia de dolor o malestar, nivel de energía y fatiga, calidad del sueño y descanso, movilidad, realización de actividades de la vida diaria, dependencia de medicación o tratamientos y capacidad de trabajo. También se consideran las limitaciones o recursos físicos influyen en la autonomía y en la experiencia subjetiva de bienestar. En casos donde existe alta funcionalidad percibida y menor la interferencia del malestar, se sabe será mayor la valoración de calidad de vida física (42).

La segunda dimensión, Salud psicológica, integra las emociones, cogniciones y autoevaluación personal. Diferentes aspectos, como, sensaciones positivas (placer, satisfacción, esperanza), presencia de sentimientos negativos (ansiedad, tristeza), autoestima, imagen corporal, capacidad de concentración, memoria y pensamiento, así como creencias espirituales o religiosas. Además, refleja el balance entre bienestar emocional y malestar, así

como la forma de percibirse a sí mismo, de otorgar sentido a la vida y de manejar el estrés, condicionando la percepción global de calidad de vida (42).

Mientras que la tercera dimensión, Relaciones sociales y con el entorno, se refiere a la calidad y cantidad de relaciones interpersonales, en otras palabras, que los pacientes cuenten con redes de apoyo integrales, tengan participación en actividades comunitarias y posean un importante sentido de conexión y pertenencia. Desde esta perspectiva, todas las personas deben cultivar vínculos sociales mediante actividades colectivas, como clubes, talleres, teatros o deportes. Todas estas actividades en grupo fomentan la percepción de apoyo, la amistad y la inclusión social, reduciendo la sensación de soledad y aislamiento, al contrario eleva el bienestar y la satisfacción vital de los pacientes (42).

La cuarta dimensión, Entorno, se refiere a factores contextuales como, seguridad física, condiciones del hogar, recursos económicos, acceso y calidad de servicios de salud y apoyo social, oportunidades de información, ocio y transporte. Desde esta perspectiva, se asume que los entornos más seguros, estimulantes y con mayor disponibilidad de recursos que los seres humano puedan desplegar sus capacidades y mantener un estilo de vida satisfactorio (42).

Por otra parte, la hipótesis general de este estudio es que existe relación entre cumplimiento terapéutico con la calidad de vida en pacientes con hipertensión arterial atendidos en la botica M&E. Comas, Lima, 2026. Además, que la primera hipótesis específica es que “existe relación entre control de ingesta de medicamentos y alimentos con la calidad de vida en pacientes con hipertensión arterial atendidos en la botica M&E. Comas, Lima, 2026.” Segundo, que “existe relación del seguimiento médico conductual con la calidad de vida en pacientes con hipertensión arterial atendidos en la botica M&E. Comas, Lima, 2026”. Y tercero, que “Existe relación de la autoeficacia farmacoterapéutica con la calidad de vida en pacientes con hipertensión arterial atendidos en la botica M&E. Comas, Lima, 2026”.

Asimismo, el objetivo general de la investigación fue Determinar la relación entre cumplimiento terapéutico y calidad de vida en pacientes con hipertensión arterial atendidos en la botica M&E. Comas, Lima, 2026. Y los objetivos específicos fueron 1. Identificar la relación entre control de la ingesta de medicamentos y alimentos y la calidad de vida en pacientes con hipertensión arterial atendidos en la botica M&E. Comas, Lima, 2026. 2. Identificar la relación entre el seguimiento médico conductual y la calidad de vida en pacientes con hipertensión arterial atendidos en la botica M&E. Comas, Lima, 2026. 3. Identificar la relación entre la autoeficacia farmacoterapéutico y la calidad de vida en pacientes con hipertensión arterial atendidos en la botica M&E. Comas, Lima, 2026.

II. METODOLOGÍA

Tipo de estudio: fue de tipo básico, caracterizado por la exploración de un asunto específico, con el objetivo comprender fenómenos, establecer bases teóricas o generar mayores conocimientos (43). Así, el presente estudio buscó profundizar en el conocimiento sobre el cumplimiento terapéutico y la calidad de vida, además de cómo se relacionaron en la población estudiada, más no se aplicó ningún tipo de intervención para mejorar algunas de las variables.

En este trabajo se optó por el método hipotético deductivo, respaldado en principios y reglas que facilitan la obtención de conclusiones según ciertas premisas consideradas verdaderas. Des de esta mirada, se parte de hipótesis fundamentadas en el razonamiento científico, además se plantean afirmaciones que se comprobaran en el caso que las hipótesis iniciales resultan válidas (44). El enfoque aplicado fue el cuantitativo, que pretende definir cada una de las variables, sus dimensiones e indicadores y algún tipo de asociación entre estas (45). En este sentido, dicho enfoque permitió medir de forma precisa cómo se comportan ambas variables y si guardan relación entre las mismas.

Diseño de investigación: En el presente estudio se utilizó un diseño no experimental, ya que se estudiaron y analizaron las variables sin ejercer ningún control o manipulación de las misma, Además, fue de nivel descriptivo-correlacional, comúnmente aplicado cuando se pretende observar, describir y analizar la relación entre las variables de estudio (45). En este proyecto, se analizó la relación entre el cumplimiento terapéutico y la calidad de vida, así como la relación entre las dimensiones de la primera variable con la segunda variable, sin intervenir o controlar el comportamiento de algunas de ellas.

Población y muestra: Por otro lado, la población se constituyó por 200 pacientes que acudieron a la botica M&E en el mes de enero del año 2026. Asimismo, se consideraron los siguientes criterios de inclusión/exclusión:

Criterios de inclusión:

- Pacientes desde 18 años a más, que padecen hipertensión arterial y acuden a la botica M&E ubicada en el distrito de Comas a comprar medicamentos con su receta médica.
- Pacientes que han sido diagnosticados con hipertensión arterial como mínimo hace 3 meses.
- Pacientes que toman medicamentos para tratar la hipertensión arterial desde hace 3 meses o más.
- Pacientes que acepten participar voluntariamente en el estudio y firme el consentimiento informado.

Criterios de exclusión:

- Paciente menores 18 años
- Pacientes que no padecen hipertensión arterial
- Pacientes que no cuentan con diagnóstico de hipertensión
- Pacientes que se automedican o sin receta médica
- Pacientes con alguna condición psicológica o psiquiátrica que le impida llenar la encuesta.
- Pacientes que se nieguen a participar del estudio.

Por otra parte, para conocer la muestra, se aplicó la siguiente fórmula:

$$n = \frac{Z_{1-\frac{\alpha}{2}}^2 * p * q}{d^2}$$

Donde:

n: Número exacto de la muestra

Z: Valor de la distribución normal estándar del nivel de confianza.

S: desviación estándar de la población total que se conoce

E: Diferencia máxima aceptable entre la media muestral y la media poblacional, dentro de un nivel de confianza definido.

Reemplazando:

p: 200

Z: 1.96

S: 95%

E: 0.05

El resultado de aplicar esta fórmula es 133, tamaño de la muestra en el presente estudio. En la presente investigación se utilizó el muestreo probabilístico aleatorio simple, método de selección en el que cada uno de los miembros de toda la población tuvieron la misma probabilidad de ser escogidos, impidiendo que alguien tenga nula posibilidad de ser incluido en la muestra. Ello aseguró que la muestra fuese representativa y esté exenta de sesgos (46).

Variables:**Matriz de operacionalización de la variable**

Variables	Definición conceptual	Definición operacional	Dimensiones	Indicadores	Escala de medición	Escala valorativa (niveles o rangos)
Cumplimiento terapéutico	La OMS considera que el cumplimiento terapéutico equivale al seguir las indicaciones que brinda el profesional de la salud, como es tomar el medicamento en la dosis adecuada, en el horario indicado y mantener dichas indicaciones el tiempo que el doctor indica (23).	El Cumplimiento terapéutico se medirá por la técnica de la encuesta, el instrumento en particular será la Escala de Adherencia Terapéutica basada en comportamientos explícitos de. El cuestionario posee 13 preguntas y 3 dimensiones. Todas las preguntas serán respondidas mediante escala Likert del 1 al 4.	Control de ingesta de medicamentos y alimentos	Ingiera los medicamentos puntualmente	Escala Likert (1 al 4)	Bajo Intermedio Alto
				Mantiene la toma de medicamentos		
				Cumple con la dieta rigurosa		
				Ingiera alimentos sugeridos por el médico		
			Seguimiento médico conductual	realiza análisis prescrito por el médico		
				Asiste a las consultas médicas		
				Sigue recomendaciones médicas		
				consulta durante el tratamiento		
				Analiza los resultados de sus análisis		
				Realiza los análisis clínicos		
			Autoeficacia farmacoterapéutica	sigue el tratamiento si confía en el médico		
				Sigue tratamiento, aunque sea complejo		

				tratamiento complicado lo sigue		
Calidad de vida	La OMS, define a la calidad de vida como la percepción de una persona respecto a su posición en la vida en lo que comprende su contexto cultural y de valores, por ello considera sus metas, expectativas, normas y preocupaciones (37).	La calidad de vida de los pacientes con hipertensión se medirá a través de la técnica de la encuesta, específicamente con el cuestionario de Calidad de vida WHOQOL – BREF, que incluye que se compone de 26 ítems y 4 dimensiones, denominadas, que son salud física, salud psicológica, relaciones sociales, y ambiente. Todas las preguntas serán respondidas mediante escala Likert del 1 al 5.	Salud física	Dolor y malestar	Escala Likert (1 al 5)	Muy Baja Baja Intermedio Alto Muy alto
				Energía y fatiga		
				Sueño y descanso		
				Movilidad		
				Actividades de la vida diaria		
				Dependencia de una7 medicación		
				Capacidad de trabajo		
			Salud Psicológica	Sensaciones positivas		
				Espiritualidad/religión		
				Capacidades cognitivas		
				Autoestima		
				Autoconcepto		
			Relación social y con el entorno	Relaciones personales		
				Apoyo social		
				Actividad sexual		
			Ambiente	Seguridad Física		
				Medio Doméstico		
				Recursos Financieros		
				Salud y atención social:		
				Oportunidades		
				Participación en actividades recreativas		
				Medio físico		
				Transporte		

La escala de Adherencia Terapéutica (EAT-13) fue creada por Soria, Vega y Nava en el año 2009, y tuvo el objetivo de evaluar el nivel en que los pacientes cumplen con las indicaciones médicas asociadas al tratamiento de diversas enfermedades crónicas. El instrumento que valida Chalco et al. (36) estuvo compuesta de 13 ítems distribuidos en tres dimensiones: 1) Control de ingesta de medicamentos y alimentos (ítems 1,2, 4, 7); 2) Seguimiento médico conductual (ítems 3,5,6, 8, 9) Autoeficacia (ítems 10, 11, 12, 13). Las respuestas se registraron en una escala tipo Likert de frecuencia del 1 al 4 (Nunca, Algunas veces, Muchas veces, Siempre), permitiendo su aplicación tanto individual como grupal y un tiempo estimado de respuesta de 10 a 15 minutos.

El segundo instrumento fue el cuestionario de Calidad de vida WHOQOL – BREF, creado por la Organización Mundial de la Salud en 1998 y dirigido a poblaciones adultas, el cual tuvo el objetivo de evaluar la Calidad de Vida a partir de la percepción que una persona tiene sobre su posición en la vida. Se compuso de 26 ítems y cuatro dimensiones: 1) salud física (ítems 3,4, 10, 15, 16, 17, 18) salud psicológica (ítems 5, 6, 7, 11, 19, 26), 3) relaciones sociales (ítem 20, 21, 22). y 4) ambiente (ítems 8, 9, 12, 13, 14, 23, 24, 25). Su aplicación fue individual, requiriéndose un tiempo aproximado de respuesta de 20 a 30 minutos, todas las preguntas fueron respondidas mediante una escala tipo Likert del 1 al 5 (42).

Respecto a la validez de la Escala de Adherencia Terapéutica (EAT-13). Chalco et al. (36) evaluó las propiedades psicométricas de este instrumento. Así identificó la validez de relación con otros constructos evaluando la asociación con tres variables: relación médico paciente [RMP], autoeficacia [A] y apoyo social [AS]. Los resultados encontrados fueron coherentes con la argumentación teórica de la adherencia al tratamiento. Las correlaciones estadísticas fueron significativas ($p < .001$), con estimaciones moderadas en todas correlaciones. Por otra parte, la validación del cuestionario de Calidad de vida WHOQOL –

BREF fue realizada por Ramos (42) en el 2019, quien evaluó sus propiedades en 69 personas adultas mayores, hombres y mujeres, 60 y 90 años de edad. Se propuso obtener la validez de contenido, mediante juicio de 9 expertos ajustando tres ítems del instrumento, logrando obtener un V de Aiken de 1.00

Respecto a la confiabilidad de la escala de Adherencia Terapéutica, Chalco et al. (36), obtuvo una confiabilidad considerada adecuada, ya que los valores del coeficiente alfa, ordinal y omega obtenidos fueron superiores a 0.70. Mientras que la confiabilidad del instrumento de calidad de vida también fue aprobada por Ramos (42) quien mediante el método de consistencia interna halló el Omega y corrigió del modelo teórico de cuatro factores, mostrando valores de .49 a .75, a de seis factores del modelo estimado con valores entre .44 a .75.

Procedimientos: El plan de procesamiento y recolección de datos empezó con la recolección de la información para los fines de esta investigación, se solicitó la autorización del Comité de Ética de la universidad, así como de la institución de salud en la que se desarrolló el estudio. Obtenido este permiso, se llevó a cabo las encuestas durante el turno diurno del establecimiento farmacéutico, ello permitió al investigador aplicar las encuestas al número previsto de pacientes. La información obtenida mediante los instrumentos fue procesada y evaluada en una hoja de Microsoft Excel 2019, que luego fue exportada en formato sav. al paquete estadístico SPSS v.29. Posteriormente, se procedió a ingresar los datos recopilados en el software, asegurando una correcta codificación y organización de las respuestas. Luego, se ejecutó el análisis estadístico que comprendió métodos descriptivos y analíticos para cada objetivo específicos. Al culminar este proceso, se prosiguió con el análisis de datos que permitió plasmar los resultados, así como la discusión y conclusiones en el informe final de tesis.

Aspectos éticos: En relación a los aspectos éticos, primer lugar, se cumplió con los criterios éticos que establece el comité Institucional de ética e integridad científica de la

universidad. Ya que, se garantizó, en primer lugar, una selección equitativa de los sujetos de investigación, evitando cualquier tipo de discriminación o sesgo en la población participante. Asimismo, se mantuvo un correcto equilibrio entre los riesgos y beneficios esperados mediante el consentimiento informado aplicado a todos los participantes del estudio. Este documento también señaló que se resguarda la privacidad y confidencialidad de los datos recolectados durante y después de la investigación. En ese sentido, los principios éticos considerados fueron:

- **Respeto:** reconocer la autonomía de los participantes y obtener su consentimiento informado es fundamental, así se asegura la participación voluntaria (47).
- **Justicia:** garantiza la selección equitativa de los sujetos y evita la explotación o discriminación de cualquier grupo (47).
- **Beneficencia:** buscar el bienestar de las personas participantes y la comunidad por medio del diseño y ejecución de un estudio con aportes positivos para los mismos (47).
- **No maleficencia:** se maximizarán los beneficios potenciales y minimizan los riesgos para los participantes, previniendo daños innecesarios (47).
- **Confidencialidad:** protegen la privacidad de los datos personales, y la transparencia fomenta la integridad y la honestidad a lo largo de todo el estudio (47).
- **Seguridad:** se refiere a proteger la vida de forma integral de los que participan en el estudio, enfatizando en la salud física y mental, la dignidad y los derechos (47).

III. RESULTADOS

En el presente capítulo se presentan los resultados obtenidos a partir del análisis estadístico de la información recolectada en los pacientes con hipertensión arterial atendidos en la botica M&E, en el distrito de Comas, Lima, en el año 2026. Este análisis se organizó en dos partes: en primer lugar, el análisis descriptivo, que detalla las características sociodemográficas y clínicas de la población estudiada, así como los niveles de cumplimiento terapéutico y de calidad de vida, mediante tablas, figuras e interpretaciones correspondientes. En segundo lugar, se expone el análisis inferencial, que muestra la relación entre el cumplimiento terapéutico y la calidad de vida, así como la asociación entre las dimensiones de la primera variable y la segunda variable, recurriendo para ello a pruebas estadísticas. Por último, se expone la discusión, que reúne investigaciones similares de diferentes contextos para contrastar sus hallazgos con los obtenidos en este trabajo. A continuación, se desarrolla la primera parte de este capítulo:

Descripción de los factores sociodemográficos

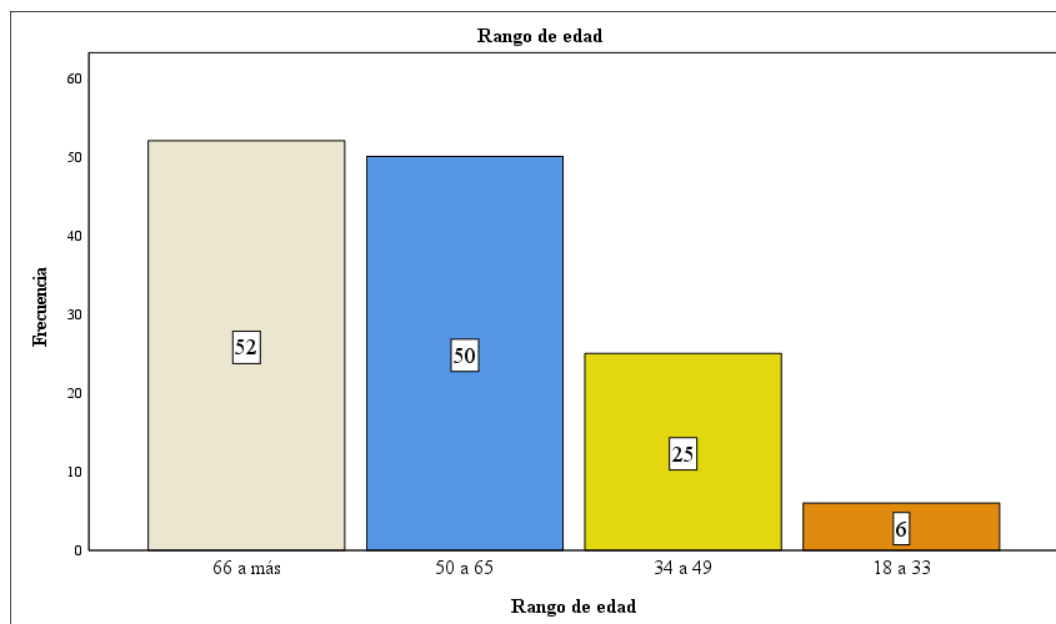
Tabla 1

Rango de edad

	F	%
66 a más	52	39,1%
50 a 65	50	37,6%
34 a 49	25	18,8%
18 a 33	6	4,5%
Total	133	100%

Figura 1

Rango de edad



La Tabla y Figura 1 muestran la distribución por rangos de edad de los 133 pacientes con hipertensión arterial atendidos en la botica M&E, en el distrito de Comas, Lima, durante el año 2026. Se observó que el grupo etario más numeroso estuvo compuesto por los pacientes de 66 años a más, con 52 personas, lo que representó el 39,1% del total. En segundo lugar, se encontró el grupo de 50 a 65 años, conformado por 50 pacientes (37,6%). Posteriormente, se ubicó el grupo de 34 a 49 años, integrado por 25 personas (18,8%). Finalmente, el grupo menos frecuente fue el de 18 a 33 años, con 6 pacientes, equivalentes al 4,5%.

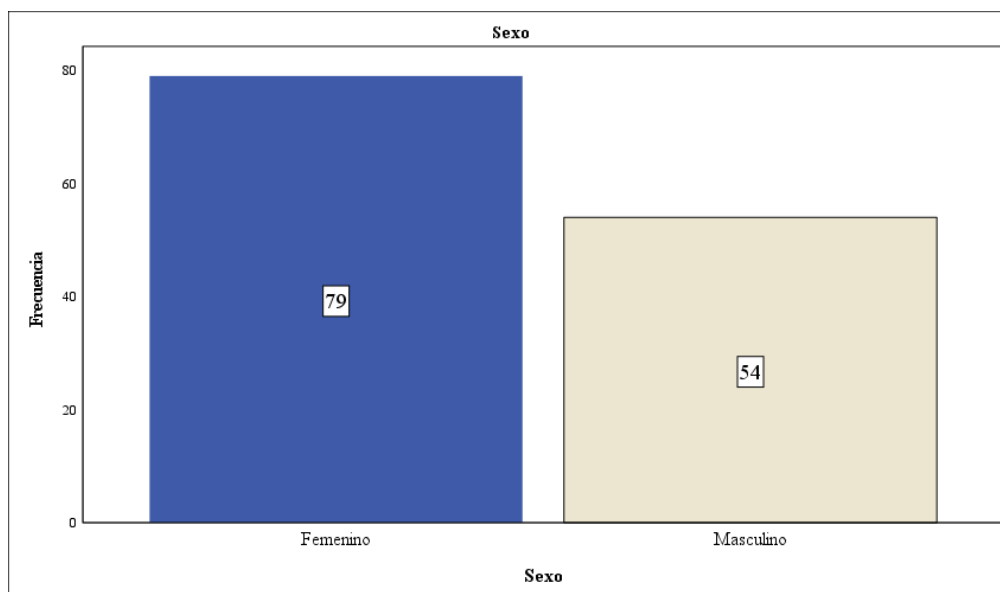
Tabla 2

Sexo

	F	%
Femenino	79	59,4%
Masculino	54	40,6%
Total	133	100%

Figura 2

Sexo



La Tabla y Figura 2 muestran la distribución de los 133 pacientes analizados, según su sexo. Se observó un predominio del sexo femenino, con 79 pacientes, lo que representó el 59,4% del total. Por su parte, el sexo masculino estuvo conformado por 54 pacientes, equivalentes al 40,6% de la muestra estudiada.

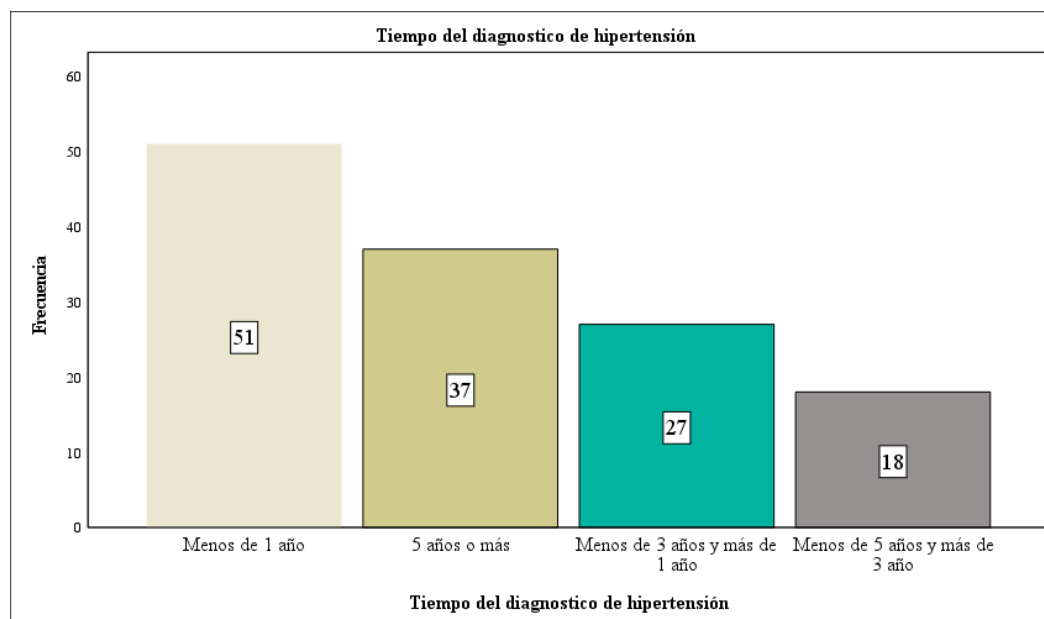
Tabla 3

Tiempo del diagnóstico de hipertensión

	F	%
Menos de 1 año	51	38,3%
5 años o más	37	27,8%
Menos de 3 años y más de 1 año	27	20,3%
Menos de 5 años y más de 3 año	18	13,5%
Total	133	100%

Figura 3

Tiempo del diagnóstico de hipertensión



La Tabla y Figura 3 muestran la distribución del tiempo de diagnóstico de hipertensión en la mencionada población. Se observó que el grupo más frecuente fue el de menos de 1 año de diagnóstico, con 51 pacientes, lo que representó el 38,3% del total. En segundo lugar, se encontró el grupo con 5 años o más desde el diagnóstico, conformado por 37 pacientes (27,8%). Posteriormente, se ubicó el grupo con menos de 3 años y más de 1 año de diagnóstico, integrado por 27 personas (20,3%). Finalmente, el grupo menos numeroso fue el de menos de 5 años y más de 3 años, con 18 pacientes, equivalentes al 13,5%.

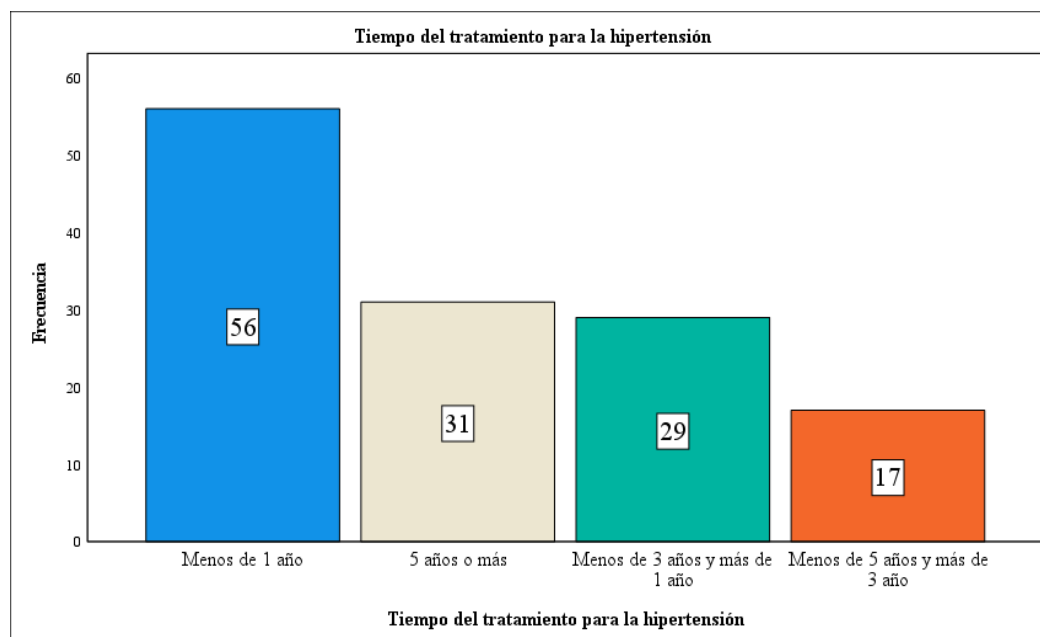
Tabla 4

Tiempo del tratamiento para la hipertensión

	F	%
Menos de 1 año	56	42,1%
5 años o más	31	23,3%
Menos de 3 años y más de 1 año	29	21,8%
Menos de 5 años y más de 3 año	17	12,8%
Total	133	100%

Figura 4

Tiempo del tratamiento para la hipertensión



La Tabla y Figura 4 muestran la distribución del tiempo de tratamiento para la hipertensión en la población estudiada. Se observó que la categoría más frecuente fue la de menos de 1 año de tratamiento, con 56 pacientes, lo que representó el 42,1% del total. En segundo lugar, se encontró el grupo de pacientes con 5 años o más de tratamiento, conformado por 31 personas (23,3%). Posteriormente, se ubicó el grupo con menos de 3 años y más de 1 año de tratamiento, integrado por 29 pacientes (21,8%). Finalmente, el grupo menos numeroso fue el de menos de 5 años y más de 3 años de tratamiento, con 17 pacientes, equivalentes al 12,8%.

Descripción de los niveles de las variables analizadas y cruzadas

Tabla 5

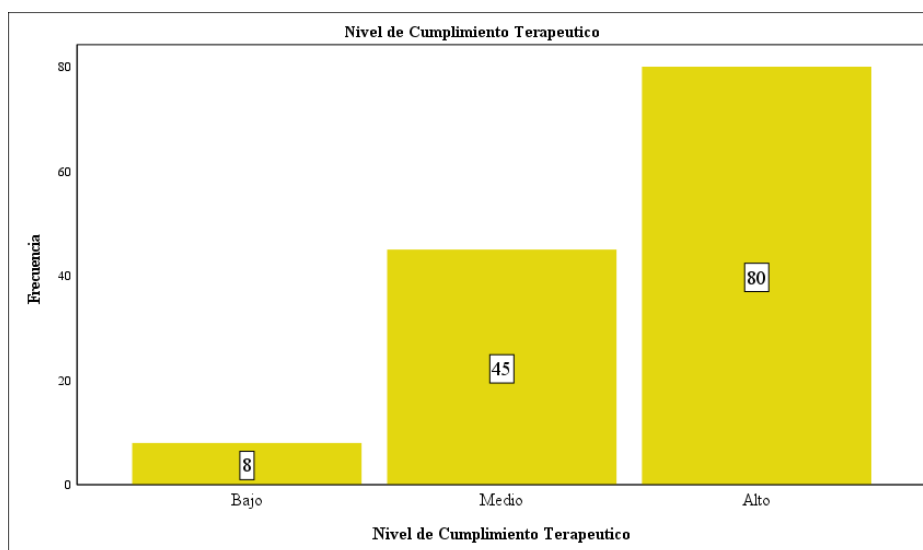
Nivel de Cumplimiento Terapéutico

	N	%
Bajo	8	6,0%

Medio	45	33,8%
Alto	80	60,2%
Total	133	100%

Figura 5

Nivel de Cumplimiento Terapéutico



La Tabla y Figura 5 presentan la distribución del nivel de cumplimiento terapéutico en la población trabajada. Se aprecia que la mayoría de los participantes mostró un nivel alto de cumplimiento terapéutico, con 80 pacientes, lo que representó el 60,2% del total. En segundo lugar, se ubicó el nivel medio de cumplimiento, conformado por 45 pacientes (33,8%). Finalmente, el nivel bajo de cumplimiento terapéutico fue el menos frecuente, con solo 8 pacientes, equivalentes al 6,0% de la muestra estudiada.

Tabla 6

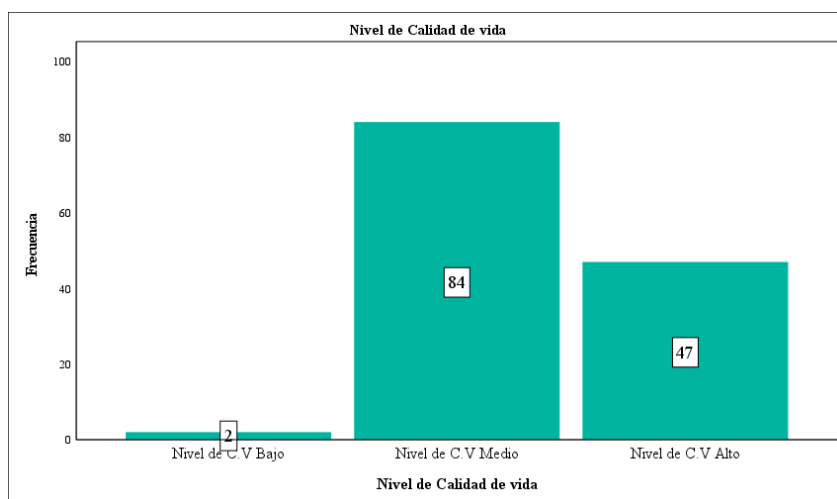
Nivel de Calidad de vida

	N	%
Bajo	2	1,5%
Medio	84	63,2%

Alto	47	35,3%
Total	133	100%

Figura 6

Nivel de Calidad de vida



La Tabla y Figura 6 muestran la distribución del nivel de calidad de vida de la mencionada población. Se observó que el grupo más numeroso correspondió al nivel medio de calidad de vida, con 84 pacientes, lo que representó el 63,2% del total. En segundo lugar, se encontró el nivel alto de calidad de vida, conformado por 47 pacientes (35,3%). Finalmente, el nivel bajo de calidad de vida fue el menos frecuente, con solo 2 pacientes, equivalentes al 1,5% de la muestra estudiada.

Tabla 7

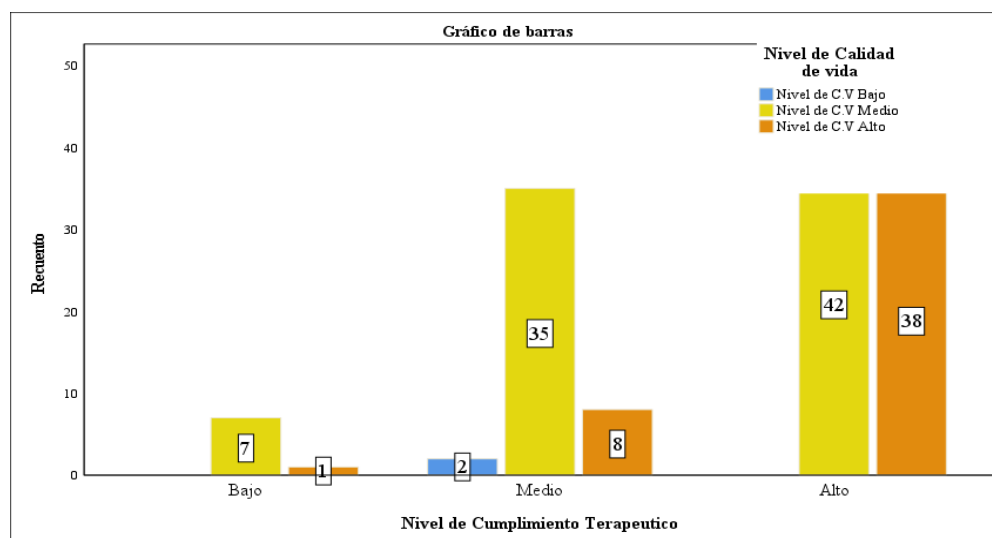
Nivel de Cumplimiento Terapéutico y Nivel de Calidad de vida

			Nivel de Calidad de vida			Total
			Nivel de C.V Bajo	Nivel de C.V Medio	Nivel de C.V Alto	
Nivel de Cumplimiento Terapéutico	Bajo	Recuento	0	7	1	8
		% del total	0,0%	5,3%	0,8%	6,0%
	Medio	Recuento	2	35	8	45

	% del total	1,5%	26,3%	6,0%	33,8%
Alto	Recuento	0	42	38	80
	% del total	0,0%	31,6%	28,6%	60,2%
Total	Recuento	2	84	47	133
	% del total	1,5%	63,2%	35,3%	100,0%

Figura 7

Nivel de Cumplimiento Terapéutico y Nivel de Calidad de vida



La Tabla y Figura 7 muestran la distribución de los datos de forma cruzada entre el nivel de cumplimiento terapéutico y el nivel de calidad de vida en dicha población. Se observó que el grupo más numeroso correspondió a los pacientes con cumplimiento terapéutico alto y calidad de vida media, con 42 personas, lo que representó el 31,6% del total. En segundo lugar, se ubicaron quienes presentaron cumplimiento alto y calidad de vida alta, con 38 pacientes (28,6%). Asimismo, 35 pacientes (26,3%) mostraron un cumplimiento terapéutico medio y una calidad de vida media, mientras que 8 pacientes (6,0%) tuvieron cumplimiento medio y calidad de vida alta. Finalmente, se registraron 7 pacientes (5,3%) con cumplimiento bajo y calidad de vida media y solo 2 pacientes (1,5%) con cumplimiento medio y calidad de vida baja, sin observarse casos con cumplimiento alto y calidad de vida baja.

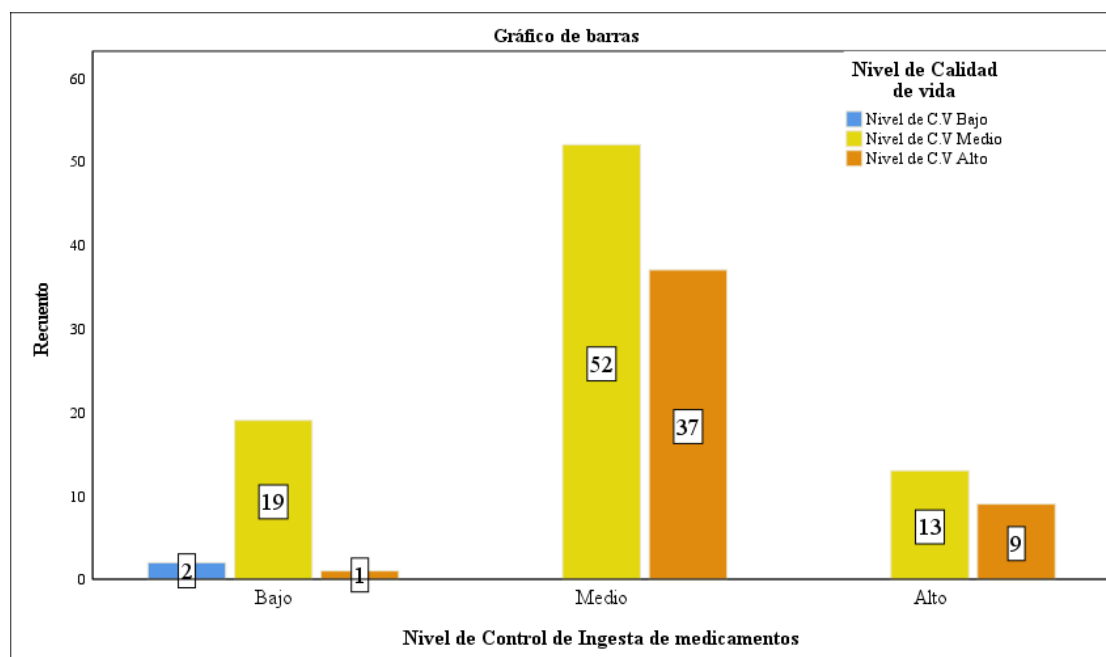
Tabla 8

Nivel de Control de Ingesta de medicamentos y alimentos, y Nivel de Calidad de vida

			Nivel de Calidad de vida			
			Bajo	Medio	Alto	Total
Nivel de Control de Ingesta de medicamentos y alimentos	Bajo	Recuento	2	19	1	22
		% del total	1,5%	14,3%	0,8%	16,5%
	Medio	Recuento	0	52	37	89
		% del total	0,0%	39,1%	27,8%	66,9%
	Alto	Recuento	0	13	9	22
		% del total	0,0%	9,8%	6,8%	16,5%
Total		Recuento	2	84	47	133
		% del total	1,5%	63,2%	35,3%	100,0%

Figura 8

Nivel de Control de Ingesta de medicamentos y alimentos, y Nivel de Calidad de vida



La Tabla y Figura 8 muestran la distribución de los datos de forma cruzada entre la dimensión 1 del cumplimiento terapéutico (nivel de control de ingesta de medicamentos y alimentos) y el nivel de calidad de vida en los pacientes del estudio. Se observó que el grupo más numeroso correspondió a los pacientes con un nivel medio de control de ingesta de alimentos y medicamentos, y calidad de vida media, con 52 personas, lo que representó el

39,1% del total. En segundo lugar, se encontraron quienes presentaron nivel medio de control de ingesta de medicamentos y alimentos, y calidad de vida alta, con 37 pacientes (27,8%). Asimismo, 19 pacientes (14,3%) mostraron un nivel bajo de control de ingesta de medicamentos y alimentos, y calidad de vida media, mientras que 13 pacientes (9,8%) tuvieron un nivel alto de control de ingesta de medicamentos y alimentos, y calidad de vida media. Finalmente, se registraron 9 pacientes (6,8%) con nivel alto de control de ingesta y calidad de vida alta, 1 paciente (0,8%) con nivel bajo de control y calidad de vida alta, y 2 pacientes (1,5%) con nivel bajo de control de ingesta y calidad de vida baja, sin observarse casos con nivel medio o alto de control de ingesta y calidad de vida baja.

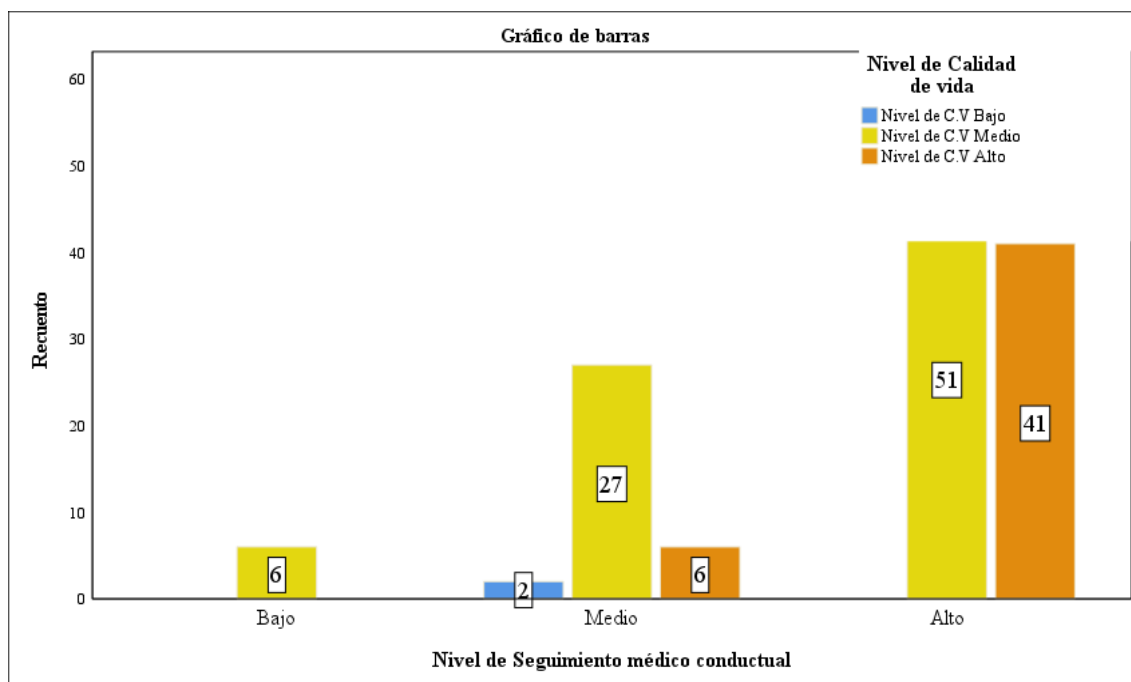
Tabla 9

Nivel de Seguimiento médico conductual y Nivel de Calidad de vida

			Nivel de Calidad de vida			
			Nivel de C.V	Nivel de C.V	Nivel de C.V	Total
			Bajo	Medio	Alto	
Nivel de Seguimiento médico conductual	Bajo	Recuento	0	6	0	6
		% del total	0,0%	4,5%	0,0%	4,5%
	Medio	Recuento	2	27	6	35
		% del total	1,5%	20,3%	4,5%	26,3%
	Alto	Recuento	0	51	41	92
		% del total	0,0%	38,3%	30,8%	69,2%
Total	Recuento	2	84	47	133	
	% del total	1,5%	63,2%	35,3%	100,0%	

Figura 9

Nivel de Seguimiento médico conductual y Nivel de Calidad de vida



La Tabla y Figura 9 muestran la distribución de los datos de forma cruzada entre la dimensión 2 del cumplimiento terapéutico (nivel de seguimiento médico conductual) y el nivel de calidad de vida en la población analizada. Se observó que el grupo más numeroso correspondió a los pacientes con seguimiento médico conductual alto y calidad de vida media, con 51 personas, lo que representó el 38,3% del total. En segundo lugar, se ubicaron quienes presentaron seguimiento alto y calidad de vida alta, con 41 pacientes (30,8%). Asimismo, 27 pacientes (20,3%) mostraron seguimiento médico conductual medio y calidad de vida media, mientras que 6 pacientes (4,5%) tuvieron seguimiento bajo y calidad de vida media y otros 6 (4,5%) seguimiento medio y calidad de vida alta. Finalmente, solo 2 pacientes (1,5%) presentaron seguimiento médico conductual medio y calidad de vida baja, sin observarse casos con seguimiento alto o bajo y calidad de vida baja.

Tabla 10

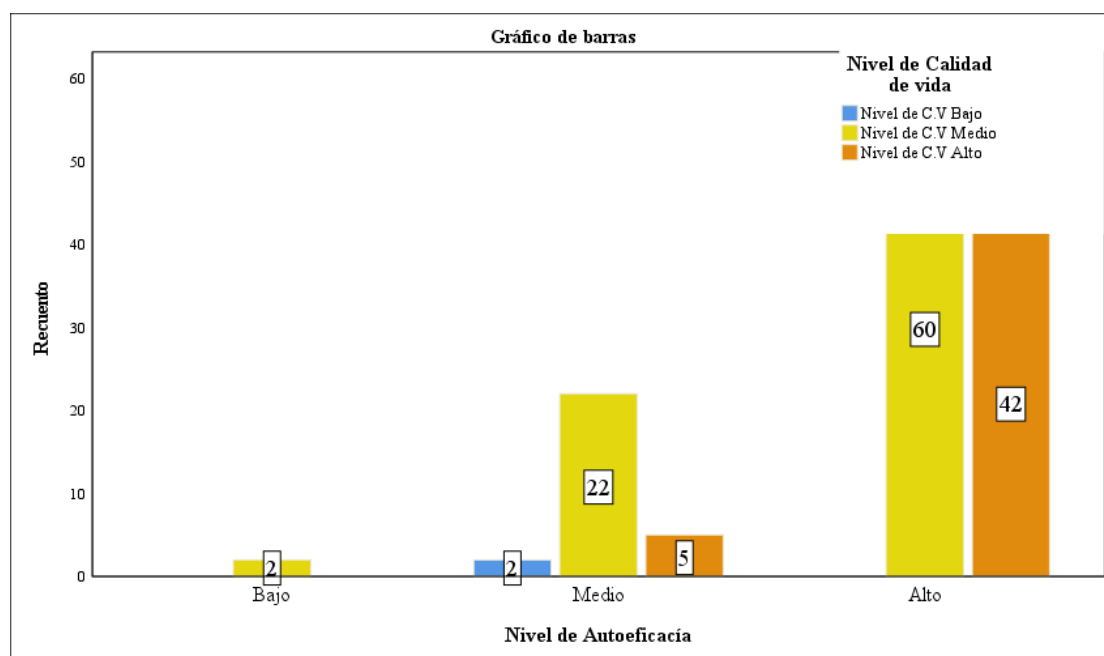
Nivel de Autoeficacia y Nivel de Calidad de vida

		Nivel de Calidad de vida			Total
		Bajo	Medio	Alto	
Bajo	Recuento	0	2	0	2

Nivel de		% del total	0,0%	1,5%	0,0%	1,5%
Autoeficacia	Medio	Recuento	2	22	5	29
		% del total	1,5%	16,5%	3,8%	21,8%
	Alto	Recuento	0	60	42	102
		% del total	0,0%	45,1%	31,6%	76,7%
Total		Recuento	2	84	47	133
		% del total	1,5%	63,2%	35,3%	100,0
						%

Figura 10

Nivel de Autoeficacia y Nivel de Calidad de vida



La Tabla y Figura 10 muestran la distribución de los datos de forma cruzada entre la dimensión 3 del cumplimiento terapéutico (nivel de autoeficacia) y el nivel de calidad de vida en los pacientes del estudio. Se observó que el grupo más numeroso correspondió a los pacientes con autoeficacia alta y calidad de vida media, con 60 personas, lo que representó el 45,1% del total. En segundo lugar, se ubicaron quienes presentaron autoeficacia alta y calidad de vida alta, con 42 pacientes (31,6%). Asimismo, 22 pacientes (16,5%) mostraron autoeficacia media y calidad de vida media, mientras que 5 pacientes (3,8%) tuvieron autoeficacia media y

calidad de vida alta. Finalmente, se registraron 2 pacientes (1,5%) con autoeficacia baja y calidad de vida media y 2 pacientes (1,5%) con autoeficacia media y calidad de vida baja, sin observarse casos con autoeficacia alta y calidad de vida baja ni con autoeficacia baja y calidad de vida baja o alta.

Tabla 11

Pruebas de normalidad

	Kolmogorov-Smirnov ^a			Shapiro-Wilk		
	Estadístico	gl	Sig.	Estadístico	gl	Sig.
Variable Cumplimiento Terapéutico	,172	133	,000	,905	133	,000
Variable Calidad de vida	,092	133	,008	,968	133	,003

a. Corrección de significación de Lilliefors.

Debido a que la muestra está conformada por 133 participantes, se empleó la prueba de Kolmogorov-Smirnov con corrección de Lilliefors para evaluar la normalidad de los datos; dicha prueba mostró que la variable Cumplimiento Terapéutico ($p < 0.001$) y la variable Calidad de vida ($p = 0.008$) presentan valores de significancia inferiores a 0.05, por lo cual se rechaza la hipótesis nula de normalidad y se concluye que ambas variables no siguen una distribución normal, recomendándose el uso de procedimientos estadísticos no paramétricos.

Hipótesis estadística

H1: Existe relación entre cumplimiento terapéutico con la calidad de vida en pacientes con hipertensión arterial atendidos en la botica M&E. Comas, Lima, 2026.

H0: No Existe relación entre cumplimiento terapéutico con la calidad de vida en pacientes con hipertensión arterial atendidos en la botica M&E. Comas, Lima, 2026.

Tabla 12

Correlaciones de las variables analizadas

			Variable Cumplimiento Terapéutico	Variable Calidad de vida
Rho de Spearman	Variable Cumplimiento Terapéutico	Coeficiente de correlación	1,000	,434**
		Sig. (bilateral)	.	,000
		N	133	133
	Variable Calidad de vida	Coeficiente de correlación	,434	1,000
		Sig. (bilateral)	,000	.
		N	133	133

Contrastación de Hipótesis: La Tabla 12 presenta la correlación entre el cumplimiento terapéutico y la calidad de vida en la población de estudio, calculada mediante el coeficiente Rho de Spearman. Se obtuvo un coeficiente de correlación de 0,434 entre ambas variables, con un valor de significancia bilateral $p = 0,000$, inferior al nivel de 0,01, señalando asociación positiva, moderada y estadísticamente significativa. Es decir, a mayor nivel de cumplimiento terapéutico, mayor es el nivel de calidad de vida percibida por los pacientes, y viceversa. Rechazándose la hipótesis nula (H_0) y aceptándose la hipótesis general de investigación.

Hipótesis específica 1:

H₁: Existe relación del control de ingesta de medicamentos y alimentos con la calidad de vida en pacientes con hipertensión arterial atendidos en la botica M&E. Comas, Lima, 2026.

H₀: No existe relación del control de ingesta de medicamentos y alimentos con la calidad de vida en pacientes con hipertensión arterial atendidos en la botica M&E. Comas, Lima, 2026.

Tabla 13

Correlaciones de la dimensión 1 con la variable

			D1. Control de ingesta de medicamentos y alimentos	Variable Calidad de vida
Rho de Spearman	D1. Control de ingesta de medicamentos y alimentos	Coeficiente de correlación	1,000	,403
		Sig. (bilateral)	.	,000
		N	133	133
	Variable Calidad de vida	Coeficiente de correlación	,403	1,000
		Sig. (bilateral)	,000	.
		N	133	133

Contrastación de hipótesis: La Tabla 13 muestra la correlación entre la dimensión 1 del cumplimiento terapéutico (control de ingesta de medicamentos y alimentos) y la calidad de vida en los pacientes participantes del estudio. El coeficiente Rho de Spearman obtenido fue de 0,403, con un valor de significancia bilateral $p = 0,000$, inferior al nivel de 0,01, lo que evidencia una relación positiva y estadísticamente significativa entre ambas variables. Esto significa que, a medida que los pacientes presentan un mejor control de la ingesta de sus medicamentos y de los alimentos indicados, también tienden a reportar una calidad de vida más favorable. Por tanto, se rechaza la hipótesis nula (H_0) y se acepta la hipótesis específica 1 (H_1).

Hipótesis específica 2:

H₂: Existe relación del seguimiento médico conductual con la calidad de vida en pacientes con hipertensión arterial atendidos en la botica M&E. Comas, Lima, 2026.

H₀: No Existe relación del seguimiento médico conductual con la calidad de vida en pacientes con hipertensión arterial atendidos en la botica M&E. Comas, Lima, 2026.

Tabla 14

Correlaciones de la dimensión 2 con la variable

			D2. Seguimiento médico conductual	Variable Calidad de vida
Rho de Spearman	D2. Seguimiento médico conductual	Coeficiente de correlación	1,000	,421
		Sig. (bilateral)	.	,000
		N	133	133
	Variable Calidad de vida	Coeficiente de correlación	,421	1,000
		Sig. (bilateral)	,000	.
		N	133	133

Contrastación de hipótesis: La Tabla 14 presenta la correlación entre la dimensión 2 del cumplimiento terapéutico, correspondiente al seguimiento médico conductual, y la calidad de vida en la mencionada población. El coeficiente Rho de Spearman fue de 0,421, con un valor de significancia bilateral $p = 0,000$, menor que 0,01, lo que evidencia una relación positiva, de magnitud moderada y estadísticamente significativa entre ambas variables. Este resultado indica que los pacientes que muestran un mejor seguimiento de las indicaciones y controles médicos tienden a reportar una calidad de vida más alta. Por tanto, se descarta la hipótesis nula (H_0) y se confirma la hipótesis específica 2.

Hipótesis específica 3 (factores psicosociales)

H₃: Existe relación de la autoeficacia farmacoterapéutica con la calidad de vida en pacientes con hipertensión arterial atendidos en la botica M&E. Comas, Lima, 2026.

H₀: No Existe relación de la autoeficacia farmacoterapéutica con la calidad de vida en pacientes con hipertensión arterial atendidos en la botica M&E. Comas, Lima, 2026.

Tabla 15

Correlaciones de la dimensión 3 con la variable

			D3. Autoeficacia	Variable Calidad de vida
Rho de Spearman	D3. Autoeficacia	Coeficiente de correlación	1,000	,406
		Sig. (bilateral)	.	,000
		N	133	133
	Variable Calidad de vida	Coeficiente de correlación	,406	1,000
		Sig. (bilateral)	,000	.
		N	133	133

Contrastación de hipótesis: La Tabla 15 resume la relación entre la dimensión 3 del cumplimiento terapéutico, correspondiente a la autoeficacia farmacoterapéutica, y la calidad de vida en los participantes del estudio. El análisis mediante Rho de Spearman arrojó un coeficiente de 0,406, con una significancia bilateral $p = 0,000$, valor inferior al umbral de 0,01, lo que pone en evidencia una correlación positiva, de magnitud moderada y estadísticamente significativa. Este hallazgo indica que, cuanto mayor es la percepción de autoeficacia para manejar el tratamiento antihipertensivo, mejores son los niveles de calidad de vida que reportan los pacientes. En consecuencia, se invalida la hipótesis nula (H_0) y se corrobora la hipótesis específica 3.

IV. DISCUSIÓN

La presente investigación, a partir de su objetivo principal, halló que existe una relación positiva, moderada y estadísticamente significativa entre el cumplimiento terapéutico y la calidad de vida en pacientes con hipertensión arterial. Estos resultados, se asemejan a los del estudio de León (14) donde se observó que el cumplimiento terapéutico en pacientes hipertensos de Trujillo se asocia a mayor calidad de vida, así como menor número de síntomas

somáticos y un estado de ánimo más positivo. De forma similar, Quilca y Vélchez (15), mediante su investigación en pacientes con hipertensión atendidos en una posta en Chilca, encontraron una relación positiva significativa entre dichas variables, agregando que cuando los pacientes cumplen el tratamiento es más probable tengan también una mejor calidad de vida.

También, Sembiring et al. (48) hallaron una asociación estadísticamente significativa entre las mismas variables en Indonesia, apuntando que a mayor adherencia, mejores niveles de calidad de vida percibida; y que ningún participante con baja adherencia alcanzó una calidad de vida alta; por el contrario, la mayor parte de estos pacientes que presentaban alta adherencia se situaron en rangos moderados o altos de calidad de vida. Otro estudio con resultados semejantes es el Jneid et al. (49) que evidenciaron que mayor adherencia a la medicación antihipertensiva se asocia de manera significativa con mejores niveles de calidad de vida en sus dimensiones física, psicológica y global. Asimismo, al cumplimiento adecuado del tratamiento se asocia a mayor satisfacción con el tratamiento y más confianza al médico, factores que permiten promover una mejor calidad de vida en el paciente hipertenso.

A modo de contraste con las conclusiones de este trabajo, Yuncacallo e Izarra (22) no observaron una asociación estadísticamente significativa entre adherencia y calidad de vida en pacientes con diabetes de la ciudad de Lima. De manera similar, Alsaqabi y Rabbani (50) no evidenciaron vínculo estadístico significativo entre el grado de cumplimiento del tratamiento farmacológico y alguno de los dominios específicos de la calidad de vida (físico, psicológico, social y ambiental) en pacientes con hipertensión. Estas diferencias, podrían deberse en cierta medida a las diferencias de población, siendo en el primer caso, población con diabetes, y en último estudio, población árabe.

Respecto al primer objetivo específico, se evidencia que la dimensión "control de ingesta de medicamentos y alimentos" del cumplimiento terapéutico mostró asociación

significativa con la calidad de vida. En ese sentido, es conveniente citar la investigación de Cajachagua et al. (18) en Chile, quienes hallaron que la alimentación saludable se vincula de forma significativa con un mayor cumplimiento del tratamiento en hipertensos, lo que muestra similitud con la dimensión de control de ingesta de este trabajo. Otro estudio que respalda los resultados de este trabajo son los de Khalesi et al. (51) quienes hallaron que los adultos australianos con hipertensión que poseen mayor conocimiento sobre nutrición y mantienen hábitos alimentarios más saludables tienden a adoptar un estilo de vida más favorable y presentan mejor calidad de vida relacionada con la salud. Además, refieren que ambos factores elevan la probabilidad de presentar más alta adherencia al tratamiento farmacológico.

A modo de comprensión de los hallazgos mencionado en el párrafo previo, Ghayadh (52) ha mencionado que los adultos hipertensos que presentan mejores hábitos dietéticos y estilos de vida más saludables, por lo general informan mejor calidad de vida y una mayor probabilidad de cumplir con los tratamiento médicos. En esa línea, se puede resaltar como el control de alimentos es un factor trascendental para el cumplimiento terapéutico y su impacto positivo sobre la calidad de vida.

En relación al segundo objetivo específico, se encontró que la dimensión "seguimiento médico conductual" se asocia con la calidad de vida en los participantes hipertensos de este trabajo. De forma análoga, Anchivilca (21) mostró en Lima que el seguimiento farmacoterapéutico aumenta la adherencia de 39,4% a 60,6%, dicho seguimiento a su vez tuvo una mejora en la calidad de vida de pacientes hipertensos de 40 a 75 años residentes en Lima. Otra investigación que se asemeja con lo reportado en este trabajo fue la de Rupakheti et al. (17) en Nepal, quienes evidenciaron que la adherencia subóptima, influida por falta de seguimiento, se refleja en peor calidad de vida relacionada con la salud en pacientes con hipertensión de este país.

También, Bolarinwa et al. (53) tuvieron resultados consistentes con el presente estudio, hallando que en pacientes nigerianos que padecían hipertensión, aquellos que recibieron seguimiento médico presentaron mayores niveles en el aspecto físico de su calidad de vida asociada a la salud. En la misma línea, Zhang et al. (54), coinciden con sus hallazgos, al evidenciar que los pacientes diagnosticados con hipertensión en China que siguieron las indicaciones medicas tuvieron mejoras más significativas en los componentes físico (PCS) y mental (MCS) del SF-36. Además, elevaron puntuaciones en diversas dimensiones, como el funcionamiento físico, el rol físico, la salud general, el rol emocional y la salud mental. Por su parte, Sadeghi (55) encontró los pacientes de un hospital Iraní que recibieron esta intervención de seguimiento estructurado y contactos periódicos redujeron de forma importante la presión arterial y mejor calidad de vida, a diferencia del grupo con atención habitual, donde no se observaron cambios importantes.

Es importante resaltar lo mencionado por Cuyisa et al. (16), quienes apuntan que mayores tasas de seguimiento terapéutico repercute en mejores puntajes en funcionamiento físico y social, por lo que es fundamental realizar un seguimiento adecuado a los pacientes con esta enfermedad y otras similares. En ese sentido, los autores mencionados refieren que la baja adherencia se asocia a peor calidad de vida, y de forma viceversa. Por su parte, Carrión et al. (11) destaca que seguir las indicaciones medicas del tratamiento se asocia a mejor estado de ánimo, así como a menor cantidad de manifestaciones somáticas. Agregando que, el cumplimiento terapéutico se relaciona a mejor estado de ánimo y una menor aparición de síntomas somáticos en pacientes con hipertensión.

Respecto al tercer objetivo específico, se observó que la dimensión "autoeficacia farmacoterapéutica" presentó asociación significativa de mayor intensidad moderada con la calidad de vida. Estos resultados se asemejan a los de Deiwi y Maliya (56), quienes hallaron que la mayor parte pacientes hipertensas de Indonesia presentaban baja autoeficacia, baja

adherencia al tratamiento y una calidad de vida deteriorada. En contraste, los pacientes con autoeficacia alta tenían 1,8 veces más probabilidad de ser adherentes y 1,6 veces más probabilidad de reportar buena calidad de vida, en comparación a quienes tuvieron autoeficacia baja. Concluyendo que, la autoeficacia eleva las probabilidades de adherencia terapéutica y la calidad de vida en esta población. De forma muy similar, Lee et al. (57) halló que mayor nivel de salud mental y autoeficacia se asocian de forma directa con mayores índices de calidad de vida pacientes del departamento de nefrología de un hospital en Taiwán. Es decir que fomentar la autoeficacia en esta población, elevará significativamente su bienestar general.

Para mayor entendimiento de lo encontrado respecto a este último objetivo, se debe resaltar que la autoeficacia en el cumplimiento terapéutico influye sobre la motivación y persistencia en cumplir estos tratamientos crónicos, acontecimiento que hace posible elevar la calidad de vida de los pacientes a la vez que aumenta su responsabilidad personal (26). En ese sentido, se debe apuntar que eficacia sobre sí mismo es fundamental para cumplir el tratamiento y tener mejor calidad de vida, puesto que existe evidencia que la falta de confianza repercute en el abandono del tratamiento, deteriorando el bienestar físico y psicológico en esta población (36). No obstante, se conoce que distintas dificultades, como efectos adversos o falta de apoyo reducen la autoeficacia y calidad de vida, ello acentúa la necesidad de realizar intervenciones educativas en esta población (35).

Además, Anderson y Sanger (58) apuntan que en los pacientes con hipertensión, la autoeficacia se desempeña como recurso psicológico que mejora la calidad de vida, más específicamente en el área social. En otros termino, al sentirse capaces de manejar la enfermedad, las personas participan de forma más activa de actividades y roles sociales, reflejándose en mayores puntajes de calidad de vida social, más que en cambios directos en los síntomas físicos.

Las limitaciones del estudio estuvieron relacionadas con el tamaño y alcance de la muestra, el uso de cuestionarios de autorreporte, lo cual pudieron influir en la precisión de los resultados, además de su generalización a otros contextos o poblaciones de pacientes hipertensos. Estas limitaciones permiten concluir que la relación hallada entre cumplimiento terapéutico y calidad de vida sea es validad solo para la muestra, pero no necesariamente para todos los pacientes hipertensos de Lima o del Perú. Además, en los autorreportes, algunos participantes pueden haber sobreestimado su adherencia o su calidad de vida, afectando la correlación obtenida. Para estudios futuros, sería útil realizar investigaciones longitudinales o para conocer si la relación se mantiene en el tiempo. También convendría ampliar la muestra a más farmacias, boticas u hospitales, incluir otras zonas de Lima o regiones del país, y controlar variables como edad, sexo, comorbilidades, tiempo de enfermedad y polifarmacia.

V: CONCLUSIONES

Primera, se concluyó que existe una relación positiva, de magnitud moderada y estadísticamente significativa entre el cumplimiento terapéutico global y la calidad de vida en los pacientes con hipertensión arterial atendidos en la botica M&E. En esa línea, esta investigación sostiene que cuanto es el mayor nivel de cumplimiento del tratamiento, es más elevado también la calidad de vida percibida de esta población, y de manera viceversa.

Segunda, se concluyó que la dimensión control de la ingesta de medicamentos y alimentos del cumplimiento terapéutico se asoció de forma significativa a la calidad de vida, por ello, se infiere que los pacientes que siguen adecuadamente las indicaciones sobre dosis, horarios y pautas dietéticas también puntúan con mejores niveles de bienestar. De esta forma, se estaría aseverando que cumplir adecuadamente con la toma de medicamentos y alimentos indicados se asocia a una percepción positiva de su salud y funcionamiento cotidiano.

Tercera, se concluyó que el seguimiento médico conductual presenta asociación significativa con la calidad de vida, ya que, aquellos pacientes que asisten puntualmente a sus

controles, realizan los exámenes indicados y mantienen una coordinación continua con el sistema sanitario también refieren tener una mejor calidad de vida. Por ello, se considera la imprescindible que profesional medio monitoree permanente en a esta población y sus conductas.

Cuarta, se concluyó que la autoeficacia farmacoterapéutica se relaciona de forma significativa con la calidad de vida de los pacientes hipertensos, al observarse que los pacientes que se perciben capaces de organizar y sostener su tratamiento crónico muestran mayores niveles de adherencia, así como mayor bienestar y satisfacción con su vida. Así, se destaca la importancia de fortalecer la confianza personal de estos pacientes sobre el tratamiento de su enfermedad, contribuyendo a mejorar tanto la salud física y mental.

VI. REFERENCIAS

1. Diosdado M. MINICHAL e items predictores de peor calidad de vida en el varón con hipertensión arterial. Pública, Rev Española Salud [Internet]. 2024;98:1–13. Available from: https://scielo.isciii.es/scielo.php?pid=S1135-57272024000100111&script=sci_arttext&tlng=es
2. Organización Mundial de la Salud OMS. Datos y Cifras. 2023. Hipertensión. Available from: <https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/hypertension>
3. Salud OM de la. Comunicados de prensa. 2023. La OMS detalla, en un primer informe sobre la hipertensión arterial, los devastadores efectos de esta afección y maneras de ponerle coto. Available from: <https://www.who.int/es/news/item/19-09-2023-first-who-report-details-devastating-impact-of-hypertension-and-ways-to-stop-it>
4. Banegas J, Sánchez-Martínez M, Gijón-Conde T, López-García E, Graciani A, Guallar-Castillón P, et al. Cifras e impacto de la hipertension arterial en España. Rev Española Cardiol [Internet]. 2024;77(9):767–78. Available from: <https://doi.org/10.1016/j.recesp.2024.03.002>
5. Organización Panamericana de la Salud. Nota de prensa. 2021. Hipertensión. Available from: <https://www.paho.org/es/enlace/hipertension>
6. Parra D, López L, Vera L. Calidad de vida relacionada con la salud en personas con hipertensión y diabetes mellitus. Enfermería Glob [Internet]. 2020;(62):316–30. Available from: https://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1695-61412021000200010
7. Maluquis J. Facultad de ciencias de la salud [Internet]. Universidad Politécnica Amazónica; 2022. Available from: <https://core.ac.uk/reader/588314190>
8. Khalil H, Huang C. Adverse drug reactions in primary care : a scoping review. Khalil Huang BMC Heal Serv Res [Internet]. 2020;20(5):1–13. Available from:

<https://doi.org/10.1186/s12913-019-4651-7>

9. Insani W, Wei L, Abdulah R, Alfian S, Ramadhani N, Andhika R, et al. Exploring the association of adverse drug reactions with medication adherence and quality of life among hypertensive patients : a cross - sectional study. *Int J Clin Pharm* [Internet]. 2025;47:354–64. Available from: <https://doi.org/10.1007/s11096-024-01832-9>
10. Chantzaras A, Yfantopoulos J. Asociación entre la adherencia a la medicación y la calidad de vida relacionada con la salud en pacientes con hipertensión y dislipidemia. *Hormones* [Internet]. 2023;22:665–76. Available from: doi.org/10.1007/s42000-023-00471-5
11. Carrión M, Mesa-Cano I, Ramírez-Coronel A, Jaya L. Adherencia al tratamiento antihipertensivo y calidad de vida en adultos de Nabón. *Arch Venez Farmacol y Ter.* 2021;40(3):290–6.
12. Ministerio de salud del Perú. Nota de prensa. 2023. Alrededor de 7 millones de peruanos sufren de hipertensión arterial.
13. infobae. Nota de orensa. 2024. El 22 % de peruanos sufre de hipertensión: ¿Quiénes son más vulnerabfile:///C:/Users/Rogelio/OneDrive/Desktop/ad.pngles y cómo es su tratamiento? Available from: 2024
14. León K. Adherencia al tratamiento farmacológico asociado a la calidad de vida de hipertensos [Internet]. Universidad Privada Antenor Orrego; 2023. Available from: <https://repositorio.upao.edu.pe/item/89b65d23-b308-4fea-9a08-dfb77ff59aac>
15. Quilca M, Vilchez G. Adherencia al tratamiento de hipertensión arterial y calidad de vida en pacientes adultos del centro de salud de chilca 2022 [Internet]. Universidad Peruana Los Andes; 2023. Available from: <https://repositorio.upla.edu.pe/handle/20.500.12848/8426>
16. Muyisa R, Watumwa E, Mataula D, Nzanzu A, Ngavo A, Kanduki R, et al. Quality of

- life and medication adherence of hypertensive patients in Eastern DR Congo : a cross-sectional study. Clin Epidemiol Glob Heal [Internet]. 2025;34:0–4. Available from: <https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S2213398425001721>
17. Rupakheti B, KC B, Bista D, KC S, Pandey K. Treatment Adherence and Health-Related Quality of Life Among Patients with Hypertension at Tertiary Healthcare Facility in Lalitpur , Nepal : A Cross-Sectional Study. Patient Prefer Adherence [Internet]. 2024;1(18):2077–90. Available from: <https://pmc.ncbi.nlm.nih.gov/articles/PMC11453163/>
 18. Cajachagua M, Vargas C, Ingles M, Chávez J. Estilos de vida asociados a la adherencia al tratamiento en pacientes hipertensos. Arch Venez Farmacol y Ter [Internet]. 2021;40(4):389–98. Available from: <https://www.dovepress.com/the-influence-of-quality-of-life-on-the-level-of-adherence-to-therapeu-peer-reviewed-fulltext-article-PPA>
 19. Monterrey M, Linares L, Toledo del Llano R, Vázquez A, Rivera D, Morales C. Adherencia farmacológica y calidad de vida relacionada con la salud en adultos mayores hipertensos. Rev Ciencias Médicas Pinar del Río [Internet]. 2021;25(2):1–10. Available from: <http://revcmpinar.sld.cu/index.php/publicaciones/article/view/4989>
 20. Idrogo R, Bravo F. Adherencia al tratamiento en pacientes adultos mayores con hipertensión arterial, Policlinico Carlos Castañeda Iparraguirre – la victoria” 2022 [Internet]. Universidad Señor de Sipán; 2022. Available from: <https://repositorio.uss.edu.pe/handle/20.500.12802/12846>
 21. Anchivilca J. Seguimiento farmacoterapéutico y calidad de vida relacionada a la salud en pacientes con hipertensión arterial de la botica Ortiz , febrero – julio 2021 Para optar el Grado Académico de Magíster en Atención Mg . Francisco Javier María RAMÍREZ CRUZ [Internet]. Universidad Nacional Mayor de San Marcos; 2023.

- Available from: <https://cybertesis.unmsm.edu.pe/item/5505cb6f-c43d-43ff-b362-66a1ab8d040f>
22. Yuncacallo G, Yzarra D. Asociación entre la calidad de vida y adherencia al tratamiento en pacientes con complicaciones de diabetes mellitus tipo 2 atendidos en consultorio externo del servicio de endocrinología del Hospital Nacional Dos de Mayo, Lima-Perú, 2020-2021 [Internet]. Universidad de San Martín de Porres; 2021.
Available from:
https://repositorio.usmp.edu.pe/bitstream/handle/20.500.12727/11601/yuncacallo_yzarra.pdf?sequence=1&isAllowed=y
 23. Carrillo-Bayas G, Llerena-Guachambala E. Participación familiar para mejorar la calidad de vida en personas con hipertensión arterial. *Rev Cient Dominio las ciencias*. 2020;6(4):240–53.
 24. Altamirano Carbajal G, Bringas E, Ventura E. Adherencia al tratamiento terapéutico en pacientes con hipertensión arterial que acuden a un centro de salud de Lima Norte, 2021. *Rev Cient Cuid y Salud Pública*. 2021;1(2):3–8.
 25. Alarcón M. Adherencia al tratamiento y calidad de vida en pacientes en hemodiálisis de una clínica de Lima [Internet]. Universidad Femenina del Sagrado Corazón; 2024.
Available from: <https://repositorio.unife.edu.pe/repositorio/handle/20.500.11955/1245>
 26. Penagos R, Vargas-Escobar L. Efectividad de una intervención de enfermería para modificar la autoeficacia y la sobrecarga del cuidador del paciente hemato-oncológico. *Rev Cuid*. 2020;11(2):1–18.
 27. Huallpa-López Y. Adherencia al tratamiento y calidad de vida del paciente en terapia de hemodiálisis en un hospital de Lima 2022 [Internet]. Universidad Privada Norbert Wiener; 2022. Available from:
<https://repositorio.uwiener.edu.pe/entities/publication/a53aa04d-3867-464d-b4f6->

c373478d997c

28. Profesionales MM versión para. Vista de paciente. 2025. Hipertensión. Available from: <https://www.msmanuals.com/es/professional/trastornos-cardiovasculares/hipertensión/hipertensión>
29. National Heart, Lung and BI. Temas de salud. 2024. ¿Qué es la presión arterial alta? Available from: <https://www.nhlbi.nih.gov/health/high-blood-pressure>
30. Abad M, Angamarca G, Pardo D. Factores Asociados a la Adherencia al Tratamiento Farmacológico en Pacientes con Hipertensión Arterial en la Parroquia Palanda, Año 2018. *Cienc Lat Rev Científica Multidiscip*. 2023;7(4):7999–8016.
31. Sahury S, Díaz Valle D, Maradiaga R. Adherencia al tratamiento antihipertensivo y calidad de vida en instituciones de segundo nivel de atención. *Rev Med Hondur*. 2024;92(2):123–9.
32. SEHLEHA. Guía sobre el diagnóstico y el tratamiento de la hipertensión arterial en España 2002. *Hipertens y riesgo Vasc*. 2022;39:174–94.
33. Bragulat E, Antonio M. Tratamiento farmacológico de la hipertensión arterial: fármacos antihipertensivos. *Med Integr [Internet]*. 2024;37(5):215–21. Available from: <http://www.elsevier.es/es-revista-medicina-integral-63-articulo-tratamiento-farmacologico-hipertension-arterial-farmacos-10022764>
34. Hu Z, Zhang H, Sun Y, Wang Y, Meng R, Shen K, et al. Factors affecting treatment adherence among patients with hypertension based on the PRECEDE model: A cross-sectional study from a delay discounting perspective. *Int J Clin Heal Psychol*. 2025;25:1–10.
35. Peña-Valenzuela A, Ruiz-Cervantes W, Barrios Olán C, Chávez-Aguilasoch A. Relación médico-paciente y adherencia terapéutica en pacientes con hipertensión arterial. *Rev Med Inst Mex Seguro Soc [Internet]*. 2023;61(1):55–60. Available from:

<http://revistamedica.imss.gob.mx/>

36. Chalco M, López C, Pascual J. Propiedades psicométricas de la Escala de Adherencia Terapéutica basada en comportamientos explícitos en pacientes con insuficiencia renal crónica. *Rev Investig en Psicol* [Internet]. 2023;26(1):46–70. Available from: doi: <https://doi.org/10.15381/rinvp.v26i1.25070>
37. Organización Mundial de la salud. Herramientas y kits de herramientas. 2025. WHOQOL: Medición de la calidad de vida. Available from: <https://www.who.int/tools/whoqol>
38. Rebollo-Rubio A, Morales-Asencio J, Pons-Raventos M, Mansilla-Francisco J. Revisión de estudios sobre calidad de vida relacionada con la salud en la enfermedad renal crónica avanzada en España. *Rev Nefrol*. 2015;35(1):92–109.
39. Ruidiaz-Gómez K, Cacante-Caballero J. Desenvolvimento histórico do conceito de Qualidade de Vida: uma revisão da literatura. *Rev Cienc y Cuid*. 2021;18(3):86–99.
40. Lecca N. Calidad De Vida Y Adherencia al Tratamiento de pacientes en hemodiálisis, clinica de enfermedades Renal Grau, 2022 [Internet]. Universidad Privada Norbert Wiener Facultad; 2022. Available from: <https://repositorio.uwiener.edu.pe/server/api/core/bitstreams/5a55f66e-3b86-43a5-b322-6c30c9489120/content>
41. Lozada Zapata A, Piscoya J, Shiraishi C, Mendieta Albañil W. Calidad de vida y adherencia terapéutica en un programa de hipertensión arterial. *Rev Salud Pública*. 2020;22(6):618–25.
42. Ramos X. Propiedades Psicométricas del Cuestionario de Calidad de Vida en Adultos Mayores de Trujillo [Internet]. Universidad César Vallejo; 2019. Available from: https://repositorio.ucv.edu.pe/bitstream/handle/20.500.12692/36627/Quito_RNJE.pdf?sequence=1&isAllowed=y

43. Hernández R, Mendoza C. Metodología de la investigación. Las rutas cuantitativa, cualitativa y mixta. *Rev Univ Digit Ciencias Soc.* 2019 Jan;10(18):92–5.
44. Gomez S. Metodologia de la investigación. 1a ed. Mexico: Red Tercer Milenio; 2012.
45. Vega G, Ávila J, Vega A, Camacho N, Becerril A, Leo G. Paradigmas en la investigación -Enfoque cuantitativo y cualitativo. *Eur Sci J.* 2014;10(15):523–8.
46. Hadi M, Martel C, Huayta F, Rojas R, Arias J. Metodología de la investigación: Guía para el proyecto de tesis. Instituto Universitario de Innovación Ciencia y Tecnología Inudi Perú; 2023.
47. Secretariado O del. Informe Belmont [Internet]. Agencia: Departamento de Salud, Educación, y Bienestar; 1979. Available from:
<http://informebelmont.blogspot.com/2014/09/informe-belmont.html>
48. Sembiring S, Widyaningsih T, Angow T, Diannita C, Manihuruk G. Medication Adherence and Quality of Life Among Hypertensive Patients: a Cross-Sectional Study in a Primary Health Care Setting in Indonesia. *J Keperawatan Suaka Insa.* 2025;10(2):274–183.
49. Jneid S, Jabbour H, Hajj A, Sarkis A, Licha H, Hallit S, et al. Quality of Life and Its Association With Treatment Satisfaction, Adherence to Medication, and Trust in Physician Among Patients With Hypertension: A Cross-Sectional Designed Study. *J Cardiovasc Pharmacol Ther.* 2020;23(6):532–42.
50. Alsaqabi Y, Rabbani U. Medication Adherence and Its Association With Quality of Life Among Hypertensive Patients Attending Primary Health Care Centers in Saudi Arabia. *Cureus.* 2020;12(12):1–13.
51. Khalesi S, Irwin C, Sun J. Dietary Patterns, Nutrition Knowledge, Lifestyle, and Health-Related Quality of Life: Associations with Anti-Hypertension Medication Adherence in a Sample of Australian Adults. *High Blood Press Cardiovasc Prev.*

- 2018;24:453–62.
52. Ghayadh A, Naji A. Treatment Adherence and its Association to Quality of Life among Patients with Hypertension. *Pak Hear J.* 2023;56(2):44–9.
 53. Bolarinwa O, Juni M, Nor A, Salmiah M, Akande T. Mid-term Impact of Home-based Follow-up Care on Health-related Quality of Life of Hypertensive Patients at a Teaching Hospital in Ilorin, Nigeria. *Niger J Clin Pract.* 2020;22(1):69–78.
 54. Zhang C, Li Y, Zhu X. Continuous care in hypertension management. Effects on blood pressure control, quality of life, and nursing satisfaction. *Medicine (Baltimore).* 2025;104(49):1–10.
 55. Sadeghi N, Ahmadi F, Rasekhi A. The Effect of Continuous Care Model on Blood Pressure and Quality of Life in Patients with Hypertension: A Randomized Clinical Trial. *J Caring Sci.* 2022;22(4):210–6.
 56. Dewi A, Maliya A. The Role of Self-Efficacy in Treatment Adherence and Quality of Life Improvement in Hypertensive Patients. *Heal Tadulako J (Jurnal Kesehatan Tadulako)* [Internet]. 2025;11(4):636–44. Available from: <https://jurnal.fk.untad.ac.id/index.php/htj/article/view/1791>
 57. Lee M, Chen Y, Tai C, Vivienne S. The mediating effect of self-efficacy in the relationship between mental health and quality of life in patients with hypertensive nephrology. *Lead Glob Nurs Res.* 2020;78(9):2827–36.
 58. Anderson E, Sanger A. Self-efficacy and Quality of Life in Hypertension and Type 2 Diabetes Mellitus Patients. *Conf Int Académicos.* 2024;11(1):16–28.

VII. ANEXOS

Anexo 1: Matriz de consistencia

Título: Cumplimiento terapéutico y calidad de vida en pacientes con hipertensión arterial atendidos en la botica M&E Comas. Lima 2026.

Formulación del Problema	Objetivos	Hipótesis	Variables	Diseño metodológico
Problema General ¿Cuál es la relación entre el cumplimiento terapéutico y calidad de vida en pacientes con hipertensión arterial atendidos en la botica M&E Comas. Lima, 2026?	Objetivo General Determinar la relación entre cumplimiento terapéutico y calidad de vida en pacientes con hipertensión arterial atendidos en la botica M&E Comas. Lima, 2026.	Hipótesis General Existe relación significativa entre cumplimiento terapéutico y calidad de vida en pacientes con hipertensión arterial que acuden a la botica M&E Comas. Lima, 2026.	Variable 1 Adherencia al tratamiento Dimensiones: - Control de ingesta de medicamentos y alimentos - Seguimiento médico conductual - Autoeficacia farmacoterapéutico	Tipo de Investigación: Básica Método: Cuantitativo Diseño: No experimental Nivel: Descriptivo-correlacional Población 200 pacientes que acuden a comprar medicamentos antihipertensivos y cumplen los criterios de inclusión/exclusión durante un mes de la botica M&E del distrito de Comas, Lima Muestra
Problemas Específicos ¿Cuál es la relación entre el control de ingesta de medicamentos y alimentos, y calidad de vida en pacientes con hipertensión arterial atendidos en la botica M&E Comas. Lima, 2026?	Objetivos Específicos Identificar la relación entre el control de ingesta de medicamentos y alimentos, y la calidad de vida en pacientes con hipertensión arterial atendidos en la botica M&E Comas. Lima, 2026.	Hipótesis Específica H1: Existe relación significativa entre el control de ingesta de medicamentos y alimentos, y la calidad de vida en pacientes con hipertensión arterial atendidos en la botica M&E Comas. Lima, 2026.	Variable 2 Calidad de vida Dimensiones: - Salud física - Salud psicológica - Relación social - Ambiente	
¿Cuál es la relación entre el seguimiento médico conductual, y la calidad de	Identificar la relación entre el seguimiento médico conductual, y la calidad de	H2: Existe relación significativa entre el seguimiento médico		

vida en pacientes con hipertensión arterial que acuden a la botica M&E Comas. Lima, 2026? Cuál es la relación entre la autoeficacia, y la calidad de vida en pacientes con hipertensión arterial que acuden a la botica M&E Comas. Lima, 2026?	vida en pacientes con hipertensión arterial atendidos en la botica M&E Comas. Lima, 2026. Identificar la relación entre la autoeficacia y calidad de vida en pacientes con hipertensión arterial atendidos en la botica M&E Comas. Lima, 2026.	conductual, y la calidad de vida en pacientes con hipertensión arterial atendidos en la botica M&E Comas. Lima, 2026. H3: Existe relación significativa entre la autoeficacia, y la calidad de vida en pacientes con hipertensión arterial atendidos en la botica M&E Comas. Lima, 2026.	Muestra probabilística: 133 pacientes. Instrumentos La adherencia al tratamiento se medirá por la técnica de la encuesta, el instrumento en particular será la Escala de Adherencia Terapéutica (EAT-13). El cuestionario posee 13 preguntas y 3 dimensiones. Todas las preguntas serán respondidas mediante escala Likert del 1 al 4. La calidad de vida de los pacientes con hipertensión se evaluará mediante la técnica de encuesta utilizando el cuestionario WHOQOL-BREF, compuesto por 26 ítems agrupados en cuatro dimensiones: salud física, salud psicológica, relaciones sociales y ambiente; todas las preguntas se responden en escala tipo Likert de 1 a 5. Análisis de datos Software estadístico SPSS versión 27.1 Análisis descriptivo y tabla de frecuencias y niveles. Prueba de normalidad Coeficiente de correlación de Pears o Spearman.
--	--	--	---

Anexo 2: Instrumento de recolección de datos

VARIABLE 1: CUMPLIMIENTO TERAPÉUTICO:

ESCALA DE CUMPLIMIENTO TERAPÉUTICO (ECT-13).

Instrucciones para completar el cuestionario:

Este cuestionario forma parte del estudio: “Cumplimiento terapéutico y calidad de vida en pacientes con hipertensión arterial atendidos en la botica M&E, Comas, Lima-2026”.

El cuestionario contiene preguntas sobre cómo sigue las indicaciones médicas respecto a la toma de medicamentos y a la adopción de hábitos saludables para el control de la hipertensión arterial.

Permite evaluar el cumplimiento, la regularidad y la adherencia a las indicaciones no farmacológicas.

Le solicitamos que responda con total sinceridad todas las preguntas. Sus respuestas son anónimas y confidenciales, utilizadas únicamente con fines de investigación.

- Agradecemos sinceramente el tiempo y la dedicación para responder.
¡Gracias por su colaboración!
- En primer lugar, responda, por favor de la forma más sincera posible las siguientes preguntas:

N°	ITEMS	R
1	¿Cuál es su nombre?	“Consignar en código”
2	¿Cuál es su edad?	
3	¿Cuál es su sexo?	
4	¿Cuándo el médico le ha diagnosticado hipertensión arterial?	
5	¿Cuándo empezó a tomar su medicamento para tratar la hipertensión?	

ESCALA DE CUMPLIMIENTO TERAPÉUTICO (ECT-13)

- Lea cuidadosamente cada pregunta.
- Marque el número que más refleja su experiencia.
- Si alguna pregunta no desea contestarla, puede dejarla en blanco e indicar el motivo al lado si lo desea.
- En caso de duda, consulte al encuestador (la persona que le entregó este cuestionario).

Recuerde:

- El objetivo de este cuestionario es comprender mejor las dimensiones que influyen en el cumplimiento en pacientes hipertensos atendidos en la botica M&E.
- Su participación es voluntaria y fundamental para contribuir al diseño de futuras acciones que mejoren el servicio y el bienestar de los pacientes.

ÍTEMS		Nunca	Algunas veces	Muchas veces	Siempre
1	Ingiero mis medicamentos de manera puntual				
2	No importa que el tratamiento sea largo, siempre ingiero mis medicamentos a la hora indicada				
3	Me hago análisis cuando el médico me indica.				
4	Si tengo que seguir una dieta rigurosa, lo hago				
5	Asisto a mis consultas de manera puntual.				

6	Sigo las recomendaciones del médico en cuanto a estar pendiente de cualquier síntoma que pueda afectar mi salud				
7	Como solo aquellos alimentos que el médico o nutricionista me indica.				
8	Si el médico me inspira confianza, sigo el tratamiento				
9	Durante mi tratamiento, regreso a consulta si el médico me indica para verificar mi estado de salud.				
10	Cuando me dan los resultados de mis análisis, estoy más seguro de lo que tengo y cumpla el tratamiento.				
11	Si en poco tiempo no veo mejoría en mi salud, dejo el tratamiento				
12	Como recomienda el médico, hago mis análisis clínicos periódicamente				
13	Aunque el tratamiento sea complicado, lo sigo.				

VARIABLE 2: CALIDAD DE VIDA**CUESTIONARIO DE CALIDAD DE VIDA WHOQOL – BREF****Instrucciones para completar el cuestionario:**

Este cuestionario forma parte del estudio: “Cumplimiento terapéutico y calidad de vida en pacientes con hipertensión arterial atendidos en la botica M&E, Comas, Lima-2026”.

Contiene preguntas dirigidas a valorar su percepción sobre el estado de salud física, el bienestar psicológico y la calidad de sus relaciones sociales. Permite conocer los diferentes aspectos que conforman la calidad de vida en personas que viven con hipertensión arterial.

Por favor, responda con total sinceridad todas las preguntas. Sus respuestas son anónimas y confidenciales, empleadas exclusivamente para fines de investigación científica

Instrucciones:

- Lea con atención cada pregunta.
- Marque el número que más refleje su situación actual, según la escala Likert de 1 a 5 (1 = Nunca; 5 = Siempre).
- Si alguna pregunta prefiere no responderla, puede dejarla en blanco y/o explicar el motivo si lo desea.
- Si tiene alguna duda, puede consultar al encuestador que le entregó este cuestionario.

Recuerde:

- El propósito de este cuestionario es ayudar a entender cómo la hipertensión arterial afecta la calidad de vida de los pacientes, para proponer mejoras en el acompañamiento y atención farmacéutica.
- Su participación es voluntaria y muy valiosa para el desarrollo de nuevas estrategias en salud.
- Le agradecemos profundamente por el tiempo y la atención dedicada.
¡Muchas gracias por colaborar!

N°	ITEMS	RESPUESTA				
1	¿Cómo puntuaría su calidad de vida del 1 al 5, siendo 1: Muy mal; 2: Mal; 3: Normal; 4: Bastante bien; 5: Muy bien?					
2	¿Cuán satisfecho/a está con su salud del 1 al 5, siendo 1: Muy insatisfecho/a; 2: Insatisfecho/a; 3: Normal; 4: Bastante Satisfecho; 5: Muy Satisfecho?					
Las siguientes preguntas hacen referencia a cuánto ha experimentado ciertos hechos en las dos últimas semanas.		Nada	Poco	Normal	Bastante	Extremadamen te
3	¿En qué medida piensa que el dolor (físico) le impide realizar sus actividades?	1	2	3	4	5
4	¿Cuánto necesita de tratamientos médicos para desempeñarse en su vida diaria?	1	2	3	4	5
5	¿Cuánto disfruta de la vida?	1	2	3	4	5
6	¿En qué medida siente que su vida tiene sentido?	1	2	3	4	55
7	¿Cuál es su capacidad de concentración?	1	2	3	4	
8	¿Cuánta seguridad siente en su vida diaria?	1	2	3	4	5
9	¿Cuán saludable es el ambiente físico de su alrededor?	1	2	3	4	5
Las siguientes preguntas hacen referencia a cuán totalmente usted experimenta o fue capaz de hacer ciertas cosas en las dos últimas semanas.		nada	poco	moderado	Bastante	Totalmente
10	¿Tiene energía suficiente para la vida diaria?	1	2	3	4	5
11	¿Acepta su apariencia física?	1	2	3	4	5
12	¿Tiene suficiente dinero para cubrir sus necesidades?	1	2	3	4	5
13	¿Qué disponible tiene la información que necesita en su vida diaria?	1	2	3	4	5
14	¿Hasta qué punto tiene oportunidad para realizar actividades de ocio?	1	2	3	4	5
15	¿Es capaz de desplazarse de un lugar a otro?	1	2	3	4	5
Las siguientes preguntas hacen referencia a cuán satisfecho(a) o bien se ha sentido en varios aspectos de su vida en las dos últimas semanas.		Muy insatisfecho	Insatisfecho/a	normal	Bastante satisfecho	Muy satisfecho/
17	¿Cuán satisfecho/a está con su habilidad para realizar sus actividades de la vida diaria?	1	2	3	4	5
18	¿Cuán satisfecho/a está con su capacidad de trabajo?	1	2	3	4	5
19	¿Cuán satisfecho/a está de sí mismo?	1	2	3	4	5
20	¿Cuán satisfecho/a está con sus relaciones personales?	1	2	3	4	5
21	¿Cuán satisfecho/a está con su vida sexual?	1	2	3	4	5
22	¿Cuán satisfecho/a está con el apoyo que obtiene de sus amigos?	1	2	3	4	5

23	¿Cuán satisfecho/a está de las condiciones del lugar donde vive?	1	2	3	4	5
24	¿Cuán satisfecho/a está con el acceso que tiene a los servicios sanitarios?	1	2	3	4	5
25	¿Cuán satisfecho/a está con su transporte?	1	2	3	4	5
a siguiente pregunta hace referencia a la frecuencia con que usted ha sentido o experimentado ciertos hechos en las dos últimas semanas		Nunca	Raramente	Medianamente	Frecuentemente	Siempre
26	¿Con que frecuencia tiene sentimientos negativos, tales como 1 2 3 4 5 6 8 tristeza, desesperanza, ansiedad, depresión?	1	2	3	4	5

Anexo 3: Consentimiento informado objeto de estudio involucren personas

CONSENTIMIENTO INFORMADO DE LA INVESTIGACIÓN

Título del proyecto de investigación:

“Cumplimiento terapéutico y calidad de vida en pacientes con hipertensión arterial atendidos en la botica M&E. Comas Lima, 2026”

Autor Responsable: Esther Nieves Quispe Janampa

Autor 2: Clida Efigenia Avendaño Velásquez

Institución:

Universidad Privada Norbert Wiener (UPNW)

I. INVITACIÓN

Estimado participante:

Le invitamos a participar en un estudio de investigación titulado: “Cumplimiento terapéutico y la calidad de vida en pacientes con hipertensión arterial atendidos en la botica M&E. Comas Lima, 2026”, desarrollado por investigadores de la Universidad Privada Norbert Wiener. A continuación, le proporcionamos información detallada sobre el estudio y su participación.

II. INFORMACIÓN

2.1 Propósito del estudio: El propósito de este estudio es identificar el cumplimiento terapéutico y la calidad de vida en pacientes con hipertensión arterial atendidos en la botica M&E. Comas Lima. Entender la relación entre ambas variables contribuye a mejorar la atención en salud global en la población limeña.

2.2. Duración del estudio: Aproximadamente 4 meses.

2.3. Número estimado de participantes: 114

2.4. Criterios de inclusión/exclusión:

Criterios de inclusión:

- Pacientes mayores de 18 años que padecen hipertensión arterial y acuden a la botica M & E ubicada en el distrito de Comas, región Lima,
- Pacientes que han sido diagnosticados con hipertensión arterial como mínimo hace 3 meses.

- Pacientes que toman medicamentos para tratar la hipertensión arterial desde hace 3 meses o más.
- Pacientes que acepten participar voluntariamente del estudio y firmen el consentimiento informado.

Criterios de exclusión:

- Paciente menores 18 años
- Pacientes que no padecen hipertensión arterial
- Pacientes que no cuentan con diagnóstico de hipertensión
- Pacientes que se automedican o sin receta médica
- Pacientes con alguna condición psicológica o psiquiátrica que le impida llenar la encuesta.
- Pacientes que se nieguen a participar del estudio

2.5. Procedimiento del estudio: Si usted decide participar, se le solicitará:

- Dar su consentimiento voluntario previo a su inclusión en el estudio.
- Completar un cuestionario anónimo con preguntas sobre información básica, antecedentes de salud, uso de medicamentos y factores asociados a la prescripción de psicofármacos.

El tiempo estimado para responder el cuestionario es de 15 a 20 minutos. Las respuestas serán confidenciales y anónimas, y solo se usarán con fines de investigación académica.

2.6 Riesgos: No existe ningún riesgo físico o psicológico derivado de su participación. El estudio es de carácter informativo y voluntario.

2.7 Beneficios: La información obtenida servirá para mejorar las estrategias de atención y prescripción en adultos mayores del hospital, lo que podría beneficiar a futuros pacientes. No existe un beneficio directo individual, pero sus respuestas contribuirán a la mejora de la atención médica en su comunidad.

2.8 Costos e incentivos: No hay ningún costo para usted ni compensación económica o entrega de medicamentos por participar.

2.9 Confidencialidad: Las respuestas serán codificadas y tratadas con absoluta confidencialidad y anonimato. Solo el equipo de investigación tendrá acceso a los datos. En ningún momento se publicará información que permita identificarlo como participante.

2.10 Derechos del participante: Su participación es totalmente voluntaria. Puede negarse a participar o retirarse del estudio en cualquier momento, sin ninguna penalización o pérdida de derechos. Asimismo, se cumplirá con los criterios éticos que establece el comité Institucional de ética e integridad científica de la universidad como son garantizar una selección equitativa de los sujetos de investigación, ya que así se evita cualquier tipo de discriminación o sesgo en la población participante. Asimismo, es fundamental mantener un balance adecuado entre los riesgos y beneficios esperados y proteger a los grupos vulnerables, resguardando su privacidad y confidencialidad de los datos recolectados durante la investigación

2.11 Preguntas/contacto: Si tiene preguntas o inquietudes, puede comunicarse con el autor responsable: Esther Nieves Quispe Janampa o mediante el correo electrónico: a2020100338@uwiener.edu.pe

o el Teléfono: 962-524-198. También puede contactar al Comité de Ética que validó este estudio a través de la Dra. Angelica Karina Minaya Galarreta, presidenta del Comité de Ética, al correo comite.etica@uwiener.edu.pe

2.12 Ocurrencias/Reclamos:

En caso de existir alguna ocurrencia o reclamos, puede contactar al Comité de Ética que validó este estudio a través de la Dra. Angelica Karina Minaya Galarreta, presidenta del Comité Institucional de Ética e Integridad Científica de UPNW, al correo comite.etica@uwiener.edu.pe

III. DECLARACIÓN DEL CONSENTIMIENTO

Declaro haber leído y comprendido el contenido de este Formulario de Consentimiento. He recibido una información clara sobre los objetivos, procedimientos y finalidades del estudio, así como respuesta a todas mis preguntas. Entiendo que mi participación es voluntaria y que puedo retirarme en cualquier momento sin que esto me perjudique de ninguna manera. Recibiré una copia firmada de este Formulario.

FIRMA DEL PARTICIPANTE <i>Nombre del participante:</i> <i>DNI/Carné de Extranjería/ Otros:</i>	HUELLA DACTILAR	____ / ____ / 202__. FECHA (dd/mm/aaaa
FIRMA DEL AUTOR RESPONSABLE <i>Nombre del autor participante:</i> <i>DNI/Carné de Extranjería/ Otros:</i>	HUELLA DACTILAR	____ / ____ / 202__. FECHA (dd/mm/aaaa
FIRMA DEL INTEGRANTE DEL EQUIPO DE INVESTIGACIÓN <i>Nombre del integrante del equipo de investigación:</i> <i>DNI/Carné de Extranjería/ Otros:</i>	HUELLA DACTILAR	____ / ____ / 202__. FECHA (dd/mm/aaaa
FIRMA DEL TESTIGO/REPRESNTANTE LEGAL <i>Nombre del Testigo o Representante Legal:</i> <i>DNI/Carné de Extranjería/ Otros:</i>	HUELLA DACTILAR	____ / ____ / 202__. FECHA (dd/mm/aaaa
NOTA: - La firma del testigo o representante legal será obligatoria solo si el participante tiene una		

discapacidad que le impida firmar o no saber leer ni escribir.

- Si otro integrante del equipo de investigación es asignado para aplicar este consentimiento informado deberá firmar en este documento.

- Recuerde que no se debe reclutar voluntarios de grupos “vulnerables” (presos, soldados, aborígenes, marginados, estudiantes o empleados con relaciones académicas o económicas con el investigador, etc.), salvo que el diseño de investigación beneficie directamente a dicha población.

Nota:

- Complete este documento con toda la información requerida en cada ítem, de forma detallada y acorde al tipo de proyecto. No se aceptarán respuestas incompletas, genéricas ni que omitan datos específicos.
- Todos los trámites vinculados a la orientación y a la emisión de la constancia de aprobación del proyecto se gestionan exclusivamente con el propio autor responsable, sin intermediación de los asesores.
- Contar con la constancia de aprobación por el CIEIC no garantiza la aceptación por parte de las instituciones donde pretende ejecutar el trabajo de investigación.

Anexo 1. Aprobación de Comité



COMITÉ INSTITUCIONAL DE ÉTICA E INTEGRIDAD CIENTÍFICA

CONSTANCIA DE APROBACIÓN DEL PROYECTO DE INVESTIGACIÓN

Lima, 11 de febrero del 2026.

Autor Responsable:

ESTHER NIEVES QUISPE JANAMPA

Exp. N°: 0087-2026

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: **"Cumplimiento terapéutico y Calidad de vida en pacientes con hipertensión arterial atendidos en la botica M&E. Comas. Lima 2026"**

Versión Nro. 2, aprobada por el asesor en fecha 10/02/ 2026.

El cual tiene como Autor(es) a:

ESTHER NIEVES QUISPE JANAMPA

CLIDA EFIGENIA AVENDAÑO VELÁSQUEZ

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. Angélica Karina Millaña Galarreta
Presidente
Comité Institucional de Ética e Integridad Científica
Universidad Privada Norbert Wiener

Anexo 2. Carta de aprobación de la institución

"Año de la recuperación y consolidación de la economía peruana"

Lima, 15 de febrero del 2026

Dr (a): Saragoza Humberta Peralta Palomino

Representante Legal/Propietario(a) de la Botica M&E

SOLICITO: Autorización para la ejecución de actividades de mi tesis en su establecimiento farmacéutico.

Yo, Sr. Esther Nieves Quispe Janampa, identificado con DNI 47850194 y Clida Efigenia Avendaño Velásquez con DNI 45723842, bachilleres en Farmacia y Bioquímica de la universidad NORBERT WIENER con el debido respeto nos presentamos ante Ud. y exponemos:

Que requiriendo ejecutar nuestro proyecto de investigación titulado "Cumplimiento terapéutico y Calidad de vida en pacientes con hipertensión arterial atendidos en la botica M&E. Comas. Lima 2026, y requiriendo recoger información de los usuarios, solicito nos pueda dar su autorización y brindar las facilidades para el logro de mis objetivos.

POR LO EXPUESTO:

Ruego acceda a nuestra petición.



Esther Nieves Quispe Janampa
47850194



Clida Efigenia Avendaño Velásquez
46485442

AUTORIZACIÓN:

Yo: Saragoza Humberta Peralta Palomino, identificada con DNI 09031559; Representante Legal/Propietario(a) de la Botica M&E, Comas, doy autorización y brindaré las facilidades para que los Bachilleres en Farmacia y Bioquímica, Esther Nieves Quispe Janampa y Clida Efigenia Avendaño Velásquez, ejecuten su proyecto de investigación titulado "Cumplimiento terapéutico y Calidad de vida en pacientes con hipertensión arterial atendidos en la botica M&E. Comas. Lima 2026", con el recojo de información de los usuarios de la Botica M&E, ubicada en el distrito de Comas, provincia y departamento de Lima.



Saragoza Humberta Peralta Palomino
09031559

Lima, 15 de febrero del 2026

Anexo 3. Informe del asesor de turnitin

QUISPE JANAMPA ESTHER -AVENDAÑO VELASQUEZ CLIDA TESIS 1.docx



Detalles del documento

Identificador de la entrega

trn:oid:::14912:583750305

Fecha de entrega

27 abr 2026, 12:48 p.m. GMT-5

Fecha de descarga

27 abr 2026, 12:53 p.m. GMT-5

Nombre del archivo

QUISPE JANAMPA ESTHER -AVENDAÑO VELASQUEZ CLIDA TESIS 1.docx

Tamaño del archivo

1.4 MB

80 páginas

23.360 palabras

100.078 caracteres

8% 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)

Fuentes principales

- 6%  Fuentes de Internet
- 3%  Publicaciones
- 7%  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

- 6% Fuentes de Internet
- 3% Publicaciones
- 7% 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	hdl.handle.net	1%
2	Trabajos entregados	Universidad Wiener on 2025-11-16	<1%
3	Internet	repositorio.ucv.edu.pe	<1%
4	Internet	docs.google.com	<1%
5	Trabajos entregados	Universidad Wiener on 2026-04-26	<1%
6	Trabajos entregados	Universidad Wiener on 2025-11-12	<1%
7	Trabajos entregados	Universidad Wiener on 2023-05-13	<1%
8	Trabajos entregados	Universidad Privada San Juan Bautista on 2026-04-01	<1%
9	Internet	repositorio.uwiener.edu.pe	<1%
10	Trabajos entregados	uwiener on 2024-02-25	<1%
11	Trabajos entregados	Universidad Wiener on 2025-08-07	<1%



12	Internet	repository.usta.edu.co	<1%
13	Trabajos entregados	Integración Moodle Presencial 4.3 on 2025-11-30	<1%
14	Internet	dspace.ueb.edu.ec	<1%
15	Trabajos entregados	Universidad Maria Auxiliadora SAC on 2022-11-12	<1%
16	Internet	repositorio.autonomadeica.edu.pe	<1%
17	Internet	www.researchgate.net	<1%
18	Internet	repositorio.upla.edu.pe	<1%
19	Internet	vivirahora.es	<1%
20	Publicación	Laut, Lázaro Luiz Mattos, Maria Virgínia Alves Martins, Fabrizio Frontalini, Pierre ...	<1%
21	Trabajos entregados	Universidad Tecnologica del Peru on 2026-04-24	<1%
22	Trabajos entregados	uwiener on 2023-09-14	<1%
23	Internet	www.amegendoscopia.org.mx	<1%
24	Trabajos entregados	uwiener on 2023-12-20	<1%
25	Trabajos entregados	Universidad Peruana Los Andes on 2021-05-25	<1%

26	Trabajos entregados	Universidad Privada San Juan Bautista on 2025-08-11	<1%
27	Publicación	Banda Choquenaira, Ronald. "Inteligencia emocional y gestión administrativa del...	<1%
28	Trabajos entregados	Universidad Andina del Cusco on 2025-02-22	<1%
29	Internet	renati.sunedu.gob.pe	<1%
30	Trabajos entregados	uwiener on 2024-10-05	<1%
31	Publicación	Mamani, Ronald Luis Churata. "Cultura organizacional y desempeño laboral en el ...	<1%
32	Internet	cuevaseditores.com	<1%
33	Trabajos entregados	Fundacion Universidad de San Andres on 2025-08-19	<1%
34	Publicación	Knott, Jonathan R. "Arterial oxygen saturation as a predictor of acute mountain si...	<1%
35	Publicación	Tamata Cordova, Nilda Ildaura. "Factores de riesgo y prevalencia de diabetes mel...	<1%
36	Trabajos entregados	Universidad Cesar Vallejo on 2016-04-12	<1%
37	Trabajos entregados	Universidad Wiener on 2025-11-24	<1%
38	Trabajos entregados	Universidad Wiener on 2026-01-04	<1%
39	Publicación	del Pilar Botello Reyes, Andrea. "Perspectiva espiritual y calidad de vida relaciona...	<1%

40	Internet	repositorio.uns.edu.pe	<1%
41	Trabajos entregados	BENEMERITA UNIVERSIDAD AUTONOMA DE PUEBLA BIBLIOTECA on 2024-11-27	<1%
42	Publicación	Marquina Feldman, Percy S. "The influence of corporate social responsibility on P...	<1%
43	Trabajos entregados	Universidad de Burgos UBUCV on 2025-05-22	<1%
44	Internet	dspace.ucuenca.edu.ec	<1%
45	Internet	dugi-doc.udg.edu	<1%
46	Internet	repositorio.udh.edu.pe	<1%
47	Internet	ri.uagro.mx	<1%
48	Trabajos entregados	uwiener on 2024-02-20	<1%
49	Internet	www.aulamedica.es	<1%

8% 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)

Fuentes principales

- 6%  Fuentes de Internet
- 3%  Publicaciones
- 7%  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

- 6%  Fuentes de Internet
- 3%  Publicaciones
- 7%  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	
hdl.handle.net		1%
2	Trabajos entregados	
Universidad Wiener on 2025-11-16		<1%
3	Internet	
repositorio.ucv.edu.pe		<1%
4	Internet	
docs.google.com		<1%
5	Trabajos entregados	
Universidad Wiener on 2026-04-26		<1%
6	Trabajos entregados	
Universidad Wiener on 2025-11-12		<1%
7	Trabajos entregados	
Universidad Wiener on 2023-05-13		<1%
8	Trabajos entregados	
Universidad Privada San Juan Bautista on 2026-04-01		<1%
9	Internet	
repositorio.uwiener.edu.pe		<1%
10	Trabajos entregados	
uwiener on 2024-02-25		<1%
11	Trabajos entregados	
Universidad Wiener on 2025-08-07		<1%