



UNIVERSIDAD
AUTÓNOMA
DE ICA

UNIVERSIDAD AUTÓNOMA DE ICA

FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD

PROGRAMA ACADÉMICO DE ENFERMERÍA

TESIS

La adherencia al tratamiento y el control de la presión arterial
en pacientes hipertensos del Hospital Rezola, Cañete, 2025

LÍNEA DE INVESTIGACIÓN

Salud pública, salud ambiental y satisfacción con los servicios
de salud

PRESENTADO POR

Torres Herhuay, Patty

**TESIS DESARROLLADA PARA OPTAR EL TÍTULO
PROFESIONAL DE LICENCIADA EN ENFERMERÍA**

ASESOR

Mg. Gómez Hernández, Freddy Wilfredo

<https://orcid.org/0000-0002-6486-6079>

Chincha, Perú, 2025

CONSTANCIA DE APROBACION



UNIVERSIDAD
AUTÓNOMA
DE ICA

CONSTANCIA DE APROBACIÓN DE INVESTIGACIÓN

Chincha, 31 de enero del 2026

Mg. Jose Yomil Perez Gomez
Decano de la Facultad de salud
Universidad Autónoma de Ica.

Presente. -

De mi especial consideración:

Sirva la presente para saludarla e informar que, las **Bach. TORRES HERHUAY PATTY** de la Facultad de salud, del programa Académico de ENFERMERIA, han cumplido con elaborar su:

PROYECTO DE TESIS

TESIS

TITULADO:

“LA ADHERENCIA AL TRATAMIENTO Y EL CONTROL DE LA PRESIÓN ARTERIAL EN PACIENTES HIPERTENSOS DEL HOSPITAL REZOLA, CAÑETE, 2025”

Por lo tanto, queda expedito para continuar con el procedimiento correspondiente para solicitar la emisión de la resolución para la designación de Jurado, fecha y hora de sustentación de la Tesis para la obtención del Título Profesional.

Agradezco por anticipado la atención a la presente, aprovecho la ocasión para expresar los sentimientos de mi especial consideración y deferencia personal. Cordialmente,

MG. GÓMEZ HERNÁNDEZ
FREDDY WILFREDO
CODIGO ORCID: 0000-0002-6486-6079
DNI: 21534061

DECLARATORIA DE AUTENTICIDAD DE LA INVESTIGACIÓN

Yo, Torres Herhuay Patty, identificada con DNI N° 46472288, en mi condición de estudiante del Programa Académico de Enfermería, de la Facultad de Ciencias de la Salud, en la Universidad Autónoma de Ica, y que habiendo desarrollado la Tesis titulada:

"LA ADHERENCIA AL TRATAMIENTO Y EL CONTROL DE LA PRESIÓN ARTERIAL EN PACIENTES HIPERTENSOS DEL HOSPITAL REZOLA, CAÑETE, 2025".

declaro bajo juramento que:

- La investigación realizada es de mi autoría. La tesis no ha cometido falta alguna a las conductas responsables de investigación, por lo que no se ha cometido plagio ni autoplagio en su elaboración.
- La información presentada en la tesis se ha elaborado respetando las normas de redacción para la citación y referenciación de las fuentes de información consultadas. Asimismo, el estudio no ha sido publicado anteriormente, ni parcial ni totalmente, con fines de obtención de algún grado académico o título profesional.
- Los resultados presentados en el estudio, producto de la recopilación de datos, son reales. Por lo tanto, el investigador no ha incurrido en falsedad, duplicidad, copia o adulteración de estos, ni parcial ni totalmente.
- La investigación cumple con el porcentaje de similitud establecido según la normatividad vigente de la Universidad (no mayor al 28%). El porcentaje de similitud alcanzado en el estudio es del: 12%.

Autorizo a la Universidad Autónoma de Ica, en caso de identificar plagio, autoplagio, falsedad de información o adulteración de datos, a proceder según lo indicado por la normatividad vigente de la universidad, asumiendo las consecuencias o sanciones que se deriven de alguna de estas malas conductas.

Chincha, 20 de diciembre de 2025

Torres Herhuay Patty
DNI:46472288



EL NOTARIO NO ASUME NINGUNA RESPONSABILIDAD SOBRE NINGUNA PARTE DEL CONTENIDO DE ESTE DOCUMENTO

DOCUMENTO NO REVISADO EN ESTA NOTARIA

CERTIFICADO QUE LA FIRMA PUESTA EN EL ACTO JURIDICO QUE ANTECEDE
 CORRESPONDE A: Torres Herhuay Patty
 IDENTIFICADO CON D.N.I. Nº 46472288 y biométrico
 EL NOTARIO NO ASUME RESPONSABILIDAD SOBRE EL CONTENIDO DEL
 DOCUMENTO, SOLO LEGALIZA LA FIRMATARI (109º DEL D. LEG. 1049)
 ANDAHUAYLAS: 20 FEB 2026


 Juan Pablo Cardenas Miranda
 ABOGADO
 NOTARIO DE ANDAHUAYLAS



0123968325



NOTARIA
CARDENAS MIRANDA JUAN PABLO
 SERVICIO DE AUTENTICACIÓN E IDENTIFICACIÓN BIOMÉTRICA



INFORMACIÓN PERSONAL

DNI 46472288
 Primer Apellido TORRES
 Segundo Apellido HERHUAY
 Nombres PATTY

CORRESPONDE

Al menos una impresión dactilar
 capturada (primera impresión dactilar)
 corresponde al DNI consultado.


 TORRES HERHUAY, PATTY
 DNI 46472288

INFORMACIÓN DE CONSULTA
 DACTILAR

Operador: 47647044 - Daryl Candia
 Alanoca
 Fecha de Transacción: 20-02-2026
 10:50:41
 Entidad: 10282958301 - CARDENAS
 MIRANDA JUAN PABLO

VERIFICACIÓN DE CONSULTA

Puede verificar la información en línea en:
<https://serviciosbiometricos.reniec.gob.pe/identifica/verificacion.de>
 Número de Consulta: 0123968325



DEDICATORIA

Dedico este trabajo de investigación, con amor y gratitud, a mis padres, quienes con su ejemplo, sacrificio y constante apoyo me enseñaron el valor del esfuerzo y la perseverancia. A mis seres queridos, por ser mi fuente de inspiración y fortaleza en cada etapa de mi formación profesional. Y, especialmente, a todos los niños y niñas que luchan cada día contra la anemia, porque ellos representan la esperanza de un futuro más saludable y justo. Dedico esta investigación a todos los profesionales de la salud que trabajan incansablemente en la prevención y tratamiento de la anemia infantil. Su compromiso diario con la niñez más vulnerable motiva la búsqueda de soluciones basadas en evidencia científica. Que este estudio sea un pequeño aporte al fortalecimiento de las acciones de salud pública y al bienestar de los niños menores de tres años del distrito de Imperial – Cañete.

AGRADECIMIENTO

Expreso mi más sincero agradecimiento a la Universidad [nombre de la institución], por brindarme las herramientas académicas necesarias para el desarrollo de esta investigación. A los docentes y asesores de tesis, por su orientación metodológica y su compromiso con la formación científica. A las autoridades y al personal del Centro de Salud Imperial – Cañete, por facilitar el acceso a la información y por su colaboración constante durante el trabajo de campo. Este logro es fruto del acompañamiento, la guía y la confianza depositada en mí durante todo el proceso investigativo.

Agradezco a Dios, fuente de sabiduría y fortaleza, por permitirme culminar esta etapa con perseverancia y fe. A mi familia, por su paciencia, comprensión y amor incondicional. A mis amigos y compañeros de carrera, por sus palabras de aliento y colaboración. Y, de manera especial, a las madres y niños que participaron en este estudio, quienes con su tiempo y confianza hicieron posible el desarrollo de esta investigación. Cada dato obtenido representa una voz que impulsa el cambio hacia una mejor salud infantil.

RESUMEN

El estudio tuvo como objetivo establecer la relación entre los factores asociados y la anemia ferropénica en niños menores de 3 años que asisten al Centro de Salud Imperial, en Cañete, durante el año 2025. Se desarrolló bajo un enfoque cuantitativo, de tipo descriptivo, correlacional y de diseño no experimental de corte transversal, aplicado a una muestra probabilística de 140 madres de familia. Los resultados mostraron que el 54.3 % de los participantes presentó un nivel bajo en los factores asociados, evidenciando condiciones desfavorables en el ámbito nutricional, socioeconómico y de cuidado infantil. Asimismo, se identificó una alta prevalencia de anemia, donde el 43.6 % correspondió al grado severo y el 25.0 % al moderado. El análisis estadístico reveló una correlación positiva fuerte y significativa ($\rho = 0.712$; $p < 0.01$) entre los factores asociados y la anemia ferropénica, demostrando que esta patología en la primera infancia es un fenómeno multicausal que requiere intervenciones integrales en salud, nutrición y entorno familiar.

Palabras clave: Anemia ferropénica, Factores asociados, Primera infancia, Salud pública

ABSTRACT

The study aimed to establish the relationship between associated factors and iron-deficiency anemia in children under 3 years of age who attend the Imperial Health Center in Cañete during the year 2025. It was conducted using a quantitative approach, with a descriptive and correlational scope, and a non-experimental cross-sectional design applied to a probabilistic sample of 140 mothers. The results showed that 54.3% of participants presented a low level of associated factors, revealing unfavorable conditions in nutritional, socioeconomic, and childcare aspects. Likewise, a high prevalence of anemia was identified, with 43.6% corresponding to the severe grade and 25.0% to the moderate grade. Statistical analysis revealed a strong and significant positive correlation ($\rho = 0.712$; $p < 0.01$) between the associated factors and iron-deficiency anemia, demonstrating that this condition in early childhood is a multicausal phenomenon that requires comprehensive interventions in health, nutrition, and the family environment.

Keywords: Iron-deficiency anemia, Associated factors, Early childhood, Public health

ÍNDICE

	Pág.
Caratula	i
Constancia de aprobación de investigación	ii
Declaratoria de autenticidad de la investigación	iii
Dedicatoria	iv
Agradecimiento	v
Resumen	vi
Abstract	vii
Índice general /Índice de tablas académicas y de figuras	viii
I. INTRODUCCIÓN	12
II. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA	14
2.1 Descripción del Problema	14
2.2. Pregunta de investigación general	16
2.3 Preguntas de investigación específicas	16
2.4 Objetivo general	17
2.5 Objetivos específicos	17
2.6 Justificación e importancia	17
2.7 Alcances y limitaciones	19
III. MARCO TEÓRICO	20
3.1 Antecedentes	20
3.2 Bases Teóricas	27
3.3 Marco conceptual	33
IV. METODOLOGÍA	35
4.1 Tipo y Nivel de la investigación	35
4.2 Diseño de la investigación	35
4.3 Hipótesis general y específicas	36
4.4 Identificación de las variables	37
4.5 Matriz de operacionalización de variables	38
4.6 Población-muestra	39
4.7 Técnicas e instrumentos de recolección de datos	40
4.8 Técnicas de análisis y procesamiento de datos	40
V. RESULTADOS	42
5.1 Presentación de Resultados	42
5.2 Interpretación de los Resultados	48
VI. ANÁLISIS DE LOS RESULTADOS	51
6.1 Análisis inferencial	51
VII. DISCUSIÓN DE LOS RESULTADOS	55
7.1 Comparación de los resultados	55
CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES	58
REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS	60
ANEXOS	67

Anexo 1: Matriz de consistencia	68
Anexo 2: Instrumento de recolección de datos	69
Anexo 3: Ficha de validación de instrumentos de medición	71
Anexo 4: Base de datos	77
Anexo 5: Informe de Turnitin al 28% de similitud	81
Anexo 6: Documentos administrativos	82
Anexo 7: Evidencias fotográficas	85

INDICE DE TABLAS

Tabla 1 Nivel de adherencia al tratamiento	42
Tabla 2 Resultados de dimension Cumplimiento farmacologico	43
Tabla 3 Resultados de dimensión: Seguimiento de recomendaciones no farmacológicas.....	44
Tabla 4 Resultados de dimensión: Relación paciente – sistema de salud	45
Tabla 5 Nivel de la presión arterial	46
Tabla 6 Resultados de dimensión: Gestión cotidiana.....	47
Tabla 7 Resultados de Dimensión: Regularidad en el monitoreo.....	48
Tabla 8 Resultados de Dimensión: Prevención de complicaciones	49
Tabla 9 Prueba de normalidad Shapiro–Wilk para los datos de adherencia al tratamiento y control de la presión arterial.....	53
Tabla 10 Correlación de spearman entre adherencia al tratamiento y control de la presión arterial.....	54
Tabla 11 Correlación de Spearman entre adherencia al tratamiento y gestión cotidiana.....	55
Tabla 12 Correlación de Spearman entre adherencia al tratamiento y regularidad en el monitoreo.....	56
Tabla 13 Correlación de Spearman entre adherencia al tratamiento y prevención de complicaciones.....	58

INDICE DE FIGURAS

Figura 1 Nivel de adherencia al tratamiento	42
Figura 2 Resultados de dimension Cumplimiento farmacologico	43
Figura 3 Resultados de dimensión: Seguimiento de recomendaciones no farmacológicas	44
Figura 4 Resultados de dimensión: Relación paciente – sistema de salud.....	45
Figura 5 Nivel de la presion arterial.....	46
Figura 6 Resultados de dimension: Gestion cotidiana.....	47
Figura 7 Resultados de Dimensión: Regularidad en el monitoreo.....	48
Figura 8 Resultados de Dimensión: Prevención de complicaciones.....	49

I. INTRODUCCIÓN

La hipertensión arterial (HTA) constituye uno de los principales problemas de salud pública a nivel mundial, al ser reconocida como un factor de riesgo determinante para enfermedades cardiovasculares, cerebrovasculares y renales. De acuerdo con la Organización Mundial de la Salud (OMS), aproximadamente 1.28 mil millones de adultos entre 30 y 79 años padecen hipertensión, de los cuales una gran proporción desconoce su diagnóstico o presenta un control inadecuado de la presión arterial, situación que incrementa la carga de morbilidad global¹.

En América Latina, los reportes de la Organización Panamericana de la Salud (OPS) advierten que casi una de cada cuatro personas adultas presenta hipertensión, con tasas de tratamiento y control aún por debajo de los estándares recomendados, lo que refleja una brecha importante en el manejo de esta enfermedad crónica².

En el Perú, la hipertensión representa una de las enfermedades crónicas no transmisibles con mayor prevalencia, asociándose al incremento de complicaciones cardiovasculares, hospitalizaciones y muertes prematuras. Estudios recientes muestran que, pese a los avances en cobertura y acceso a los servicios de salud, la adherencia al tratamiento antihipertensivo continúa siendo un reto. Factores como el bajo nivel de conocimiento sobre la enfermedad, la automedicación, las dificultades económicas y la limitada modificación de estilos de vida repercuten directamente en la eficacia terapéutica³.

En este contexto, la adherencia terapéutica se convierte en un componente esencial para lograr un control efectivo de la presión arterial. La literatura científica enfatiza que la adherencia al tratamiento farmacológico y no farmacológico que incluye cambios en la dieta, actividad física regular y reducción del consumo de tabaco y alcohol está estrechamente relacionada con el éxito del manejo de la hipertensión. Sin embargo, se reconoce que la adherencia depende de múltiples factores individuales, familiares, sociales y

del propio sistema de salud, lo que hace necesario abordar el tema desde una perspectiva integral⁴.

A nivel local, el Hospital Rezola de Cañete constituye un establecimiento de referencia para la población del sur de Lima y zonas aledañas, donde la hipertensión arterial es uno de los motivos de consulta más frecuentes en el servicio de medicina interna y consultorios externos⁵.

Pese a contar con protocolos de atención y disponibilidad de tratamientos, se observa que un número considerable de pacientes no logra mantener cifras adecuadas de presión arterial, lo que pone en evidencia la necesidad de explorar en qué medida la adherencia influye en los resultados clínicos de esta población. Por tanto, la presente investigación busca analizar la relación entre la adherencia al tratamiento y el control de la presión arterial en pacientes hipertensos atendidos en el Hospital Rezola de Cañete durante el año 2025.

El Capítulo I es el que brinda ante todo una visión general del estudio y el contexto de su desarrollo; el Capítulo II es el que recoge el planteamiento del problema, las preguntas, los objetivos, la justificación y la pertinencia de la investigación; el Capítulo III es el que expone el marco teórico, que incluye los antecedentes a nivel internacional, nacional, regional, local y las bases conceptuales; el Capítulo IV es el que hace el tratamiento de la metodología de la investigación, el tipo y nivel de investigación, el diseño metodológico, la operacionalización de variables y la formulación de hipótesis; después el Capítulo V es el que expone el cronograma de actividades y el Capítulo VI será el que expone el presupuesto necesario para llevar a cabo el proyecto; finalmente, los que son bibliografía y anexos que aparecen para dar soporte al trabajo.

II. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

2.1. Descripción de problema.

La hipertensión arterial (HTA) es una prioridad de salud pública mundial por su elevada carga de morbilidad y su control insuficiente. A escala global, se estima que 1.28 mil millones de adultos de 30 a 79 años viven con HTA; 46% no sabe que la padece, 42% recibe tratamiento y solo 21% mantiene la presión arterial controlada, evidenciando grandes brechas en la cascada de atención⁶.

La primera Global report on hypertension de la OMS subraya que 4 de cada 5 personas con HTA no están adecuadamente tratadas y que elevar el control poblacional al 50% podría evitar 76 millones de muertes entre 2023 y 2050⁷.

La evidencia de tendencias globales también muestra que, pese a avances, en 2019 las tasas de control fueron 23% en mujeres y 18% en hombres, con marcadas disparidades entre países y regiones⁸.

Un determinante crítico del mal control es la baja adherencia terapéutica. Un metanálisis global (2010–2020) con 27 millones de pacientes estimó la no adherencia entre 27% y 40%, mayor en países de ingresos bajos y medianos, asociada a peor control tensional, mayor hospitalización y mortalidad⁸.

Pese a disponer de fármacos eficaces y estrategias costo-efectivas (p. ej., protocolos estandarizados, combinaciones a dosis fija y equipos de salud entrenados), las guías internacionales insisten en que la implementación y la adherencia siguen siendo los cuellos de botella del control poblacional de la HTA⁹.

Existe un desacople entre la disponibilidad de intervenciones eficaces y su adopción sostenida por pacientes y sistemas de salud, que se traduce en bajas tasas de diagnóstico, tratamiento y control, y en alta no adherencia a nivel internacional¹⁰.

El Perú enfrenta una elevada carga de hipertensión arterial (HTA): estimaciones nacionales con base en encuestas poblacionales muestran que alrededor de uno de cada cinco peruanos presenta HTA (prevalencia ~20–21% en 2019–2023) y que la respuesta sanitaria aún exhibe brechas a lo largo de la “cascada de atención” (diagnóstico, tratamiento y control)¹¹.

En particular, entre 2019 y 2023 la conciencia de enfermedad aumentó de 49,2% a 55,4% y la proporción en tratamiento se situó entre 27,0% y 33,7%; sin embargo, el control tensional objetivo último de la atención alcanzó apenas 33% en 2023, evidenciando rezagos clínicos relevantes pese a leves mejoras recientes¹².

Estas cifras se traducen en un volumen importante de pacientes sin diagnóstico, sin tratamiento o sin control adecuado, con el consiguiente riesgo de eventos cardiovasculares y renales prevenibles. Las desigualdades geográficas agravan el problema: un análisis espacial con ENDES 2022 identificó conglomerados “alto-alto” de HTA en la franja costera incluida Lima y en zonas específicas de la sierra norte y la Amazonía¹³.

A nivel programático, el Ministerio de Salud reportó que, en 2022, el 62% de las personas con diagnóstico de HTA recibió tratamiento dentro del Programa Presupuestal 0018. Aunque este indicador refleja avances de cobertura, no garantiza por sí mismo el control de la presión arterial ni resuelve brechas en continuidad de cuidados, disponibilidad de medicamentos o adherencia terapéutica, dimensiones críticas para lograr impacto clínico¹⁴.

La adherencia al tratamiento emerge como un cuello de botella determinante. Evidencia local en servicios de EsSalud reportó una frecuencia de no adherencia de 52,7% durante el periodo de emergencia por COVID-19, asociada a factores del paciente, del proveedor y socioeconómicos; este hallazgo es congruente con otros estudios peruanos que subrayan la naturaleza multifactorial de la no adherencia y su vínculo con malos resultados clínicos¹⁴.

En la provincia de Cañete, perteneciente a Lima Provincias, la hipertensión arterial (HTA) se inserta en un contexto regional de alta carga. Análisis espaciales con datos de la ENDES 2022 muestran que el departamento de Lima concentra conglomerados “alto–alto” de HTA y que la prevalencia estandarizada por edad alcanza 22,1% en Lima Metropolitana, con hotspots que abarcan la costa donde se ubica Cañete¹⁵.

Ello sugiere una presión epidemiológica elevada en el entorno inmediato del Hospital de Apoyo Rezola (San Vicente de Cañete). En el propio ámbito regional, informes programáticos priorizan las enfermedades no transmisibles incluida la HTA por su contribución a la morbilidad y por factores de riesgo concomitantes como obesidad, lo que refuerza la necesidad de fortalecer el control de la presión arterial en la red Cañete–Yauyos¹⁵.

Este panorama respalda la pertinencia de investigar, en el Hospital Rezola de Cañete¹⁵. La relación entre adherencia al tratamiento y control de la presión arterial. A falta de registros provinciales consolidados de HTA y adherencia publicados recientemente, el cruce de evidencia regional (Lima como foco de alta prevalencia), programático local (priorización de HTA en la red Cañete–Yauyos) y conductual (no adherencia elevada en servicios de Lima) sugiere brechas factibles de intervenir mediante estrategias de educación, provisión continua de fármacos y seguimiento estructurado, alineadas con estándares y metas terapéuticas nacionales vigentes.

2.2. Pregunta de investigación general

¿Cuál es la relación entre la adherencia al tratamiento y el control de la presión arterial en pacientes hipertensos del Hospital Rezola, de Cañete 2025?

2.3. Preguntas de investigación específicas

P.E.01: ¿Cuál es la relación entre la adherencia al tratamiento y la gestión cotidiana en el control de presión arterial en pacientes hipertensos del Hospital Rezola, de Cañete 2025?

P.E.02: ¿Cuál es la relación entre la adherencia al tratamiento y la regularidad en el monitoreo en el control de la presión arterial en pacientes hipertensos del Hospital Rezola, de Cañete 2025?

P.E.03: ¿Cuál es la relación entre la adherencia al tratamiento y la prevención de complicaciones en el control de la presión arterial en pacientes hipertensos del Hospital Rezola, de Cañete 2025?

2.4. Objetivo general y específicos

2.4.1. Objetivo general

Determinar cuál es la relación entre la adherencia al tratamiento y el control de la presión arterial en pacientes hipertensos del Hospital Rezola, de Cañete 2025.

2.4.2. Objetivos específicos

O.E.01: Determinar cuál es la relación entre la adherencia al tratamiento y la gestión cotidiana en el control de presión arterial en pacientes hipertensos del Hospital Rezola, de Cañete 2025.

O.E.02: Determinar cuál es la relación entre la adherencia al tratamiento y la regularidad en el monitoreo en el control de la presión arterial en pacientes hipertensos del Hospital Rezola, de Cañete 2025.

O.E.03: Determinar cuál es la relación entre la adherencia al tratamiento y la prevención de complicaciones en el control de la presión arterial en pacientes hipertensos del Hospital Rezola, de Cañete 2025.

2.5. Justificación e importancia

Justificación teórica

El estudio aporta a la construcción de conocimiento en torno a la relación entre la adherencia al tratamiento y el control de la presión arterial en pacientes hipertensos, un campo de investigación ampliamente abordado a nivel internacional, pero con escasa evidencia contextualizada en el ámbito local de Cañete. Desde la perspectiva teórica, la investigación permite contrastar y enriquecer modelos explicativos sobre la adherencia terapéutica y su impacto clínico, contribuyendo al desarrollo de marcos conceptuales aplicables a la realidad peruana. De esta manera, se fortalece la literatura en ciencias de la salud respecto a la hipertensión arterial, generando bases sólidas para estudios posteriores en prevención, control y educación en salud.

Justificación práctica

En el Hospital Rezola de Cañete, la hipertensión arterial constituye una de las principales causas de atención médica en los servicios de consulta externa y emergencia. Sin embargo, se observa que un número significativo de pacientes no logra mantener sus niveles de presión arterial dentro de los rangos óptimos, en gran medida por problemas de adherencia al tratamiento farmacológico y no farmacológico. En este sentido, el presente estudio permitirá identificar de qué manera la adherencia influye en el control de la presión arterial, brindando información útil para los profesionales de salud del hospital, a fin de implementar estrategias de intervención clínica, programas de consejería y seguimiento que promuevan la adherencia y mejoren los resultados terapéuticos.

Justificación social

La hipertensión arterial es uno de los principales factores de riesgo de enfermedad cardiovascular, que constituye la primera causa de muerte en el Perú. Mejorar la adherencia y, con ello, el control de la presión arterial en los pacientes de Cañete no solo beneficiará a los individuos directamente

afectados, sino también a sus familias y a la comunidad en general, al reducir complicaciones, hospitalizaciones y gastos en salud. Este estudio responde así a una necesidad social de promover estilos de vida saludables, garantizar el acceso y la continuidad en el tratamiento y contribuir a elevar la calidad de vida de la población.

Justificación metodológica

Metodológicamente, el estudio representa una aplicación pertinente de un enfoque cuantitativo, correlacional y de diseño no experimental, que permitirá analizar la relación entre dos variables claves en el manejo de la hipertensión. Se emplearán instrumentos estandarizados y validados internacionalmente (p. ej., cuestionarios de adherencia y guías clínicas de medición de presión arterial), lo que asegura la confiabilidad y validez de los resultados. Asimismo, al situarse en un hospital de referencia provincial, el estudio ofrece la posibilidad de generalizar sus hallazgos a contextos similares en Lima Provincias, sirviendo de modelo para futuras investigaciones en otros establecimientos de salud.

Importancia

La investigación es importante porque contribuye a comprender cómo la adherencia terapéutica influye en el control de la hipertensión arterial en un hospital público de la región Lima Provincias. Sus resultados pueden orientar a los responsables de la gestión hospitalaria y a los profesionales de salud en el diseño de intervenciones costo-efectivas, que no solo mejoren los indicadores clínicos, sino que también reduzcan la carga económica y social asociada a la hipertensión. Además, el estudio tendrá un valor estratégico para las políticas de salud pública, pues sus hallazgos podrán servir de insumo para reforzar programas nacionales de prevención y control de enfermedades crónicas no transmisibles, contribuyendo a los Objetivos de Desarrollo Sostenible relacionados con la salud y el bienestar.

III. MARCO TEÓRICO

2.6. Antecedentes Internacionales

Figuerola et al. (2024) Ecuador, realizaron el estudio titulado “Factores que influyen en la adherencia al tratamiento antihipertensivo en pacientes de un centro de salud de Tulcán”. **Objetivo:** fue identificar los factores que influyen en la adherencia al tratamiento antihipertensivo. **Metodología:** utilizada tuvo un enfoque cuantitativo, de tipo descriptivo, aplicada a 58 pacientes hipertensos atendidos en dicho establecimiento, utilizando el cuestionario Morisky-Green–Levine. **Resultados:** mostraron que el 69% no olvidaba su medicación, aunque un 31% reconocía dificultades para cumplir con el tratamiento por motivos laborales y un 38% manifestó dudas sobre las dosis y horarios. Además, el 95% reportó barreras económicas para acceder a los medicamentos o alimentos recomendados. **Conclusión:** que, a pesar de algunos indicadores favorables, persisten obstáculos educativos, sociales y económicos que limitan la adherencia sostenida, afectando con ello el control de la presión arterial. ¹⁶

Rodríguez et al. (2024) Colombia, desarrollaron la investigación titulada “Relación entre adherencia farmacológica y no farmacológica en pacientes hipertensos ambulatorios de Valledupar”. **Objetivo:** cuyo propósito fue determinar la relación entre ambos tipos de adherencia en 333 pacientes hipertensos ambulatorios. **Metodología:** el estudio, de enfoque cuantitativo y diseño no experimental, aplicó el test de Morisky-Green y el autorreporte. **Resultados:** evidenciaron una adherencia farmacológica del 38,1%, una adherencia no farmacológica del 18,9% y una adherencia combinada de apenas el 9,6%. **Conclusión:** que los niveles de adherencia son bajos, lo cual compromete directamente el control de la presión arterial; por tanto, se recomendó implementar estrategias educativas y multidisciplinarias que promuevan la continuidad terapéutica en este tipo de pacientes. ¹⁷

Durán et al. (2024), Venezuela, llevaron a cabo el estudio titulado “Implementación de la iniciativa HEARTS para el control de la hipertensión arterial en comunidades rurales”. **Objetivo:** de evaluar la aplicación de dicha iniciativa en una comunidad rural de La Marroquina. **Metodología:** siguió un diseño cuasiexperimental con seguimiento de 52 pacientes durante cuatro meses, permitiendo medir indicadores de la cascada de atención de la hipertensión arterial. **Resultados:** mostraron un incremento notable en el control: al inicio solo el 11,5% presentaba control adecuado, mientras que al final del estudio el 92% se encontraba en tratamiento y el 52% alcanzó cifras de presión controlada. Asimismo, el 70% logró valores inferiores a 140/90 mmHg y el índice de madurez del programa fue de 4 sobre 5. **Conclusión:** que la implementación estandarizada del modelo HEARTS mejora de forma significativa el diagnóstico, tratamiento y control de la hipertensión en el corto plazo, recomendándose su sostenibilidad y extensión a nivel nacional. ¹⁸

Solís (2024) Chile, realizaron el estudio titulado “Factores sociales y de salud asociados a la discontinuidad terapéutica durante la pandemia de COVID-19”. **Objetivo:** fue analizar, a partir de la encuesta MOVID-IMPACT-C, los factores sociales y de salud asociados a la interrupción del tratamiento en adultos con enfermedades crónicas. **Metodología:** diseño transversal y se aplicaron modelos de regresión logística. **Resultados:** mostraron que el 40,42% de los participantes interrumpió sus terapias, siendo la hipertensión una de las condiciones más afectadas. Asimismo, se encontró que recibir atención en un nivel terciario (OR=0,58) o en urgencias (OR=0,14) disminuyó la probabilidad de discontinuar, mientras que vivir con diabetes la incrementó (OR=1,57). **Conclusión:** que, a pesar de la disponibilidad de servicios sanitarios, persisten barreras estructurales que afectan la adherencia sostenida al tratamiento, lo que repercute en el control de la presión arterial; por ello, se requiere fortalecer estrategias que garanticen la continuidad terapéutica en contextos de crisis. ¹⁹

Sabio et al. (2024) Argentina, elaboraron el estudio titulado “Percepción médica sobre el uso de tecnologías digitales en el manejo de la hipertensión arterial”. **Objetivo:** fue evaluar la percepción médica sobre el uso, adopción

y barreras de las herramientas digitales en el control de la hipertensión. **Metodología:** observacional y multicéntrica en una muestra de 247 profesionales, bajo la coordinación de la Sociedad Argentina de Hipertensión Arterial. **Resultados:** revelaron que el 92,3% de los médicos consideró que las herramientas digitales favorecen la adherencia, el 54,7% recibía registros domiciliarios de presión arterial por medios digitales y el 41,3% realizaba teleconsultas, aunque solo el 6,1% lo hacía mediante plataformas especializadas. Las principales barreras identificadas fueron la conectividad, el tiempo, la falta de regulación y la escasa remuneración. **Conclusión:** los autores señalaron que existe una alta aceptación de las tecnologías digitales para mejorar la adherencia, pero su impacto requiere superar las limitaciones organizacionales y de infraestructura.²⁰

Domenech y Strozzi et al. (2024) Uruguay, desarrollaron la investigación titulado “Validación del cuestionario Martín-Bayarre-Grau (MBG) para medir adherencia terapéutica en personas hipertensas”. **Objetivo:** fue medir la adherencia terapéutica mediante la validación de dicho instrumento. **Metodológico:** con enfoque cuantitativo de validación, aplicado a 125 pacientes mayores de 50 años de un servicio urbano-rural. El cuestionario presentó un alfa de Cronbach de 0,717 y una varianza explicada de 62,95% en cuatro factores. **Resultados:** demostraron validez de contenido y factibilidad para captar tanto la adherencia farmacológica como la no farmacológica (alimentación, actividad física y controles médicos). **Conclusión:** que el MBG es una herramienta válida, confiable y contextualizada para monitorear la adherencia en hipertensos, siendo útil para evaluar intervenciones orientadas al mejor control de la presión arterial.

21

Antecedentes Nacionales

Calderón et al. (2024) Cañete, realizaron el estudio titulado “Factores sociodemográficos asociados a la no adherencia al tratamiento en personas con hipertensión y diabetes en el Perú”. **Objetivo:** fue estimar que la mala adherencia a la medicación alcanza aproximadamente un 37% en personas con hipertensión y/o diabetes a nivel nacional. **Metodología:** de corte

transversal con más de quince mil participantes, lo que permitió identificar patrones de incumplimiento terapéutico en diversas regiones. **Resultados:** indicaron que la no adherencia fue más frecuente en varones, personas sin seguro de salud, individuos pertenecientes al quintil de menor riqueza y residentes en zonas de la sierra, mientras que la mayor edad tuvo un efecto protector. **Conclusión:** los autores señalaron que la no adherencia es un problema prevalente y determinado por factores estructurales y sociales, lo cual evidencia la urgencia de implementar estrategias de salud pública orientadas a mejorar el cumplimiento terapéutico. Estos hallazgos brindan un contexto fundamental para analizar, en Cañete, cómo la adherencia influye directamente en el control de la presión arterial en el Hospital Rezola.

22

Rivera-Lozada et al. (2024), Lima, desarrollaron el estudio titulado “Barreras de acceso y organización en la adherencia al tratamiento antihipertensivo durante la pandemia por COVID-19 en el Hospital Nacional Daniel Alcides Carrión”. **Objetivo:** fue analizar los factores que condicionaron la no adherencia en 241 pacientes hipertensos atendidos en dicho hospital. **Metodología:** correspondió a un diseño transversal analítico que permitió vincular el incumplimiento terapéutico con diversas barreras de acceso y organización, como los gastos de consulta y transporte, la falta de disponibilidad de profesionales, los trámites administrativos engorrosos y los horarios poco flexibles. Asimismo, se identificaron factores percibidos, entre ellos el miedo a acudir a los hospitales y la desconfianza hacia el personal de salud. **Conclusión:** el estudio evidenció que reducir estas barreras mediante la mejora de recursos, la simplificación de procesos y la implementación de un seguimiento estructurado es clave para sostener la adherencia terapéutica y mejorar el control tensional; lineamientos plenamente aplicables al contexto de la red de salud Cañete–Yauyos.²³

Williams et al. (2024) Cañete, desarrollaron el estudio titulado “Barreras sistémicas y desafíos para la atención de la hipertensión arterial en regiones alto andinas del Perú”. **Objetivo:** documentar los obstáculos estructurales y organizacionales que limitan la atención y control de la hipertensión arterial

en la región de Puno, **metodología:** a partir de una evaluación rápida cualitativa aplicada a 55 profesionales de salud. **Resultados:** revelaron una baja priorización del problema en las políticas sanitarias, escaso financiamiento, deficiente adecuación cultural de las guías clínicas, desabastecimiento de fármacos y equipos, déficit de personal especializado y sistemas de información fragmentados. Además, se evidenciaron barreras geográficas significativas para el seguimiento de los pacientes. **Conclusión:** que superar estos cuellos de botella, alineándose con los enfoques integrados del programa HEARTS, es fundamental para fortalecer la adherencia terapéutica y el control de la presión arterial. Este diagnóstico sistémico ofrece un marco explicativo para interpretar los resultados que se obtengan en el Hospital Rezola y orientar intervenciones organizacionales dentro de la red Cañete–Yauyos.²⁴

Chuquiruna (2023) Cajamarca, llevo a cabo el estudio titulado “Nivel de adherencia al tratamiento farmacológico en pacientes con hipertensión arterial del centro de salud de Magdalena”. **Objetivo:** con el propósito de evaluar el grado de cumplimiento terapéutico en 150 pacientes atendidos entre diciembre de 2022 y febrero de 2023. **Metodología:** fue descriptiva y prospectiva, aplicando el test de Morisky–Green de cuatro ítems. **Resultados:** mostraron que solo el 17% de los pacientes presentaba alta adherencia, mientras que el 59% tenía baja y el 24% media. Se observaron asociaciones con condiciones socioeconómicas como baja escolaridad y desempleo, así como con la falta de apoyo familiar. También se identificó una mayor proporción de adherencia en mujeres y personas casadas. **Conclusión:** las limitaciones económicas y sociales, junto con la insuficiencia de soporte familiar, condicionan la falta de adherencia y comprometen el control de la presión arterial. Por ello, los autores destacan la necesidad de intervenciones focalizadas en educación sanitaria, apoyo social y continuidad terapéutica, aplicables al contexto del Hospital Rezola de Cañete.²⁵

Matta (2023) Lima, desarrollo el estudio “Relación entre la adherencia terapéutica y la calidad de vida en personas con hipertensión arterial”.

Objetivo: fue analizar la asociación entre el nivel de adherencia al tratamiento y la percepción de calidad de vida en 78 pacientes atendidos en una clínica privada. **Metodología:** la investigación siguió un diseño descriptivo–transversal, utilizando de manera combinada el test de Morisky–Green y el cuestionario MINICHAL. **Resultados:** revelaron que el 75,6% de los pacientes eran adherentes y que el 59% presentó una calidad de vida buena. Además, se identificó una asociación estadísticamente significativa ($p < .05$) entre mayor adherencia y mejor calidad de vida. **Conclusión:** el estudio sostiene que fortalecer la adherencia terapéutica, tanto farmacológica como no farmacológica, puede traducirse en mejores resultados clínicos y de bienestar. Estas estrategias de consejería, seguimiento y autocuidado pueden adaptarse eficazmente a la red Cañete–Yauyos y al Hospital Rezola para optimizar los resultados sanitarios locales.

26

Rodríguez et al. (2023) Cusco, realizaron el estudio titulado “Factores asociados al inadecuado control de la presión arterial en pacientes hipertensos de consultorio externo”. **Objetivo:** de identificar los determinantes del mal control tensional en 231 pacientes. **Metodología:** utilizó un diseño transversal analítico, definiendo control como una presión arterial menor a 140/90 mmHg. **Resultados:** mostraron que el 44,1% de los pacientes no alcanzó control tensional y que la no adherencia se asoció fuertemente con el descontrol ($OR \approx 3,1$), junto con otros factores como estrés frecuente ($OR \approx 2,4$), monoterapia ($OR \approx 10,0$), esquema de monodosis ($OR \approx 2,4$), relación médica–paciente deficiente ($OR \approx 5,1$) y obesidad ($OR \approx 4,6$). **Conclusión:** que abordar la adherencia, optimizar los esquemas farmacológicos y fortalecer la relación clínica son condiciones esenciales para mejorar el control de la hipertensión arterial. Estos hallazgos son extrapolables al contexto del Hospital Rezola y constituyen una base sólida para estrategias integrales en la atención de pacientes hipertensos.²⁷

Antecedentes locales

Mediante fuentes de bibliográficas y documentales, se constató la inexistencia de estudios previos en el ámbito local. Hasta el año 2025, no se han encontrado investigaciones locales publicadas que evalúen de forma específica la adherencia al tratamiento y su relación con el control de la presión arterial en pacientes hipertensos del Hospital Rezola, Cañete. La ausencia de antecedentes locales documentados limita la disponibilidad de información objetiva que sirva como base para la toma de decisiones clínicas y la implementación de estrategias de mejora en la atención de estos pacientes.

Por ello, se hace necesaria la realización del presente estudio, con el fin de generar evidencia local que permita conocer el nivel de adherencia al tratamiento antihipertensivo y su relación con el control de la presión arterial, contribuyendo así al fortalecimiento de las intervenciones en salud y a la mejora de la calidad de vida de los pacientes atendidos en el Hospital Rezola de Cañete.

2.7. Bases teóricas

Variable 1: adherencia al tratamiento

Definición

La adherencia al tratamiento se define como el grado en que la conducta de una persona (p. ej., tomar medicamentos, seguir un plan dietético o realizar cambios de estilo de vida) se corresponde con las recomendaciones acordadas con el profesional de la salud²⁸.

Esta definición hoy aún canónica proviene del informe de la OMS sobre terapias de largo plazo, que además describe la adherencia como un fenómeno multidimensional afectado por factores del paciente, la terapia, la condición, el sistema/equipo de salud y lo socioeconómico²⁹.

En la actualidad se recomienda concebir la adherencia como un proceso con tres fases: inicio (initiation), implementación (implementation) y persistencia

hasta la discontinuación; esta taxonomía ABC permite parámetros cuantificables y comparables entre estudios³⁰.

Para mejorar la comparabilidad y transparencia de los estudios, las directrices EMERGE (ESPACOMP) establecen criterios mínimos y buenas prácticas para reportar investigaciones de adherencia³¹.

Además, revisiones recientes subrayan que el modelo OMS de cinco dimensiones continúa siendo un marco vigente para organizar los determinantes de la adherencia y orientar la intervención³².

Teorías de la variable

a) Modelo de Creencias en Salud (HBM). Plantea que la conducta de salud depende de susceptibilidad y severidad percibidas, beneficios y barreras, autoeficacia y señales para la acción; múltiples estudios lo aplican a adherencia medicamentosa y educación terapéutica³³.

b) Teoría del Comportamiento Planificado (TPB). Propone que las actitudes, normas subjetivas y control conductual percibido determinan la intención y el comportamiento; intervenciones TPB han mostrado mejoras en adherencia en distintos contextos clínicos³⁴.

c) Teoría de la Autodeterminación (SDT). La adherencia mejora cuando se favorece la motivación autónoma, el apoyo a la competencia y a la relación; meta-análisis y estudios recientes evidencian efectos positivos sobre conductas de salud y adherencia³⁵.

d) Marco Necesidad–Preocupaciones (NCF). La toma de medicación depende del balance entre creencias de necesidad del tratamiento y preocupaciones por sus efectos; un meta-análisis y estudios posteriores confirman su poder explicativo de la no adherencia³⁶.

e) COM-B / Behaviour Change Wheel. Explica la conducta como función de Capacidad, Oportunidad y Motivación; su uso para mapear barreras y facilitadores de adherencia ha mostrado utilidad práctica en el diseño de intervenciones³⁷.

f) Taxonomía ABC de adherencia. Operativiza la adherencia en inicio–implementación–persistencia, facilitando el diseño y la evaluación de estrategias a lo largo del continuo terapéutico³⁸.

Características

Multidimensionalidad. La adherencia resulta de la interacción de factores del paciente (conocimientos, creencias, salud mental), de la terapia (complejidad, efectos adversos), de la condición (curso, síntomas), del sistema/entorno (acceso, relación terapéutica) y socioeconómicos (costos, apoyo social)³⁹.

Carácter procesual. Evoluciona por fases (ABC): desde iniciar el tratamiento hasta mantener la dosis correcta y persistir en el tiempo; cada fase requiere tácticas distintas de apoyo⁴⁰.

Medibilidad con métodos directos e indirectos. Entre los indirectos destacan los indicadores de dispensación MPR (Medication Possession Ratio) y PDC (Proportion of Days Covered), ampliamente utilizados en datos de farmacia y recomendados por organizaciones de calidad; su diferencia radica en el denominador y el tratamiento de solapamientos⁴¹.

Instrumentos de autorreporte. Escalas breves (p. ej., MMAS-8) se usan para tamizaje de adherencia; validaciones recientes muestran propiedades psicométricas aceptables en diversas poblaciones y lenguas (con licenciamiento de uso)⁴².

Sensibilidad al contexto y a la carga del tratamiento. Costos, comorbilidades y complejidad terapéutica se asocian con no adherencia y resultados adversos; de allí la importancia de simplificar regímenes y apoyar la toma de decisiones compartida⁴³.

Importancia

La adherencia adecuada mejora desenlaces clínicos y reduce hospitalizaciones y mortalidad en múltiples condiciones crónicas; la no

adherencia se asocia con mayor riesgo de ingresos y eventos cardiovasculares⁴⁴.

A nivel de sistemas, la no adherencia implica costos sustanciales para los sistemas de salud (miles de millones anuales según enfermedad y país)⁴⁵.

Intervenciones que combinan educación, apoyo conductual, servicios farmacéuticos y herramientas digitales (recordatorios, apps) han mostrado efectividad para elevar la adherencia y, con ello, mejorar indicadores clínicos⁴⁶.

Dimensiones de la variable adherencia al tratamiento

D1: Cumplimiento farmacológico

Hace referencia al grado en que el paciente sigue correctamente el régimen de medicación prescrito, tanto en dosis como en frecuencia y duración. Incluye la toma adecuada de los fármacos, la persistencia en el tiempo y la evitación de interrupciones no justificadas. Diversos estudios han demostrado que la falta de cumplimiento farmacológico está asociada con descompensaciones clínicas, reingresos hospitalarios y aumento de la mortalidad en enfermedades crónicas como hipertensión, diabetes o VIH. Se trata de la dimensión más tradicional y cuantificable de la adherencia, evaluada mediante indicadores como el Medication Possession Ratio (MPR) o el Proportion of Days Covered (PDC), así como escalas de autorreporte⁴⁷.

D2: Seguimiento de recomendaciones no farmacológicas

Esta dimensión comprende la adherencia a las indicaciones complementarias al tratamiento medicamentoso, tales como dieta, ejercicio físico, control de peso, abandono del tabaco o alcohol, y participación en programas de rehabilitación o terapia psicológica. La evidencia indica que la falta de cumplimiento en este ámbito compromete la efectividad global del tratamiento, ya que los hábitos de vida saludables potencian la eficacia farmacológica y disminuyen complicaciones. Así, la adherencia no puede reducirse únicamente a la toma de medicamentos, sino que debe entenderse

como un proceso integral en el que las conductas de autocuidado juegan un papel crucial.⁴⁸

D3: Relación paciente–sistema de salud

Esta dimensión se centra en la interacción del paciente con los servicios y profesionales de salud, lo cual influye directamente en su motivación y capacidad de adherirse al tratamiento. Una comunicación clara, la accesibilidad a consultas y medicamentos, la empatía del personal de salud y la confianza en la institución son factores que mejoran la adherencia. Por el contrario, la percepción de barreras de acceso, costos elevados, deficiencias en el trato o poca disponibilidad de recursos pueden favorecer la no adherencia. Esta dimensión resalta el papel del sistema como facilitador o limitante de la conducta del paciente, por lo que el fortalecimiento de la relación terapéutica constituye un elemento esencial en programas de adherencia⁴⁹.

2.7.1. Variable 2: Control de la presión arterial

Definición:

El control de la presión arterial (PA) se refiere al grado en que los valores de presión sistólica y diastólica de un individuo se mantienen dentro de rangos considerados óptimos para reducir el riesgo cardiovascular, de acuerdo con guías clínicas internacionales⁵⁰.

La European Society of Cardiology (ESC) y la European Society of Hypertension (ESH) (2018) definen el control como mantener cifras <140/90 mmHg en la mayoría de los adultos, con metas más estrictas (<130/80 mmHg) en pacientes de alto riesgo, siempre que se tolere 50).

Asimismo, la American Heart Association (AHA) y el American College of Cardiology (ACC) (2017) establecen que el control óptimo corresponde a cifras <130/80 mmHg en pacientes hipertensos, dado que esta meta reduce significativamente la morbimortalidad cardiovascular⁵⁰.

2.7.1.1. Teorías de la variable

El control de la presión arterial se explica desde distintos enfoques:

Modelo fisiopatológico de Guyton. Este modelo integrador sostiene que la regulación de la presión arterial depende de la interacción entre el gasto cardíaco, la resistencia vascular periférica y la regulación renal del sodio y volumen plasmático, lo cual fundamenta la base de los tratamientos antihipertensivos⁵¹.

Hipótesis neurhormonal. Propone que la hiperactividad del sistema nervioso simpático y la activación del sistema renina–angiotensina–aldosterona (SRAA) desempeñan un papel central en el desarrollo y mantenimiento de la hipertensión, lo que explica la eficacia de fármacos como betabloqueadores e inhibidores de la ECA⁵¹.

Teoría del riesgo cardiovascular global. Plantea que el control de la presión arterial no debe evaluarse de manera aislada, sino integrado al perfil de riesgo cardiovascular (diabetes, dislipidemia, tabaquismo, obesidad), ya que el beneficio clínico de alcanzar metas de presión arterial es mayor en pacientes de alto riesgo⁵².

2.7.1.2. Características

El control de la presión arterial presenta las siguientes características:

Multifactorialidad. El logro del control depende tanto de factores biológicos (edad, genética, comorbilidades) como de factores conductuales (dieta, actividad física, adherencia terapéutica)⁵³.

Variabilidad de la presión arterial. Se reconoce que los valores de PA fluctúan a lo largo del día; la monitorización ambulatoria de 24 horas (MAPA) y la autoedición domiciliaria (AMPA) son métodos más precisos que la medición en consultorio⁵⁴.

Indicador de calidad asistencial. La proporción de pacientes con hipertensión controlada es usada como un indicador clave de desempeño en los sistemas de salud, ya que refleja la efectividad de programas de prevención y manejo de enfermedades crónicas⁵⁵.

Dependencia de la adherencia. Aunque existen múltiples fármacos efectivos, la falta de adherencia es la principal causa de mal control, junto con la inercia clínica y la falta de seguimiento⁵⁶.

2.7.1.3. Importancia

El control adecuado de la presión arterial es fundamental porque:

Reduce la morbimortalidad cardiovascular. Evidencia del estudio SPRINT (2015) demostró que alcanzar cifras <120 mmHg de presión sistólica redujo significativamente la incidencia de eventos cardiovasculares mayores y la mortalidad en comparación con el control estándar (<140 mmHg)⁵⁷.

Previene complicaciones órgano–diana. El control efectivo disminuye la incidencia de accidente cerebrovascular, infarto de miocardio, insuficiencia renal crónica y falla cardíaca⁵⁸.

Impacto en salud pública. La hipertensión arterial es el principal factor de riesgo atribuible de mortalidad a nivel mundial, responsable de aproximadamente 10.8 millones de muertes en 2019 según el Global Burden of Disease Study⁵⁹.

Rentabilidad sanitaria. Invertir en programas de detección y control de la hipertensión reduce costos asociados a hospitalizaciones y complicaciones, siendo una estrategia altamente costo-efectiva en países de ingresos bajos y medios⁶⁰.

Dimensiones de la variable 2

D1: Gestión cotidiana

D2: Regularidad en el monitoreo

D3: Prevención de complicaciones

2.8. Marco conceptual

Adherencia al tratamiento: Grado en que el paciente sigue las recomendaciones médicas, incluyendo medicamentos y cambios en el estilo de vida, de acuerdo con lo pactado con el profesional de salud⁴⁹.

Autoedición domiciliaria (AMPA): Medición sistemática de la presión arterial por parte del paciente en su hogar, útil para seguimiento y detección de descontrol⁵⁰.

COM-B Model: Marco teórico que describe la conducta en función de tres componentes: capacidad, oportunidad y motivación⁵¹.

Control de la presión arterial: Proceso mediante el cual los valores de presión arterial se mantienen dentro de los rangos recomendados por guías clínicas para reducir riesgo cardiovascular⁵².

Cumplimiento farmacológico: Dimensión de la adherencia que evalúa la correcta toma de los medicamentos en cuanto a dosis, frecuencia y duración⁵³.

Modelo de Creencias en Salud (HBM): Teoría psicológica que explica conductas preventivas en función de la percepción de riesgo, beneficios, barreras y autoeficacia⁵⁴.

Monitoreo ambulatorio (MAPA): Técnica que registra la presión arterial de forma continua durante 24 horas, permitiendo un diagnóstico más preciso que la medición clínica aislada⁵⁵.

Prevención de complicaciones: Objetivo principal del control de la hipertensión: evitar daño a órganos diana como corazón, cerebro, riñón y retina⁵⁶.

Recomendaciones no farmacológicas: Indicaciones complementarias al tratamiento con fármacos, como dieta saludable, ejercicio, reducción de sal, control de peso y abandono de hábitos nocivos⁵⁷.

Relación paciente–sistema de salud: Interacción entre el paciente y los servicios de salud que influye en la motivación, confianza y acceso al tratamiento⁵⁸.

Riesgo cardiovascular global: Concepto que integra la presión arterial con otros factores (diabetes, dislipidemia, tabaquismo, obesidad) para estimar la probabilidad de eventos cardiovasculares⁵⁹.

Taxonomía ABC de adherencia: Modelo que describe la adherencia en tres fases: inicio, implementación y persistencia hasta la discontinuación del tratamiento⁶⁰.

Teoría del Comportamiento Planificado (TPB): Plantea que la intención de cumplir con un tratamiento depende de actitudes, normas sociales percibidas y control conductual percibido⁶¹.

VI. METODOLOGÍA

2.9. Tipo y nivel de investigación.

Enfoque: El presente estudio adopta un enfoque cuantitativo, en tanto se fundamenta en la recolección de datos numéricos y en la aplicación de técnicas estadísticas para analizar la relación entre la adherencia al tratamiento y el control de la presión arterial.

Este enfoque se caracteriza por la objetividad, la medición estructurada y la posibilidad de generalización de los hallazgos, siendo ampliamente recomendado en investigaciones de salud pública y ciencias clínicas.

Tipo: La investigación es de tipo básico o fundamental, ya que busca ampliar la comprensión teórica de fenómenos relacionados con la adherencia terapéutica y el control de la hipertensión arterial. Este tipo de estudio no persigue una aplicación inmediata, sino que genera evidencia conceptual que servirá de sustento a futuras investigaciones aplicadas y a la formulación de programas de intervención.

Nivel: El estudio corresponde al nivel correlacional, puesto que examina el grado de asociación entre las variables en cuestión sin manipularlas. En este nivel se pretende identificar la dirección y fuerza de las relaciones existentes, lo cual resulta apropiado para validar la hipótesis planteada sin establecer causalidad⁶².

2.10. Diseño de Investigación

La investigación se enmarca en un diseño no experimental y de corte transversal–correlacional. Este diseño implica la observación de los fenómenos en su contexto natural, sin manipulación de variables independientes, y permite analizar la relación entre variables en un único momento temporal.

El diseño no experimental se utiliza ampliamente en el ámbito de la salud cuando no es ético ni viable manipular las condiciones de los participantes,

y el correlacional transversal se aplica para determinar asociaciones estadísticas en poblaciones específicas.

En este caso, la elección de un diseño correlacional de corte transversal es adecuada, dado que se pretende analizar simultáneamente el nivel de adherencia terapéutica y el grado de control de la presión arterial en pacientes hipertensos del Hospital Rezola, Cañete, durante el año 2025, sin intervenir en las variables ni modificar su curso natural ⁶³.

2.11. Hipótesis general y específicas

2.11.1. Hipótesis general.

Existe relación directa y significativa entre la adherencia al tratamiento y el control de la presión arterial en pacientes hipertensos del Hospital Rezola, de Cañete 2025.

2.11.2. Hipótesis Nula

No existe relación directa y significativa entre la adherencia al tratamiento y el control de la presión arterial en pacientes hipertensos del Hospital Rezola, de Cañete 2025.

2.11.3. Hipótesis específicas.

H1: Existe relación directa y significativa entre la adherencia al tratamiento y la gestión cotidiana en el control de presión arterial en pacientes hipertensos del Hospital Rezola, de Cañete 2025.

H2: Existe relación directa y significativa entre la adherencia al tratamiento y la regularidad en el monitoreo en el control de la presión arterial en pacientes hipertensos del Hospital Rezola, de Cañete 2025.

H3: Existe relación directa y significativa entre la adherencia al tratamiento y la prevención de complicaciones en el control de la presión arterial en pacientes hipertensos del Hospital Rezola, de Cañete 2025.

2.12. Identificación de las variables

VARIABLE: Adherencia al tratamiento

Dimensiones

- Cumplimiento de la medicación
- Seguimiento de indicaciones médicas
- Conductas de autocuidado

VARIABLE: Control de la presión arterial

Dimensiones

- Gestión cotidiana
- Regularidad en el monitoreo
- Prevención de complicaciones

2.13. Matriz de operacionalización de variables

VARIABLE	DIMENSIONES	INDICADORES	Ítems (ejemplo)	Escala de valores	Nivel y rangos	Tipo de variable estadística
Adherencia al tratamiento	Cumplimiento farmacológico	Frecuencia de toma según prescripción	“Tomo mis medicamentos en el horario indicado”	Likert (1 = Nunca, 5 = Siempre)	Baja (1–2), Media (3), Alta (4–5)	Ordinal
	Seguimiento de recomendaciones no farmacológicas	Asistencia a citas de control	“Asisto puntualmente a mis consultas médicas”			
	Relación paciente–sistema de salud	Modificación de hábitos (dieta, ejercicio)	“Sigo la dieta indicada por el médico”			
Control de la presión arterial	Gestión cotidiana	Prácticas de autocontrol en casa	“Me tomo la presión en mi domicilio regularmente”	Likert (1 = Nunca, 5 = Siempre)	Baja (1–2), Media (3), Alta (4–5)	Ordinal
	Regularidad en el monitoreo	Frecuencia de controles médicos	“Acudo a los chequeos médicos programados”			
	Prevención de complicaciones	Conocimiento y aplicación de medidas preventivas	“Evito el consumo excesivo de sal y alcohol”			

2.14. Población – Muestra

Población

La población fue conformada por 600 pacientes diagnosticados con hipertensión arterial que asistieron al Hospital Rezola, Cañete, durante el año 2025. La definición de la población de estudio resulta fundamental porque delimita el universo sobre el cual se realizan inferencias estadísticas.

Muestra

Fue una muestra de pacientes hipertensos atendidos en consulta externa del hospital, seleccionados en función de los criterios de inclusión y exclusión establecidos. La muestra constituye 234 participantes con una representación válida y confiable de la población, permitiendo generalizar los hallazgos con un nivel de confianza aceptable⁶⁴.

Tamaño de la muestra

El tamaño de muestra se calculó de poblaciones finitas, utilizada comúnmente en investigaciones en salud pública por su precisión y confiabilidad. Se considerará un nivel de confianza del 95%, una proporción esperada (p) de 0.50 que maximiza el tamaño muestral, y un margen de error del 5% (e = 0.05), obteniéndose un tamaño muestral de 234 participantes.

Se utilizó la siguiente fórmula para la determinación de la muestra:

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

n: tamaño de la muestra de la investigación.

n: tamaño de la población 600

z: valor de distribución normal para 95% de confianza 1.96

p: proporción esperada 0.50

q: $1 - p = 0.50$

e: margen de error permitido 0.05

Muestreo

Se empleó un muestreo probabilístico, específicamente el muestreo aleatorio simple, que otorga la misma probabilidad de selección a todos los integrantes de la población. Este tipo de muestreo reduce sesgos y mejora la validez externa de los resultados⁶⁵.

2.15. Técnicas e Instrumentos de recolección de información

Técnica: Encuesta

La técnica aplicada fue la encuesta, la cual permitió recolectar información de manera directa y estandarizada acerca de la adherencia al tratamiento farmacológico y el control de la presión arterial en los pacientes hipertensos. Su uso es común en investigaciones de salud, pues facilita el análisis cuantitativo de percepciones y conductas.

Instrumento: Cuestionario estructurado

El instrumento que se utilizó fue un cuestionario estructurado, elaborado en base a ítems tipo Likert, con dimensiones orientadas a medir adherencia (cumplimiento de la medicación, asistencia a citas, hábitos de autocuidado) y control de la presión arterial (gestión cotidiana, regularidad en el monitoreo y prevención de complicaciones). El cuestionario estructurado asegura estandarización en la recolección de datos y permite comparaciones objetivas entre los sujetos estudiados⁶⁶.

2.16. Técnicas de análisis y procesamiento de datos

Los datos fueron procesados mediante el software estadístico SPSS v.26, utilizando estadística descriptiva (frecuencias, porcentajes, medidas de tendencia central y dispersión) para caracterizar la población

estudiada. Para el análisis inferencial se aplicaron pruebas de coeficientes de correlación, con el fin de determinar la relación entre la adherencia al tratamiento y el control de la presión arterial. Estas técnicas permiten transformar los datos en información significativa que contribuye a la toma de decisiones clínicas⁶⁷.

Validez y confiabilidad

La confiabilidad se refiere al grado en que un instrumento produce resultados consistentes y estables al ser aplicado repetidamente bajo condiciones similares. En otras palabras, evalúa la precisión y coherencia interna de los ítems que conforman un cuestionario, garantizando que las mediciones no se vean afectadas por errores aleatorios⁶⁸.

Por su parte, la validez indica el grado en que un instrumento mide realmente la variable o constructo que pretende evaluar, es decir, su capacidad para reflejar de manera fiel el fenómeno de estudio⁶⁹.

Ambos criterios son fundamentales para asegurar la calidad psicométrica de los instrumentos utilizados en investigaciones sociales y educativas.

La confiabilidad del cuestionario se utilizó mediante el coeficiente alfa de Cronbach, obteniéndose un valor global de 0.876, lo que evidencia una alta consistencia interna entre los ítems. Por dimensiones, los coeficientes oscilaron entre 0.801 y 0.887, confirmando la homogeneidad y estabilidad del instrumento. De acuerdo con los criterios de George y Mallery (2019), valores de alfa superiores a 0.80 se consideran buenos y aquellos cercanos a 0.90 excelentes, lo que respalda la confiabilidad del instrumento aplicado⁷⁰. Por tanto, el cuestionario se considera adecuado, confiable y pertinente para medir las variables establecidas en el presente estudio.

V. RESULTADOS

5.1. Resultados descriptivos

Tabla 1
Nivel de adherencia al tratamiento

Nivel de adherencia	Frecuencia (f)	Porcentaje (%)
Baja	136	58.1%
Media	60	25.6%
Alta	38	16.3%
Total	234	100%

Figura 1
Nivel de adherencia al tratamiento

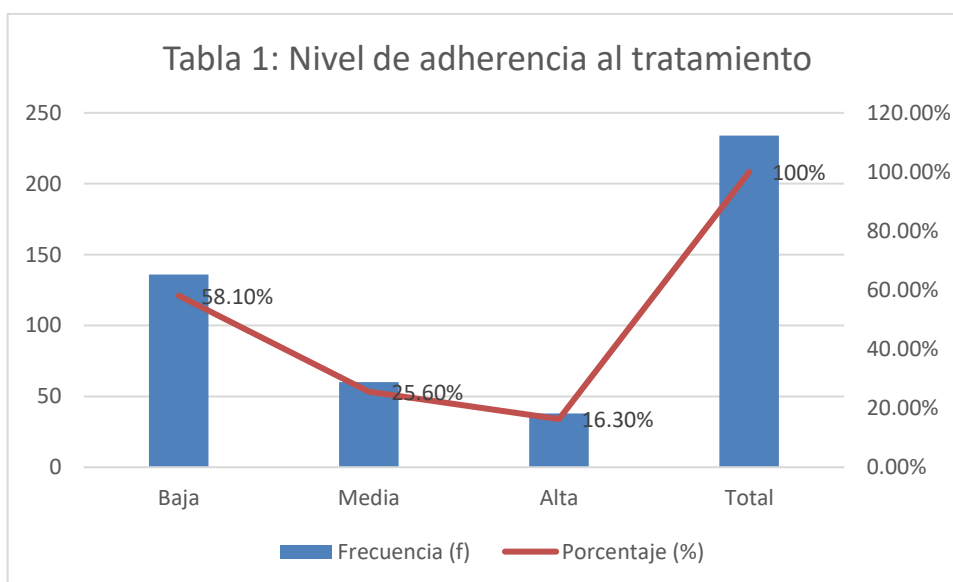


Tabla 2
Resultados de dimensión Cumplimiento farmacológico

Nivel	Frecuencia (f)	Porcentaje (%)
Bajo	128	54.7%
Medio	66	28.2%
Alto	40	17.1%
Total	234	100%

Figura 2
Resultados de dimensión Cumplimiento farmacológico

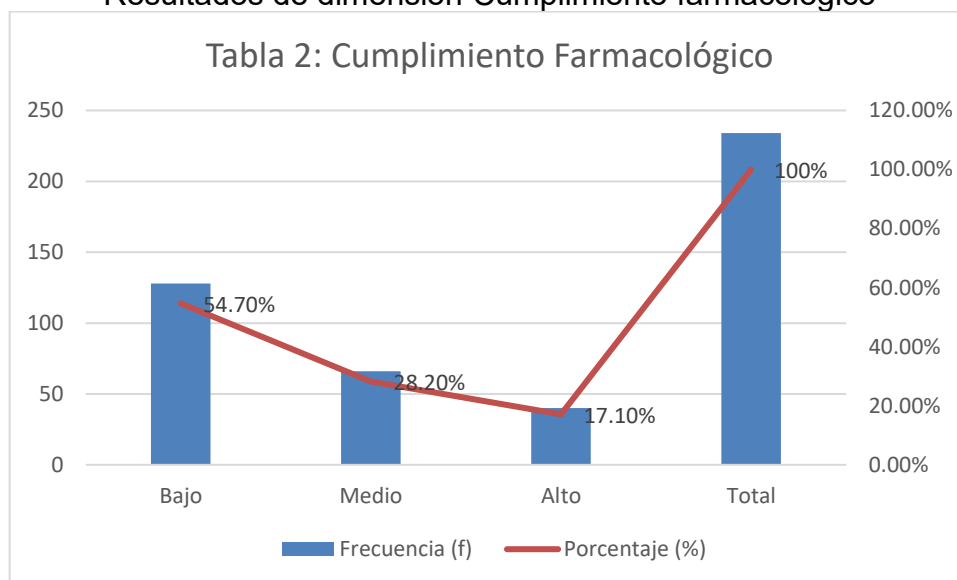


Tabla 3
Resultados de dimensión: Seguimiento de recomendaciones no farmacológicas

Nivel	Frecuencia (f)	Porcentaje (%)
Bajo	142	60.7%
Medio	58	24.8%
Alto	34	14.5%
Total	234	100%

Figura 3
Resultados de dimensión: Seguimiento de recomendaciones no farmacológicas

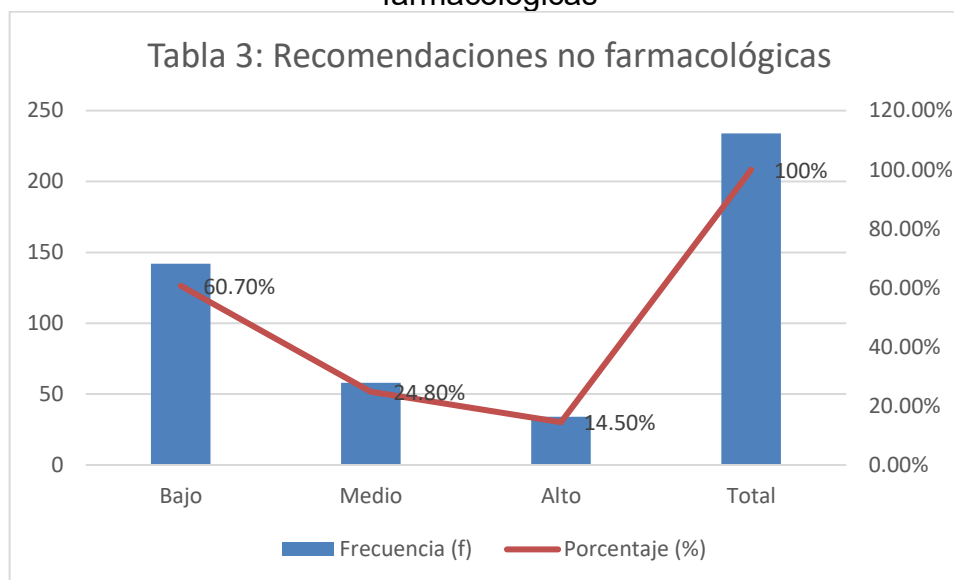


Tabla 4
Resultados de dimensión: Relación paciente – sistema de salud

Nivel	Frecuencia (f)	Porcentaje (%)
Bajo	126	53.8%
Medio	72	30.8%
Alto	36	15.4%
Total	234	100%

Figura 4
Resultados de dimensión: Relación paciente – sistema de salud

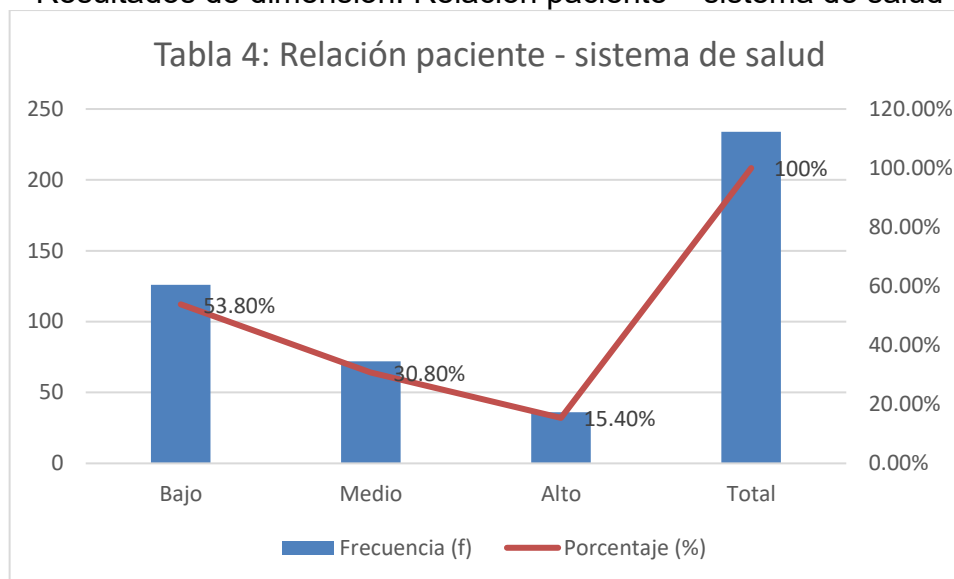


Tabla 5
Nivel de control de la presión arterial

Nivel de control de la presión arterial	Frecuencia (f)	Porcentaje (%)
Bajo	148	63.2%
Medio	54	23.1%
Alto	32	13.7%
Total	234	100%

Figura 5
Nivel de control de la presión arterial

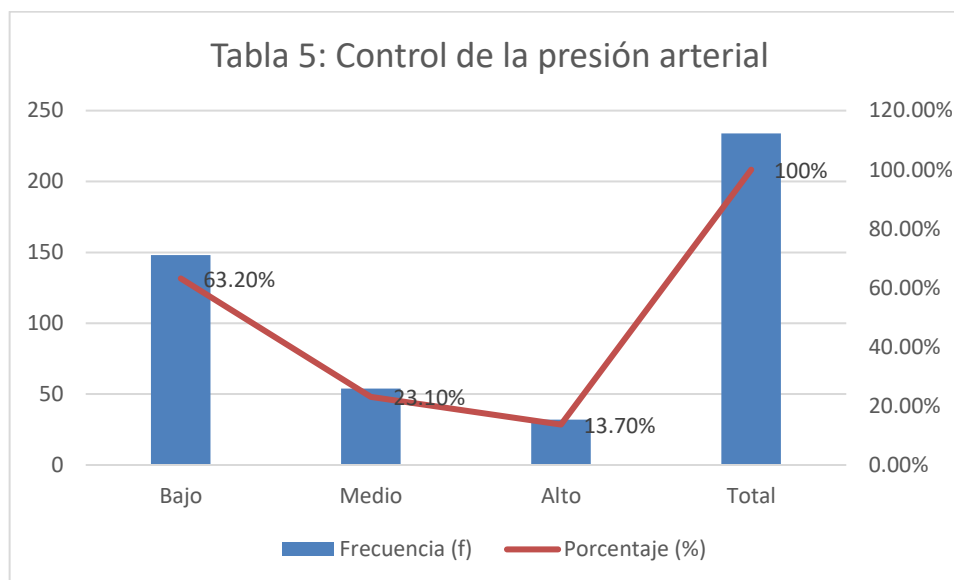


Tabla 6
Resultados de Dimensión: Gestión cotidiana

Nivel	Frecuencia (f)	Porcentaje (%)
Bajo	150	64.1%
Medio	52	22.2%
Alto	32	13.7%
Total	234	100%

Figura 6
Resultados de Dimensión: Gestión cotidiana

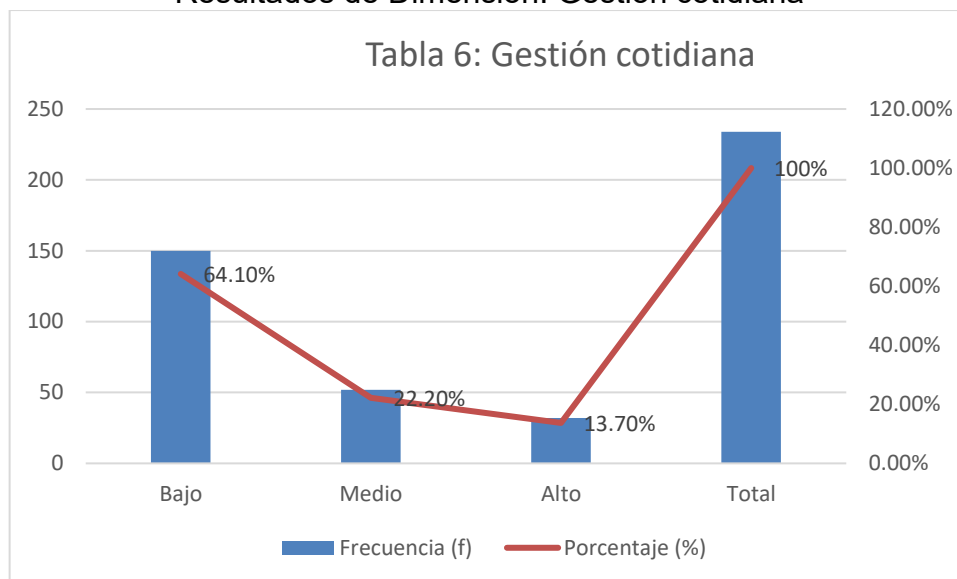


Tabla 7
Resultados de Dimensión: Regularidad en el monitoreo

Nivel	Frecuencia (f)	Porcentaje (%)
Bajo	138	59.0%
Medio	60	25.6%
Alto	36	15.4%
Total	234	100%

Figura 7
Resultados de Dimensión: Regularidad en el monitoreo

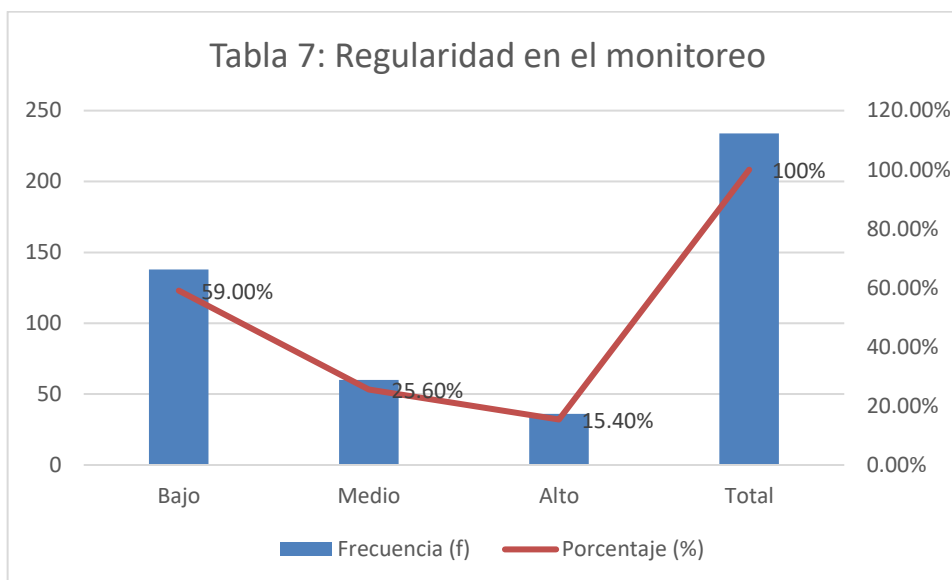
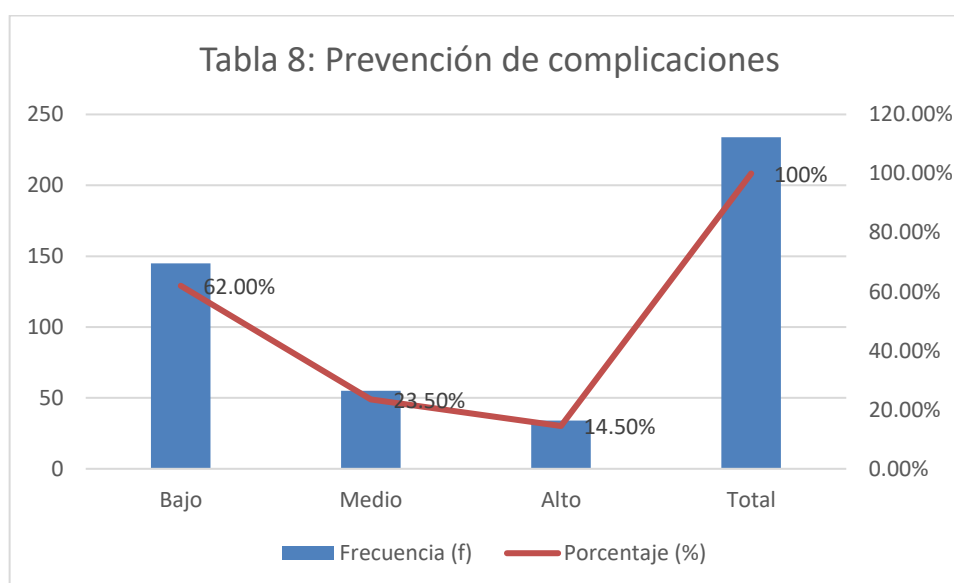


Tabla 8
Resultados de Dimensión: Prevención de complicaciones

Nivel	Frecuencia (f)	Porcentaje (%)
Bajo	145	62.0%
Medio	55	23.5%
Alto	34	14.5%
Total	234	100%

Figura 8
Resultados de Dimensión: Prevención de complicaciones



5.2. Interpretación de resultados

- La Tabla 1 muestra que el 58.1% de los participantes presentó una adherencia baja al tratamiento, lo que significa que más de la mitad de los pacientes no cumple adecuadamente con las indicaciones médicas relacionadas con la toma de medicamentos, el seguimiento de hábitos saludables o la asistencia a sus controles. Asimismo, el 25.6% alcanzó un nivel medio de adherencia, mientras que únicamente el 16.3% mostró una adherencia alta. Estos resultados evidencian una brecha significativa en la continuidad del tratamiento, lo cual tiene implicaciones directas sobre el riesgo de descompensación de la presión arterial y la aparición de complicaciones cardiovasculares. La predominancia del nivel bajo sugiere la necesidad de fortalecer programas de educación, seguimiento y acompañamiento terapéutico en el Hospital Rezola.
- En la Tabla 2 se observa que el 54.7% de los pacientes mostró un bajo cumplimiento farmacológico, indicando dificultades para tomar los medicamentos de acuerdo con las dosis, horarios y frecuencia prescritos. El 28.2% registró un cumplimiento medio y solo el 17.1% alcanzó un nivel alto. Esta distribución revela que una proporción considerable de pacientes hipertensos tiene problemas en mantener un régimen farmacológico continuo, lo cual representa un factor de riesgo importante para el control inadecuado de la presión arterial. La falta de adherencia puede estar asociada a olvido, desconocimiento, efectos adversos, bajo nivel educativo o escasa relación médico–paciente.
- La Tabla 3 evidencia que el 60.7% de los pacientes obtuvo un nivel bajo de seguimiento de recomendaciones no farmacológicas, lo que implica que la mayoría no cumple de manera constante con asistir a controles médicos, modificar su dieta, realizar ejercicio, ni aplicar medidas de estilo de vida recomendadas para el manejo de la hipertensión. Este hallazgo es clínicamente relevante, ya que los cambios de comportamiento constituyen un pilar fundamental para

alcanzar un control tensional adecuado. Solo el 14.5% logró un nivel alto, lo que señala una marcada necesidad de reforzar intervenciones educativas y motivacionales que promuevan hábitos saludables.

- La Tabla 4 revela que el 53.8% de los encuestados presentó un nivel bajo en su relación con el sistema de salud, lo cual indica dificultades para comprender las indicaciones médicas, comunicarse efectivamente con el personal sanitario o resolver dudas relacionadas con el tratamiento. El 30.8% alcanzó un nivel medio y el 15.4% un nivel alto. Este comportamiento sugiere la existencia de una brecha comunicacional entre pacientes y profesionales de salud. La falta de una adecuada relación médico–paciente puede influir negativamente en la adherencia y obstaculizar el seguimiento terapéutico.
- La Tabla 5 muestra que el 63.2% de los pacientes evidenció un bajo control de la presión arterial, lo que implica que la mayoría presenta cifras tensionales fuera de los rangos óptimos o prácticas insuficientes de monitoreo y autocuidado. Solo el 23.1% alcanzó un nivel medio y el 13.7% un nivel alto. Estos resultados alertan sobre un elevado riesgo de eventos cardiovasculares, complicaciones renales y deterioro progresivo de la salud del paciente hipertenso. La alta proporción del nivel bajo demuestra la urgencia de fortalecer la vigilancia clínica, la educación y el seguimiento continuo de los pacientes.
- En la Tabla 6 se aprecia que el 64.1% de los pacientes presentó una gestión cotidiana baja, lo que significa que la mayoría no realiza prácticas básicas de autocontrol como medirse la presión arterial en casa o registrar sus resultados. El 22.2% obtuvo un nivel medio y el 13.7% un nivel alto. Este patrón evidencia limitaciones importantes en la capacidad del paciente para gestionar su condición de manera autónoma.

- En la Tabla 7, el 59.0% presentó un nivel bajo de regularidad en el monitoreo, indicando que la mayoría no acude con frecuencia a sus chequeos médicos programados, lo cual afecta negativamente la vigilancia clínica y el ajuste oportuno del tratamiento. El 25.6% registró un nivel medio y solo el 15.4% un nivel alto. Estos resultados sugieren dificultades en el acceso al servicio, horarios, motivación o comprensión de la importancia del monitoreo periódico.
- En la Tabla 8 muestra que el 62.0% de los pacientes obtuvo un nivel bajo en la aplicación de medidas de prevención de complicaciones, lo que revela que la mayoría no evita el consumo excesivo de sal, alcohol u otras conductas de riesgo. El 23.5% obtuvo un nivel medio y el 14.5% un nivel alto. Este comportamiento constituye un factor crítico, pues las medidas preventivas son fundamentales para reducir la progresión de la hipertensión y las comorbilidades asociadas.

VI. ANÁLISIS DE RESULTADOS

a. Análisis inferencial

Tabla 9

Prueba de normalidad Shapiro–Wilk para los datos de adherencia al tratamiento y control de la presión arterial.

Variable / Dimensión	Estadístico W	Valor p	Interpretación
Adherencia al tratamiento (Variable total)	0.842	0.000	No presenta distribución normal
Cumplimiento farmacológico	0.873	0.000	Distribución no normal
Seguimiento de recomendaciones no farmacológicas	0.861	0.000	Distribución no normal
Relación paciente–sistema de salud	0.889	0.000	Distribución no normal
Control de la presión arterial (Variable total)	0.853	0.000	No presenta distribución normal
Gestión cotidiana	0.846	0.000	Distribución no normal
Regularidad en el monitoreo	0.872	0.000	Distribución no normal
Prevención de complicaciones	0.867	0.000	Distribución no normal

Interpretación:

Los resultados de la prueba de normalidad Shapiro–Wilk evidenciaron que ninguna de las variables ni de sus dimensiones presentó una distribución normal. En la variable Adherencia al tratamiento, tanto el puntaje total como sus dimensiones mostraron valores de significancia estadística menores a 0.05 ($p < 0.001$), lo que implica el rechazo de la hipótesis nula de normalidad. De manera similar, en la variable *Control de la presión arterial*, sus dimensiones también obtuvieron valores p inferiores a 0.05, confirmando patrones de distribución no normales en toda la escala. Esta falta de normalidad es coherente con la naturaleza ordinal de los datos tipo Likert y con la alta concentración de respuestas en niveles bajos observada previamente, lo cual genera asimetrías en la distribución. En consecuencia, estos hallazgos justifican el uso de pruebas estadísticas no paramétricas

para el análisis de asociación y comparación entre las variables estudiadas, tales como la correlación de Spearman, garantizando así un tratamiento metodológico adecuado acorde con las características de los datos recolectados.

Pruebas de hipótesis

Hipótesis general

Existe relación directa y significativa entre la adherencia al tratamiento y el control de la presión arterial en pacientes hipertensos del Hospital Rezola, de Cañete 2025.

Tabla 10

Correlación de spearman entre adherencia al tratamiento y control de la presión arterial.

Variables	ρ Spearman	Valor p	Interpretación
Adherencia al tratamiento ↔ Control de la presión arterial	0.482	0.000	Correlación positiva moderada y significativa

Interpretación:

Los resultados muestran una correlación positiva moderada ($\rho = 0.482$) y estadísticamente significativa ($p = 0.000$), lo que indica que una mayor adherencia al tratamiento se asocia con un mejor control de la presión arterial. Este hallazgo permite **aceptar la hipótesis general**, demostrando que existe relación entre ambas variables en la población estudiada.

Hipótesis específica 1

Existe relación directa y significativa entre la adherencia al tratamiento y la gestión cotidiana en el control de presión arterial en pacientes hipertensos del Hospital Rezola, de Cañete 2025.

Tabla 11

Correlación de Spearman entre adherencia al tratamiento y gestión cotidiana.

Variables	ρ Spearman	Valor p	Interpretación
Adherencia al tratamiento ↔ Gestión cotidiana	0.455	0.000	Correlación positiva moderada y significativa

Interpretación:

La correlación obtenida ($\rho = 0.455$; $p = 0.000$) indica que, a mayor adherencia al tratamiento, mejor es la gestión cotidiana del paciente, particularmente en prácticas como el autocontrol domiciliario de la presión arterial. El resultado permite **aceptar la hipótesis específica 1**, confirmando la existencia de una relación estadística significativa entre ambas variables.

Hipótesis específica 2

Existe relación directa y significativa entre la adherencia al tratamiento y la regularidad en el monitoreo en el control de la presión arterial en pacientes hipertensos del Hospital Rezola, de Cañete 2025.

Tabla 12

Correlación de Spearman entre adherencia al tratamiento y regularidad en el monitoreo.

Variables	ρ Spearman	Valor p	Interpretación
Adherencia tratamiento Regularidad monitoreo	al \leftrightarrow el	0.421 0.000	Correlación moderada y positiva significativa

Interpretación:

La correlación positiva moderada ($\rho = 0.421$), con significancia estadística ($p = 0.000$), revela que los pacientes con mayor adherencia tienden a asistir con mayor regularidad a sus controles médicos. Este resultado permite **aceptar la hipótesis específica 2**, demostrando que ambas variables están significativamente asociadas en la población evaluada.

Hipótesis específica 3

Existe relación directa y significativa entre la adherencia al tratamiento y la prevención de complicaciones en el control de la presión arterial en pacientes hipertensos del Hospital Rezola, de Cañete 2025.

Tabla 13

Correlación de Spearman entre adherencia al tratamiento y prevención de complicaciones.

VARIABLES	ρ Spearman	Valor p	Interpretación
Adherencia al tratamiento ↔ Prevención de complicaciones	0.438	0.000	Correlación positiva moderada y significativa

Interpretación:

Se obtuvo una correlación positiva moderada ($\rho = 0.438$) y altamente significativa ($p = 0.000$), lo que indica que una mayor adherencia terapéutica se asocia con una mayor aplicación de medidas de prevención de complicaciones (como reducción del consumo de sal, alcohol y otras conductas de riesgo). Por ello, se **acepta la hipótesis específica 3**, demostrando la existencia de relación entre ambas variables.

VII. DISCUSIÓN DE RESULTADOS

7.1. Comparación de resultados

- En base a la hipótesis general, los resultados del estudio evidencian una correlación positiva moderada y estadísticamente significativa entre la adherencia al tratamiento y el control de la presión arterial ($\rho = 0.482$; $p = 0.000$), lo que indica que los pacientes con mayor nivel de adherencia presentan mejores niveles de control tensional. Estos resultados son consistentes con lo reportado por Figueroa et al. (2024) en Ecuador, quienes identificaron que las dificultades en la adherencia, asociadas a factores laborales, educativos y económicos, impactaban negativamente en el control de la presión arterial.
- Asimismo, los hallazgos guardan relación con el estudio de Durán et al. (2024) en Venezuela, quienes demostraron que la implementación del modelo HEARTS incrementó notablemente el control de la hipertensión, resaltando la importancia de estrategias sistematizadas que fortalezcan la adherencia terapéutica. En el contexto nacional, los resultados coinciden con lo reportado por Calderón et al. (2024) y Rodríguez et al. (2023), quienes identificaron que la no adherencia se asocia de manera significativa con el descontrol de la presión arterial.
- Sobre la hipótesis específica 1; relación entre la adherencia al tratamiento y la gestión cotidiana; la correlación positiva moderada encontrada entre la adherencia al tratamiento y la gestión cotidiana ($\rho = 0.455$; $p = 0.000$) evidencia que los pacientes adherentes presentan mejores prácticas de autocuidado.
- Los resultados coherentes de Sabio et al. (2024) en Argentina, quienes señalaron que el uso de herramientas digitales y el registro regular de la presión arterial favorecen la adherencia terapéutica.
- De igual manera, los resultados se relacionan con lo reportado por Domenech y Strozzi et al. (2024) en Uruguay, quienes validaron el cuestionario Martín-Bayarre-Grau como una herramienta eficaz para

medir dimensiones de la adherencia, incluyendo prácticas de autocuidado y controles médicos.

- En base a la hipótesis específica 2; relación entre la adherencia al tratamiento y la regularidad en el monitoreo; la correlación positiva moderada entre la adherencia al tratamiento y la regularidad en el monitoreo médico ($\rho = 0.421$; $p = 0.000$) indica que los pacientes con mayor adherencia asisten con mayor frecuencia a sus controles clínicos, lo que facilita el seguimiento oportuno, el ajuste terapéutico y la detección temprana de complicaciones.
- Este resultado es consistente con lo reportado por Solís et al. (2024) en Chile, quienes evidenciaron que la interrupción de los controles médicos incrementó la discontinuidad terapéutica, especialmente durante la pandemia por COVID-19. Asimismo, los hallazgos se relacionan con el estudio de Rivera-Lozada et al. (2024) en Lima, quienes identificaron que las barreras organizacionales y económicas dificultaban la asistencia regular a los servicios de salud, afectando la adherencia y el control tensional.
- En este sentido, los resultados del presente estudio sugieren que la regularidad en el monitoreo constituye un factor protector frente al descontrol de la presión arterial, reforzando la necesidad de garantizar el acceso continuo a los servicios de salud y a esquemas de seguimiento estructurados. Por lo tanto, se acepta la hipótesis específica 2.
- Sobre la hipótesis específica 3; relación entre la adherencia al tratamiento y la prevención de complicaciones; los resultados evidencian una correlación positiva moderada y estadísticamente significativa entre la adherencia al tratamiento y la prevención de complicaciones ($\rho = 0.438$; $p = 0.000$), lo que indica que los pacientes adherentes adoptan con mayor frecuencia conductas preventivas, como la reducción del consumo de sal y alcohol, el control del peso corporal y la modificación de estilos de vida no saludables

VIII. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES

CONCLUSIONES

1. Se concluye que la adherencia al tratamiento se relaciona de manera directa con el control de la presión arterial, evidenciándose que los pacientes que cumplen adecuadamente con su tratamiento presentan mejores niveles de control tensional. Este hallazgo confirma la hipótesis general planteada, destacando la importancia de la adherencia terapéutica en el manejo de la hipertensión arterial.
2. Se determina que la adherencia al tratamiento se asocia con una adecuada gestión cotidiana por parte del paciente, reflejada en prácticas de autocuidado como la organización del régimen terapéutico y el autocontrol domiciliario de la presión arterial. Estos comportamientos favorecen el manejo efectivo de la enfermedad y permiten aceptar la hipótesis específica.
3. Se concluye que la adherencia al tratamiento guarda relación con la regularidad en el monitoreo médico, ya que los pacientes adherentes tienden a asistir de manera constante a sus controles clínicos. Esta conducta contribuye al seguimiento oportuno y a la continuidad del tratamiento, lo que permite aceptar la hipótesis específica.
4. Se establece que la adherencia al tratamiento se vincula con la prevención de complicaciones asociadas a la hipertensión arterial, debido a que los pacientes que cumplen con su terapia adoptan con mayor frecuencia conductas preventivas y estilos de vida saludables. Este resultado valida la hipótesis específica 3 y resalta la adherencia terapéutica como un eje fundamental del manejo integral de la enfermedad.

RECOMENDACIONES

1. A partir de la conclusión sobre la relación entre adherencia al tratamiento y control de la presión arterial, se recomienda fortalecer los programas de seguimiento integral del paciente hipertenso mediante controles periódicos, consejería personalizada y recordatorios terapéuticos, a fin de mejorar el cumplimiento del tratamiento y lograr un control tensional sostenido.
2. Se recomienda implementar estrategias educativas orientadas al autocuidado, tales como talleres prácticos sobre organización de la medicación, técnicas de autocontrol domiciliario de la presión arterial y uso de registros diarios, con el propósito de fortalecer las prácticas cotidianas del paciente.
3. Considerando la relación significativa entre adherencia al tratamiento y regularidad en el monitoreo médico, se recomienda optimizar los sistemas de citación y seguimiento clínico, incorporando mecanismos de recordatorio de citas, horarios flexibles y modalidades de atención complementarias, como la teleconsulta, para garantizar la continuidad del control médico.
4. Dado que la adherencia al tratamiento se relaciona con la prevención de complicaciones, se recomienda desarrollar programas integrales de promoción de estilos de vida saludables que incluyan orientación nutricional, reducción del consumo de sal y alcohol, fomento de la actividad física y manejo del estrés, con el fin de disminuir el riesgo de complicaciones asociadas a la hipertensión arterial.

VIII. REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. World Health Organization. (2023, March 16). Hypertension.
2. World Health Organization. (2023b). Global report on hypertension: The race against a silent killer. <https://iris.who.int/bitstream/handle/10665/372896/9789240081062-eng.pdf>
3. NCD Risk Factor Collaboration (NCD-RisC). (2021). Worldwide trends in hypertension prevalence and progress in treatment and control from 1990 to 2019: A pooled analysis of 1201 population-representative studies with 104 million participants. *The Lancet*, 398(10304), 957–980. [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(21\)01330-1](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(21)01330-1)
4. Lee, E. K. P., Poon, P., Yip, B. H. K., Bo, Y., Zhu, M.-T., Yu, C.-P., Ngai, A. C. H., Wong, M. C. S., & Wong, S. Y. S. (2022). Global burden, regional differences, trends, and health consequences of medication nonadherence for hypertension during 2010 to 2020: A meta-analysis involving 27 million patients. *Journal of the American Heart Association*, 11(17), e026582. <https://doi.org/10.1161/JAHA.122.026582>
5. Unger, T., Borghi, C., Charchar, F., Khan, N. A., Poulter, N. R., Prabhakaran, D., Ramirez, A., Schlaich, M., Stergiou, G. S., Tomaszewski, M., Wainford, R. D., Williams, B., Schutte, A. E., & on behalf of the International Society of Hypertension. (2020). 2020 International Society of Hypertension global hypertension practice guidelines. *Hypertension*, 75(6), 1334–1357. <https://doi.org/10.1161/HYPERTENSIONAHA.120.15026>
6. Díaz-Arocutipa, C. (2025). Trends of awareness, treatment, and control of hypertension in Peru: a 5-year national survey analysis. **Journal of Hypertension**. Advance online publication. <https://doi.org/10.1097/HJH.0000000000004109>
7. Hernández-Vásquez, A., Carrillo Morote, B. N., Azurin Gonzales, V. C., Turpo Cayo, E. Y., & Azañedo, D. (2023). Análisis espacial de la hipertensión arterial en adultos peruanos, 2022. **Archivos Peruanos de Cardiología y Cirugía Cardiovascular**, 4(2), 48–54. <https://doi.org/10.47487/apcyccv.v4i2.296>
8. Calderon-Ocon, V., Cueva-Peredo, F., & Bernabé-Ortiz, A. (2024). Prevalence, trends, and factors associated with hypertensive crisis among Peruvian adults. **Cadernos de Saúde Pública**, 40(2), e00155123. <https://doi.org/10.1590/0102-311XEN155123>
9. Instituto de Evaluación de Tecnologías en Salud e Investigación (IETSI–EsSalud). (2025, julio 4). Características epidemiológicas del

acceso a un servicio de salud para medición de la presión arterial en la población de 15 años o mayores en el Perú: ENDES 2023 (RRI 004-2025). https://ietsi.essalud.gob.pe/wp-content/uploads/2025/07/RRI_004-V-BNFNF.pdf

10. Ministerio de Salud del Perú (MINSA). (2024). Reporte de seguimiento 2023-I. Programa Presupuestal 0018: Enfermedades No Transmisibles [PDF]. https://www.minsa.gob.pe/presupuestales/doc2024/reporte-seguimiento/Reporte%202023-I_PP%200018.pdf [minsa.gob.pe](https://www.minsa.gob.pe)
11. Velásquez Montenegro, A. D., Dávila Uriarte, M., & Valladares-Garrido, M. J. (2022). Factores asociados a la no adherencia al tratamiento antihipertensivo en un hospital del Seguro Social de Chiclayo durante el período de emergencia sanitaria por COVID-19. **Revista del Cuerpo Médico Hospital Nacional Almanzor Aguinaga Asenjo**, 15(1), 11–18. <https://doi.org/10.35434/rcmhnaaa.2022.151.1169>
12. Altamirano Carbajal, G. I., Bringas Villalba, E. F., & Ventura Hernández, E. M. (2021). Adherencia al tratamiento terapéutico en pacientes con hipertensión arterial que acuden a un centro de salud de Lima Norte, 2021. *Revista Científica Cuidado y Salud Pública*, 1(2), 3–8. <https://cuidadoysaludpublica.org.pe/index.php/cuidadoysaludpublica/article/download/18/198>
13. Hernández-Vásquez, A., Vargas-Fernández, R., & Rojas-Roque, C. (2023). Análisis espacial de la hipertensión arterial en adultos peruanos, 2022. *Archivos Peruanos de Cardiología y Cirugía Cardiovascular*, 4(3), e296. <https://pmc.ncbi.nlm.nih.gov/articles/PMC10538923/>
14. Instituto Nacional de Estadística e Informática (INEI). (2024, mayo 23). Perú: Enfermedades no transmisibles y transmisibles, 2023. <https://www.gob.pe/institucion/inei/informes-publicaciones/5601760-peru-enfermedades-no-transmisibles-y-transmisibles-2023>
15. Servicios Básicos de Salud Cañete–Yauyos. (2024, abril 17). Fichas de acciones estratégicas institucionales 2024 (Gobierno Regional de Lima – DIRESA). https://cdn.www.gob.pe/uploads/document/file/6231271/5487235-fichas-acciones-estrategicas-institucionales-aei_1.pdf
16. Figueroa-Mejía, D. S., Polanco-Muñoz, R. A., Pérez-Chamorro, B. E., & Bustos-Villarreal, M. (2024). Factores que influyen en la adherencia al tratamiento con antihipertensivos en pacientes. **Salud y Vida**, 8(2), 528–534. <https://doi.org/10.35381/s.v.v8i2.4236>

17. Rodríguez-Camelo, L., Acosta-Atencia, N., Durán-Pérez, J. C., Sánchez-Roca, D., & Mohamed Farah-Carrillo, N. (2024). Adherence to pharmacological and nonpharmacological treatment in ambulatory hypertensive patients at a healthcare institution. *Acta Médica Colombiana*, 49(2). <https://doi.org/10.36104/amc.2024.2746>
18. Durán, M., Ugel, E., Ojeda-Cáceres, H., Bonelli, A., Saglimbeni, M., Rodríguez Araque, E., González Galasso, C., Yñiguez, A., González, C., Ramos, D., & Rivera, E. (2024). Evaluación de la implementación de la iniciativa HEARTS en una comunidad rural de Venezuela, 2023. *Revista Panamericana de Salud Pública*, 48, e53. <https://doi.org/10.26633/RPSP.2024.53>
19. Solís, J., et al. (2024). Factores sociales y de salud relacionados a la discontinuidad de los tratamientos en adultos chilenos con enfermedades crónicas durante la pandemia por COVID-19. **Revista Médica de Chile**, 152(10), 1038–1048. <https://doi.org/10.4067/S0034-98872024001001038>
20. Sabio, R., Espeche, W., Barochiner, J., Díaz, A., Grosse, P., Flores, R., Parodi, R., Romano, J., Gaydou, A., & Renna, N. (2024). Percepción e identificación de barreras para la utilización de tecnologías digitales en hipertensión arterial. *Medicina (Buenos Aires)*, 84, 629–634. <https://www.medicinabuenosaires.com/PMID/39172561.pdf>
21. Domenech Carboni, D. E., & Strozzi Scala, D. (2024). Primer instrumento validado en Uruguay para evaluar adherencia terapéutica en personas hipertensas. Año 2017. *Revista Médica del Uruguay*, 40(4). https://www.scielo.edu.uy/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1688-03902024000401205
22. Calderon-Ramirez, P. M., Huamani-Merma, E., Mirano-Ortiz-de-Orue, M. G., Fernandez-Guzman, D., & Toro-Huamanchumo, C. J. (2024). Factors associated with poor adherence to medication in patients with diabetes and hypertension in Peru: Findings from a pooled analysis of six years of population-based surveys. *Public Health*, 231, 108–115. <https://doi.org/10.1016/j.puhe.2024.03.012>
23. Rivera-Lozada, O., Rivera-Lozada, I. C., & Bonilla-Asalde, C. A. (2024). Access to health services and its influence on adherence to treatment of arterial hypertension during the COVID-19 pandemic in a Hospital in Callao, Peru: A cross-sectional study. *F1000Research*, 12, 1215. <https://doi.org/10.12688/f1000research.141856.2>
24. Williams, K. N., Tenorio-Mucha, J., Campos-Blanco, K., Underhill, L. J., Valdés-Velásquez, A., Herbozo, A. F., ... Vela-Clavo, Z. (2024). Health system barriers to hypertension care in Peru: Rapid assessment to inform organizational-level change. *PLOS Global*

25. Chuquiruna Sánchez, Y. Y. (2023). Adherencia al tratamiento farmacológico en pacientes con hipertensión arterial en el Centro de Salud del distrito de Magdalena (diciembre 2022–febrero 2023) [Tesis de título, Universidad Nacional de Cajamarca]. Repositorio UNC. <http://hdl.handle.net/20.500.14074/5675>
26. Matta-Zamudio, L. S. (2023). Adherencia terapéutica y calidad de vida en hipertensos que acuden a una clínica privada ubicada en Comas. *Revista Científica Cuidado y Salud Pública*, 3(2), 47–52. <https://doi.org/10.53684/csp.v3i2.83>
27. Rodríguez Rodríguez, O. G. (2023). Factores asociados al inadecuado control de la presión arterial en pacientes hipertensos del Hospital Regional del Cusco, 2023 [Tesis de título, Universidad Andina del Cusco]. ALICIA – CONCYTEC. https://alicia.concytec.gob.pe/vufind/Record/UACI_0556ae5671231e5e9307eed5f6cad1db
28. World Health Organization. Adherence to long-term therapies: Evidence for action. Geneva: WHO; 2003. [Organización Mundial de la Salud](#)
29. Kardas P, et al. Medication non-adherence: reflecting on two decades of research. *Front Pharmacol*. 2024;15:—. [PMC](#)
30. Vrijens B, et al. A new taxonomy for describing and defining adherence to medications. *Br J Clin Pharmacol*. 2012;73(5):691–705. [PMC](#)
31. Bernardo C, et al. Translation and cross-cultural adaptation of the ABC taxonomy. *J Am Pharm Assoc*. 2023;—. [ScienceDirect](#)
32. De Geest S, et al. ESPACOMP Medication Adherence Reporting Guideline (EMERGE). *Ann Intern Med*. 2018;169(1):30–35. [PubMedequator-network.org](#)
33. Alyafei A, et al. The Health Belief Model of Behavior Change. *StatPearls [Internet]*. 2024. [CNIB](#)
34. Kamyab A, et al. Education based on TPB to improve medication adherence. *BMC Public Health*. 2024;24:—. [BioMed Central](#)
35. Ding Y, et al. TPB plus nudge improves medication adherence. *Patient Educ Couns*. 2023;—. [ScienceDirect](#)
36. Ntoumanis N, et al. SDT-informed interventions meta-analysis. *Health Psychol Rev*. 2021;15(2):—. [Tandfonline](#)

37. Blaakman SW, et al. SDT and preventive medication adherence (asthma). *J Pediatr Health Care*. 2022;—. [PMC](#)
38. Horne R, et al. Meta-analytic review of the Necessity–Concerns Framework. *PLoS One*. 2013;8(12):e80633. [PMC](#)
39. Lee SF, et al. Association of NCF with adherence in hemodialysis. *J App Pharm Sci*. 2022;12(06):—. [Japsonline](#)
40. Park LG, et al. Using the COM-B model for medication adherence. *Digit Health*. 2023;9:—. [PMC](#)
41. Madhani A, et al. Using COM-B to characterize barriers/facilitators (PrEP). *Int J STD AIDS*. 2022;33(13):—. [PMC](#)
42. Prieto-Merino D, et al. Estimating PDC using real-world data. *J Pharm Policy Pract*. 2021;14:87. [BioMed Central](#)
43. Canfield SL, et al. Navigating medication adherence measures (MPR vs PDC). *Innov Pharm*. 2019;10(3):—. [PMC](#)
44. Laghousi D, et al. Validity/Reliability of MMAS-8 (diabetes). *Health Serv Res Manag Epidemiol*. 2021;—. [PMC](#)
45. Pharmacy Quality Alliance (PQA). Measure Use FAQs [Internet]. 2022. [pqaalliance.org](#)
46. Walsh CA, et al. Medication non-adherence and hospitalisation: meta-analysis. *Br J Clin Pharmacol*. 2019;85(12):—. [PMC](#)
47. Ágh T, et al. Outcomes for adherence-enhancing interventions: SLR. *Value Health*. 2024;—. [Value in Health](#)
48. Cutler RL, et al. Economic impact of medication non-adherence by disease. *BMJ Open*. 2018;8:e016982. [BMJ Open](#)
49. Peng Y, et al. Effectiveness of mobile applications on medication adherence. *J Manag Care Spec Pharm*. 2020;26(4):550–7. [jmcp.org](#)
50. Williams B, Mancia G, Spiering W, Rosei EA, Azizi M, Burnier M, et al. 2018 ESC/ESH Guidelines for the management of arterial hypertension. *Eur Heart J*. 2018;39(33):3021–104.
51. Whelton PK, Carey RM, Aronow WS, Casey DE, Collins KJ, Himmelfarb CD, et al. 2017 ACC/AHA/AAPA/ABC/ACPM/AGS/APhA/ASH/ASPC/NMA/PCNA Guideline for the prevention, detection, evaluation, and management of high blood pressure in adults. *J Am Coll Cardiol*. 2018;71(19):e127–248.

52. Guyton AC, Coleman TG, Granger HJ. Circulation: overall regulation. *Annu Rev Physiol.* 1972;34:13–46.
53. Hall JE, Granger JP, do Carmo JM, da Silva AA, Dubinion J, George E, et al. Hypertension: physiology and pathophysiology. *Compr Physiol.* 2012;2(4):2393–442.
54. Yusuf S, Hawken S, Ounpuu S, Dans T, Avezum A, Lanas F, et al. Effect of potentially modifiable risk factors associated with myocardial infarction in 52 countries (the INTERHEART study): case-control study. *Lancet.* 2004;364(9438):937–52.
55. Zhou B, Perel P, Mensah GA, Ezzati M. Global epidemiology, health burden and effective interventions for elevated blood pressure and hypertension. *Nat Rev Cardiol.* 2021;18(11):785–802.
56. Parati G, Stergiou G, O’Brien E, Asmar R, Beilin L, Bilo G, et al. European Society of Hypertension guidelines for blood pressure monitoring at home: a summary report. *J Hypertens.* 2021;39(7):1293–302.
57. Egan BM, Kjeldsen SE, Grassi G, Esler M, Mancia G. The global burden of hypertension exceeds 1.4 billion people: should a systolic blood pressure target below 130 become the universal goal? *J Hypertens.* 2019;37(6):1148–53.
58. SPRINT Research Group. A randomized trial of intensive versus standard blood-pressure control. *N Engl J Med.* 2015;373(22):2103–16.
59. Etehad D, Emdin CA, Kiran A, Anderson SG, Callender T, Emberson J, et al. Blood pressure lowering for prevention of cardiovascular disease and death: a systematic review and meta-analysis. *Lancet.* 2016;387(10022):957–67.
60. GBD 2019 Risk Factors Collaborators. Global burden of 87 risk factors in 204 countries and territories, 1990–2019: a systematic analysis for the Global Burden of Disease Study 2019. *Lancet.* 2020;396(10258):1223–49.
61. Watkins DA, Hale J, Hutchinson B, Katamba A, Singh B, Zuhlke L. Investing in non-communicable disease prevention and management to advance the Sustainable Development Goals. *Lancet.* 2022;399(10335):1923–37.
62. Creswell JW, Creswell JD. *Research design: Qualitative, quantitative, and mixed methods approaches.* 5th ed. Thousand Oaks: Sage; 2018.

63. Hernández-Sampieri R, Mendoza C. Metodología de la investigación: Las rutas cuantitativa, cualitativa y mixta. 7ma ed. México: McGraw-Hill; 2018.
64. Otzen T, Manterola C. Técnicas de muestreo sobre una población a estudio. *Int J Morphol*. 2017;35(1):227-32.
65. Kumar R. *Research methodology: A step-by-step guide for beginners*. 5th ed. London: Sage; 2019.
66. Bhandari P. Correlational research: Definition, methods and examples [Internet]. Scribbr; 2022 [citado 2025 Feb 5]. Disponible en: <https://www.scribbr.com/methodology/correlational-research/>
67. Polit DF, Beck CT. *Nursing research: Generating and assessing evidence for nursing practice*. 11th ed. Philadelphia: Wolters Kluwer; 2021.
68. Muñiz J, Fonseca-Pedrero E. Diez pasos para la construcción de un test. *Psicothema*. 2019;31(1):7–16.
69. Prieto G, Delgado AR. Fiabilidad y validez. *Papeles del Psicólogo*. 2023;44(2):89–97.
70. George D, Mallery P. *IBM SPSS Statistics 29 Step by Step: A Simple Guide and Reference*. 18th ed. New York: Routledge; 2023.

ANEXOS

Anexo 01: Matriz de consistencia

Título: LA ADHERENCIA AL TRATAMIENTO Y EL CONTROL DE LA PRESIÓN ARTERIAL EN PACIENTES HIPERTENSOS DEL HOSPITAL REZOLA, CAÑETE, 2025

Responsables: PATTY TORRES HERHUAY

PROBLEMA	OBJETIVO	HIPÓTESIS	VARIABLES	METODOLOGÍA
<p>General: ¿Cuál es la relación entre la adherencia al tratamiento y el control de la presión arterial en pacientes hipertensos del hospital rezola, de cañete 2025?</p> <p>Específicos</p> <p>¿Cuál es la relación entre la adherencia al tratamiento y la gestión cotidiana en el control de presión arterial en pacientes hipertensos del Hospital Rezola, de Cañete 2025?</p> <p>¿Cuál es la relación entre la adherencia al tratamiento y la regularidad en el monitoreo en el control de la presión arterial en pacientes hipertensos del Hospital Rezola, de Cañete 2025?</p> <p>¿Cuál es la relación entre la adherencia al tratamiento y la prevención de complicaciones en el control de la presión arterial en pacientes hipertensos del Hospital Rezola, de Cañete 2025?</p>	<p>General: Determinar la relación entre la adherencia al tratamiento y el control de la presión arterial en pacientes hipertensos del Hospital Rezola, de Cañete 2025.</p> <p>Específicos</p> <p>Determinar la relación entre la adherencia al tratamiento y la gestión cotidiana en el control de presión arterial en pacientes hipertensos del Hospital Rezola, de Cañete 2025.</p> <p>Determinar la relación entre la adherencia al tratamiento y la regularidad en el monitoreo en el control de la presión arterial en pacientes hipertensos del Hospital Rezola, de Cañete 2025.</p> <p>Determinar la relación entre la adherencia al tratamiento y la prevención de complicaciones en el control de la presión arterial en pacientes hipertensos del Hospital Rezola, de Cañete 2025.</p>	<p>General: Existe relación entre la adherencia al tratamiento y el control de la presión arterial en pacientes hipertensos del Hospital Rezola, de Cañete 2025.</p> <p>Específicas</p> <p>Existe relación significativa entre la adherencia al tratamiento y la gestión cotidiana en el control de presión arterial en pacientes hipertensos del Hospital Rezola, de Cañete 2025.</p> <p>Existe relación significativa entre la adherencia al tratamiento y la regularidad en el monitoreo en el control de la presión arterial en pacientes hipertensos del Hospital Rezola, de Cañete 2025.</p> <p>Existe relación significativa entre la adherencia al tratamiento y la prevención de complicaciones en el control de la presión arterial en pacientes hipertensos del Hospital Rezola, de Cañete 2025.</p>	<p>VARIABLE</p> <p>Adherencia al tratamiento</p> <p>DIMENSIONES</p> <p>Cumplimiento de la medicación</p> <p>Seguimiento de indicaciones médicas</p> <p>Conductas de autocuidado</p> <p>VARIABLE</p> <p>Control de la presión arterial</p> <p>Dimensiones</p> <p>Gestión cotidiana</p> <p>Regularidad en el monitoreo</p> <p>Prevención de complicaciones</p>	<p>Tipo: básica</p> <p>Enfoque: cuantitativo</p> <p>Nivel: correlacional</p> <p>Diseño: no experimental</p> <p>Corte: transversal</p> <p>Población: 600 pacientes</p> <p>Muestra: 234 pacientes con hipertensión</p> <p>Instrumento: cuestionario estructurado</p>

Anexo 2: Instrumento de recolección de datos

Instrumento 1: Adherencia al tratamiento

Dimensión	Ítem	Pregunta	Escala Likert (1–5)
Cumplimiento farmacológico	1	¿Toma sus medicamentos en el horario indicado por el médico?	1 2 3 4 5
	2	¿Respetas la dosis exacta de los fármacos prescritos?	1 2 3 4 5
	3	¿Evitas suspender el tratamiento sin autorización médica?	1 2 3 4 5
	4	¿Acudes a la farmacia a tiempo para no quedarte sin medicación?	1 2 3 4 5
	5	¿Sigues las indicaciones de duración del tratamiento?	1 2 3 4 5
	6	¿Informas a tu médico si olvidas alguna dosis?	1 2 3 4 5
Seguimiento de recomendaciones no farmacológicas	7	¿Sigues una dieta baja en sal según lo indicado por el personal de salud?	1 2 3 4 5
	8	¿Mantiene una rutina de ejercicio físico regular?	1 2 3 4 5
	9	¿Evitas el consumo de alcohol y tabaco como parte del tratamiento?	1 2 3 4 5
	10	¿Controlas tu peso corporal como recomendación del médico?	1 2 3 4 5
	11	¿Aplicas técnicas de manejo del estrés (respiración, relajación, descanso adecuado)?	1 2 3 4 5
	12	¿Cumple con la ingesta de agua recomendada por el médico o nutricionista?	1 2 3 4 5
Relación paciente–sistema de salud	13	¿Asistes puntualmente a tus citas médicas de control?	1 2 3 4 5
	14	¿Consultas a tu médico antes de modificar la medicación?	1 2 3 4 5
	15	¿Percibes que recibes orientación clara del personal de salud sobre tu tratamiento?	1 2 3 4 5
	16	¿Solicitas ayuda al personal de salud cuando tienes dudas sobre el tratamiento?	1 2 3 4 5
	17	¿Te sientes apoyado por el sistema de salud en el seguimiento de tu enfermedad?	1 2 3 4 5
	18	¿Recibes recordatorios o seguimiento por parte del centro de salud?	1 2 3 4 5

Instrumento 2: Control de la presión arterial

Dimensión	Ítem	Pregunta	Escala Likert (1–5)
Gestión cotidiana	1	¿Procura mantener horarios regulares para sus comidas?	1 2 3 4 5
	2	¿Organiza su rutina diaria considerando el cuidado de su salud?	1 2 3 4 5
	3	¿Reduce el consumo de alimentos procesados para cuidar su presión arterial?	1 2 3 4 5
	4	¿Evita situaciones que aumenten el estrés de manera constante?	1 2 3 4 5
	5	¿Toma decisiones diarias pensando en mantener estable su presión arterial?	1 2 3 4 5
	6	¿Realiza actividades de recreación para contribuir a su bienestar físico y emocional?	1 2 3 4 5
Regularidad en el monitoreo	7	¿Se mide la presión arterial en casa de manera periódica?	1 2 3 4 5
	8	¿Registra los resultados de sus controles de presión?	1 2 3 4 5
	9	¿Acude al centro de salud para controles de presión arterial según lo indicado?	1 2 3 4 5
	10	¿Informa a su médico sobre las variaciones en sus mediciones de presión?	1 2 3 4 5
	11	¿Usa dispositivos de medición validados o recomendados por profesionales de salud?	1 2 3 4 5
	12	¿Controla su presión arterial al menos una vez a la semana?	1 2 3 4 5
Prevención de complicaciones	13	¿Conoce los riesgos de no controlar su presión arterial?	1 2 3 4 5
	14	¿Busca información sobre cómo prevenir complicaciones de la hipertensión?	1 2 3 4 5
	15	¿Acude a chequeos médicos para detectar complicaciones asociadas?	1 2 3 4 5
	16	¿Sigue las recomendaciones médicas para reducir el riesgo cardiovascular?	1 2 3 4 5
	17	¿Evita auto medicarse cuando presenta síntomas relacionados con la presión arterial?	1 2 3 4 5
	18	¿Toma acciones inmediatas (reposo, consulta médica) cuando identifica síntomas de alarma?	1 2 3 4 5

Anexo 3: Ficha de validación por juicio de expertos



UNIVERSIDAD
AUTÓNOMA
DE ICA

INFORME DE VALIDACIÓN DEL INSTRUMENTO DE INVESTIGACIÓN

I. DATOS GENERALES

Título de la Investigación: LA ADHERENCIA AL TRATAMIENTO Y EL CONTROL DE LA PRESION ARTERIAL EN PACIENTES HIPERTENSOS DEL HOSPITAL REZOLA, CAÑETE, 2025

Nombre del Experto: Deniss Edilberto Aparcana Ramos

II. ASPECTOS QUE VALIDAR EN EL INSTRUMENTO: **ADHERENCIA AL TRATAMIENTO**

Aspectos Para Evaluar	Descripción:	Evaluación Cumple/ No cumple	Preguntas por corregir
1. Claridad	Las preguntas están elaboradas usando un lenguaje apropiado	cumple	ninguna
2. Objetividad	Las preguntas están expresadas en aspectos observable	cumple	ninguna
3. Conveniencia	Las preguntas están adecuadas al tema a ser investigado	cumple	ninguna
4. Organización	Existe una organización lógica y sintáctica en el cuestionario	cumple	ninguna
5. Suficiencia	El cuestionario comprende todos los indicadores en cantidad y calidad	cumple	ninguna
6. Intencionalidad	El cuestionario es adecuado para medir los indicadores de la investigación	cumple	ninguna
7. Consistencia	Las preguntas están basadas en aspectos teóricos del tema investigado	cumple	ninguna
8. Coherencia	Existe relación entre las preguntas e indicadores	cumple	ninguna
9. Estructura	La estructura del cuestionario responde a las preguntas de la investigación	cumple	ninguna
10. Pertinencia	El cuestionario es útil y oportuno para la investigación	cumple	ninguna

III. OBSERVACIONES GENERALES


Mg. Deniss Edilberto Aparcana Ramos
C.E.P. 034061 R.E.M. 002083
DNI 21567404

Apellidos y Nombres del validador: Deniss Edilberto Aparcana Ramos
Grado académico: Magister
Nº DNI: 21567404



INFORME DE VALIDACIÓN DEL INSTRUMENTO DE INVESTIGACIÓN

I. DATOS GENERALES

Título de la Investigación: LA ADHERENCIA AL TRATAMIENTO Y EL CONTROL DE LA PRESION ARTERIAL EN PACIENTES HIPERTENSOS DEL HOSPITAL REZOLA, CAÑETE, 2025

Nombre del Experto: Deniss Edilberto Aparcana Ramos

II. ASPECTOS QUE VALIDAR EN EL INSTRUMENTO: **CONTROL DE LA PRESIÓN ARTERIAL**

Aspectos Para Evaluar	Descripción:	Evaluación Cumple/ No cumple	Preguntas por corregir
1. Claridad	Las preguntas están elaboradas usando un lenguaje apropiado	cumple	ninguna
2. Objetividad	Las preguntas están expresadas en aspectos observable	cumple	ninguna
3. Conveniencia	Las preguntas están adecuadas al tema a ser investigado	cumple	ninguna
4. Organización	Existe una organización lógica y sintáctica en el cuestionario	cumple	ninguna
5. Suficiencia	El cuestionario comprende todos los indicadores en cantidad y calidad	cumple	ninguna
6. Intencionalidad	El cuestionario es adecuado para medir los indicadores de la investigación	cumple	ninguna
7. Consistencia	Las preguntas están basadas en aspectos teóricos del tema investigado	cumple	ninguna
8. Coherencia	Existe relación entre las preguntas e indicadores	cumple	ninguna
9. Estructura	La estructura del cuestionario responde a las preguntas de la investigación	cumple	ninguna
10. Pertinencia	El cuestionario es útil y oportuno para la investigación	cumple	ninguna

III. OBSERVACIONES GENERALES


Mg. Deniss Edilberto Aparcana Ramos
C.E.P. 034061 R.E.M. 002083
DNI 21567404

Apellidos y Nombres del validador: Deniss Edilberto Aparcana Ramos
Grado académico: Magister
N° DNI: 21567404



INFORME DE VALIDACIÓN DEL INSTRUMENTO DE INVESTIGACIÓN

I. DATOS GENERALES

Título de la Investigación: LA ADHERENCIA AL TRATAMIENTO Y EL CONTROL DE LA PRESION ARTERIAL EN PACIENTES HIPERTENSOS DEL HOSTIPAL REZOLA, CAÑETE, 2025

Nombre del Experto: Estela Alicia Manrique Guerra

II. ASPECTOS QUE VALIDAR EN EL INSTRUMENTO ; ADHERENCIA AL TRATAMIENTO

Aspectos Para Evaluar	Descripción:	Evaluación Cumple/ No cumple	Preguntas por corregir
1. Claridad	Las preguntas están elaboradas usando un lenguaje apropiado	cumple	ninguna
2. Objetividad	Las preguntas están expresadas en aspectos observable	cumple	ninguna
3. Conveniencia	Las preguntas están adecuadas al tema a ser investigado	cumple	ninguna
4. Organización	Existe una organización lógica y sintáctica en el cuestionario	cumple	ninguna
5. Suficiencia	El cuestionario comprende todos los indicadores en cantidad y calidad	cumple	ninguna
6. Intencionalidad	El cuestionario es adecuado para medir los indicadores de la investigación	cumple	ninguna
7. Consistencia	Las preguntas están basadas en aspectos teóricos del tema investigado	cumple	ninguna
8. Coherencia	Existe relación entre las preguntas e indicadores	cumple	ninguna
9. Estructura	La estructura del cuestionario responde a las preguntas de la investigación	cumple	ninguna
10. Pertinencia	El cuestionario es útil y oportuno para la investigación	cumple	ninguna

III. OBSERVACIONES GENERALES


Estela Alicia Manrique Guerra
LIC EN ENFERMERIA
C.E.P 39897 R.F.F 7218
CFA DE ENFERMERIA Y LABORATORIO
Apellidos y Nombres del Validador: Estela Alicia Manrique Guerra
Grado académico: Magister
N° DNI: 15359437



INFORME DE VALIDACIÓN DEL INSTRUMENTO DE INVESTIGACIÓN

I. DATOS GENERALES

Título de la Investigación: LA ADHERENCIA AL TRATAMIENTO Y EL CONTROL DE LA PRESION ARTERIAL EN PACIENTES HIPERTENSOS DEL HOSTIPAL REZOLA, CAÑETE, 2025

Nombre del Experto: Estela Alicia Manrique Guerra

II. ASPECTOS QUE VALIDAR EN EL INSTRUMENTO : **CONTROL DE LA PRESIÓN ARTERIAL**

Aspectos Para Evaluar	Descripción:	Evaluación Cumple/ No cumple	Preguntas por corregir
1. Claridad	Las preguntas están elaboradas usando un lenguaje apropiado	cumple	ninguna
2. Objetividad	Las preguntas están expresadas en aspectos observable	cumple	ninguna
3. Conveniencia	Las preguntas están adecuadas al tema a ser investigado	cumple	ninguna
4. Organización	Existe una organización lógica y sintáctica en el cuestionario	cumple	ninguna
5. Suficiencia	El cuestionario comprende todos los indicadores en cantidad y calidad	cumple	ninguna
6. Intencionalidad	El cuestionario es adecuado para medir los indicadores de la investigación	cumple	ninguna
7. Consistencia	Las preguntas están basadas en aspectos teóricos del tema investigado	cumple	ninguna
8. Coherencia	Existe relación entre las preguntas e indicadores	cumple	ninguna
9. Estructura	La estructura del cuestionario responde a las preguntas de la investigación	cumple	ninguna
10. Pertinencia	El cuestionario es útil y oportuno para la investigación	cumple	ninguna

III. OBSERVACIONES GENERALES


Estela A. Manrique Guerra
IPC EN ENFERMERIA
C.E.P. 20092 R.E.E. 2718

Apellidos y Nombres del Validador: Estela Alicia Manrique Guerra
Grado académico: Magister
N° DNI: 15359437



INFORME DE VALIDACIÓN DEL INSTRUMENTO DE INVESTIGACIÓN

I. DATOS GENERALES


Título de la Investigación: LA ADHERENCIA AL TRATAMIENTO Y EL CONTROL DE LA PRESION ARTERIAL EN PACIENTES HIPERTENSOS DEL HOSPITAL REZOLA, CAÑETE, 2025

Nombre del Experto: *Elizeth de pilar Guivin Munayco*

II. ASPECTOS QUE VALIDAR EN EL INSTRUMENTO : *ADHERENCIA AL TRATAMIENTO*

Aspectos Para Evaluar	Descripción:	Evaluación Cumple/ No cumple	Preguntas por corregir
1. Claridad	Las preguntas están elaboradas usando un lenguaje apropiado	cumple	ninguna
2. Objetividad	Las preguntas están expresadas en aspectos observable	cumple	ninguna
3. Conveniencia	Las preguntas están adecuadas al tema a ser investigado	cumple	ninguna
4. Organización	Existe una organización lógica y sintáctica en el cuestionario	cumple	ninguna
5. Suficiencia	El cuestionario comprende todos los indicadores en cantidad y calidad	cumple	ninguna
6. Intencionalidad	El cuestionario es adecuado para medir los indicadores de la investigación	cumple	ninguna
7. Consistencia	Las preguntas están basadas en aspectos teóricos del tema investigado	cumple	ninguna
8. Coherencia	Existe relación entre las preguntas e indicadores	cumple	ninguna
9. Estructura	La estructura del cuestionario responde a las preguntas de la investigación	cumple	ninguna
10. Pertinencia	El cuestionario es útil y oportuno para la investigación	cumple	ninguna

III. OBSERVACIONES GENERALES


Lic. Elizeth Del Pilar Guivin Munayco
CEP- 29770
RNE. 22485 DNE 17820

Apellidos y Nombres del validador: *Elizeth De pilar Guivin Munayco*
Grado académico: *Magister*
N° DNI: *21881765*



INFORME DE VALIDACIÓN DEL INSTRUMENTO DE INVESTIGACIÓN

I. DATOS GENERALES


Título de la Investigación: LA ADHERENCIA AL TRATAMIENTO Y EL CONTROL DE LA PRESION ARTERIAL EN PACIENTES HIPERTENSOS DEL HOSPITAL REZOLA, CAÑETE, 2025

Nombre del Experto: Elizeth de pilar Guivin Munayco

II. ASPECTOS QUE VALIDAR EN EL INSTRUMENTO : CONTROL DE LA PRESION ARTERIAL

Aspectos Para Evaluar	Descripción:	Evaluación Cumple/ No cumple	Preguntas por corregir
1. Claridad	Las preguntas están elaboradas usando un lenguaje apropiado	cumple	ninguna
2. Objetividad	Las preguntas están expresadas en aspectos observable	cumple	ninguna
3. Conveniencia	Las preguntas están adecuadas al tema a ser investigado	cumple	ninguna
4. Organización	Existe una organización lógica y sintáctica en el cuestionario	cumple	ninguna
5. Suficiencia	El cuestionario comprende todos los indicadores en cantidad y calidad	cumple	ninguna
6. Intencionalidad	El cuestionario es adecuado para medir los indicadores de la investigación	cumple	ninguna
7. Consistencia	Las preguntas están basadas en aspectos teóricos del tema investigado	cumple	ninguna
8. Coherencia	Existe relación entre las preguntas e indicadores	cumple	ninguna
9. Estructura	La estructura del cuestionario responde a las preguntas de la investigación	cumple	ninguna
10. Pertinencia	El cuestionario es útil y oportuno para la investigación	cumple	ninguna

III. OBSERVACIONES GENERALES


Lic. Elizeth Del Pilar Guivin Munayco
CEP- 29770
RNE. 22485 DNE 17670

Apellidos y Nombres del validador: Elizeth de pilar Guivin Munayco
Grado académico: Magister
N° DNI: 21881765

Anexo 04: Confiabilidad de los instrumentos

ADHERENCIA AL TRATAMIENTO

Cumplimiento farmacológico

Seguimiento de recomendaciones
no farmacológicas

Relación paciente-sistema de
salud

NRO	P1	P2	P3	P4	P5	P6	P7	P8	P9	P10	P11	P12	P13	P14	P15	P16	P17	P18	SUM A
1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	18
2	1	1	2	3	2	3	2	1	2	3	3	2	1	2	3	3	2	1	37
3	1	2	3	2	3	2	3	2	3	2	2	3	2	3	2	2	3	2	42
4	1	3	2	4	2	4	2	3	2	4	4	2	3	2	4	4	2	3	51
5	1	2	1	2	1	2	2	2	1	2	2	2	2	1	2	2	2	2	31
6	1	1	3	2	3	2	3	1	3	2	2	3	1	3	2	2	3	1	38
7	1	2	4	2	4	2	1	1	4	2	2	1	1	4	2	2	1	1	37
8	1	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	52
9	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	90
10	1	4	3	4	3	4	2	3	3	4	4	2	3	3	4	4	2	3	56
11	1	4	2	3	2	3	3	4	2	3	3	3	4	2	3	3	3	4	52
12	1	3	2	2	2	2	3	3	2	2	2	3	3	2	2	2	3	3	42
13	1	3	2	1	2	1	2	2	2	1	1	2	2	2	1	1	2	2	30
14	1	2	2	1	2	1	1	3	2	1	1	1	3	2	1	1	1	3	29
15	1	3	1	2	1	2	3	2	1	2	2	3	2	1	2	2	3	2	35
16	1	4	3	3	3	3	4	3	3	3	3	4	3	3	3	3	4	3	56
17	1	3	2	5	2	5	3	1	2	5	5	3	1	2	5	5	3	1	54
18	1	5	3	4	3	4	5	1	3	4	4	5	1	3	4	4	5	1	60
19	1	3	1	2	1	2	3	3	1	2	2	3	3	1	2	2	3	3	38
20	1	1	1	3	1	3	1	1	1	3	3	1	1	1	3	3	1	1	30

Varianza	0.76	1.48	1.1	1.4	1.1	1.4	1.3	1.28	1.1	1.4	1.4	1.3	1.28	1.1	1.4	1.4	1.3	1.2	23.03
Sumatoria de varianzas	23.03																		
Varianza de la suma de los items	232.89																		

0.95 Adherencia al
coeficiente de confiabilidad 4 tratamiento
numero de items 18
sumatoria de la varianza de los items 23.0
varianza total del instrumento 232.9

CONTROL DE LA PRESIÓN ARTERIAL

NRO	Gestión cotidiana						Regularidad en el monitoreo						Prevención de complicaciones						SUMA
	P1	P2	P3	P4	P5	P6	P7	P8	P9	P10	P11	P12	P13	P14	P15	P16	P17	P18	
1	2	1	1	2	1	1	2	1	1	2	1	1	2	1	1	2	1	1	24
2	2	1	2	2	1	2	2	1	2	2	1	2	2	1	2	2	1	2	30
3	2	2	3	2	2	3	2	2	3	2	2	3	2	2	3	2	2	3	42
4	2	3	2	2	3	2	2	3	2	2	3	2	2	3	2	2	3	2	42
5	3	2	1	3	2	1	3	2	1	3	2	1	3	2	1	3	2	1	36
6	3	1	3	3	1	3	3	1	3	3	1	3	3	1	3	3	1	3	42
7	3	2	4	3	2	4	3	2	4	3	2	4	3	2	4	3	2	4	54
8	3	3	2	3	3	2	3	3	2	3	3	2	3	3	2	3	3	2	48
9	2	1	2	2	1	2	2	1	2	2	1	2	2	1	2	2	1	2	30
10	1	3	2	1	3	2	1	3	2	1	3	2	1	3	2	1	3	2	36
11	1	2	2	1	2	2	1	2	2	1	2	2	1	2	2	1	2	2	30
12	3	1	2	3	1	2	3	1	2	3	1	2	3	1	2	3	1	2	36
13	1	2	2	1	2	2	1	2	2	1	2	2	1	2	2	1	2	2	30
14	1	2	2	1	2	2	1	2	2	1	2	2	1	2	2	1	2	2	30
15	3	1	1	3	1	1	3	1	1	3	1	1	3	1	1	3	1	1	30
16	4	3	3	4	3	3	4	3	3	4	3	3	4	3	3	4	3	3	60
17	3	3	2	3	3	2	3	3	2	3	3	2	3	3	2	3	3	2	48
18	2	4	3	2	4	3	2	4	3	2	4	3	2	4	3	2	4	3	54
19	4	3	1	4	3	1	4	3	1	4	3	1	4	3	1	4	3	1	48
20	1	2	1	1	2	1	1	2	1	1	2	1	1	2	1	1	2	1	24
Varianza	0.91	0.79	0.648	1	1	1	1	1	1	0.9	0.8	0.6	0.9	0.8	0.6	0.9	0.8	0.6	14.085
Sumatoria de varianzas	14.085																		
Varianza de la suma de los items	106.11																		

coeficiente de confiabilidad	0.918	CONTROL DE PRESION ARTERIAL
numero de items	18	
sumatoria de la varianza de los items	14.09	
varianza total del instrumento	106.1	

Anexo 5: Informe de Turnitin al 28% de similitud

1770821344_TORRES HERHUAY PATTY.docx

2026
2026
Universidad Autónoma de Ica

Detalles del documento

Identificador de la entrega
trncid:3117556584095

Fecha de entrega
13 feb 2026, 10:17 a.m. GMT-5

Fecha de descarga
13 feb 2026, 10:48 a.m. GMT-5

Nombre del archivo
1770821344_TORRES HERHUAY PATTY.docx

Tamaño del archivo
6.5 MB

90 páginas
15.548 palabras
87.520 caracteres

turnitin Página 1 de 94 - Portada

Identificador de la entrega trncid:3117556584095

turnitin Página 2 de 94 - Descripción general de integridad

Identificador de la entrega trncid:3117556584095

12% Similitud general

El total combinado de todas las coincidencias, incluye las fuentes sugeridas para cit...

Filtrado desde el informe

- Bibliografía
- ✓ Coincidencias menores (menos de 13 palabras)

Fuentes principales

- 11% Fuentes de Internet
- 1% Publicaciones
- 12% Trabajos entregados (trabajos del estudiante)

Marcas de integridad

0% 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 coincidencias que permitan distinguir de una entrega normal. Si advertimos algo extraño, lo marcamos como una alerta para que pueda revisarse.

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

Fuentes principales

- 11%  Fuentes de Internet
- 1%  Publicaciones
- 12%  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	www.repositorio.autonomadeica.edu.pe	0%
2	Internet	repositorio.upajb.edu.pe	2%
3	Internet	repositorio.autonomadeica.edu.pe	+1%
4	Trabajos entregados	Universidad Católica De Cuenca on 2019-07-05	+1%
5	Trabajos entregados	Universidad Privada San Juan Bautista on 2025-06-13	+1%
6	Internet	repositorio.upsec.edu.pe	+1%
7	Trabajos entregados	Universidad Nacional del Centro del Perú on 2024-11-10	+1%
8	Trabajos entregados	Universidad Nacional Daniel Alcides Carrion on 2025-12-18	+1%
9	Trabajos entregados	Universidad Andina del Cusco on 2025-12-15	+1%
10	Trabajos entregados	Universidad Privada San Juan Bautista on 2025-09-02	+1%
11	Internet	repositorio.ucv.edu.pe	+1%

12	Trabajos entregados	ucb on 2025-08-04	+1%
13	Trabajos entregados	Universidad Tecnológica de los Andes on 2026-01-08	+1%

Anexo N°6: Carta de Presentación



“Año de la recuperación y consolidación de la economía peruana”

Chincha Alta, 14 de Enero del 2026

OFICIO N°0124-2025-UAI-FCS

Dr. Leonardo Pedro Budd Yacila
DIRECTOR
HOSPITAL REGIONAL REZOLA - CAÑETE
Presente. -

De mi especial consideración:

Es grato dirigirme a usted para saludarle cordialmente.

La Facultad de Ciencias de la Salud de la Universidad Autónoma de Ica tiene como principal objetivo formar profesionales con un perfil científico y humanístico, sensibles con los problemas de la sociedad y con vocación de servicio, este compromiso lo interiorizamos a través de nuestros programas académicos, bajo la excelencia en la formación académica, y trabajando transversalmente con nuestros pilares como son la **investigación**, responsabilidad social y bienestar universitario en inserción laboral.

En tal sentido, nuestra estudiante se encuentra en el desarrollo de tesis para la obtención del título profesional, para los programas académicos de Enfermería, Psicología y Obstetricia. La estudiante ha tenido a bien seleccionar temas de estudio de interés con la realidad local y regional, tomando en cuenta a la institución que usted dirige.

Como parte de la exigencia del proceso de investigación, se debe contar con la **autorización** de la Institución elegida, para que la estudiante pueda proceder a realizar el estudio, recabar información y aplicar su instrumento de investigación, misma que a través del presente documento solicitamos.

Adjuntamos la carta de presentación de la estudiante con el tema de investigación propuesto y quedamos a la espera de su aprobación.

Sin otro particular y con la seguridad de merecer su atención, me suscribo, no sin antes reiterarle los sentimientos de mi especial consideración.

Atentamente



Mag. Jose Yomil Perez Gomez
DECANO (E)
FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD
UNIVERSIDAD AUTÓNOMA DE ICA



CARTA DE PRESENTACIÓN

El Decano de la Facultad de Ciencias de la Salud de la Universidad Autónoma de Ica, que suscribe

Hace Constar:

Que, **TORRES HERHUAY, Patty** identificada con código de estudiante **A202000363** del Programa Académico de **ENFERMERIA**, quien viene desarrollando la tesis denominada: **“LA ADHERENCIA AL TRATAMIENTO Y EL CONTROL DE LA PRESIÓN ARTERIAL EN PACIENTES HIPERTENSOS DEL HOSPITAL REZOLA, CAÑETE, 2025”**

Se expide el presente documento, a fin de que el encargado, tenga a bien autorizar a la estudiante en mención, a recoger los datos y aplicar su instrumento para su investigación, comprometiéndose a actuar con respeto y transparencia dentro de ella, así como a entregar una copia de la investigación cuando esté finalmente sustentada y aprobada, para los fines que se estimen necesarios.

Chincha Alta, 14 de Enero del 2026



Mag. Jose Yomil Perez Gomez
DECANO (E)
FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD
UNIVERSIDAD AUTÓNOMA DE ICA





GOBIERNO REGIONAL DE LIMA
Dirección Regional de Salud
HOSPITAL REZOLA CAÑETE

"AÑO DE LA RECUPERACIÓN Y CONSOLIDACIÓN DE LA ECONOMÍA PERUANA"

DOC. N°: 07130751
EXP. N°: 04131392

Cañete, 21 de enero del 2026

OFICIO N° 091-2026-DIRESA-L-HRC-DE

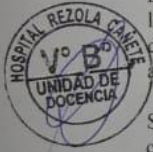
Señor:
Mag. José Yomil Pérez Gómez
Decano (e) de la Facultad de Ciencias de la Salud
Universidad Autónoma de Ica
Presente. –

Asunto: Autorización para realizar trabajo de investigación

De mi consideración:

Es grato dirigirme a usted para saludarlo cordialmente y, en atención al documento de la referencia, comunicarle que se **AUTORIZA** la realización del trabajo de investigación a favor de la estudiante Torres Herhuay Patty, del Programa Académico de Enfermería, quien viene desarrollando la tesis titulada "La adherencia al tratamiento y el control de la presión arterial en pacientes hipertensos del Hospital Rezola, Cañete, 2025".

La presente autorización se otorga contando con la opinión favorable de la Unidad de Apoyo a la Docencia e Investigación, debiendo el desarrollo del estudio realizarse previa coordinación con las áreas correspondientes, garantizando la confidencialidad de la información, el cumplimiento de las normas éticas vigentes y sin afectar el normal desarrollo de las actividades asistenciales y administrativas de la institución.



Sin otro particular, hago propicia la oportunidad para expresarle los sentimientos de mi especial consideración.

Atentamente,

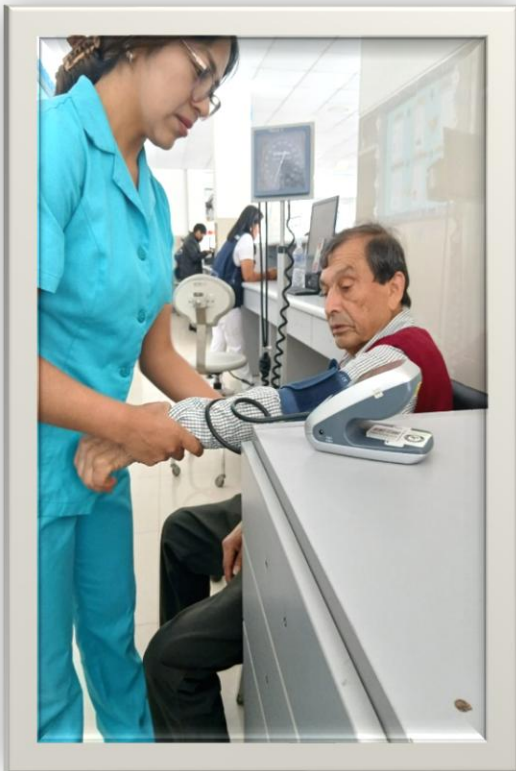
GOBIERNO REGIONAL DE LIMA
DIRECCIÓN REGIONAL DE SALUD
HOSPITAL REGIONAL DE CAÑETE REZOLA
M.C. LEONARDO PEDRO BLUDO YACIJA
DIRECTOR EJECUTIVO
HOSPITAL REGIONAL DE CAÑETE REZOLA

LPBY/
c.c. archivo

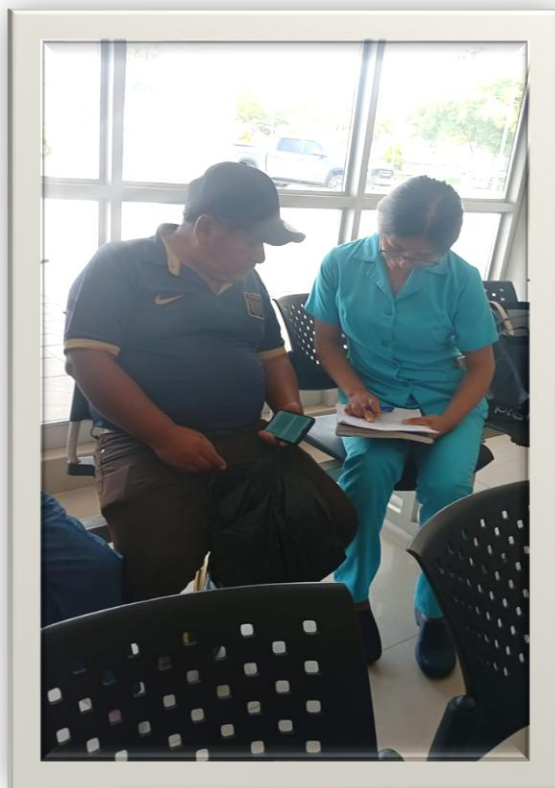
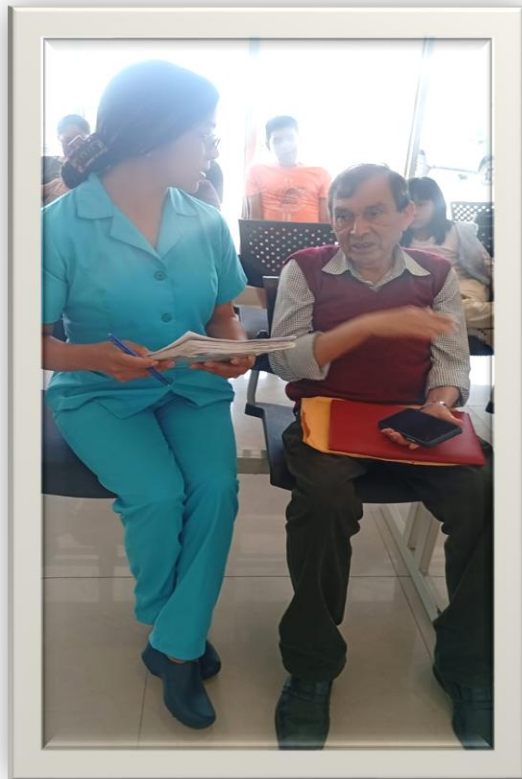
<https://www.gob.pe/hospital-rezola-cañete-hrc>
Teléfono: 945036229

Sede Central: Hospital Regional de Cañete WHQC-38F San Luis de Cañete 15720
Perú - San Luis - Cañete - Lima - Perú - 15720

Anexo N°7: Evidencias fotográficas



Autora aplicando los cuestionarios.



Autora aplicando los cuestionarios.



Autora aplicando los cuestionarios.